



Obergericht Appenzell Ausserrhoden
3. Abteilung

Zirkular-Urteil vom 7. Januar 2021

Mitwirkende	Obergerichtsvizepräsident W. Kobler Oberrichter H.P. Fischer, F. Windisch, M. Schneider, E. Ganz Obergerichtsschreiber M. Giger
Verfahren Nr.	O3V 19 54
Beschwerdeführer	A. vertreten durch: RA AA.
Vorinstanz	Versicherung B.
Gegenstand	Leistungen aus der Unfallversicherung Beschwerde gegen den Einspracheentscheid der Versicherung B. vom 19. November 2019

Rechtsbegehren

a) des Beschwerdeführers:

1. Der Einspracheentscheid vom 19. November 2019 sei aufzuheben und es seien dem Beschwerdeführer die gesetzlichen Leistungen zuzusprechen.
2. Eventualiter sei die Angelegenheit zur Durchführung weiterer Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.
3. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge zuzüglich Mehrwertsteuer zulasten der Beschwerdegegnerin.

b) der Vorinstanz:

Die Beschwerde vom 23. Dezember 2019 gegen den Einspracheentscheid vom 19. November 2019 sei vollumfänglich abzuweisen.

Sachverhalt

- A. Der am XX.XX.1956 geborene A. (nachfolgend: der Versicherte oder Beschwerdeführer) ist seit dem 1. August 2013 als Schulleiter bei der Schule C. angestellt und dadurch bei der Versicherung B. (nachfolgend: Versicherung B. oder Vorinstanz) obligatorisch gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert. Mit Datum vom 15. August 2018 reichte er bei der Versicherung B. eine Unfallmeldung ein, laut welcher er am 12. August 2018 auf einer Treppe ausgerutscht sei und mit dem rechten Bein den Sturz reflexartig aufgefangen habe, woraufhin er einen scharfen Schmerz im Knie verspürt habe, und es hätten sich in der Folge grössere Knieschmerzen entwickelt (act. 7.1/7.2). Die Vorinstanz anerkannte ihre gesetzliche Leistungspflicht (act. 7.82). In einer versicherungsinternen medizinischen Beurteilung vom 1. November 2018 legte Dr. D. den Status quo sine auf den 31. August 2018 fest (act. 7.83). Die Versicherung B. teilte dem Versicherten folglich am 7. November 2018 die Leistungseinstellung per jenem Datum mit (act. 7.86). Dieser verlangte am 10. November 2018 eine einsprachefähige Verfügung (act. 7.96), welche von der Versicherung B. am 4. Dezember 2018 erlassen wurde (act. 7.103). Am 14. Januar 2019 bzw. 19. März 2019 liess der Versicherte durch die Versicherung E. Einsprache erheben (act. 7.122/7.137). Es stützte sich diese namentlich auf eine medizinische Stellungnahme des beratenden Arztes der Versicherung E., Dr. F., vom 25. Februar 2019 (act. 7.135). Nachdem der Vertrauensarzt der Versicherung B., Dr. D., sich am 28. März 2019 zur Einsprache geäussert hatte, schlug der Versicherungsträger dem Versicherten am

17. Juli 2019 ein Vergleichsangebot vor (act. 7.140). Am 5. August 2019 teilte die Versicherung E. für den Versicherten unter Beilegung einer neuerlichen Stellungnahme von Dr. F. vom 23. Juli 2019 der Versicherung B. mit, dass an der Einsprache festgehalten werde (act. 7.144). Im Anschluss an eine weitere medizinische Stellungnahme von Dr. D. vom 24. Oktober 2019 (act. 7.148) wies die Versicherung B. die Einsprache schliesslich am 19. November 2019 ab, unter gleichzeitiger Erklärung, dass auf die Rückforderung allfälliger bereits erbrachter Leistungen verzichtet werde (act. 7.149 ff.).

- B. Gegen die nämliche Verfügung richtet sich die vorliegende Beschwerde des nunmehr durch RA AA. vertretenen Versicherten vom 23. Dezember 2019, mit dem eingangs zitierten Rechtsbegehren (act. 1). Die Vernehmlassung der Vorinstanz mit dem Antrag auf Beschwerdeabweisung ging am 23. April 2020 ein (act. 6), wobei der betreffenden Stellungnahme eine medizinische Beurteilung des beratenden Arztes der Versicherung B., Dr. G., vom 5. April 2020 beigelegt war (act. 7.162 ff.). Am 19. Mai 2020 erfolgte die Replik des Beschwerdeführers; die betreffende Eingabe enthielt unter anderem einen Bericht von Dr. H. vom Spital I. mit Datum vom 23. Dezember 2019 (act. 10). Die Versicherung B. duplizierte am 9. Juni 2020 (act. 12), unter Beilegung einer zusätzlichen Einschätzung von Dr. G. vom 2. Juni 2020 (act. 7.169 – 178).
- C. Die Parteien verzichteten auf eine mündliche Verhandlung.

Erwägungen

1.

- 1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Zuständig für die Beurteilung von sozialversicherungsrechtlichen Streitigkeiten ist gemäss Art. 58 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die versicherte Person zur Zeit der Beschwerdeerhebung Wohnsitz hat. Da der Beschwerdeführer im Kanton AR wohnt, ist die Zuständigkeit des ausserrhodischen Versicherungsgerichts gegeben.
- 1.2 Gemäss Art. 57 ATSG i.V.m. Art. 28 Abs. 1 lit. b des Justizgesetzes (JG, bGS 145.31) beurteilt das Obergericht als kantonales Versicherungsgericht Beschwerden aus dem Bereich der Sozialversicherungen. Das Gesamtgericht hat Beschwerden in Sozialversicherungs-

sachen mit medizinischen Fragestellungen der 3. Abteilung zur Beurteilung zugewiesen (so publiziert im aktuellen Staatskalender des Kantons Appenzell Ausserrhoden [[https:// staatskalender.ar.ch/organizations/pdf](https://staatskalender.ar.ch/organizations/pdf)], Ziff. 2.6.1.2), weshalb diese zur Beurteilung der vorliegenden Beschwerdesache zuständig ist.

1.3 Die von Amtes wegen vorzunehmende Prüfung der weiteren Prozessvoraussetzungen ergibt, dass diese sowohl hinsichtlich der Beschwerdeberechtigung auf Seiten des Beschwerdeführers als auch hinsichtlich der Form- und Fristenfordernisse mit Bezug auf die Beschwerdeschrift erfüllt sind (insbesondere Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung [UVG, SR 832.20] i.V.m. Art. 59, Art. 60 Abs. 1 und Art. 61 lit. b ATSG).

1.4 Auf die Beschwerde ist somit einzutreten.

1.5 Gestützt auf Art. 2 der Verordnung über COVID-19-Massnahmen: Gerichte (bGS 113.2) kann das Obergericht zur Bewältigung der aktuell ausserordentlichen Lage in allen Fällen auf dem Zirkularweg entscheiden, wenn das Gesetz keine Verhandlung vorschreibt. Entscheide, die auf dem Zirkularweg gefällt werden, bedürfen der Einstimmigkeit (Art. 52 Abs. 2 JG). Da vorliegend keine Durchführung einer Verhandlung vorgeschrieben ist und die Parteien auf die Durchführung einer solchen verzichteten, hat das Obergericht den vorliegenden Entscheid im Zirkularverfahren gefällt.

2.

2.1 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt das Bestehen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) voraus. 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 der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen. Die Leistungspflicht des obligatorischen Unfallversicherers erstreckt sich auch auf mittelbare bzw. indirekte Unfallfolgen (vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 8C_558/2019 vom 19. September 2019 E. 3, m.w.H.). Der Unfallversicherer haftet jedoch für einen Gesund-

heitsschaden nur insoweit, als dieser nicht nur in einem natürlichen, sondern auch in einem adäquaten Kausalzusammenhang zum versicherten Ereignis steht. Bei organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen deckt sich die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität, so dass in solchen Fällen die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle spielt (Urteil des Bundesgerichts 8C_786/2019 vom 20. Februar 2020 E. 3.1, namentlich mit Hinweis auf BGE 129 V 177).

2.2 Während bei der Frage, ob ein Kausalzusammenhang überhaupt jemals gegeben ist, die versicherte Person beweisbelastet ist, trägt die Beweislast für einen behaupteten Wegfall der Kausalität aufgrund des Erreichens des Status quo sine (oder allenfalls des Status quo ante) der Unfallversicherer. Allerdings tragen die Parteien im Sozialversicherungsrecht 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 aber 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 (Urteil des Bundesgerichts 8C_623/2019 vom 21. Januar 2020 E. 2.1.2, m.w.H.).

2.3 Für die Feststellung natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin sind der Versicherungsträger und das Gericht auf Angaben ärztlicher Experten angewiesen. Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzten kommt nach der Rechtsprechung Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 8C_824/2018 vom 26. März 2019 E. 3.3, insbesondere mit Hinweis auf BGE 125 V 351 E. 3b/ee). Auch wenn den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen mithin grundsätzlich Beweiswert zuerkannt wird, so ist doch zu betonen, dass ihnen praxisgemäss nicht dieselbe Beweis-kraft zuzubilligen ist wie einem gerichtlichen oder einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger in Auftrag gegebenen Gutachten. Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweis-würdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (Urteil des Bundesgerichts 8C_844/2019 vom 26. Februar 2020 E. 2.2, m.w.H.).

3. Streitig ist vorliegend, ob die Vorinstanz bezüglich des Unfalls vom 12. August 2018 zurecht davon ausgeht, dass sie über den 31. August 2018 hinaus keine Leistungspflicht mehr trifft.
4. Im Folgenden ist die medizinische Aktenlage in den wesentlichen Zügen darzustellen:
 - 4.1 In der Unfallmeldung vom 15. August 2018 ist in Bezug auf den Unfallhergang vom 12. August 2018 ausgeführt, der Beschwerdeführer sei auf einer Treppe ausgerutscht und habe mit dem rechten Bein den Sturz reflexartig aufgefangen. Er habe einen scharfen Schmerz im Knie und in der Folge grössere Knieschmerzen verspürt. Es wurde die Vermutung geäussert, der Meniskus sei verletzt worden (act. 7.1/7.2).
 - 4.2 In Beantwortung des offiziellen Fragebogens der Versicherung B. schilderte der Versicherte den Hergang des Unfalls am 25. September 2018 wie folgt: auf Fliesentreppe von EG zur Garage ausgerutscht/mit rechtem Bein Sturz reflexartig aufzufangen versucht/unglücklich verlaufen/scharfer Schmerz im Knie/in der Folge grössere Schmerzen im Knie beim Gehen, aber auch in Ruhe/auch nach 2 Wochen nicht besser/eigene Vermutung: Meniskusverletzung/folglich Untersuch im Spital (act. 7.27).
 - 4.3 Das Spital I., Dr. H., Oberarzt mbF Orthopädie, hielt im Rahmen der ärztlichen Erstuntersuchung vom 29. August 2018 die Verdachtsdiagnose Innenmeniskushinterhornläsion Knie rechts fest und veranlasste eine MRT-Bildgebung (act. 7.35).
 - 4.4 Nachdem der Versicherte am 18. Februar 2012 beim Langlaufen ein Rotationstrauma am rechten Knie erlitten hatte, war am 22. Februar 2012 eine Kernspintomographie erfolgt. Die betreffende Beurteilung hatte damals folgendes ergeben: Ruptur des vorderen Kreuzbandes proximal. Deutliche Partialruptur des medialen Seitenbandes im proximalen Abschnitt, mit noch einzelnen kontinuierterhaltenen Faserzügen und deutlichem periligamentärem Ödem. Mässig-gradige Bone-bruise-Zone im lateralen Tibiaplateau dorsal. Mittelvolumige Bakerzyste loco classico. Mässig-gradige Degeneration des medialen Meniskushinterhorns mit möglichem kleinen Einriss in die Oberfläche. Mittelvolumiger Kniegelenkserguss. Im Übrigen normales Kernspintomogramm des rechten Knies (act. 7.30). Im Rahmen der von Dr. H. veranlassten MRT des rechten Kniegelenkes vom 31. August 2018 wurde nun beim Befund ein Vergleich mit der Voruntersuchung vom 22. Februar 2012 angestellt. Die Beurteilung ergab eine progrediente Degeneration und den Nachweis einer vertikalen bzw. radiären Ruptur des Innenmeniskus am Hinterhorn mit progredienter Verletzung des meniskokapsulären Ansatzes und synoviale Reizung; Nachweis einer Plica infrapatellaris; grössenkonstante Bakerzyste in loco typico (act. 7.32). Dr. H. äusserte hierauf mit Arztbericht vom

5. September 2018 die Indikation zur diagnostischen Kniearthroskopie rechts, die dann am 14. September 2018 durchgeführt wurde (act. 7.37/7.38).

4.5 Am 1. November 2018 nahm der beratende Arzt der Versicherung B., Dr. D., Facharzt FMH für Chirurgie sowie Intensivmedizin, zur medizinischen Sachlage Stellung. Er erklärte, in Verbindung mit dem geltend gemachten Ereignis sei eine erneute Bildgebung mittels MRT des rechten Knies am 31. August 2018 erfolgt. Dem beurteilenden Radiologen sei zur Beurteilung des aktuellen Sachverhaltes die Voruntersuchung vom 22. Februar 2012 zur Verfügung gestanden. Der beurteilende Radiologe komme zum Schluss, dass sich im Bereiche des Hinterhorns des Innenmeniskus eine progrediente degenerative Veränderung nachweisen lasse mit entsprechender zwischenzeitlich aufgetretener Zerstörung im Sinne einer vertikalen bzw. radiären Ruptur. Diese radiären Rupturen seien im vorgelegten und persönlich eingesehenen Datensatz nicht als singuläre neue Veränderungen zu erkennen, sondern überwiegend wahrscheinlich Ausdruck der vorbestehend degenerativen Veränderung. Zusammenfassend sei die aktuelle Pathologie im Bereiche des Innenmeniskus Ausdruck eines Vorzustandes. Dieser Sachverhalt habe im Rahmen der Bildgebung erkannt und dokumentiert werden können. Die Bildgebung sei notwendig gewesen zur sorgfältigen Sachverhaltsabklärung. Der Status quo sine gelte per 31. August 2018 als erreicht (act. 7.83 - 85).

4.6 Am 31. Oktober 2018 erfolgte eine Verlaufskontrolle im Spital I. durch Dr. H.. Laut der Beurteilung im betreffenden Bericht bestehe ein regelrechter Verlauf bis anhin. Es erfolge ab nun Mobilisation nach Massgabe der Beschwerden. Für eine Woche seien weiter Gehstöcke zu benutzen, aber unter erlaubter Vollbelastung. Die Thromboseprophylaxe sei zu stoppen. Es werde eine 2. Physiotherapieverordnung ausgestellt zur Optimierung des Gangbildes und Auftrainieren des Quadrizeps. Aktuell werde kein Folgetermin vereinbart, der Versicherte würde sich bei wieder auftretenden Beschwerden mit dem Sekretariat in Verbindung setzen. Die Arbeitsunfähigkeit betrage ab 31. Oktober 2018 0 % (act. 7.91).

4.7 Der beratende Arzt der Versicherung E., Dr. F., Allgemeinmedizin FMH/FA Manuelle Medizin FMH, führte in seiner medizinischen Beurteilung vom 25. Februar 2019 aus, im konkreten Fall könne die Aussagekraft des MRI bezüglich einer medialen Meniskusläsion im Hinterhorn nicht tel quel übernommen werden. Die Spezifität und Sensivität seien nicht 100 %, dagegen weise die Arthroskopie eine Sensivität von 100 % auf. Der peroperativ festgestellte Befund mit einem einzigen Riss in der roten Zone des medialen Meniskus im Hinterhorn und die Tatsache, dass der Meniskus wieder resinsertiert werden können, wie auch der Umstand, dass keine weiteren Substanzverluste notwendig geworden seien, liessen den Befund im MRI als nicht aussagekräftig erscheinen. Die Annahme einer

frischen Läsion durch den Operateur im Operationsbericht sei nachvollziehbar. Die Terminierung der Unfallfolgen per 31. August 2018 sei nicht nachvollziehbar. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit handle es sich um eine einzige und frische traumatische Meniskusläsion nach einem geeigneten belastenden Rotations-Ereignis des rechten Knies (act. 7.134 -135).

- 4.8 Dr. D. hielt der vorstehenden Stellungnahme am 28. März 2019 entgegen, an seiner Beurteilung vom 1. November 2018 ändere sich nichts. Dr. F. blende den dokumentierten Sachverhalt aus der Bildgebung vom 22. Februar 2012 komplett aus. In diesem Bericht sei konkret festgehalten worden, dass sich am Innenmeniskus bereits damals degenerative Veränderungen hätten dokumentieren lassen (act. 7.138).
- 4.9 In der Folge äusserte sich Dr. F. am 23. Juli 2019 von Neuem, namentlich zum von Dr. D. erhobenen Vorwurf, er (Dr. F.) habe die Bildgebung vom 22. Februar 2012 komplett ausgeblendet. Dr. F. hielt diesbezüglich zusammenfassen fest, er rechne den OP-Befund und die Meinung des Operateurs höher ein als die MR-Befunde. Zudem sei der Entschluss, eine Meniskusnaht durchzuführen, ein deutlicher Hinweis für eine frische Meniskusläsion. Eine Meniskusnaht ausserhalb der roten Zone und bei degenerativen Verhältnissen sei nicht geläufig (act. 7.143).
- 4.10 Dr. D. entgegnete dem in einer weiteren Stellungnahme vom 24. Oktober 2019, sofern andere beratende Ärzte ebenfalls die Bilddatensätze Februar 2012 und August 2018 spezifisch miteinander vergleichen würden, wäre auch für diese problemlos zu erkennen, dass bereits im Februar 2012 das Hinterhorn des Innenmeniskus dokumentiert degenerativ verändert gewesen sei. Es sei jedem Operateur im Rahmen seines therapeutischen Ermessensentscheides freigestellt, ob er im Einzelfall eine Meniskusnaht nicht nur in der sogenannten roten Zone, sondern auch in der weissen Zone durchführe. Selbst Dr. F. komme in seinem Fazit vom 23. Juli 2019 zum Schluss, dass es nicht der Fall sein könne, dass auch eine Meniskusnaht ausserhalb der roten Zone gemacht werde. Der Operateur Dr. H. habe sich im konkreten Fall zu einer Meniskus-Refixation entschlossen, weil bei einer allfälligen Teilmeniskektomie des Hinterhorns zu viel Substanz hätte reseziert werden müssen. Dr. H. beschreibe explizit nicht, in welchem Abschnitt er die Naht gesetzt habe (weiss oder rot?). Zudem vermute Dr. H. nur, dass eine frische Läsion vorliegen könne, weil ein Ereignis im Sinne einer Kniedistorsion vom 12. August 2018 bekannt sei. Dr. H. weise explizit nicht darauf hin, dass ihm der erste Bilddatensatz vom Februar 2012 ebenfalls bekannt sei und zudem entsprechend, dass er den ersten Bilddatensatz persönlich eingesehen habe. Dr. F. gebe dem Stellenwert des OP-Berichtes mehr Bedeutung – obwohl wie hiavor dargestellt die Informationen nicht substantiiert seien – gegenüber dem Radiologiebericht vom

31. August 2018. Hierin werde unmissverständlich festgehalten, dass im Vergleich zur Voruntersuchung eine progrediente mukoide Degeneration des Innenmeniskus am Hinterhorn zur Darstellung gelange. Dieser Befund erkläre auch die Überlegungen von Dr. H., dass er im Falle einer Resektion zuviel Material des in der Bildgebung dokumentiert degenerativ veränderten Meniskus hätte entfernen müssen (act. 7.148).

4.11 Der von der Vorinstanz im Rahmen dieses Beschwerdeverfahrens eingereichten Stellungnahme von Dr. G., Facharzt für Orthopädische Chirurgie FMH, vom 5. April 2020 (act. 7.162 - 168) ist zu entnehmen, nach dem Unfall vom 12. August 2018 sei es beim Beschwerdeführer zum Auftreten von medial betonten rechtsseitigen Knieschmerzen gekommen, die ihn nach etwa zweiwöchiger Persistenz zu einer orthopädischen Abklärung bei Dr. H. motiviert hätten. Dabei sei offensichtlich nur eine sehr kurze Anamneseerhebung erfolgt und insbesondere kein allfälliger Vorzustand betreffend das rechte Knie exploriert worden (bzw. sei er zumindest nicht in erkennbarer Weise dokumentiert). Dies wäre im vorliegenden Fall aber durchaus wichtig gewesen, da nach einem Ereignis vom Februar 2012 eine Läsion des vorderen Kreuzbandes am rechten Knie postuliert worden und der Versicherte während mehrerer Monate behandelt worden sei. Es sei am 31. August 2018 eine MRT veranlasst worden, wo im entsprechenden Bericht des Radiologen unter Bezug auf die Aufnahmen von 2012 explizit auf den Vorzustand verwiesen und eine dazu „progrediente Degeneration“ des medialen Meniskus beschrieben worden sei. Eine solche entspreche wiederum einem natürlichen Verlauf über einen Zeitraum von mehr als 6 Jahren und sei nicht Hinweis auf ein frisches Trauma, zumal bereits 2012 bis an Ober- und Unterfläche reichende Signalveränderungen am medialen Meniskus zu sehen gewesen seien. Auch sonst hätten sich keine konkreten Zeichen auf eine akute Läsion in Form von bone bruises und/oder ödematösen Veränderungen des Kapselbandapparates gefunden, wie sie nach relevanten Traumata fast immer zu sehen seien, im Falle des Versicherten z.B. nach dem Ereignis von 2012. Dies alles habe bei der orthopädischen Besprechung wenige Tage später soweit ersichtlich keine erkennbare Beachtung erfahren und es sei stattdessen umgehend eine operative Sanierung des Meniskus in Form einer partiellen Resektion vereinbart worden. Im Rahmen des Eingriffs vom 14. September 2018 habe sich eine Pathologie am medialen Meniskus in Form einer an die Unterfläche reichenden Läsion gezeigt. Hier habe man zwar mit dem Testhaken einhängen und den Meniskus leicht nach ventral ziehen können, doch sei es nicht gelungen, die genaue Morphologie der Läsion darzustellen, was bei reinen Unterflächenläsionen oft der Fall sei. Dies habe entsprechend auch verunmöglicht, eine anhand struktureller Befunde objektiv begründbare Aussage über die Ätiologie der Meniskusproblematik zu machen, so dass Dr. H. lediglich geschrieben habe „aufgrund der Unfalls und der zurückliegenden Kniedistorsion vom 12. August 2018 denke ich, dass eine frische Läsion vorliegt“. Mit dieser Formulierung werde eine rein zeitliche Korrelation

vorgenommen (post hoc ergo propter hoc), nicht aber ein begründeter Kausalzusammenhang hergestellt. Dies gelte vorliegend umso mehr, als sich Dr. H. wohl gar nicht auseinandergesetzt habe mit der Vorgeschichte am rechten Knie und entsprechend auch nicht vom biomechanisch zweifelsohne viel heftigeren Trauma von 2012 gewusst habe. Mit Blick auf die von Dr. H. verwendeten Formulierungen scheine dieser auch vom intraoperativen angetroffenen Befund etwas überrascht worden zu sein, da es kaum vorkommen solle, dass man zu Beginn des Eingriffs eine Teilmeniskektomie plane, um dann zuletzt eine Refixation durchzuführen. Hingegen sei das Umgekehrte durchaus nicht selten, indem man präoperativ noch hoffe, eine Refixation durchführen zu können, was sich dann intraoperativ aus technischen oder morphologischen Gründen als nicht sinnvoll erweise, so dass nur noch eine partielle Resektion möglich sei.

Bezogen auf das Vorliegen eines Vorzustandes erklärte Dr. G., beim Versicherten hätten zum Zeitpunkt des Ereignisses vom 12. August 2018 als pathologischer Vorzustand schon deutliche Veränderungen am medialen Meniskus vorgelegen, im Wesentlichen degenerativer Natur, möglicherweise beeinflusst durch das Trauma von 2012, was sich aber retrospektiv nicht mehr zuverlässig beurteilen lasse. Unter Berücksichtigung sämtlicher vorliegenden Dokumente – und dabei namentlich der beiden MRT vom 22. Februar 2012 und vom 31. August 2018 sowie der intraoperativen Bilder der Arthroskopie vom 14. September 2018 – bestünden keine objektiven Hinweise darauf, dass das Ereignis vom 12. August 2018 am rechten Knie des Versicherten zu neuen strukturellen Veränderungen und damit einer richtunggebenden Veränderung des oberwähnten pathologischen Vorzustandes am medialen Meniskus geführt habe. Vielmehr sei es lediglich zu einer schmerzhaften Aktivierung im Sinne einer vorübergehenden Verschlimmerung gekommen und es wäre zu erwarten gewesen, dass ein rein exspektatives Vorgehen innert weniger Wochen zu einer Beschwerdefreiheit geführt hätte. Dies gelte im Fall des Versicherten umso mehr, als er mit einem derartigen Prozedere 2012 sogar bei einem Trauma mit deutlich eindrücklicheren frischen Läsionen, wie sie 2018 nicht zu finden gewesen sein, gute Erfahrungen gemacht habe. Ein morphologischer Status quo sine bezüglich des Ereignisses vom 12. August 2018 habe mit der MRT vom 31. August 2018 belegt werden können und sämtliche in der Folge durchgeführten Abklärungen und Behandlungen wie damit verbundene Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit seien überwiegend wahrscheinlich ausschliesslich unfallfremder Natur.

Bezogen auf abweichende medizinische Beurteilungen führte Dr. G. aus, die medizinische Argumentation in der Beschwerdeschrift der Rechtsvertreterin basiere in wesentlichen Teilen auf ärztlichen Einschätzungen, die nicht in Kenntnis sämtlicher verfügbaren Dokumente abgegeben worden sein. Weder Dr. H. noch Dr. F. setzten sich in erkennbarer

Weise mit dem ohne namhafte Zweifel vorhandenen pathologischen Vorzustand auseinander und es sei insbesondere nicht zu erkennen, dass sie sich die MRT-Bilder von 2012 und 2018 zum Vergleich angeschaut hätten. Ansonsten hätte ihnen zwingend auffallen müssen, dass – unabhängig vom späteren intraoperativen Befund – durch das Ereignis vom 12. August 2018 keine frischen strukturellen Läsionen von potenziell dauerhaftem Charakter entstanden seien und ein morphologischer Status quo sine bereits mit der MRT vom 31. August 2018 habe belegt werden können. Inwieweit die Unterflächenläsion am medialen Meniskus, die überwiegend wahrscheinlich schon 2012 im Ansatz vorhanden gewesen sei und sich dann über die Jahre offenbar symptomlos weiterentwickelt habe, überhaupt operationsbedürftig gewesen sei, solle an dieser Stelle nicht weiter thematisiert werden.

- 4.12 In der vom Beschwerdeführer zusammen mit seiner Replik eingereichten Stellungnahme von Dr. H. vom 23. Dezember 2019 führte dieser aus, im Rahmen seiner Operation vom 14. September 2018 habe er eine arthroskopische Innenmeniskushinterhornrefixation rechts im Bereich der Zone rot-rot durchgeführt, sprich sehr basisnah am Ansatz des Meniskushinterhorns hin zur Gelenkkapsel. In seinem Operationsbericht habe er keine Degeneration des Innenmeniskushinterhorns/des medialen Meniskushinterhorns erwähnt, da keine Degeneration vorgelegen habe. Die fehlende Meniskusvorschädigung/Meniskusdegeneration sowie der Innenmeniskuskorbhenkelriss im Bereich der rot-roten Zone seien zwei wesentliche Kriterien gewesen für die Meniskusnaht. Anhand der vorliegenden intraoperativen Bilder zeige sich lediglich in der weissen Zone (weiss-weiss) eine leichte Auf-faserung des Meniskusrandes, von einer Degeneration würde er nicht sprechen, daher habe er diese auch nicht als solche benannt. Das Kernspintomogramm vom 22. Februar 2012 des rechten Kniegelenkes zeige keinerlei Veränderungen und/oder Degeneration des Innenmeniskushinterhorns. Das MRT vom 31. August 2018 des rechten Kniegelenkes zeige eine klare Ruptur. Die Befundung des Kernspintomogramms des rechten Kniegelenkes vom 31. August 2018 durch Dr. J. sei in seinen Augen mit Vorsicht zu geniessen, er teile den Befund nicht, vor allem teile er nicht den Ausdruck der progredienten mukoiden Degeneration.

Hinsichtlich der Frage, weshalb er den Korbhenkelriss als unfallbedingt und frisch ansehe bzw. was gegen eine degenerative Ursache spreche, erläuterte Dr. H., im Rahmen der Arthroskopie vom 14. September 2018 habe er die Meniskusverletzung als frisch beurteilt, da in seinen Augen keine Vorschädigung vorgelegen habe intraoperativ. Des Weiteren sei ein relevantes Kniedistorsionstrauma rechts im Rahmen eines Treppensturzes vorange-gangen. Der Patient sei davor völlig beschwerdefrei gewesen. Gegen eine degenerative

Ursache spreche alleinig seine intraoperative Beurteilung der Meniskussubstanz/des Meniskus (act. 10.25).

- 4.13 In seiner hierauf ergangenen Stellungnahme vom 2. Juni 2020 (act. 13.176 -178) führte Dr. G. aus, für ihn sei es schleierhaft, wie Dr. H. das Vorliegen von intrameniskalen Degenerationen – unter anderem auch entgegen der anderslautenden Beurteilung von zwei unterschiedlichen Fachärzten für Radiologie aus dem eigenen Spitalverbund – einfach pauschal verneinen könne – zumal er sich davon auch durch eine eigene Bildbetrachtung hätte überzeugen können. Der Verweis von Dr. H., dass sich die Degenerationen im Rahmen der Arthroskopie vom 14. September 2018 nicht hätten erkennen lassen, sei ebenfalls in keinsten Weise stichhaltig. Vielmehr handle es sich primär um intrameniskale Veränderungen, die von aussen gar nicht sichtbar seien.

Im Rahmen des Eingriffs vom 14. September 2018 habe Dr. H. offensichtlich eine Läsion am medialen Meniskus nur auf einem einzelnen Bild einigermaßen klar festhalten können, das ebenfalls in seiner (Dr. G.s) Stellungnahme vom 5. April 2020 ausgedruckt zur Verfügung stehe. Allein diesem Bild zu entnehmen, der knapp dargestellte Unterflächeneinriss sei frisch, entbehre seines Erachtens jeder plausiblen Grundlage, zumal ja auch keine Blutstropfen oder zumindest Gefässe erkennbar seien, wie sie bei einer frischen Verletzung in der rot-roten Zone des Meniskus zu finden sein müssten. Dr. H. seien bei seinem Eingriff ausser der arthroskopischen Kamera keine zusätzlichen Mittel zur Verfügung gestanden, um Dinge zu visualisieren, die für Aussenstehende nicht sichtbar gewesen wären. Entsprechend widerspiegle seine Aussage vom 23. Dezember 2019 „gegen eine degenerative Ursache spricht alleinig meine intrapoperative Beurteilung der Meniskussubstanz / des Meniskus“ ausschliesslich seine persönliche Meinung, die sich aber weder durch die präoperativ angefertigten MRT noch durch die von ihm festgehaltenen Arthroskopiebilder objektivieren lasse. Vielmehr hinterliessen diese ohne namhafte Zweifel den Eindruck, dass es sich nicht um eine frische Meniskusläsion handle.

Eine richtunggebende Verschlimmerung könne im Fall des Versicherten – nach wiederholter Durchsicht der zur Verfügung stehenden MRT-Untersuchungen – wiederum definitiv verneint werden. Es seien bildgebend keine durch das Ereignis vom 12. August 2018 zusätzlich entstandenen strukturellen Veränderungen zu den bereits vorbestehenden Degenerationen zu erkennen, die sich dann auch in der Arthroskopie vom 14. September 2018 nicht hätten nachweisen lassen.

Bezogen auf das beschwerdeführerische Vorbringen, es hätten auch Schmerzen über den 31. August 2018 hinaus bestanden, bemerkte Dr. G., es sei nicht auszuschliessen, dass einem bestimmten Auslöser zugeschriebene Beschwerden bei einem degenerativen

Vorzustand noch während einiger Zeit geltend gemacht würden, auch wenn auf morphologischer Ebene bereits ein Status quo sine erreicht worden sei, der für sich jedoch eine richtungsgebende, das heisst strukturelle Verschlimmerung ausschliesse.

5.

5.1 Aktenkundig war vorliegend beim Beschwerdeführer am 14. September 2018 ein Eingriff am rechten Knie zur Behebung einer Meniskusläsion durchgeführt worden. Die Parteien sind sich uneins, ob die betreffende Verletzung auf den Unfall vom 12. August 2018 zurückzuführen ist. Die Vorinstanz geht gestützt auf die Einschätzungen ihrer beratenden Ärzte Dr. D. bzw. Dr. G. davon aus, die arthroskopisch behandelte Meniskusverletzung sei ausschliesslich degenerativer Natur. Sowohl Dr. G. als auch Dr. D. stützen sich bei ihrer Einschätzung auf die Gegenüberstellung der MRT-Bilder vom 31. August 2018 betreffend das hier fragliche Ereignis vom 12. August 2018 einerseits und jenes vom 22. Februar 2012 betreffend den vom Versicherten damals erlittenen Unfall beim Langlaufen andererseits. Im älteren MRT-Bericht waren vom zuständigen Radiologen des Spital I. namentlich eine mässig-gradige Degeneration des medialen Meniskus-hinterhornes mit möglichem kleinen Einriss in die Oberfläche beschrieben worden. Der im Rahmen des MRI vom 31. August 2018 angestellte Vergleich mit der Voruntersuchung ergab eine progrediente Degeneration und den Nachweis einer vertikalen bzw. radiären Ruptur des Innenmeniskus am Hinterhorn mit progredienter Verletzung des menisko-kapsulären Ansatzes und synoviale Reizung. Im Übrigen hatte Dr. G. auch darauf hingewiesen, dass die Arthroskopiebilder vom 14. September 2018 eine unfallkausale Meniskusläsion nicht zu belegen vermöchten.

5.2 a) Betrachtet man im Einzelnen, was den Beurteilungen der beratenden Ärzte der Versicherung B. von anderen Ärzten, auf welche sich der Versicherte beruft, entgegengehalten wurde, so hatte der damals für die Arthroskopie vom 14. September 2018 zuständig gewesene Dr. H. in seinem Operationsbericht ausgeführt, aufgrund der Unfalls und der zurückliegenden Kniedistorsion vom 12. August 2018 denke er, dass eine frische Läsion vorliege. Begründet wurde dies nicht weiter, wie Dr. G. und Dr. D. zurecht feststellen. Im Sinne der Einschätzungen von Dr. G. besteht der Eindruck, dass Dr. H. auf Basis einer rein zeitlichen Sichtweise argumentierte. Mit Blick darauf, dass die versicherungsinternen Ärzte die Meniskusläsion anhand der MRT-Bilder auf degenerative Veränderungen zurückführen, wäre eine fundierte Auseinandersetzung von Dr. H. mit diesem Aspekt zu erwarten gewesen. Eine solche erfolgte – wie Dr. G. zurecht darauf hinweist – auch nicht in dem Bericht zur Sprechstunde vom 5. September 2018, im Rahmen derer der behandelnde Arzt die Indikation für den arthroskopischen Eingriff stellte. Im Sinne der Angaben von Dr. G. hätte eine unfallkausale Läsion für Dr. H. eigentlich als

fragwürdig erscheinen müssen, da die MRT-Aufnahme vom 31. August 2018 keine konkreten Zeichen einer akuten Läsion in Form von bone bruises und/oder ödematösen Veränderungen des Kapselbandapparates lieferte, wie sie nach relevanten Traumata fast immer zu sehen seien (act. 7.165). In seiner Stellungnahme vom 23. Dezember 2019 erörterte Dr. H. dann noch nachträglich im Zusammenhang mit seinem Operationsbericht, seiner Meinung habe keine Degeneration vorgelegen, was für ihn ausschlaggebend für die gewählte Therapie gewesen sei. Bezogen auf die MRT-Aufnahmen hatte er dannzumal ausgeführt, dass das Kernspintomogramm vom 2. Februar 2012 keinerlei Veränderungen und/oder Degeneration des Innenmeniskushinterhorns zeige und dass er die Meinung des für das MRT vom 31. August 2018 zuständig gewesenenen Radiologen Dr. J. nicht teile. Bezüglich dieser Einschätzungen hatte Dr. G. indes fundiert dargetan und belegt, dass es schlicht nicht nachvollziehbar sei, wie Dr. H. das Vorliegen degenerativer Veränderungen pauschal habe verneinen können. Ohnehin ist hinsichtlich des fraglichen Schreibens vom 23. Dezember 2019 wiederum festzustellen, dass die Ausführungen zu den MRT-Aufnahmen bzw. die Aussage, weshalb die Meinung von Dr. J. nicht geteilt werde, von Dr. H. nicht begründet werden.

b) Dem Gesagten nach lieferte Dr. H. also keine schlüssigen Erklärungen, weshalb er den Riss im Meniskus als unfallbedingt ansah. Im Sinne der Auffassung von Dr. G. scheint sich Dr. H. faktisch einzig auf die UV-rechtlich unzulässige Beweismaxime „post hoc ergo propter hoc“ gestützt zu haben (vgl. dazu statt vieler SVR 2016 UV Nr. 24 S. 75). Dr. G. wirft zurecht auch die Frage auf, inwieweit sich Dr. H. mit der medizinischen Vorgeschichte überhaupt hinreichend auseinander gesetzt hat. Soweit von beschwerdeführerischer Seite noch daraufhin hingewiesen wird, dass der Einschätzung von Dr. H. als jenem Arzt, welcher die Arthroskopie durchführte, besonderes Gewicht zukomme, ist dem im Sinne der Angaben von Dr. G. nicht zu folgen. Der versicherungsinterne orthopädische Facharzt erläuterte eingehend, dass Arthroskopien dem aussenstehenden Beobachter den identischen Eindruck ermöglichen wie dem ausführenden Chirurgen. Vorliegend habe Dr. H. offensichtlich eine Läsion am medialen Meniskus nur auf einem einzelnen Bild einigermaßen klar festhalten können. Allein diesem Bild zu entnehmen, der knapp dargestellte Unterflächenriss sei frisch, entbehre jeder plausiblen Grundlage, zumal ja auch keine Blutstropfen oder zumindest Gefäße erkennbar seien, wie sie bei einer frischen Verletzung in der rot-roten Zone des Meniskus zu finden sein müssten. Im Ergebnis lasse sich die Auffassung des Operateurs, die intraoperative Beurteilung der Meniskussubstanz spreche gegen eine degenerative Ursache durch die festgehaltenen Arthroskopiebilder nicht objektivieren. Vielmehr hinterliessen diese ohne namhafte Zweifel den Eindruck, dass es sich nicht um eine frische Meniskusläsion handle (act. 13.176 - 178). Im Übrigen hatte Dr. G. noch dargetan, dass die auf den MRT-Bildern festgestellten Alterationen dafür

sprächen, dass schon im Jahr 2012 eine Läsion vorgelegen habe, die wahrscheinlich den Begriff eines degenerativen „Risses“ erfüllt hätte, wenn man eine Arthroskopie vorgenommen hätte (act. 7.164). Insbesondere dies ist ein Aspekt, mit dem sich Dr. H. soweit ersichtlich nicht auseinandergesetzt hatte. Schliesslich wies Dr. G. darauf hin, dass Dr. H. den schlussendlich angetroffenen intraoperativen Befund ursprünglich offenbar falsch eingeschätzt hatte. Laut Dr. G. sollte es eigentlich kaum vorkommen, dass man zu Beginn des Eingriffs eine Teilmeniskektomie plane (und mit dem Patienten auch vereinbare), um dann zuletzt eine Refixation durchzuführen. Hingegen sei das Umgekehrte nicht selten (vgl. oben E. 4.11).

5.3 Mögen letztlich die Einschätzungen von Dr. H. die versicherungsinterne Beurteilung der Versicherung B. nicht umzustossen, kann aus analogen Überlegungen für die Stellungnahmen des beratenden Arztes der Versicherung E., Dr. F., nichts anderes gelten. Dr. F. stellte sich etwa auf den Standpunkt, den Erkenntnissen aus der Arthroskopie vom 14. September 2018 komme ein höherer Stellenwert zu als jenen aus der MRT-Untersuchung vom 31. August 2018. Anders als eine MRT weise eine Arthroskopie eine Sensivität von 100 % auf. Der Meinung des Operateurs, welcher expressis Verbis eine frische Läsion annehme, komme besonderes Gewicht zu. Zu diesem Vorbringen sei bemerkt, dass aufgrund der Arthroskopiebilder im Sinne der schlüssigen Erwägungen von Dr. G. gerade nicht von einer unfallbedingten Läsion des Meniskus ausgegangen werden kann, und es ist nochmals zu betonen, dass Dr. H. ausser der arthroskopischen Kamera keine zusätzlichen Mittel zur Verfügung standen, um Dinge zu visualisieren (vgl. act. 13.177 und oben E. 5.3). Dr. F. führte sodann aus, der peroperativ festgestellte Befund mit einem einzigen Riss in der roten Zone des medialen Meniskus im Hinterhorn und die Tatsache, dass der Meniskus wieder habe resinseriert werden können, wie auch der Umstand, dass keine weiteren Substanzverluste notwendig geworden seien, liessen den Befund im MRI als nicht aussagekräftig erscheinen. Ausserdem sei der Entschluss, eine Meniskusnaht durchzuführen, ein deutlicher Hinweis für eine frische Meniskusläsion. Diese Angaben wirken nicht überzeugend. Einerseits hatte Dr. G. plausibel erklärt, bei der Indikation für eine Meniskusrefixation spiele im Wesentlichen die Lage der Läsion eine Rolle und nicht deren genaues Alter, das zudem häufig gar nicht bekannt sei. Andererseits sei an dieser Stelle auch auf die Einschätzung von Dr. D. hingewiesen, gemäss welcher die Überlegung von Dr. H., im Fall einer Resektion zuviel Material entfernen zu müssen, auf den MRT-Befund der progredienten mukoiden Degeneration zurückzuführen gewesen sei (act. 7.148). Im Übrigen kann die Behauptung von Dr. F., dass die Durchführbarkeit der Reinsertion die MRT-Befunde als nicht aussagekräftig erscheinen lasse, nicht nachvollzogen werden. Schliesslich erscheint es de facto ungereimt, wenn Dr. F. schreibt, der Status quo sine sei nicht zu beurteilen, „weil keine (sic!) Vorzustand dokumentiert ist“

(act. 7.134). Mit Dr. G. stellt sich auch hier die Frage, inwieweit sich Dr. F. mit dem Vorzustand überhaupt hinreichend auseinander gesetzt hat.

- 5.4 Soweit sich der Versicherte darauf beruft, es hätten nach dem Unfall durchgehend und über den 31. August 2018 hinaus Schmerzen bestanden, derweil vor dem 12. August 2018 keine Schmerzsymptome bestanden hätten, ist dies gemäss den plausiblen und unwidersprochen gebliebenen Ausführungen von Dr. G. noch kein hinreichender Beleg für eine entsprechende (verlängerte) Unfallkausalität. Dr. G. hatte wie gesehen – in Erwiderung des vom Beschwerdeführer erhobenen Vorwurfs der Widersprüchlichkeit – erklärt, dass auch bei Erreichen des morphologischen Status quo sine einem bestimmten Auslöser zugeschriebene Beschwerden bei einem degenerativen Vorzustand noch während einiger Zeit weiter bestehen könnten (vgl. E. 4.13 a. E.). Gestützt auf die fundierten Erklärungen von Dr. G., die sich namentlich auf die Richtlinien von *Swiss Orthopaedics* stützen, muss im Übrigen auch angenommen werden, dass – aufgrund der Erkenntnisse der MRT vom 31. August 2018 – die Operation vom 14. September 2018 kaum indiziert war, sondern vielmehr ein exspektatives, gegebenenfalls medikamentös unterstütztes Vorgehen einzuschlagen gewesen wäre. Bei dieser Ausgangslage hätten mithin von der Unfallversicherung finanzierte therapeutische Vorkehren nach dem 31. August 2018 de facto gar nicht mehr zur Diskussion gestanden. Dies spricht eben für die Richtigkeit der Terminierung der UV-Leistungen per besagtem Datum.
- 5.5 Zusammenfassend erweist sich die von der Vorinstanz gelieferte versicherungsinterne Beurteilung, insbesondere jene von Dr. G., als sehr umfassend, fundiert und schlüssig. Gestützt darauf ist davon auszugehen, dass das Unfallereignis vom 12. August 2018 beim Versicherten zu keinen neuen strukturellen Veränderungen und damit keiner richtunggebenden Veränderung des pathologischen Vorzustandes am medialen Meniskus geführt hat, sondern dass es lediglich zu einer schmerzhaften Aktivierung im Sinne einer vorübergehenden Verschlimmerung kam. Die Terminierung der Unfallfolgen per 31. August 2018 erscheint mithin hinreichend begründet. Abweichende ärztliche Einschätzungen vermögen nicht einmal geringfügige Zweifel an der versicherungsinternen Beurteilung zu erwecken, womit dieser voller Beweiswert zuzuerkennen ist. Angemerkt sei, dass es nicht schadet, dass die beiden Stellungnahmen von Dr. G., auf welche sich der Schutz der angefochtenen Verfügung im Wesentlichen stützt, erst im Beschwerdeverfahren vorgelegt wurden (vgl. Urteil des Kantonsgerichts Basel-Landschaft 720 17 194/295 vom 9. November 2016 E. 5.2, mit Verweis auf das Urteil des Bundesgerichts 8C_196/2017 vom 28. Juli 2017 E. 5.3). Allerdings wurde dies von beschwerdeführerischer Seite auch nicht in Frage gestellt. Unbegründet sind im Übrigen die Ausführungen des Beschwerdeführers zur unfallähnlichen Körperschädigung. Letztlich ist unstreitig, dass es sich bei dem Ereignis vom 12. August

2018 um einen Unfall im Rechtssinne handelte, und es kann nicht sein, dass das gleiche Ereignis respektive die gleiche Verletzung zunächst als Unfall gemäss Art. 6 Abs. 1 UVG qualifiziert wird und später - nachdem jegliche (Teil-)Ursächlichkeit des Unfalls erloschen ist - auch noch als Körperschädigung gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG zu prüfen ist (vgl. dazu Urteil des Obergerichts Appenzell Ausserrhoden O3V 19 20 vom 18. Februar 2020 E. 5).

Im Ergebnis ist die Beschwerde abzuweisen.

6. Das Verfahren ist kostenlos (Art. 61 lit. a ATSG). Dem unterliegenden Beschwerdeführer steht keine Parteientschädigung zu (Art. 61 lit. g ATSG e contrario). Für die Zusprechung einer Parteientschädigung an die obsiegende Vorinstanz fehlt eine gesetzliche Grundlage (UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 4. Aufl. 2020, N. 218 zu Art. 61 ATSG; SUSANNE BOLLINGER, in: Basler Kommentar, Allgemeiner Teil des Sozialversicherungsrechts, 2020, N. 77 zu Art. 61 ATSG).

Das Obergericht erkennt:

1. Die Beschwerde von A. wird abgewiesen.
2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.
3. Es werden keine Entschädigungen zugesprochen.

4. **Rechtsmittel:**

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit der Zustellung Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten erhoben werden. Die Zulässigkeit einer solchen Beschwerde richtet sich nach Art. 82 ff. Bundesgerichtsgesetz (BGG, SR 173.110). Die Beschwerde ist beim Schweizerischen Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, schriftlich einzureichen. Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind - soweit vorhanden - beizulegen (Art. 42 BGG). Die Beschwerde hat in der Regel keine aufschiebende Wirkung (Art. 103 BGG).

5. Zustellung an den Beschwerdeführer über dessen Anwältin, die Vorinstanz und an das Bundesamt für Gesundheit.

Im Namen der 3. Abteilung des Obergerichts

Der Obergerichtsvizepräsident:

Der Obergerichtsschreiber:

lic. iur. Walter Kobler

lic. iur. Marc Giger

versandt am: 12. Januar 2021