

200 15 604 UV
LOU/JAP/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil des Einzelrichters vom 21. Juli 2016

Verwaltungsrichter Loosli
Gerichtsschreiber Jakob

A. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Einspracheentscheid vom 2. Juni 2015 (UVGON
13.666.666/2762)



Sachverhalt:

A.

Der 1980 geborene A. _____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) war über seine Arbeitgeberin bei der AXA Versicherungen AG (AXA bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch unfallversichert, als er gemäss Schadenmeldung am 22. Oktober 2014 seinen Sohn in kauender Haltung in den Armen gehalten und in der Folge bei einer reflexartigen Drehung mit anschliessendem Aufstehen das linke Knie verdreht hatte (Akten der AXA [act. II] A1, A4). Im Zusammenhang mit diesem Ereignis verneinte die AXA mit Verfügung vom 6. März 2015 (act. II A14) ihre Leistungspflicht mit der Begründung, es liege weder ein Unfall noch eine unfallähnliche Körperschädigung vor. Daran hielt sie auf Einsprache hin (act II A15) mit Entscheid vom 2. Juni 2015 (act. II A17) fest.

B.

Mit Eingabe vom 29. Juni 2015 erhob der Versicherte Beschwerde und beantragte sinngemäss, der angefochtene Einspracheentscheid sei aufzuheben und ihm seien im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 22. Oktober 2014 die gesetzlichen Unfallversicherungsleistungen auszurichten.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 14. August 2015 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Replicando hielt der Beschwerdeführer an seinem Rechtsbegehren fest und legte zusätzliche Unterlagen ins Recht (Akten des Beschwerdeführers [act. I] 5-7).

Mit Duplik vom 10. Dezember 2015 bestätigte die Beschwerdegegnerin ihren Antrag auf Beschwerdeabweisung.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 58 Abs. 2 ATSG). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet der Einspracheentscheid vom 2. Juni 2015 (act. II A17). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf die gesetzlichen Unfallversicherungsleistungen im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 22. Oktober 2014.

1.3 Der Beschwerdeführer gibt den Streitwert mit weniger als Fr. 1'000.-- an (Beschwerde S. 4 in fine), damit ist aber allenfalls lediglich die Kostenbeteiligung (Franchise und Selbstbehalt) im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung umfasst, welche gegen die Verfügung vom 6. März 2015 (act. II A14) kein Rechtsmittel ergriffen hat und ihre Leistungspflicht damit akzeptiert (act. II A16). Die Zahlungsbelege liegen nicht vor, es wurden indes keine invasiven Eingriffe durchgeführt und es fanden nur wenige ambulante Kontrollen und bildgebende Untersuchungen bis am 7. November 2014 (act. II M3, M7/3 f.) statt. Für den Beschäftigungsgrad von 50 % wurde lediglich vom 23. bis 31. Oktober 2014 eine

Arbeitsunfähigkeit attestiert (act. II K1, M2 Ziff. 10, M5/2, M6/4 Ziff. 6, A6). Mit Blick auf den versicherten Verdienst (act. II A4 Ziff. 12; vgl. Art. 15 Abs. 2 UVG) ergibt sich auch unter Einbezug des Taggeldanspruchs jedenfalls ein Streitwert unter Fr. 20'000.--, weshalb die Beurteilung der Streitigkeit in die einzelrichterliche Zuständigkeit fällt (Art. 57 Abs. 1 GSOG).

1.4 Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

2.

2.1 Die Zusprechung von Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt grundsätzlich das Vorliegen eines Berufsunfalles, eines Nichtberufsunfalles oder einer Berufskrankheit voraus (Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung [UVG; SR 832.20]). Unfall ist die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat (Art. 4 ATSG).

Die Unfallversicherer haben auch Versicherungsleistungen für die in der Verordnung abschliessend aufgezählten unfallähnlichen Körperschädigungen zu übernehmen, sofern diese nicht eindeutig auf Erkrankung oder Degeneration zurückzuführen sind (Art. 6 Abs. 2 UVG; Art. 9 Abs. 2 lit. a - h der Verordnung vom 20. Dezember 1982 über die Unfallversicherung [UVV; SR 832.202]). Dabei müssen sämtliche Begriffsmerkmale eines Unfalles mit Ausnahme der Ungewöhnlichkeit erfüllt sein. Besondere Bedeutung kommt hierbei der Voraussetzung eines äusseren Ereignisses zu, d.h. eines ausserhalb des Körpers liegenden, objektiv feststellbaren, sinnfälligen, eben unfallähnlichen Vorfalles (BGE 129 V 466 E. 2.2 S. 467). Für die Bejahung eines äusseren auf den menschlichen Körper schädigend einwirkenden Faktors ist stets ein Geschehen verlangt, dem ein gewisses gesteigertes Gefährdungspotenzial innewohnt. Das ist zu bejahen, wenn die zum einschliessenden Schmerz führende Tätigkeit im Rahmen einer allgemein gesteigerten Gefahrenlage vorgenommen wird, wie dies etwa für viele

sportliche Betätigungen zutreffen kann. Der äussere Faktor mit erheblichem Schädigungspotenzial ist sodann auch zu bejahen, wenn die in Frage stehende Lebensverrichtung einer mehr als physiologisch normalen und psychologisch beherrschten Beanspruchung des Körpers, insbesondere seiner Gliedmassen, gleichkommt (BGE 129 V 466 E. 4.2.2 S. 470; SVR 2014 UV Nr. 29 S. 98 E. 2.2.3, 2011 UV Nr. 6 S. 22 E. 5.2). Einschliessende Schmerzen fallen als Symptome einer Schädigung nach Art. 9 Abs. 2 UVV ausser Betracht, wenn sie allein bei der Vornahme einer alltäglichen Lebensverrichtung auftreten, ohne dass hiezu ein davon unterscheidbares äusseres Moment hineinspielt. Wer also lediglich beim Aufstehen, Absitzen, Abliegen, der Bewegung im Raum, Handreichungen usw. einen einschliessenden Schmerz erleidet, welcher sich als Symptom einer Schädigung nach Art. 9 Abs. 2 UVV herausstellt, kann sich nicht auf das Vorliegen einer unfallähnlichen Körperschädigung berufen. Die physiologische Beanspruchung des Skelettes, der Gelenke, Muskeln, Sehnen und Bänder stellt keinen äusseren Faktor dar, dem ein zwar nicht ungewöhnliches, jedoch gegenüber dem normalen Gebrauch der Körperteile gesteigertes Gefährdungspotenzial innewohnen muss. Erfüllt ist demgegenüber das Erfordernis des äusseren schädigenden Faktors bei Änderungen der Körperlage, die nach unfallmedizinischer Erfahrung häufig zu körpereigenen Traumen führen können, also im Sinne der bisherigen Rechtsprechung das plötzliche Aufstehen aus der Hocke, die heftige und/oder belastende Bewegung und die durch äussere Einflüsse unkontrollierbare Änderung der Körperlage (BGE 139 V 327 E 3.3.2 S. 330, 129 V 466 E. 4.2.2 und 4.2.3 S. 470; SVR 2014 UV Nr. 29 S. 98 E. 2.2.3, 2011 UV Nr. 6 S. 22 E. 5.2). Ein degenerativer oder pathologischer Vorzustand schliesst eine unfallähnliche Körperschädigung nicht aus, sofern ein unfallähnliches Ereignis den vorbestehenden Gesundheitsschaden verschlimmert oder manifest werden lässt; es genügt somit, wenn eine schädigende, äussere Einwirkung wenigstens im Sinne eines Auslösefaktors zu den vor- oder überwiegend krankhaften oder degenerativen Ursachen hinzutritt (BGE 123 V 43 E. 2b S. 45; SVR 2008 UV Nr. 15 S. 49 E. 3).

2.2 Der Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt im Weiteren einen natürlichen und adäquaten Kausalzusam-

menhang zwischen dem Unfall und dem eingetretenen Schaden voraus (BGE 129 V 177 E. 3.1 und 3.2 S. 181; SVR 2012 UV Nr. 2 S. 6 E. 3.1).

2.2.1 Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne die der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht als zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiere («conditio sine qua non»; BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181, 119 V 335 E. 1 S. 337; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 121 E. 5.1). Für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs genügt es, wenn der Unfall für eine bestimmte gesundheitliche Störung eine Teilursache darstellt (BGE 134 V 109 E. 9.5 S. 125, 123 V 43 E. 2b S. 45; SVR 2009 UV Nr. 3 S. 12 E. 8.3). Zu den im Sinne von Art. 6 Abs. 1 UVG massgebenden Ursachen gehören sodann Umstände, ohne die die gesundheitliche Beeinträchtigung nicht zur gleichen Zeit eingetreten wäre. Eine schadensauslösende traumatische Einwirkung ist also selbst dann leistungsbegründend, wenn der betreffende Schaden auch ohne das versicherte Ereignis früher oder später wohl eingetreten wäre, der Unfall somit nur hinsichtlich des Zeitpunkts des Schadenseintritts «conditio sine qua non» war. 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 Ursache und Wirkung eigenständige Bedeutung anzunehmen (SVR 2012 UV Nr. 8 S. 29 E. 4.2.1).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweismwürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu be-

finden hat. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhanges genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 121 E. 5.1). Die Anforderungen an den Nachweis des natürlichen Kausalzusammenhangs in Medizin und Recht müssen nicht immer gänzlich deckungsgleich sein. Deshalb kann es vorkommen, dass der natürliche Kausalzusammenhang aufgrund (unfall-)medizinischer Erfahrung rechtlich bejaht wird, obwohl im Einzelfall ein strikter Beweis im medizinisch-wissenschaftlichen Sinn nicht zu erbringen ist (BGE 117 V 369 E. 3e S. 379).

2.2.2 Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2 S. 181, 125 V 456 E. 5a S. 461; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 122 E. 5.2). Bei organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen deckt sich die adäquate Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier praktisch keine selbstständige Bedeutung (BGE 140 V 356 E. 3.2 S. 358).

3.

3.1 Gemäss Hergangsschilderung in der Bagatellunfall-Meldung vom 27. Oktober 2014 (act. II A1) bzw. in der ordentlichen Unfallmeldung vom 18. November 2014 (act. II A4) war der Beschwerdeführer am 22. Oktober 2014 zu Hause und hielt in kauender Haltung seinen Sohn in den Armen. Dieser warf sich überraschenderweise nach hinten, worauf der Beschwerdeführer ihn vor einer Kollision mit dem Tischbein bewahren wollte. Dabei habe er eine reflexartige Drehung mit anschliessendem Aufstehen vollzogen und einen stechenden Schmerz empfunden. Am 31. Oktober 2014 bestätigte er diese Angaben und ergänzte, dass sein Sohn 18 Monate alt sei und der Schmerz im linken Knie über Stunden immer schlimmer geworden sei (act. II A2).

3.2 Das Ereignis vom 22. Oktober 2014 ist mangels eines ungewöhnlichen äusseren Faktors nicht als Unfall im Sinne der Legaldefinition von Art. 4 ATSG zu qualifizieren, was der Beschwerdeführer zu Recht denn auch nicht geltend macht. Da mit dem bildgebend festgestellten Meniskusriss (act. II M1/, M4/2) aber eine Listenverletzung im Sinne von Art. 9 Abs. 2 lit. c UVV vorliegt, ist zu prüfen, ob der Sachverhalt allenfalls unter den Tatbestand der unfallähnlichen Körperschädigungen zu subsumieren ist und unter diesem Titel eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin besteht. Die Beschwerdegegnerin anerkannte im Einspracheentscheid vom 2. Juni 2015 (act. II A17) zunächst die Sinnfälligkeit des Ereignisses (act. II A17/4 E. 2.3.1.1), liess diese Frage im Rahmen des Beschwerdeverfahrens aber wieder offen (Duplik S. 3 ad Ziff. 2 lit. a).

Nach der höchstrichterlichen Kasuistik soll das blosses Aufstehen aus der Hocke mit einem Kleinkind in der Hand eine alltägliche Verrichtung ohne besonderes Gefährdungspotential darstellen (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 7. Mai 2010, 8C_772/2009, E. 3.3), anders wurde in einem früheren Entscheid hingegen das plötzliche Aufstehen aus der Hocke qualifiziert (BGE 116 V 145 E. 2c S. 148 mit Hinweisen; vgl. E. 2.1 hiervor). Vorliegend erfolgte das Aufstehen aus der kauernenden Haltung aufgrund der damit intendierten Gefahrenabwehr offensichtlich abrupt, zudem trat eine reflexartige Drehbewegung hinzu. Dieses Geschehen kann in seiner Gesamtheit nicht bloss als alltägliche physiologische Beanspruchung des Bewegungsapparates interpretiert werden, weshalb ihm die Sinnfälligkeit nicht abzusprechen ist. Dies alleine ist aber nicht hinreichend, um einen Leistungsanspruch zu begründen, allemal ist zusätzlich ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang erforderlich; wie es sich damit verhält, gilt es nachfolgend zu prüfen.

4.

4.1 In medizinischer Hinsicht lassen sich den Akten im Wesentlichen die folgenden Angaben entnehmen:

4.1.1 Die am 23. Oktober 2014 erstbehandelnden Ärzte im Notfallzentrum des Spitals B. _____ hielten als Befund einen Gelenkerguss mit Druck-

dolenz im Bereich des ventralen Gelenkspalts sowie eine schmerzbedingt eingeschränkte Flexion des linken Knies fest (act. II M2/1 Ziff. 4, M5). Das gleichentags durchgeführte konventionelle Röntgen zeigte weder eine Fraktur noch eine Luxation, eine normale Artikulation im linken Kniegelenk, eine Fabella (vesalisches Sesambein) sowie ein geringer suprapatellärer Gelenkerguss (act. II M4/1). Das MRI offenbarte einen komplexen Riss des Innenmeniskus Pars intermedia bis in das Hinterhorn verlaufend mit vertikalen und horizontalen Rissanteilen – ohne Umschlagen von Meniskusanteilen nach medial. Nebst dem geringen Kniegelenkserguss wurde eine Baker-Zyste befundet, die Bänder waren intakt und es ergaben sich keine höhergradigen chondralen Läsionen (act. II M1/1, M4/2). Gegenüber der Beschwerdegegnerin wurde seitens des Notfallzentrums am 10. November 2014 (act. II M2/1) als Ursache für die aktuellen Beschwerden «Unfall» angekreuzt und angegeben, der Beschwerdeführer habe nicht bereits vorher unter ähnlichen Beschwerden gelitten (act. II M2/1 Ziff. 6 lit. a bzw. b). Im Bericht des Notfallzentrums vom 23. Oktober 2014 (act. II M5) wurden unter anderem ein Status nach Meniskusoperation am *rechten* Knie sowie ventrale degenerative Veränderungen am linken Knie erwähnt.

4.1.2 In einem weiteren Bericht des Spitals B. _____ vom 12. November 2014 (act. II M3, M7/3 f.) über die Sprechstunde Kniechirurgie vom 7. November 2014 berichtete Dr. med. C. _____, seit 2015 Facharzt für Orthopädische Chirurgie und des Bewegungsapparates FMH, über eine aktuelle Beschwerdefreiheit und deutliche Verbesserung der Beweglichkeit (Beugung bis 120°) des linken Knies. Er schlug ein abwartendes Prozedere vor und schloss die Behandlung faktisch ab.

4.1.3 In seiner Stellungnahme vom 24. Februar 2015 (act. II M6) gelangte der beratende Arzt der Beschwerdegegnerin, Dr. med. D. _____, Facharzt für Chirurgie FMH, zum Schluss, dass es sich bei der Komplexruptur um einen degenerativen Vorzustand handle, was auch durch die schon am 23. Oktober 2014 vorhandene Baker-Zyste bestärkt werde. Die mediale Meniskushinterhornläsion links zeige keine frischen strukturellen Veränderungen. Bei frischen Meniskusläsionen handle es sich in der Regel um Längs- oder Radiärrisse, aber nicht um Horizontalrisse wie sie im MRI unter anderem sichtbar seien. Fördernd für die mediale Meniskusläsion sei

die beschriebene varische Beinachse, was zu einer medialen Überlastung im medialen Kompartiment führe. Der Befund sei ausschliesslich degenerativer Natur; der Hergang habe zu einer vorübergehenden Aktivierung eines anscheinend bisher stummen Vorzustandes geführt.

4.1.4 Nachdem die Beschwerdegegnerin erfolglos versucht hatte, den Operationsbericht betreffend das rechte Knie aus dem Jahre 1994 sowie allfällige weitere frühere Operationsberichte der Knie einzuholen (act. II A7 f., M7/2), legte sie die Akten einem weiteren beratenden Arzt, Dr. med. E. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, vor. Dieser wies auf erhebliche degenerative Veränderungen am linken Knie hin, erachtete die Aktenlage jedoch als nicht ausreichend um die Frage nach dem Vorliegen von Vorzuständen eindeutig zu beantworten. Aufgrund der fehlenden Hinweise auf frische Läsionen ging er von einer vorbestehenden Meniskusschädigung aus, die durch das Ereignis vom 22. Oktober 2014 lediglich vorübergehend symptomatisch geworden seien. Er erklärte unter anderem, der klinische Verlauf mit raschem Beschwerderückgang innert zwei Wochen und rascher Rückbildung des Ergusses sowie die fehlende Dokumentation weiterer ärztlicher Kontrollen spreche mit überwiegender Wahrscheinlichkeit für eine vorübergehende kurze Verstärkung der Symptomatik einer relevanten Vorschädigung. Bei diesem Schädigungsmuster sei es unmöglich, eine zusätzliche, richtungsweisende Schädigung zu beweisen oder auszuschliessen. Die Schädigung sei eindeutig auf eine vorbestehende Erkrankung oder Degeneration zurückzuführen. Er bemerkte, dass weitere Anstrengungen zur Verbesserung der medizinischen Dokumentation unternommen werden müssten, um die wichtigen Fragen schlüssig beantworten zu können (act. II M8).

4.1.5 In einem Schreiben vom 16. Juni 2015 (act. II M9) hielt Dr. med. F. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates sowie Facharzt für Chirurgie FMH, zuhanden des Beschwerdeführers fest, dass die vorliegenden Befunde nicht ausschliessen, dass es sich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit um einen post-traumatischen Meniskus-Schaden handle.

4.1.6 Dr. med. G. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, ging am 5. September 2015 gegenüber dem Beschwerdeführer mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit von einem zumindest teilweisen akuten Meniskusschaden als Folge des «Unfalls» aus. Nebst den klinischen und MR-tomographischen Hinweisen sprächen auch der Ereignishergang sowie die anamnestisch beschwerdefreie Situation vor dem Ereignis für ein akutes Geschehen (act. I 7).

4.2 Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Gleiches gilt, wenn ein frei praktizierender Arzt von einer Versicherung wiederholt für die Erstellung von Gutachten beigezogen wird (SVR 2008 IV Nr. 22 S. 70 E. 2.4). Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354).

4.3 Die Beschwerdegegnerin stützte sich im angefochtenen Einspracheentscheid vom 2. Juni 2015 (act. II A17) auf die Stellungnahmen der Dres. med. D. _____ und E. _____ (act. II M6, M8). Deren Beurteilungen erfüllen die vorerwähnten höchstrichterlichen Beweisanforderungen (vgl. E. 4.2 hiervor) und erbringen vollen Beweis.

4.3.1 Dass die beiden beratenden Fachärzte den Beschwerdeführer nicht persönlich klinisch untersuchten, ist beweisrechtlich nicht von Belang, da ihnen insbesondere die Datenträger über die initialen bildgebenden Untersuchungen vorlagen und sie sich anhand der vorhandenen Unterlagen ein gesamthaft lückenloses Bild machen konnten (RKUV 2006 U 578 S. 175 E. 3.4, 1988 U 56 S. 371 E. 5b).

4.3.2 Dr. med. D. _____ zeigte überzeugend und nachvollziehbar auf, dass ein degenerativer Vorzustand vorlag, zumal bereits am Tag nach dem Ereignis eine Baker-Zyste festgestellt wurde (act. II M6/3), die ätiologisch mit degenerativen Knieschäden oder Krankheiten aus dem rheumatischen Formenkreis assoziiert wird (vgl. KONERMANN/GRUBER, Ultraschalldiagnostik der Bewegungsorgane, 3. Aufl. 2012, S. 257; WIRTH/KOHN/SIEBERT [Hrsg.], Rheumaorthopädie – Untere Extremität, 1996, S. 103). Richtigerweise zog er bei seiner Einschätzung die medizinisch-wissenschaftliche Erfahrungstatsache mit ein, dass es sich bei frischen Meniskusläsionen in der Regel um Längs- oder Radiärrisse handle, nicht aber um Horizontalrisse, wie sie im MRI vom 23. Oktober 2014 unter anderem sichtbar seien (act. II M6/3; vgl. BOHNDORF/IMHOFF/WÖRTLER, Radiologische Diagnostik der Knochen und Gelenke, 3. Aufl. 2014, S. 210; JÜRGEN MÄURER, Effiziente Kniebildgebung, 2004, S. 54). Wenngleich im Befundbericht vom 10. November 2014 (act. II M1/1, M4/2) zum Teil auch vertikale Rissanteile beschrieben wurden, stand klar der Horizontalriss (vom Mittelteil bis in das Hinterhorn) im Vordergrund (Beschwerde S. 3 Ziff. 3.1.1). Dr. D. _____ wies überdies auf die vorbestehende varische Beinachse hin (act. II M6/3), die als negativer Einflussfaktor über eine vermehrte Druckbelastung unter anderem zu einer Mehrbelastung des medialen Meniskus als sekundären Stabilisator führt (ANDREAS B. IMHOFF [Hrsg.], Fortbildung Orthopädie, Bd. 3. Knie, 2000, S. 31).

4.3.3 Übereinstimmend mit Dr. med. D._____ gelangte Dr. med. E._____ unter Berücksichtigung des biomechanischen Ablaufs sowie der klinischen Befunde zum Schluss, dass von erheblichen degenerativen Veränderungen auszugehen sei bzw. deutliche Hinweise auf einen relevanten Vorschaden bestünden (act. II M8/2). Diese Feststellung steht nicht im Widerspruch zu seiner gleichzeitigen Bemerkung, dass die aktuelle Aktenlage nicht ausreiche, um die Frage nach dem Vorliegen eines Vorzustandes am linken Knie *eindeutig* zu beantworten, denn eine Eindeutigkeit im Sinne eines medizinisch-wissenschaftlich strikten Beweises ist gar nicht verlangt (vgl. BGE 117 V 369 E. 3de S. 379), nach dem massgebenden Beweisgrad genügt die überwiegende Wahrscheinlichkeit (vgl. BGE 138 V 218 E. 6 S. 221). Hinzu kommt, dass die in Nachachtung der Untersuchungsmaxime (Art. 43 Abs. 1 ATSG) seitens der Verwaltung unternommenen Anstrengungen zur Komplettierung der Aktenlage offenbar an der Aufbewahrungsfrist scheiterten (vgl. Art. 26 Abs. 2 des kantonalen Gesundheitsgesetzes vom 2. Dezember 1984 [GesG; BSG 811.01] bzw. Art. 6 Abs. 1 der kantonalen Verordnung vom 23. Oktober 2002 über die Rechte und Pflichten der Patientinnen und Patienten und der Gesundheitsfachpersonen [Patientenrechtsverordnung, PatV; BSG 811.011]), womit von weiteren diesbezüglichen Beweismassnahmen ohnehin keine zusätzlichen Erkenntnisse zu erwarten wären (Beschwerde S. 1 Ziff. 1.2). Im Übrigen korreliert die Annahme eines relevanten Vorzustandes durch Dr. med. D._____ auch mit dem Schreiben von Dr. med. G._____ (act. I 7), der von einer zentralen Degeneration sowie von einem «zumindest teilweisen» akuten Meniskusschaden sprach, was impliziert, dass eben ein teilweise (allenfalls asymptomatischer) degenerativer Vorzustand bestand. Sodann ist nicht zu beanstanden, dass Dr. med. E._____ auch die Befunde der Nachkontrolle vom 7. November 2014 miteinbezog, wonach der Beschwerdeführer damals nahezu beschwerde- und schmerzfrei gewesen sei (act. II M8/2 Ziff. 3; Beschwerde S. 4 Ziff. 3.3), findet diese Feststellung doch ihren Rückhalt im entsprechenden Sprechstundenbericht von Dr. med. C._____ (act. II M3, M7/3 f.). Selbst wenn sich die Beschwerdefreiheit gemäss der nunmehr erfolgten Darstellung des Beschwerdeführers einzig auf die Ruhelage bezogen haben sollte, ändert dies nichts an der Tatsache, dass damals eine deutliche Remission eingetreten war, sich die

Beweglichkeit deutlich verbessert hatte (das Knie konnte bis 120° flektiert werden) und die tägliche analgetische Behandlung abgeschlossen war.

4.3.4 Vorderhand kontrastiert die Feststellung von Dr. med. D. _____, wonach der Befund ausschliesslich degenerativer Natur sei (act. II M6/3 Ziff. 2), mit der Aussage von Dr. med. E. _____, dass es unmöglich sei, eine zusätzliche richtungsweisende Schädigung zu beweisen oder auszuschliessen (act. II M8/2 Ziff. 5; Beschwerde S. 3 Ziff. 3.1.2; Replik S. 3 Ziff. 2 lit. b). Bei Lichte betrachtet divergieren diese Beurteilungen aber nicht, denn der Letztere bezog sich bei seiner Aussage offensichtlich wiederum auf einen strikten Beweis (und postulierte diesbezüglich das Vorliegen einer Beweislosigkeit), wogegen sich der Erstere an der überwiegen- den Wahrscheinlichkeit orientierte. Schliesslich gelangten beide Ärzte zur einhelligen Einsicht, dass sich mit dem Ereignis vom 22. Oktober 2014 überwiegend wahrscheinlich ein stummer Vorzustand vorübergehend aktivierte bzw. sich die vorbestehende Symptomatik kurz verstärkte (act. II M6/3 Ziff. 3, M8/2 Ziff. 4).

4.3.5 Die an der Beurteilung von Dr. med. E. _____ erhobene Kritik verfängt nicht. Soweit der Beschwerdeführer vorbringt, er habe bis zum «Unfallereignis» nie Probleme mit dem linken Knie gehabt, was eine akute Meniskusschädigung unterstreiche (Beschwerde S. 4 Ziff. 3.2), folgt seine Argumentation der unmassgebenden Formel «post hoc, ergo propter hoc» nach deren Bedeutung eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch einen Unfall verursacht gilt, wenn sie nach diesem aufgetreten ist (BGE 119 V 335 E. 2b bb S. 341; SVR 2008 UV Nr. 11 S. 36 E. 4.2.3), worauf auch die Beschwerdegegnerin zutreffend hingewiesen hat (Beschwerdeantwort S. 5 Ziff. II Ziff. 2.4). Dasselbe gilt im Übrigen für Dr. med. G. _____, der die anamnestisch beschwerdefreie Situation vor dem Ereignis als Indiz für ein «akutes Geschehen» wertete (act. I 7; Duplik S. 3 ad Ziff. 1).

4.3.6 Die kurz gehaltene Einschätzung von Dr. med. F. _____ vom 16. Juni 2015 (act. II M9) ist von vornherein nicht geeignet, Zweifel an der schlüssigen Beurteilung der Dres. med. D. _____ und E. _____ zu erwecken. Zum einen lässt sich aus der vagen Aussage, wonach ein post-traumatischer Meniskusschaden nicht ausgeschlossen sei, nicht mit dem

erforderlichen Beweisgrad im Umkehrschluss folgern, ein solcher sei erstellt. Zum andern setzte sich Dr. med. F. _____ nicht einmal ansatzweise mit den Beurteilungen der beiden beratenden Fachärzten auseinander, sondern verzichtete gänzlich auf eine Begründung für seine medizinische Einschätzung, weshalb ihr jeglicher Beweiswert abgeht.

4.4 Nach dem Gesagten ist basierend auf der beweiskräftigen Beurteilung der Dres. med. D. _____ und E. _____ nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass das sinnfällige Ereignis vom 22. Oktober 2014 einen stummen Vorzustand vorübergehend aktivierte bzw. die vorbestehende Symptomatik kurz verstärkte (act. II M6/3 Ziff. 3, M8/2 Ziff. 4), nicht aber die Listenverletzung im Sinne von Art. 9 Abs. 2 lit. c UVV verursachte.

Nach der Darstellung der Beschwerdegegnerin besteht bei dieser Ausgangslage kein Anspruch auf Versicherungsleistungen, da es nach ständiger Rechtsprechung zur Begründung einer Leistungspflicht nach Art. 9 UVV nicht genügen soll, «wenn eine (bereits) vorbestehende Verletzung im Sinne der Liste (hier: Meniskus) aufgrund eines Ereignisses nur «symptomatisch» (d.h. schmerzhaft) wurde» (Duplik S. 2 ad Ziff. 1). Derartiges lässt sich dem angefügten BGE 129 V 466 E. 2.2 S. 467 jedoch nicht entnehmen. Vielmehr gilt seit jeher, dass der obligatorische Unfallversicherer leistungspflichtig wird, soweit ein sinnfälliges (unfallähnliches) Geschehen einen vorbestehenden Gesundheitsschaden verschlimmert oder manifest werden lässt (vgl. BGE 123 V 43 E. 2b S. 45; vgl. E. 2.1 hiavor). Es ist nicht weiter abzuklären, ob eine «eindeutige» krankheits- oder degenerativ bedingte Verursachung vorliegt (vgl. Entscheid des BGer vom 2. Februar 2012, 8C_802/2011, E. 5.5 mit Hinweis auf BGE 129 V 466 E. 2.1 S. 466 f.). Diese Rechtsprechung hat im Übrigen auch Eingang in die vom Beschwerdeführer erwähnte (Replik S. 3 f. Ziff. 2 lit. a) Empfehlung der Ad-hoc-Kommission der UVG-Versicherer (act. I 5) gefunden. Somit greift eine andere als die von der Beschwerdegegnerin gewählte Rechtsfolge: Da der degenerative Vorzustand am linken Knie durch das Ereignis vom 22. Oktober 2014 vorübergehend verschlimmert bzw. erst symptomatisch (manifest) wurde, hat die Beschwerdegegnerin hierfür bis zum Erreichen des Status quo sine am 7. November 2014 (act. II M6/3 Ziff. 4) – mithin bis

zum faktischen Behandlungsabschluss (act. II M3, M7/3 f.) – einzustehen. In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen.

5.

5.1 In Anwendung von Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. a ATSG sind keine Verfahrenskosten zu erheben.

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

Demnach entscheidet der Einzelrichter:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird der angefochtene Einspracheentscheid der AXA Versicherungen AG vom 2. Juni 2015 aufgehoben und die Beschwerdegegnerin verurteilt, dem Beschwerdeführer für die nach dem Ereignis vom 22. Oktober 2014 aufgetretenen Beschwerden am linken Knie bis am 7. November 2014 die gesetzlichen Unfallversicherungsleistungen zu gewähren.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch eine Parteientschädigung zugesprochen.

3. Zu eröffnen (R):
- A. _____
 - AXA Versicherungen AG
 - Bundesamt für Gesundheit

Der Einzelrichter:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.