

200 17 546 UV  
LOU/IMD/GEC/SEE

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 5. März 2018**

Verwaltungsrichter Loosli, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichterin Fuhrer, Verwaltungsrichter Ackermann  
Gerichtsschreiber Imhasly

**A.** \_\_\_\_\_  
vertreten durch B. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführerin

gegen

**Visana Versicherungen AG**  
Leistungszentrum UVG, Weltpoststrasse 19, Postfach 253, 3000 Bern 15  
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 19. Mai 2017



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Die 1983 geborene A. \_\_\_\_\_ (nachfolgend Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) war über ihre Arbeitgeberin bei der Visana Versicherungen AG (nachfolgend Visana bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch unfallversichert, als sie gemäss Schadenmeldung vom 20. September 2016 am 27. August 2016 in einem Gedränge über eine am Boden liegende Flasche stolperte und dabei auf ihr Knie stürzte. Als betroffener Körperteil wurde das rechte Knie, als Art der Schädigung ein Riss im Knochen genannt (Antwortbeilage [AB] pag. 1). Am 2. November 2016 erfolgte ein chirurgischer Eingriff am betroffenen Knie (AB pag. 20). Nachdem die Visana zunächst Leistungen erbracht hatte, stellte sie diese mit Verfügung vom 5. Dezember 2016 (AB pag. 25 ff.) mangels Kausalzusammenhangs zwischen den geklagten Beschwerden und dem Ereignis vom 27. August 2016 rückwirkend per 8. Oktober 2016 ein. Die hiergegen am 13. Dezember 2016 erhobene Einsprache (AB pag. 35 f. und 53 f.) wurde mit Entscheid vom 19. Mai 2017 (AB pag. 68 ff.) abgewiesen.

### **B.**

Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch B. \_\_\_\_\_, mit Eingabe vom 7. Juni 2017 Beschwerde. Sie beantragt die Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheids und die Erbringung der gesetzlichen Leistungen durch die Beschwerdegegnerin mindestens bis zum Abschluss der postoperativen Rehabilitation.

Mit Beschwerdeantwort vom 10. Juli 2017 schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

## **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. Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb sie zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 58 ATSG). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

**1.2** Anfechtungsobjekt bildet der Einspracheentscheid vom 19. Mai 2017 (AB pag. 73). Strittig und zu prüfen ist der Anspruch auf Leistungen der Unfallversicherung und dabei insbesondere, ob zwischen dem Ereignis vom 27. August 2016 und den über den Zeitpunkt der Leistungseinstellung per 8. Oktober 2016 hinaus geklagten Beschwerden ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht.

**1.3** Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG). In Streitigkeiten, die weder von grundsätzlicher Bedeutung noch von grosser Tragweite sind, können sie auf dem Zirkulationsweg auch Mehrheitsbeschlüsse fassen (Art. 56 Abs. 5 GSOG).

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

## 2.

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

**2.2** Der Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt nebst anderem einen natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und dem eingetretenen Schaden voraus (BGE 129 V 177 E. 3.1 und 3.2 S. 181; SVR 2017 UV Nr. 8 S. 28 E. 3.3, 2012 UV Nr. 2 S. 6 E. 3.1).

**2.2.1** Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne die der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht als zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen ("conditio sine qua non"; BGE 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). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser 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).

**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).

**2.3** Wird durch den Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer 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 (SVR 2016 UV Nr. 18 S. 56 E. 2.1.1, 2011 UV Nr. 4 S. 13 E. 3.2; RKUV 1994 U 206 S. 328 E. 3b).

**2.4** 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 blosse Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalles genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (SVR 2011 UV Nr. 4 S. 13 E. 3.2).

**2.5** Zur Klärung der Leistungspflicht des Unfallversicherers, insbesondere der Frage der natürlichen Kausalität, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gege-

benenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen (vgl. BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99).

### **3.**

**3.1** Hinsichtlich der umstrittenen Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin lässt sich den Akten Folgendes entnehmen:

**3.1.1** Gemäss Schadenmeldung der Stadt Baden, Personaldienste, vom 20. September 2016 (AB pag. 1) stürzte die Beschwerdeführerin, nachdem sie im Gedränge über eine am Boden liegende Flasche gestolpert war, auf ihr Knie.

**3.1.2** Im MRI-Bericht des Spitals C.\_\_\_\_\_ vom 8. September 2016 (AB pag. 11 f.) wurde unter Indikation "Misstritt gemacht, dabei Schienbein angeschlagen und seither Knieschmerzen rechts, obwohl kein direktes Trauma erfolgt ist" notiert.

**3.1.3** Die am 31. August 2016 erstbehandelnde Ärztin Dr. med. D.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, notierte im Arztzeugnis UVG vom 28. September 2016 (AB pag. 43) unter Angaben des Patienten "nach Misstritt Schienbein angeschlagen, seither KnieSZ". Als Diagnose führte sie ein Bone bruise auf und hielt zur Kausalität fest, dass gemäss MRI-Befund nicht ausschliesslich Unfallfolgen vorlägen.

**3.1.4** Dr. med. E.\_\_\_\_\_, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, hielt im Bericht vom 19. September 2016 (AB pag. 42) anamnestisch fest, die Beschwerdeführerin sei am 27. August 2016 heftig gestolpert und dabei habe sie das rechte Knie heftig kontusioniert. Er diagnostizierte unter anderem eine unfallbedingte Knorpelläsion und ein aktiviertes mediopatelläres Plica-Syndrom bei vorbestehender Chondropatia patellae rechts.

Im Operationsbericht vom 4. November 2016 (AB pag. 20) diagnostizierte Dr. med. E.\_\_\_\_\_ eine unfallbedingte Ruptur des medialen Patella-

Retinaculums, eine Patella-Lateralisation, Knorpelschädigungen retropatellär und am medialen Femurcondylus sowie eine derbe Plica mediopatellaris nach stattgehabter Patella(sub)luxation und Kontusion des rechten Kniegelenks am 27. August 2016. Zur Operation hielt er unter anderem fest, dass sich das mediale Patella-Retinaculum nach stattgehabter Patella(sub)luxation nicht identifizieren lasse.

**3.1.5** Dr. med. F.\_\_\_\_\_, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates und beratender Arzt der Beschwerdegegnerin, hielt in seinem undatierten Bericht zur Besprechung vom 30. November 2016 (AB pag. 22) einleitend einen Sturz auf das rechte Knie am 27. August 2016 fest. In Bezug auf die Kausalität kam er zum Schluss, die operativ behandelten Beschwerden seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausschliesslich auf ereignisfremde Faktoren zurückzuführen. Es bestehe eine ausgeprägte Chondropathie mit Knorpelschaden zentral-retropatellär. Durch den Sturz vom 27. August 2016 sei es zu einer vorübergehenden Verschlimmerung des Vorzustandes gekommen. Das MRI vom 8. September 2016 (AB pag. 11 f.) habe keine sicher traumatischen Veränderungen gezeigt, insbesondere seien die Retinacula intakt gewesen. Dies spreche gegen eine stattgefundene Patellasubluxation. Mit Verweis auf den Zuweisungsbericht für das MRI hält er weiter fest, die Beschwerdeführerin habe bei dem Sturz das Schienbein angeschlagen ohne direktes Trauma auf das Knie. Die vorderen Kniegelenksbeschwerden bestünden gemäss Konsultationsbericht vom 19. September 2016 (AB pag. 42) bereits seit sieben Jahren. Nach der vorübergehenden Verschlimmerung des Vorzustandes sei der status quo sine spätestens sechs Wochen nach dem Ereignis erreicht gewesen.

**3.1.6** Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Praktischer Arzt, nahm zu Händen der B.\_\_\_\_\_ AG am 27. Dezember 2016 zum Fall Stellung (AB pag. 49 ff.). Er hielt fest, die Beschwerdeführerin leide seit sieben Jahren an Kniebeschwerden, zum Zeitpunkt des Unfallereignisses sei sie als Bademeisterin zu 100% arbeitsfähig gewesen. Die vorbestehenden Knieschmerzen seien wahrscheinlich im Rahmen einer Chondropathie der Patella erklärbar. Das Ereignis sei an sich zweifellos geeignet, zusätzliche Knorpelläsionen zu verursachen. Die im Operationsbericht erwähnten umschriebenen und tief-

greifenden Knorpelläsionen seien hinreichende Zeichen einer Verschlimmerung des Vorzustandes in Folge des Unfalls. Diese Knorpelläsionen seien nicht mit den vorbestehenden Schmerzen vereinbar, welche der Beschwerdeführerin eine 100%-ige Arbeitsfähigkeit als Bademeisterin erlaubt hätten. Zudem liesse auch die Tatsache, dass peroperativ die Trochlea keine Veränderungen aufgezeigt habe, annehmen, dass der Vorzustand der Chondropathie nicht massiv gewesen sein könne, da ansonsten auch der Knorpel an der Trochlea hätte verändert sein müssen. Die Annahme von Dr. med. F. \_\_\_\_\_, der Status quo sine sei gut einen Monat nach dem Unfallereignis erreicht gewesen, sei nicht nachvollziehbar, weil auch eine Kontusion einer unauffälligen Patella infolge eines Sturzes nach vier bis sechs Wochen noch symptomatisch sein könne. Mit Bezug auf den Unfallhergang erachte er eine direkte Kontusion des Kniegelenkes respektive der Patella als am wahrscheinlichsten, wohingegen eine alleinige Kontusion des Schienbeines eher unwahrscheinlich sei.

**3.1.7** Dr. med. H. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und beratender Arzt der Beschwerdegegnerin, erachtete in seinem Bericht vom 16. Mai 2017 (AB pag. 66 f.) eine Kontusion am rechten Schienbein als überwiegend wahrscheinlich, wohingegen ein direktes Trauma gegen das Kniegelenk weitgehend auszuschliessen sei. Er bezog sich dabei insbesondere auf die Angaben im MRI-Befund vom 8. September 2016 (AB pag. 11 f.). Die Rede von einer direkten Kniekontusion in späteren Dokumenten entspreche nicht den zum Ereignis zeitnah gemachten Angaben der Versicherten und sei somit überwiegend wahrscheinlich unter dem Eindruck des zu diesem Zeitpunkt schon erstellten MRT-Befundes zu sehen. Im Weiteren sei ein bereits seit mindestens 2010 bekannter Vorzustand einer Chondropathia patellae festzuhalten. Auf rein klinischer Ebene könne somit von einem durchaus nicht unerheblichen pathologischen Vorzustand ausgegangen werden. Die Aussage von Dr. med. G. \_\_\_\_\_, wonach der Vorzustand mit tief greifenden umschriebenen Knorpelläsionen der Versicherten eine 100%-ige Arbeitsfähigkeit als Bademeisterin nicht erlaubt hätten, entbehre seines Erachtens jeglicher medizinischer Erfahrung. Es sei oftmals erstaunlich, welche massiven morphologischen Veränderungen von geringen bis sogar fehlenden Beschwerden begleitet sein könnten. Zudem wäre ein frischer Knorpelschaden fast zwingend mit einem erheblichen

intraartikulären Erguss verbunden gewesen, wie er aber nie vorgelegen habe. Es seien keine Befunde erhoben worden, die überwiegend wahrscheinlich auf das genannte Ereignis zurückzuführen seien. Dies schliesse explizit auch eine Patella(sub)luxation mit ein, wie sie von Dr. med. E.\_\_\_\_\_ anlässlich der Arthroskopie postuliert worden sei. Dafür fehlten MR-tomographisch jegliche strukturellen Hinweise, indem insbesondere das mediale Patella-Retinakulum in toto abgrenzbar sei und unauffällig wirke, so dass die Einschätzung von Dr. med. E.\_\_\_\_\_ für ihn nicht nachvollziehbar sei. Da sich im MRT-Befund vom 8. September 2016 (AB pag. 11 f.) keine Hinweise auf morphologische Veränderungen im rechten Knie der Beschwerdeführerin zeigten, die sich überwiegend wahrscheinlich auf das Ereignis vom 27. August 2016 zurückführen liessen, könne mit diesem Datum zumindest betreffend das rechte Knie der Beschwerdeführerin von einem Status quo sine ausgegangen werden.

**3.2** Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. 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). Urteilt das Gericht indessen abschliessend gestützt auf Beweisgrundlagen, die aus dem Verfahren vor dem Sozialversicherungsträger stammen, sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1 S. 65, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, 122 V 157 E. 1d S. 162).

**3.3** Die medizinische Aktenlage präsentiert sich insoweit kohärent und widerspruchsfrei, als bei der Beschwerdeführerin bereits im Jahr 2010 eine Chondropathia patellae im Knie rechts bei Status nach Tumorentfernung tibial im 12. Lebensjahr diagnostiziert worden war (AB pag. 9 f.), die im MRI-Bericht des Spitals C. \_\_\_\_\_ vom 8. September 2016 (AB pag. 11 f.) ebenfalls ersichtlich ist und im Bericht des behandelnden Arztes Dr. med. E. \_\_\_\_\_ (AB pag. 42) festgehalten wurde. Weiter ist aufgrund der Akten erstellt und unter den Parteien unbestritten, dass die Beschwerdeführerin schon vor dem Ereignis vom 27. August 2016 unter Kniebeschwerden litt (Beschwerde S. 3) und das Ereignis zumindest eine vorübergehende Verschlimmerung des Vorzustandes des rechten Knies der Beschwerdeführerin zur Folge hatte (AB pag. 22, 49 ff., 66 f.).

**3.4** Konträr beantwortet werden hingegen zum einen die Frage nach dem konkreten Hergang des Ereignisses und zum andern die Fragen, ob und wenn ja wann der Status quo sine erreicht war und ob mit der Operation vom 2. November 2016 eine unfallbedingte oder unfallfremde Gesundheitsschädigung behandelt wurde. Abhängig vom Ereignishergang (und dabei insbesondere von der Erkenntnis, ob ein direktes Trauma des Kniegelenks stattgefunden hat oder nicht) beurteilen sich die medizinischen

Folgen. Die Feststellung des genauen Ereignisablaufs erweist sich somit als zwingend notwendig zur Beantwortung der Frage, ob zwischen dem Ereignis vom 27. August 2016 und den über den Zeitpunkt der Leistungseinstellung per 8. Oktober 2016 hinaus geklagten Beschwerden ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht.

**3.4.1** Zum Hergang des Ereignisses vom 27. August 2016 ist zunächst festzustellen, dass den Akten keine Aussagen der Beschwerdeführerin selbst dazu entnommen werden können. So wurde die Schadenmeldung der Stadt Baden vom 20. September 2016 (AB pag. 1) elektronisch ausgefüllt und ist (insbesondere auch von der Beschwerdeführerin) nicht persönlich unterzeichnet. Damit kann einzig auf die Aussagen der beurteilenden Ärzte abgestützt werden. Dabei gehen aber die Dres. med. F. \_\_\_\_\_ und H. \_\_\_\_\_ von einer Kontusion des Schienbeins ohne direktes Trauma des Knies aus (AB pag. 22 und 66 f.), während die Dres. E. \_\_\_\_\_ und G. \_\_\_\_\_ (AB pag. 20, 42 und 49 ff.) eine direkte (starke) Kniekontusion als wahrscheinlich erachten. Die beurteilenden Ärzte widersprechen sich, wobei sich aufgrund der Akten nicht ergibt, welche der beiden Varianten zutrifft oder ob gar keine der beiden Auffassungen korrekt ist. Damit kann auch aus deren Beurteilung der genaue Hergang nicht abgeleitet werden. Dies um so mehr als gemäss Dr. med. H. \_\_\_\_\_ ein direktes Trauma gegen das Kniegelenk zwar weitgehend, aber nicht überwiegend wahrscheinlich auszuschliessen ist, während Dr. med. G. \_\_\_\_\_ wiederum eine alleinige Kontusion des Schienbeins lediglich als eher und nicht als überwiegend unwahrscheinlich erachtet. Schliesslich stützen sich die Dres. med. F. \_\_\_\_\_ und H. \_\_\_\_\_ im Wesentlichen auf die im MRI-Bericht vom 8. September 2016 (AB pag. 11 f.) festgehaltene Indikation zur Untersuchung. Der entsprechende Zuweisungsbericht ist indes in den Akten nicht vorhanden und damit ist auch unklar, wie und woran sich die Beschwerdeführerin allenfalls das Schienbein kontusioniert haben könnte. Rein aus den Aussagen speziell zum Ereignishergang aber kann dieser nicht zweifelsfrei ermittelt werden. Soweit Dr. med. H. \_\_\_\_\_ aus medizinischer Sicht vorbringt, ein durch ein direktes Knie-trauma verursachter Knorpelschaden wäre fast zwingend mit einem erheblichen intraartikulären Erguss verbunden gewesen, was nicht der Fall gewesen sei, ist festzuhalten, dass die Formulierung "fast zwingend" darauf

hindeutet, dass eine entsprechende Schädigung ohne erheblichen Erguss zwar selten vorkommt, aber nicht gänzlich auszuschliessen ist. Überdies ist dem MRI-Bericht zu entnehmen, dass ein (minimer) Gelenkerguss vorhanden war. Schliesslich steht der Einschätzung von Dr. med. H.\_\_\_\_\_, wonach es zu keiner Patella(sub)luxation gekommen sei, was gegen eine direkte Kniekontusion spreche, die Beurteilung des Dr. med. E.\_\_\_\_\_, entgegen, der im Operationsbericht vom 2. November 2016 festhielt, das mediale Patella-Retinaculum lasse sich aufgrund der stattgehabten Patella(sub)luxation nicht identifizieren. Somit lassen auch die medizinischen Überlegungen keinen Schluss zum Ereignishergang zu.

**3.4.2** Soweit die Beschwerdegegnerin auf die Berichte des Dr. med. F.\_\_\_\_\_ vom 30. November 2016 (AB pag. 22) und des Dr. med. H.\_\_\_\_\_ vom 16. Mai 2017 (AB pag. 66 f.) abstellt, um die Verweigerung ihrer Leistungspflicht zu begründen, ist nach dem unter E. 3.4.1 Ausführten festzustellen, dass aufgrund der fehlenden Unterlagen (keine Angabe der Beschwerdeführerin zum Ereignishergang und fehlender Zuweisungsbericht) und der den Dres. med. F.\_\_\_\_\_ und H.\_\_\_\_\_ widersprechenden fachärztlichen Ansichten der Dres. med. G.\_\_\_\_\_ und E.\_\_\_\_\_ weder der konkrete Ereignishergang noch der medizinische Sachverhalt genügend abgeklärt ist, womit zumindest geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit der dem Einspracheentscheid zugrundeliegenden ärztlichen Feststellungen bestehen. Ebenso wenig kann aus den gleichen Gründen auf die Einschätzung der Dres. med. G.\_\_\_\_\_ und E.\_\_\_\_\_ abgestellt werden. Es bedarf weiterer Abklärungen hinsichtlich des Ereignishergangs und der allfälligen medizinischen Folgen (E. 3.2 in fine hiervor).

**3.5** Nach dem Dargelegten hat die Beschwerdegegnerin den rechtserheblichen Sachverhalt ungenügend abgeklärt. Demnach ist die Beschwerde gutzuheissen, der angefochtene Einspracheentscheid vom 19. Mai 2017 (AB pag. 73) aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen mit der Anweisung, den genauen Ereignisablauf zu klären und danach ein externes Gutachten einzuholen. Darin werden die Gutachter einerseits darzulegen haben, welche Schäden allenfalls Folgen des Ereignisses vom 27. August 2016 sind, und andererseits die Frage des

Status quo sine zu beantworten haben. Danach hat die Beschwerdegegnerin erneut zu verfügen.

#### **4.**

**4.1** Verfahrenskosten sind in Anwendung von Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG keine zu erheben.

**4.2** Nach der Rechtsprechung gilt es unter dem Gesichtspunkt des (bundesrechtlichen) Anspruchs auf eine Parteientschädigung im Streit um eine Sozialversicherungsleistung bereits als Obsiegen, wenn die versicherte Person ihre Rechtsstellung im Vergleich zu derjenigen nach Abschluss des Administrativverfahrens insoweit verbessert, als sie die Aufhebung einer ablehnenden Verfügung und die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zu ergänzender Abklärung und neuer Beurteilung erreicht (BGE 137 V 57 E. 2.1 S. 61). Dies gilt unabhängig davon, ob die Rückweisung beantragt oder ob das entsprechende Begehren im Haupt- oder im Eventualantrag gestellt wird (SVR 2017 KV Nr. 9 S. 43 E. 9.1). Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG). Die Bemessung der Parteientschädigung beurteilt sich nach kantonalem Recht (BGE 125 V 408 E. 3a S. 409). Dieses hat den bundesrechtlichen Anforderungen gemäss Art. 61 lit. g ATSG zu genügen. Nach Art. 13 der kantonalen Parteikostenverordnung vom 17. Mai 2006 (PKV; BSG 168.811) beträgt das Honorar in sozialversicherungsrechtlichen Klage- und Beschwerdeverfahren Fr. 400.-- bis Fr. 11'800.-- pro Instanz.

Die Rechtsvertreterin hat keine Kostennote eingereicht und die Festsetzung der Parteientschädigung in das gerichtliche Ermessen gestellt. Angesichts des einfachen Schriftenwechsels und der sich im vorliegenden Beschwerdeverfahren stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen rechtfertigt sich eine Parteikostenentschädigung von pauschal Fr. 2'000.-- (inkl. Auslagen und MWSt.). Diesen Betrag hat die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin zu ersetzen.

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. In Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid der Visana Versicherungen AG vom 19. Mai 2017 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie – nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen – neu verfüge.
2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 2'000.-- (inkl. Auslagen und MWSt.) zu ersetzen.
4. Zu eröffnen (R):
  - B. \_\_\_\_\_ z.H. der Beschwerdeführerin
  - Visana Versicherungen AG
  - Bundesamt für Gesundheit

Der Kammerpräsident:

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.