

200 18 553 UV
FUR/ABE/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 10. Oktober 2018

Verwaltungsrichterin Fuhrer, Kammerpräsidentin
Verwaltungsrichter Grütter, Verwaltungsrichter Knapp
Gerichtsschreiberin Abenheim

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführer

gegen

Generali Allgemeine Versicherungen AG
Avenue Perdtemps 23, 1260 Nyon 1
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 6. Juli 2018



Sachverhalt:

A.

Der 1993 geborene A. _____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) war über seinen Arbeitgeber bei der Generali Allgemeine Versicherungen AG (Generali bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch unfallversichert, als er ihr mit Bagatellunfall-Meldung vom 21. September 2017 melden liess, er sei am 12. September 2017 beim Transportieren eines Kühlschranks mit dem linken Knie nach innen geknickt, habe die Kraft im Bein verloren und sei mit dem Gewicht des Kühlschranks eingesackt; seither habe er starke Schmerzen beim Treppensteigen oder bei Bewegungen in/aus der Hocke (Antwortbeilage [AB] 2). Die Generali tätigte diverse Abklärungen, insbesondere unterbreitete sie die medizinischen Unterlagen ihrem Vertrauensarzt zur Stellungnahme (AB 19). Gestützt darauf lehnte sie ihre Leistungspflicht mit Verfügung vom 24. April 2018 (AB 21.1) ab, da kein Unfall im Rechtssinne und auch keine unfallähnliche Körperschädigung vorliege. Die hiergegen erhobene Einsprache (AB 26) wies die Generali nach weiteren Abklärungen (AB 28 ff.) mit Einspracheentscheid vom 6. Juli 2018 ab; möglicherweise sei der Unfallbegriff als erfüllt zu betrachten, eine Unfallkausalität müsse aber verneint werden.

B.

Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B. _____, am 6. August 2018 Beschwerde. Beantragt wird, die Beschwerdegegnerin sei unter kostenfälliger Aufhebung des angefochtenen Entscheids zu verpflichten, dem Beschwerdeführer Leistungen gemäss Unfallversicherungsgesetz zu gewähren; eventualiter sei die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese ein externes Gutachten veranlasse und hiernach über die Leistungsansprüche neu verfüge.

Mit Beschwerdeantwort vom 27. August 2018 schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Mit den Schlussbemerkungen vom 18. September 2018 hielt der Beschwerdeführer an den Rechtsbegehren fest.

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 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 6. Juli 2018 (Beschwerdebeilage [BB] 2). Streitig und zu prüfen ist, ob für die im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 12. September 2017 beklagten Beschwerden Anspruch auf Leistungen der Unfallversicherung besteht.

1.3 Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 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 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).

2.1.1 Der äussere Faktor ist ungewöhnlich, wenn er – nach einem objektiven Massstab – nicht mehr im Rahmen dessen liegt, was für den jeweiligen Lebensbereich alltäglich und üblich ist. Das Merkmal des Ungewöhnlichen macht den alltäglichen Vorgang zum einmaligen Vorfall. Einwirkungen, die aus alltäglichen Vorgängen resultieren, taugen in aller Regel nicht als Ursache einer Gesundheitsschädigung. Liegt der Grund somit allein im Innern des Körpers, ist Krankheit gegeben. Daran ändert die blossе Auslösung des Gesundheitsschadens durch einen äusseren Faktor nichts; Unfall setzt vielmehr begrifflich voraus, dass das exogene Element so ungewöhnlich ist, dass eine endogene Verursachung ausser Betracht fällt (BGE 134 V 72 E. 4.1 S. 76 und E. 4.1.1 S. 77).

2.1.2 Gemäss Art. 6 Abs. 2 des Bundesgesetzes vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung [UVG; SR 832.20] erbringt die Versicherung auch Leistungen bei folgenden Körperschädigungen, sofern sie nicht vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen sind: Knochenbrüche (lit. a), Verrenkungen von Gelenken (lit. b), Meniskusrisse (lit. c), Muskelrisse (lit. d), Muskelzerrungen (lit. e), Sehnenrisse (lit. f), Bandläsionen (lit. g), Trommelfellverletzungen (lit. h). Das Bestehen einer zu übernehmenden unfallähnlichen Körperschädigung hängt nicht vom Vorliegen eines äusseren Ereignisses ab. Die Tatsache, dass eine in Art. 6 Abs. 2 UVG genannte Körperschädigung vorliegt, führt zur Vermutung, dass es sich hierbei um eine unfallähnliche Körperschädigung handelt, die vom Unfallversicherer zu übernehmen ist. Dieser kann sich aus der Leistungspflicht befreien, wenn er beweist, dass die Körperschädigung vorwiegend auf Abnützung oder Krankheit zurückzuführen ist (Botschaft vom 30. Mai 2008 zur Änderung des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, BBl 2008 5411 [Ziff. 2.1.2] und 5425 [zu Art. 6 Abs. 2]; Zusatzbotschaft vom 19. September 2014 zur Änderung des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, BBl 2014 7922 [Ziff. 2.2] und 7934 [zu Art. 6 Abs. 2]).

2.2 Der Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt zudem 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 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; SVR 2017 UV Nr. 8 S. 28 E. 3.3).

3.

3.1 Während die Beschwerdegegnerin in der Verfügung vom 24. April 2018 (AB 21) sowohl einen Unfall im Rechtssinne als auch eine unfallähnliche Körperschädigung verneinte hatte, betrachtete sie in der Folge „den Unfallbegriff als möglicherweise erfüllt“ (Einspracheentscheid, S. 3, letztes Lemma), verneinte im hier angefochtenen Entscheid jedoch einen Kausalzusammenhang zwischen dem „mögliche[n] Unfallgeschehen“ (Einspracheentscheid, S. 4, erstes Lemma) und den Knieschädigungen.

Ob das zur Diskussion stehende Ereignis vom 12. September 2017 als Unfall im Rechtssinne oder als sog. unfallähnliche Körperschädigung zu qualifizieren ist, kann offen bleiben. Eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin liesse sich nur dann begründen, wenn die fraglichen Beschwerden auf das entsprechende Ereignis zurückzuführen wären.

3.2 In medizinischer Hinsicht lässt sich den Akten im Wesentlichen Folgendes entnehmen:

3.2.1 Dr. med. C. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, trug am 21. September 2017 folgende Diagnose in die Krankengeschichte (KG) ein (AB 5):

St. n. Rotations-/Flexionstrauma Knie links am 12.09.2017 mit

- V.a. schmerzhaftes femoropatelläres Weichteilimpingement

Der 24-jährige Patient habe sich am 12. September 2017 ein Trauma des linken Kniegelenks zugezogen, als er beim Verschieben eines schweren Kühlschranks die Kontrolle über das Knie verloren habe und eingeknickt sei. In der Folge seien starke Schmerzen ventral im Kniegelenk im Bereich der Kniescheibe aufgetreten. Seit dem Ereignis beständen stechende Schmerzen retropatellär, v.a. auf Treppen sowie auch beim Aufstehen aus sitzender Position. Intermittierend beständen auch Schmerzen dorsal im Kniegelenk. Das MRI vom 21. September 2017 zeige einen Gelenkserguss. Die Patella sei gut zentriert, der Knorpel femoropatellär und femorotibial sei intakt, es zeige sich keine Knorpelläsion. Der Meniskus sei sowohl medial als auch lateral intakt. Bei intaktem hinterem Kreuzband (HKB) zeige das vordere Kreuzband (VKB) im zentralen Bereich ein kleines Gangli-

on. Es bestehe eine grosse Plica mediopatellaris, welche direkt infrapatellär nach zentral unter das Femoropatellargelenk ziehe. Aufgrund der Beschwerden sei von einem schmerzhaften ventralen Weichteilimpingement nach Rotationstrauma auszugehen. Vorerst sei die weitere Entwicklung abzuwarten bzw. in vier Wochen sei der Verlauf zu evaluieren. Eine Arbeitsunfähigkeit sei nicht ausgestellt worden.

Am 27. Oktober 2017 trug Dr. med. C. _____ in der KG ein, der Patient habe selbständig einen Belastungsaufbau durchgeführt. Nach einem Tag mit viel Treppensteigen habe er wieder unverändert starke Schmerzen unterhalb und hinter der Kniescheibe verspürt. Entsprechend sei er mit dem Verlauf nicht zufrieden, da sportliche Aktivitäten nicht möglich seien. Empfehlenswert wäre eine Stosswellentherapie (AB 7).

Am 23. November 2017 trug er in die KG ein, die Stosswellentherapie sei für den Patienten bei enormer parapatellärer Irritation kaum auszuhalten gewesen. Deshalb sei eine Infiltration durchgeführt worden (AB 8).

Im Bericht vom 12. März 2018 (AB 11) legte Dr. med. C. _____ dar, nach vorübergehender Schmerzfreiheit nach der intraartikulären Infiltration sei wegen des persistierenden Leidensdrucks auf hohem Niveau eine Operation indiziert. Am 12. März 2018 sei die Kniearthroskopie links mit Weichteil- und Plicaresektion durchgeführt worden.

3.2.2 Dr. med. D. _____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie für Rheumatologie, legte in der Stellungnahme vom 5. April 2018 (AB 19) dar, als Impingement bzw. Impingement-Syndrom bezeichne man eine Funktionsbeeinträchtigung der Gelenkbeweglichkeit. Es entstehe zumeist durch Degeneration oder Einklemmung von Kapsel- oder Sehnenmaterial. Die klinischen und kernspintomografischen Untersuchungen hätten keine Verletzung und keine traumatische Meniskusläsion gezeigt. Der laterale Mensikus habe sich arthroskopisch ohne Riss aber ohne Adhärenz zur Gelenkkapsel gezeigt. Der Befund werde vom Operateur als Meniskusinstabilität bezeichnet, was aber keiner Listendiagnose gemäss der Verordnung vom 20. Dezember 1982 über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) entspreche. Anders als der Innenmeniskus sei der Aussenmeniskus freier beweglich, da er nicht so stark mit den Strukturen

der Bänder der Gelenkkapsel verwachsen sei. An der Vorderseite der Eminentia intercondylaris der Tibia sei das Vorderhorn befestigt, das Hinterhorn sitze somit an dessen Rückseite. Vor der posterioren Befestigung entspringe das Wisberg Band, welches gleich hinter dem hinteren Kreuzband medial und nach oben ziehe, um an der medialen Femurkondyle anzusetzen. Eine fehlende Adhärenz zur Gelenkkapsel, wie vom Operateur beschrieben, sei möglich, entspreche aber einer Anlagestörung und nicht einem Riss oder einer Ruptur des Meniskus. Es müsse davon ausgegangen werden, dass der Operateur dies zum Ausdruck habe bringen wollen, zumal er keinen „Riss“ erwähnt habe. Es sei keine „UKS-Diagnose“ (unfallähnliche Körperschädigung) nachgewiesen. Das festgestellte Rotations-/Flexionstrauma sei nicht „gelistet“ und entspreche nicht einer Gelenksverrenkung. Unfallbedingte Diagnosen seien nicht nachweisbar.

3.2.3 In der Stellungnahme vom 25. Juni 2018 (AB 30.2) legte Dr. med. D._____ dar, wenn Dr. med. C._____ den Begriff „Trauma“ benutze, dann impliziere dies nicht, dass der juristische Unfallbegriff erfüllt sei. Es habe sich weder klinisch noch kernspintomografisch oder intraoperativ eine traumatische Strukturveränderung als Folge eines Ereignisses nachweisen lassen. Die Plica mediopatellaris entspreche einem anatomischen Vorzustand und ein symptomatisches Impingement derselben sei eine inhärent mögliche Folge unter physiologischer Belastung. Es hätten zu keinem Zeitpunkt Unfallfolgen bestanden, weshalb es auch keinen „Status quo“ geben werde.

3.2.4 Im Schreiben vom 2. August 2018 (BB 3) führte Dr. med. C._____ zuhanden der Beschwerdegegnerin aus, er sei mit der Beurteilung von Dr. med. D._____ nicht einverstanden. Der Patient sei vor dem Unfallereignis beschwerdefrei gewesen. Dass durch die Meniskusnaht mit Resektion der irritierten Weichteile eine Beschwerdefreiheit habe erreicht werden können, spreche für eine Meniskusinstabilität als auslösender Faktor für die Beschwerden. Auch wenn ein Flexions-/Aussenrotationstrauma nicht unter eine Gelenksverrenkung im Sinne einer Listenverletzung falle, entspreche das Einknicken des Knies mit Aussenrotationsbewegung des Unterschenkels einem gängigen Unfallmechanismus.

3.3 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). 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).

3.4 Der angefochtene Einspracheentscheid vom 6. Juli 2018 (BB 2) basiert in medizinischer Hinsicht namentlich auf den Einschätzungen des Vertrauensarztes der Beschwerdegegerin, Dr. med. D._____. Dessen fachärztlichen Beurteilungen vom 5. April 2018 (AB 19) und vom 25. Juni 2018 (AB 31) erfüllen die höchstrichterlichen Beweisanforderungen (E. 3.3 hiervor) und erbringen vollen Beweis, womit sich weitere Sachverhaltserhebungen (vgl. Beschwerde S. 2, Ziff. I. 2.) – erübrigen (antizipierte Beweiswürdigung [BGE 122 V 157 E. 1d S. 162]).

Dass der beigezogene Experte den Beschwerdeführer nicht persönlich untersucht hat, schadet nicht. Denn praxisgemäss kann auch reinen Aktenberichten voller Beweiswert zukommen, sofern die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind, der Untersuchungsbefund lückenlos vorliegt und der Experte sich aufgrund der vorhandenen Unterlagen ein gesamthaft lückenloses Bild machen kann (RKUV 2006 U 578 S. 175 E. 3.4, 1988 U 56 S. 371 E. 5b). Diese Voraussetzungen sind vorliegend gegeben. Was in der Beschwerde dagegen vorgebracht wird, ändert daran nichts; insbesondere die Einschätzung des behandelnden Arztes Dr. med. C._____ ist nicht geeignet, Zweifel an der schlüssigen Beurteilung von Dr. med. D._____ zu begründen:

3.4.1 Zunächst stellt der von Dr. med. C._____ vorgebrachte Einwand, der Beschwerdeführer sei vor dem Ereignis vom 12. September 2017 beschwerdefrei gewesen (BB 3) bzw. die Schmerzen beständen (erst) seit dem genannten Datum (AB 5), im Zusammenhang mit der Kausalitätsfrage unter beweisrechtlichen Gesichtspunkten eine unzulässige (vgl. BGE 119 V 335 E. 2b bb S. 341; SVR 2008 UV Nr. 11 S. 36 E. 4.2.3) „post hoc ergo propter hoc“-Argumentation dar. Aus sozialversicherungsrechtlicher Sicht kann eine gesundheitliche Schädigung nicht bereits als durch einen Unfall verursacht betrachtet werden, weil sie nach diesem aufgetreten ist.

3.4.2 Aufgrund der medizinischen Unterlagen ist keine unfallbedingte Knieschädigung erstellt. Vielmehr lassen sämtliche Arztberichte auf eine krankheitsbedingte Schädigung schliessen. Das nach dem inkriminierten Ereignis zeitnah erstellte MRI vom 21. September 2017 zeigte sowohl eine gute zentrierte Kniescheibe als auch einen intakten Meniskus sowie intakte Kreuzbänder; eine Knorpelläsion war nicht ersichtlich (AB 5). Dafür, dass das festgestellte Ganglion eine Unfallfolge wäre, bestehen weder Anhaltspunkte noch wurde dies geltend gemacht. Sodann hat Dr. med. D._____ nachvollziehbar und schlüssig dargelegt, dass ein Impingement (vgl. AB 5) durch Degeneration oder Einklemmung von Kapsel- oder Sehnenmaterial entsteht (AB 19.1). Der Umstand, dass am 12. März 2018 eine Weichteil- und Plicaresektion durchgeführt werden musste (AB 11), ist

nicht unfallkausal. Es ist in keinem einzigen Arztbericht die Rede davon, dass sich die Plica wegen des Unfalls entzündet hätte bzw. deswegen gross (vgl. AB 5) geworden sei. Solche Falten der inneren Gelenkschleimhaut im Kniegelenk sind vielmehr entweder angeboren oder degenerativ. So ist gemäss den schlüssigen Ausführungen von Dr. med. D. _____ auch die hier zur Diskussion stehende Plica mediopatellaris als anatomischen Vorzustand zu qualifizieren (vgl. AB 30.2), was im Übrigen auch von Dr. med. C. _____ bestätigt wird (BB 3 [„Eine Plica mediopatellaris entspricht einer regelmässig vorkommenden anatomischen Struktur“]). Wenn der beratende Arzt der Beschwerdegegnerin darlegt, das Impingement sei eine „mögliche Folge“ dieses Vorzustands zufolge der physiologischen Belastung, räumt er zwar ein, dass der krankhafte Vorzustand möglicherweise (erst) durch das Ereignis vom 12. September 2017 manifest geworden sein könnte. Indessen genügt eine bloss „mögliche“ Teilkausalität für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht; ein natürlicher Kausalzusammenhang muss vielmehr überwiegend wahrscheinlich sein (vgl. BGE 138 V 218 E. 6 S. 221; SVR 2017 UV Nr. 20 S. 67 E. 3.2). Schliesslich entspricht auch eine (vorliegend operativ behobene) ungenügende Adhärenz des Meniskus zur Gelenkkapsel einer (krankhaften) Anlagestörung (AB 19.1) bzw. ist nicht Unfallfolge. Selbst wenn eine Meniskusinstabilität der auslösender Faktor für die Beschwerden gewesen wäre, wie dies der behandelnde Arzt geltend macht (BB 3), lässt sich daraus entgegen seiner Ansicht noch keine Aussage zur Unfallkausalität ableiten. Denn diesfalls müsste überwiegend wahrscheinlich sein, dass die Meniskusinstabilität ihrerseits auf das Ereignis vom 12. September 2017 zurückzuführen ist; dies ist hier aber nicht der Fall.

3.4.3 Entgegen der Ansicht des Rechtsvertreters handelt es sich bei dem nach Erlass des angefochtenen Einspracheentscheids vom 6. Juli 2018 (BB 2) verfassten, jedoch ohne Weiteres in die Beurteilung miteinzubeziehenden (vgl. SVR 2008 IV Nr. 8 S. 25 E. 3.4) Bericht von Dr. med. C. _____ vom 2. August 2018 (BB 3) nicht um ein „Gutachten“. Ein solches verfasst ein unabhängiger, d.h. mit der Sache nicht befasster Sachverständiger (vgl. Art. 44 ATSG) bzw. kann nicht von einem behandelnden Arzt stammen. Was Atteste von behandelnden Ärzten anbelangt, darf und soll das Gericht zudem der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass

jene mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353; SVR 2015 IV Nr. 26 S. 80 E. 5.3.3.3). Abgesehen davon lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten Experten andererseits nicht zu, ein medizinisches Administrativgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn behandelnde Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Da Dr. med. C. _____ keine wichtigen Aspekte benannt hat, die bei der Einschätzung von Dr. med. D. _____ unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind, führt die Divergenz in den Beurteilungen – entgegen der in der Beschwerde (S. 4, Ziff. 4) – nicht zur Notwendigkeit weiterer medizinischer Abklärungen (SVR 2017 IV Nr. 49 S. 148 E. 5.5, 2008 IV Nr. 15 S. 44 E. 2.2.1).

3.5 Zusammenfassend ist ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen dem Ereignis vom 12. September 2017 und den Kniebeschwerden links nicht mit dem notwendigen Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt. Folglich bestand und besteht kein Anspruch auf Leistungen der Unfallversicherung.

Der angefochtene Einspracheentscheid vom 6. Juli 2018 (BB 2) ist im Ergebnis nicht zu beanstanden. Die Beschwerde ist unbegründet und abzuweisen.

4.

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

4.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch wird eine Parteientschädigung zugesprochen.
3. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - Generali Allgemeine Versicherungen AG
 - Bundesamt für Gesundheit

Die Kammerpräsidentin:

Die Gerichtsschreiberin:

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.