

200 19 122 UV  
JAP/BRM/LAB

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 29. Oktober 2019**

Verwaltungsrichter Jakob, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Kölliker, Verwaltungsrichter Schwegler  
Gerichtsschreiber Braune

**KPT Krankenkasse AG**  
Rechtsdienst, Wankdorfallee 3, Postfach, 3001 Bern  
Beschwerdeführerin

gegen

**AXA Versicherungen AG**  
General Guisan-Strasse 40, Postfach 357, 8401 Winterthur  
Beschwerdegegnerin

A. \_\_\_\_\_  
Beigeladene

betreffend Einspracheentscheid vom 14. Januar 2019 (UVGON  
44.012.685/122)



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Die 1956 geborene A. \_\_\_\_\_ (Versicherte bzw. Beigeladene) war über ihre Arbeitgeberin bei der AXA Versicherungen AG (AXA bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch unfallversichert, als sie gemäss Bagatellunfall-Meldung am 19. Februar 2017 beim Skilanglauf stürzte und dabei das Knie verdrehte (allgemeine Akten der AXA [act. II] A3). Nachdem die AXA den Zusammenhang des gemeldeten Gesundheitsschaden mit diesem Ereignis geprüft und die Unterlagen dem medizinischen Dienst vorgelegt hatte, teilte sie der Versicherten am 14. November 2017 (act. II A5) mit, dass ab dem 2. April 2017 kein Anspruch mehr auf Leistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung bestehe. Hiermit erklärte sich die KPT Krankenkasse AG (KPT bzw. Beschwerdeführerin), bei der A. \_\_\_\_\_ unter anderem obligatorisch krankpflegeversichert ist (Akten der KPT [act. I] 1), und der das Ereignis bereits am 4. März 2017 gemeldet worden war (act. I 4), nach Einsichtnahme in die Akten der AXA (act. II A6) mit Schreiben vom 16. Mai 2018 nicht einverstanden (act. II A7). In der Folge erliess die AXA am 20. Juli 2018 eine Verfügung, mit der sie an der Leistungseinstellung per 2. April 2017 festhielt (act. II A8). Die hiergegen am 13. September 2017 von der KPT erhobene Einsprache (act. II A10) wies die AXA mit Entscheid vom 14. Januar 2019 ab (act. II A13).

### **B.**

Mit dagegen gerichteter Beschwerde vom 13. Februar 2019 beantragte die KPT, der Einspracheentscheid vom 14. Januar 2019 sei aufzuheben, die Leistungspflicht der AXA sei für das Ereignis vom 19. Februar 2017 auch über den 2. April 2017 hinaus anzuerkennen und die gesetzlichen Leistungen seien auch nach diesem Datum auszurichten; eventualiter sei die Sache zur weiteren Abklärung und Neuurteilung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Zur Begründung wird im Wesentlichen geltend gemacht, der AXA sei der – strengen Anforderungen unterliegende – Gegenbeweis, dass die fragliche Körperverletzung (Meniskusriss, welcher eine

„Listenverletzung“ im Sinne von Art. 6 Abs. 2 lit. c des Bundesgesetzes vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung [UVG; SR 832.20] darstelle) aufgrund von Abnützung oder Erkrankung entstanden sei, nicht gelungen.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 17. Juni 2019 beantragt die AXA die Abweisung der Beschwerde.

Die mit prozessleitender Verfügung vom 18. Juni 2019 beigeladene Versicherte verzichtete auf die ihr gebotene Gelegenheit zur Einreichung einer Stellungnahme.

### **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 als Trägerin der obligatorischen Krankenpflegeversicherung der Versicherten vor dem Hintergrund der intersystemischen Koordination i.S.v. Art. 64 f. ATSG (vgl. UELI KIESER, Kommentar zum ATSG, 3. Aufl. 2015, Art. 64 N. 22) durch den angefochtenen Entscheid berührt, ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb sie zur Beschwerde befugt ist (Art. 49 Abs. 4 ATSG bzw. 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 14. Januar 2019 (act. II A13). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beigeladenen auf Unfallversicherungsleistungen und dabei insbesondere, ob die Beschwerdegegnerin einen Anspruch auf Heilbehandlung für die rechtsseitigen Kniebeschwerden ab 3. April 2017 zu Recht verneinte.

**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** Die Zusprechung von Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt grundsätzlich das Vorliegen eines Berufsunfalles, eines Nichtberufsunfalles oder einer Berufskrankheit (Art. 6 Abs. 1 UVG) sowie eines natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfall und dem eingetretenen Schaden voraus (BGE 129 V 177 E. 3.1 und 3.2 S. 181; SVR 2018 UV Nr. 3 S. 9 E. 3.1, 2012 UV Nr. 2 S. 6 E. 3.1).

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).

**2.2** 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 Be-

dingungen 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 142 V 435 E. 1 S. 438, 129 V 177 E. 3.1 S. 181; Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 21. September 2018, 8C\_781/2017, 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).

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 142 V 435 E. 1 S. 438, 129 V 177 E. 3.1 S. 181; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 121 E. 5.1).

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 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; Entscheid des BGer vom 21. September 2018, 8C\_781/2017, E. 5.1). Ebenso wie der leistungsbe gründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosser Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalles genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufheben-

de 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).

**2.3** Gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG erbringt die Versicherung ihre Leistungen auch 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 vom Unfallversicherer 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 übernommen werden muss. 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]). Der Begriff „vorwiegend“ wird im UVG bereits im Zusammenhang mit dem Nachweis von Berufskrankheiten (vgl. Art. 9 Abs. 1 UVG) verwendet und dort im Sinne von mehr als 50 % ausmachend verstanden. Es besteht kein Anlass, diesen Begriff im Anwendungsbereich von Art. 6 Abs. 2 UVG anders auszulegen. Demnach ist der Gegenbeweis des Unfallversicherers erbracht, wenn die Listendiagnose zu mehr als 50 % auf „Abnützung oder Erkrankung“ beruht (Entscheid des BGer vom 24. September 2019, 8C\_22/2019, E. 8.2.2.1 [zur Publikation vorgesehen]).

### 3.

**3.1** Zunächst ist festzuhalten, dass intertemporalrechtlich die am 1. Januar 2017 in Kraft getretenen Bestimmungen des UVG sowie der Verordnung vom 20. Dezember 1982 über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) anwendbar sind. Es steht ferner fest und ist unbestritten, dass das Ereignis vom 19. Februar 2017, bei dem sich die Beigeladene beim Skilanglauf am rechten Knie verletzt hat, einen Unfall im Rechtssinne darstellt (vgl. E. 2.1 hiavor) und dieser als Nichtbetriebsunfall durch den Unfallversicherer gedeckt ist. Nach eigenen Angaben hat die Beschwerdegegnerin Leistungen für Heilbehandlung erbracht, womit sie grundsätzlich auch das Vorliegen der weiteren Anspruchsvoraussetzungen anerkannt hat (vgl. Urteil des Bundesgerichts [BGer] vom 1. Februar 2011, 8C\_895/2010 E. 5.1). Demnach liegt die Beweislast für das Dahinfallen des natürlichen Kausalzusammenhangs bei der AXA (Urteil des BGer vom 14. August 2007, U 523/2006 E. 4.1 mit Hinweisen).

In der Beschwerdeantwort (vgl. S. 1) hat die AXA nun erstmals präzisiert, dass sich die vorübergehenden Leistungen allein auf die mediale Reizung des Innenbandes (Innenbandzerrung) am rechten Kniegelenk bezogen, während sie die – am 10. Mai 2017 arthroskopisch operierte (medizinische Akten der AXA [act. IIA] M3) – Meniskusruptur als degeneratives Geschehen qualifiziert und eine diesbezügliche Leistungspflicht verneint habe. In den mit der Beschwerdeantwort eingereichten amtlichen Akten finden sich keinerlei Zahlungsbelege, sodass nicht restlos klar ist, für welche medizinischen Massnahmen die Beschwerdegegnerin unter dem Titel Heilbehandlung überhaupt Leistungen gewährte bzw. ob sie diese allenfalls unter Abklärungskosten verbuchte (vgl. Art. 45 Abs. 1 ATSG; Empfehlung der Ad-Hoc-Kommission Schaden UVG Nr. 1/92). Hinzu kommt, dass zwar die kumulativen Tatbestandsvoraussetzungen des Unfallbegriffs gemäss Legaldefinition (vgl. E. 2.1 hiavor) erfüllt sind, gleichzeitig mit der hier zur Diskussion stehenden Meniskusruptur aber auch eine „Listerverletzung“ nach Art. 6 Abs. 2 UVG vorliegt, welche im Sinne einer praesumptio iuris unabhängig vom Vorliegen eines äusseren Ereignisses eine Leistungspflicht des Unfallversicherungsträgers begründet, von der sich dieser – wie bereits oben erwähnt – nur durch den

Nachweis befreien kann, dass die Körperschädigung vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen ist (vgl. E. 2.3 hiavor).

Weil sich die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Einspracheentscheid auf den Standpunkt stellte, es bestehe überwiegend wahrscheinlich kein anspruchsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang zwischen dem Ereignis vom 19. Februar 2017 und der Meniskusruptur (act. II A13/8 E. 2.3.4), ist vorab diesem Beweisthema nachzugehen. Denn sollte dies zutreffen, wäre gleichzeitig grundsätzlich auch erstellt, dass diese „Listenerletzung“ vorwiegend, mithin zu mehr als 50 %, auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen ist (vgl. BGer 8C\_22/2019, E. 9.2 [zur Publikation vorgesehen]).

**3.2** Zum Gesundheitszustand lässt sich den medizinischen Akten im Wesentlichen Folgendes entnehmen:

**3.2.1** Die nach dem Ereignis vom 19. Februar 2017 erstmals am 3. März 2017 konsultierte Dr. med. B.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, stellte ein Verdrehtrauma, DD Reizung Innenseite Knie nach Distorsionstrauma fest und verordnete Bandage rechts sowie Lodine und Traumalix (act. I 5 bzw. act. IIA M8).

**3.2.2** Die infolge persistierender Schmerzen veranlasste MRI-Untersuchung vom 21. März 2017 ergab eine Grad I-Zerrung des medialen Kollateralbandes, ein degeneriertes, vertikal gerissenes Innenmeniskushinterhorn, eine bis Grad I-Chondromalazie des Femurs mediodorsal mit subkortikalen Zysten und Ödem sowie einen Gelenkerguss mit Bakerzyste (act. I 7 und act. IIA M6).

**3.2.3** Im Bericht vom 19. April 2017 stellte Dr. med. C.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, die Diagnose eines hochgradigen Verdachts auf traumatische Meniskusruptur rechts bei Status nach Kniedistorsion im März 2017 beim Langlauf sowie anamnestisch eines Status' nach Kniegelenksarthroskopie rechts vor mehr als 20 Jahren. Die im MRI sichtbaren degenerativen Veränderungen seien nicht derart ausgeprägt, dass sie die Schmerzproblematik erklären könnten. Es handle sich eindeutig um Unfallfolgen vom März dieses Jahres (act. I 8 und act. IIA M1). Es wurde eine Kniegelenksarthro-

skopie rechts mit Teilmeniskektomie medial wie geplant am 10. Mai 2017 durchgeführt (act. I 9 und act. IIA M3). Sechs Wochen postoperativ wird von einem regulären Verlauf berichtet; die Patientin führe die Massnahmen zur Mobilisation und zur Muskelkräftigung zwecks Stabilisierung des Kniegelenks selbständig durch, eine weitere Verlaufskontrolle sei nicht vorgesehen (act. I 12 und act. IIA M7).

**3.2.4** In seiner Stellungnahme vom 26. Oktober 2017 hielt der beratenden Arzt der AXA, Dr. med. D.\_\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, fest, dass keiner der erhobenen Befunde mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in einem natürlichen Kausalzusammenhang mit dem Ereignis vom 19. Februar 2017 stehe. Es zeige sich in der bildgebenden Dokumentation unzweifelhaft eine vorbestehende, überlastungsabhängige Varuskonstellation des betroffenen Kniegelenks. Aufgrund der anamnestischen Angaben eines denkbaren Unfalls beim Skilanglauf und der vorliegenden Befunde sei von einer Distorsion auszugehen mit einer schätzungsweisen Dauer zum Status quo ante von vier bis sechs Wochen (act. IIA M9). Nach einer Intervention der KPT (act. I 15) bestätigte Dr. med. D.\_\_\_\_\_ diese Einschätzung in einer weiteren Stellungnahme vom 28. Juni 2018. Die unfallkausale Begründung seitens der KPT mit der biomechanisch nicht plausiblen Pathogenese könne aufgrund der offensichtlich vorliegenden degenerativen, vorbestehenden, myxoiden Parenchymveränderungen am Meniskus nicht nachvollzogen werden (act. IIA M10).

**3.2.5** Der Vertrauensarzt der KPT, Dr. med. E.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, erachtete die Einschätzung von Dr. med. D.\_\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 20. August 2018 (act. I 18) als nicht nachvollziehbar. Es bestehe, aktenmässig erwiesen und auch im MRI vom 21. März 2017 belegt, eine Zerrung des Innenbandes mit einem Riss des Innenmeniskushinterhorns nach einem Sturz beim Skilanglauf mit Knie-Distorsion, in dessen Folge bis zum operativen Eingriff im Sinne von zurückverfolgbaren Brückensymptomen sofort typische Schmerzen aufgetreten seien und persistiert hätten. Die naturgemäss bei einer 61-jährigen Patientin bestehenden degenerativen Veränderungen seien nicht massgebend für den Meniskusriss gewesen, allenfalls eine Teil-Ursache. Das Ereignis vom 19. Februar 2017 mit Distorsion resp. Zerrung des Innenbandes

und Riss des Innenmeniskus (Knie rechts) sei pathophysiologisch resp. funktionell-anatomisch stimmig (act. I 18). Ergänzend hielt Dr. med. E. \_\_\_\_\_ in der vertrauensärztlichen Stellungnahme vom 4. Februar 2019 fest, es treffe nicht zu, dass die Zerrung des medialen Seitenbandes biomechanisch nicht vereinbar sei mit einer dazu erforderlichen rotierenden Kompression zur Begründung einer medialen Meniskusläsion. Falsch sei ferner die Auffassung der AXA, angesichts des degenerativen Vorzustandes sei eine Unfallkausalität der Meniskusläsion nicht überwiegend wahrscheinlich. Eine nochmalige Besprechung des MRI vom 21. März 2017 mit dem damals beurteilenden Radiologen (vgl. act. I 22 Nachtrag) habe ergeben, dass die Innenmeniskushinterhorn-Degeneration relativ gering, das Hinterhorn aber grob gerissen sei; das mediale Kollateralband sei auch kranial gezerzt, weshalb von einem traumatischen Meniskusriss auszugehen sei (act. I 20).

**3.2.6** Der beratende Arzt der AXA, Dr. med. F. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, wies in seiner Stellungnahme vom 25. April 2019 darauf hin, dass über die vor 20 Jahren durchgeführte Kniearthroskopie nichts näheres bekannt, es aber überwiegend wahrscheinlich sei, dass damals bereits etwas am Innenmeniskus gemacht worden sei, d.h. bereits eine relevante Vorschädigung zum Zeitpunkt des Ereignisses vom 19. Februar 2017 vorgelegen haben müsse. Ebenso fehle es an hinreichenden Angaben zum Schadenmechanismus sowie zum funktionellen und morphologischen Schadensbild. Das Fehlen der Zeichen eines tibialen Knochenödems als obligate Begleiterscheinung bei einer allfälligen frischen Meniskusschädigung im MRI vom 21. März 2019 sei ein deutlicher Hinweis auf eine relevante degenerative Vorschädigung. Im MRI sei keine topografische Beziehung zwischen Innenbandzerrung, die eindeutig proximal (cranial) lokalisiert sei, und dem Meniskusschaden erkennbar. Die Einschätzung, es handle sich nicht um ausgeprägte degenerative Veränderungen, um die Schmerzen zu erklären, könne nicht nachvollzogen werden. Eine frische isolierte mediale Meniskusläsion könne ausgeschlossen werden. Die Aussage Dr. med. D. \_\_\_\_\_, im gleichen Trauma könnten nicht zwei separate Strukturen geschädigt werden, während die dazwischenliegenden Strukturen intakt geblieben seien, sei absolut nachvollziehbar. Die nicht geklärte Vorgeschichte mit der arthroskopischen Opera-

tion vor 20 Jahren lasse mit hoher Wahrscheinlichkeit den Rückschluss zu, dass bereits früher ein Knieleiden rechts habe behandelt werden müssen und ein Zusammenhang mit den degenerativen Veränderungen im medialen Kompartiment vorliege. Die Teilmeniskektomie vom 10. Mai 2017 medial stehe nicht überwiegend wahrscheinlich im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 19. Februar 2017 (act. IIA M14).

**3.2.7** In einer weiteren Stellungnahme vom 4. Juli 2019 legte Dr. med. E. \_\_\_\_\_ dar, dass und warum aus seiner Sicht die Beurteilung des Dr. med. F. \_\_\_\_\_ zur Pathogenese im vorliegenden Fall nicht zutreffe (act. I 22).

### **3.3**

**3.3.1** 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).

**3.3.2** 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).

**3.3.3** Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar be-

gründet 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** Die Beschwerdegegnerin stützte ihren Entscheid auf die Berichte bzw. Stellungnahmen der beratenden Ärzte Dr. med. D. \_\_\_\_\_ (act. IIA M9 f.) und Dr. med. F. \_\_\_\_\_ (act. IIA M14). Nach deren Beurteilung sei die Meniskusverletzung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit degenerativer Natur. Die beratenden Ärzte verfügten über sämtliche vorliegenden medizinischen Berichte sowie die angefertigten Bilddokumentationen, die – insbesondere von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ – einlässlich diskutiert wurden. Ob medizinische Berichte über die – in diesem Zusammenhang zur Beurteilung des Vorzustandes allenfalls interessierende – offenbar vor über 20 Jahren durchgeführte Kniearthroskopie rechts noch erhältlich gemacht werden könnten, ist fraglich (vgl. auch act. IIA M14 S. 5). Falls beim damaligen Knieschaden eine Unfallversicherung involviert gewesen sein sollte, gälte zwar nebst der gesetzlichen Aufbewahrungsfrist der Leistungserbringer von zehn Jahren (vgl. Art. 26 Abs. 2 des kantonalen Gesundheitsgesetzes vom 2. Dezember 1984 [GesG; BSG 811.01]) eine empfohlene Aufbewahrungsfrist von 30 Jahren für den betroffenen Unfallversicherer (Empfehlung der Ad-Hoc-Kommission Schaden UVG Nr. 9/87). Da vorliegend indessen weder ein Rückfall noch eine Spätfolge des damaligen Ereignisses zur Diskussion steht und die medizinische Aktenlage eine hinreichend liquide Entscheidungsgrundlage darstellt, kann in antizipierter Beweiswürdigung (BGE 136 I 229 E. 5.3 S. 236, 124 V 90 E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162; SVR 2017 ALV Nr. 6 S. 18 E. 4.2) auf weitere Beweiserhebungen verzichtet werden. Die Einschätzungen der Dres. med.

D.\_\_\_\_\_ und F.\_\_\_\_\_ sind nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei und es bestehen keine hinreichenden Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit. Sie sind im Übrigen schlüssig, weshalb ihnen voller Beweiswert zukommt.

Die anderslautenden Einschätzungen des Vertrauensarztes der KPT, Dr. med. E.\_\_\_\_\_ (act. IIA M11; act. I 20, 22), sowie des behandelnden Arztes, Dr. med. C.\_\_\_\_\_ (act. IIA M1 f.), sind nicht geeignet, auch nur geringe Zweifel an den nachvollziehbaren Schlussfolgerungen der beratenden Ärzte der AXA zu begründen. Zwar fiel die erste Stellungnahme des Dr. med. D.\_\_\_\_\_ insofern etwas missverständlich aus, als er einerseits für jegliche Befunde eine natürliche Kausalität verneinte, andererseits jedoch einen vier bis sechs Wochen nach dem Ereignis eingetretenen Status quo ante postulierte. In der Folge setzten sich die beratenden Ärzte der AXA indessen einleuchtend mit den Argumenten der Dres. med. C.\_\_\_\_\_ und E.\_\_\_\_\_ auseinander, wobei ihnen nicht nur der radiologische Befundbericht (act. IIA M6 S. 1), sondern auch die MR-Tomogramme vorlagen und sie auch Kenntnis von den intraoperativen Befunden hatten. Der Konsiliar- (act. IIA M1) und der Operationsbericht (act. IIA M3) des Dr. med. C.\_\_\_\_\_ lassen sodann eine einlässliche Herleitung der Auffassung, es lägen eindeutig Unfallfolgen vor, vermissen. Seine anamnestische Feststellung, die Beigeladene habe vor dem Unfallereignis keinerlei Beschwerden gehabt und verspüre seither deutlich starke Schmerzen (act. IIA M1/1), ist im vorliegenden Kontext irrelevant (für den Nachweis einer unfallkausalen gesundheitlichen Schädigung ist die Formel „post hoc, ergo propter hoc“, nach deren Bedeutung eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch den Unfall verursacht gilt, wenn sie nach diesem aufgetreten ist, nicht massgebend [BGE 119 V 335 E. 2b bb S. 341; SVR 2016 UV Nr. 24 S. 78 E. 7.2]). Im Weiteren fehlt Dr. med. E.\_\_\_\_\_ als Allgemeininternist grundsätzlich die spezifische Fachkompetenz zur Beantwortung der sich hier stellenden orthopädischen Fragen, weshalb auch unter diesem Aspekt auf dessen Beurteilung nicht abgestellt werden kann. Der Nachtrag der Dres. G.\_\_\_\_\_ und H.\_\_\_\_\_ (beide Fachärzte für Radiologie) vom 1. Februar 2019 (act. I 21) zum Befundbericht vom 21. März 2017 vermag die Unfallkausalität ebenfalls nicht zu belegen. Abgesehen davon, dass den Radiologen aufgrund der ursprüngli-

chen Indikation/Fragestellung (act. IIA M6 S. 2) primär die Aufgabe zukam, Befunde zu erheben und anatomisch-pathologische Veränderungen zu prüfen, begründeten sie ihre – erst auf Initiative von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ abgegebene – ätiologische Mutmassung, es sei von einem traumatischen Meniskusriss auszugehen, einzig mit den ihres Erachtens relativ geringgradigen Degenerationen am Meniskushinterhorn sowie dem Umstand, dass gleichzeitig auch das mediale Kollateralband kranial gezerrt worden sei. Bezugnehmend darauf zeigte Dr. med. F. \_\_\_\_\_ demgegenüber überzeugend auf, dass ein topografischer Zusammenhang der Innenbandzerrung (bei klinisch stabilem Knie) mit der komplexen Meniskusschädigung im medialen Hinterhorn ebenso fehle wie eine Knochenödembildung femorotibial im Belastungszonengebiet des Meniskushinterhorns; dies schliesse eine frische, isolierte mediale Meniskusschädigung aus, was sich auch mit der medizinwissenschaftlichen Literatur decke (vgl. act. IIA M14 S. 7). Soweit Dr. med. E. \_\_\_\_\_ die diesbezügliche Auffassung für schlichtweg falsch hält (act. I 22 S. 1), liegt offenbar ein Missverständnis vor: Denn Dr. med. F. \_\_\_\_\_ hat nicht in Abrede gestellt, dass das Innenband sowie der Innenmeniskus miteinander verwachsen sind und Kombinationsverletzungen häufig vorkommen; seine Ausführungen beziehen sich vielmehr auf die Lokalisation der einzelnen Verletzungen des Kapsel-Bandapparates gestützt auf eine differenzierte Beurteilung der MRI-Bilder. Er führte dabei unter anderem aus, das zum Meniskushinterhorn korrespondierende Innenband (Ligamentum posteromediale) komme intakt zur Darstellung und die Innenbandzerrung sei eindeutig proximal bzw. kranial – also nicht im Meniskushinterhorngebiet – lokalisiert; es lägen somit zwei separate Schädigungsmanifestationen vor (act. IIA M14 S. 7). Damit hat er zum Ausdruck gebracht, dass es an einer eigentlichen typischen Begleitverletzung des Meniskusschadens fehle, wobei auch ein Drehsturz, der einen solchen Schaden biomechanisch ausnahmsweise erklären könnte, auszuschliessen sei (act. IIA M14 S. 8).

**3.5** Zusammenfassend ist nach obigen Darlegungen festzuhalten, dass die Meniskusruptur nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nicht auf das Ereignis vom 19. Februar 2017 zurückzuführen ist. Bei fehlendem natürlichem Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und der „Listerverletzung“ erübrigt sich eine Prüfung der Leistungs-

pflicht nach Art. 6 Abs. 2 UVG, zumal hier unbestrittenermassen kein anderes initiales Ereignis als Verletzungsursache in Frage kommt (vgl. BGer 8C\_22/2019, E. 9.2). Im Übrigen bleibt das Folgende anzufügen: Obwohl der nach der Schlussverfügung vom 15. Juli 2019 jedoch vor der Urteilsfällung im vorliegenden Fall ergangene und zur Publikation vorgesehene BGer 8C\_22/2019 eine Klärung der Kaskadenordnung von Unfällen im Rechtssinne einerseits und „Listenverletzungen“ andererseits gebracht hat und im besagten Entscheid zudem auch der in Art. 6 Abs. 2 UVG verwendete Begriff „vorwiegend“ ausgelegt worden ist, erübrigt es sich, den Parteien im vorliegenden Beschwerdeverfahren hierzu gesondert das rechtliche Gehör zu gewähren. Die Parteien konnten und haben sich einlässlich zu allen medizinisch relevanten Fragen geäussert. Aufgrund des klaren Beweisergebnisses hätte sich auch bei einer vorrangig basierend auf Art. 6 Abs. 2 UVG erfolgten Anspruchsprüfung im Ergebnis nichts geändert. Es liegen mehr Indikatoren für eine degenerativ begründete Läsion vor als für eine traumatische Pathogenese bzw. steht fest, dass die Meniskusruptur zu mehr als 50 % auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen ist (vgl. zu den früheren Lehrmeinungen IRENE HOFER in FRÉSARD-FELLAY/LEUZINGER/PÄRLI [Hrsg.], Basler Kommentar zum Unfallversicherungsgesetz, 1. Aufl. 2019, Art. 6 N. 58; HÜRZELER/KIESER [Hrsg.], Kommentar zum schweizerischen Sozialversicherungsrecht, UVG, 2018, Art. 6 N. 44 f.).

Dass die AXA ihre Leistungspflicht für die spezifische Meniskusverletzung ab initio verneinte, ist nicht zu beanstanden; die Beschwerde ist abzuweisen.

#### **4.**

**4.1** Verfahrenskosten sind in Anwendung von Art. 1 Abs. 1 UVG in Verbindung mit Art. 61 lit. a ATSG keine zu erheben.

**4.2** Die obsiegende Beschwerdegegnerin hat als Sozialversicherungsträgerin nach allgemeinem sozialversicherungsrechtlichem Prozessgrundsatz keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. BGE 128 V 124 E. 5b S. 133).

Die Beigeladene hat keine Anträge gestellt und schon deshalb hier keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. KIESER a.a.O. Art. 61 N. 201).

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch wird eine Parteientschädigung zugesprochen.
3. Zu eröffnen (R):
  - KPT Krankenkasse AG
  - AXA Versicherungen AG
  - A. \_\_\_\_\_
  - 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.