

200 21 121 UV
KOJ/BOC/STL/STA

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 13. Juli 2021

Verwaltungsrichter Kölliker, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Knapp, Verwaltungsrichter Ackermann
Gerichtsschreiberin Bossert

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Einspracheentscheid vom 8. Januar 2021 (..)



Sachverhalt:

A.

Die 1967 geborene A._____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) war bei der D._____ AG (D._____) angestellt und dadurch bei der Visana Versicherungen AG (Visana bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten versichert, als sie sich gemäss Unfallmeldung am 28. Februar 2018 bei der Reinigung eines Radiators das rechte Knie verletzte (Akten der Visana [act. II] 1 f.).

Die Visana tätigte Abklärungen in medizinischer Hinsicht (act. II 38, 65) und befragte die Versicherte zum Ereignishergang (act. II 7, 33 ff.). Gestützt auf die Stellungnahmen ihres beratenden Arztes Dr. med. E._____, Facharzt für Chirurgie und Intensivmedizin, vom 26. April 2018 (act. II 38) und 16. August 2018 (act. II 65) verneinte die Visana mit Verfügung vom 6. September 2018 (act. II 67 ff.) einen Anspruch auf Leistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung mit der Begründung, beim Ereignis vom 28. Februar 2018 handle es sich nicht um einen Unfall im Rechtssinne. Zudem liege keine unfallähnliche Körperschädigung vor, da die Verletzung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf eine degenerative Erkrankung zurückzuführen sei. Nachdem die Versicherte dagegen am 2. Oktober 2018 Einsprache erhoben hatte (act. II 72 ff.), liess die Visana bei Dr. med. F._____, Facharzt für Chirurgie sowie Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, von der G._____ GmbH, ein Aktengutachten erstellen (Expertise vom 18. Dezember 2019 [act. II 124 - 132]). In der Folge wies die Visana, nach Gewährung des rechtlichen Gehörs zum Aktengutachten (act. II 134 f., 140 f.), die Einsprache mit Einspracheentscheid vom 8. Januar 2021 (act. II 144 ff.) ab.

B.

Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, mit Eingabe vom 8. Februar 2021 Beschwerde mit den Rechtsbegehren, der angefochtene Entscheid sei aufzuheben und die Be-

schwerdegegnerin sei zu verpflichten, die gesetzlichen Leistungen im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 28. Februar 2018 zu erbringen.

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 10. März 2021 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 8. Januar 2021 (act. II 144 ff.). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung im Zusammenhang mit der Korbhennelläsion am rechten Knie und dabei insbesondere, ob es sich beim Ereignis vom 28. Februar 2018 um einen Unfall im Rechtssinne handelt bzw. ob eine Körperschädigung vorliegt, die nicht vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen ist.

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 Am 1. Januar 2017 sind die Änderung vom 25. September 2015 des Bundesgesetzes vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) und die Änderung vom 9. November 2016 der Verordnung vom 20. Dezember 1982 über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) in Kraft getreten. Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem Inkrafttreten der Änderung vom 25. September 2015 des UVG ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, werden nach bisherigem Recht gewährt (Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 des UVG). Das hier relevante Ereignis hat sich am 28. Februar 2018 und somit nach dem 1. Januar 2017 ereignet, womit der vorliegende Fall anhand der ab diesem Zeitpunkt gültigen Bestimmungen zu beurteilen ist.

2.2 Die Zusprechung von Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt grundsätzlich das Vorliegen eines Berufsunfalles, eines Nichtberufsunfalles oder einer Berufskrankheit voraus (Art. 6 Abs. 1 UVG). 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).

2.3

2.3.1 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), Muskelris-

se (lit. d), Muskelzerrungen (lit. e), Sehnenrisse (lit. f), Bandläsionen (lit. g), Trommelfellverletzungen (lit. h).

2.3.2 Nach Meldung einer Listenverletzung gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG hat der Unfallversicherer die genauen Begleitumstände abzuklären. Ist die Listenverletzung auf ein Unfallereignis im Sinne von Art. 4 ATSG zurückzuführen, so ist der Unfallversicherer solange leistungspflichtig, bis der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache darstellt, der Gesundheitsschaden also nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Sind hingegen nicht sämtliche Kriterien des Unfallbegriffs nach Art. 4 ATSG erfüllt, so wird der Unfallversicherer für eine Listenverletzung nach Art. 6 Abs. 2 UVG in der seit 1. Januar 2017 geltenden Fassung grundsätzlich leistungspflichtig, sofern er nicht den Nachweis dafür erbringt, dass die Verletzung vorwiegend auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen ist (BGE 146 V 51 E. 9.1 S. 70).

2.3.3 Für die Anwendung von Art. 6 Abs. 2 UVG ist kein äusserer Faktor und damit kein unfallähnliches sinnfälliges Ereignis oder eine allgemein gesteigerte Gefahrenlage im Sinne der Rechtsprechung zu aArt. 9 Abs. 2 UVV mehr vorausgesetzt. Insoweit führt grundsätzlich bereits die Tatsache, dass eine in Art. 6 Abs. 2 lit. a - h UVG genannte Körperschädigung vorliegt, nunmehr zur Vermutung, es handle sich hierbei um eine unfallähnliche Körperschädigung, die vom Unfallversicherer übernommen werden muss. Indessen ergibt sich aus der in Art. 6 Abs. 2 UVG vorgesehenen Möglichkeit des Gegenbeweises weiterhin die Notwendigkeit der Abgrenzung der vom Unfallversicherer zu übernehmenden unfallähnlichen Körperschädigung von der abnutzungs- und erkrankungsbedingten Ursache einer Listenverletzung und damit letztlich zur Leistungspflicht des Krankenversicherers. Insoweit ist die Frage nach einem initialen erkennlichen und benennbaren Ereignis – nicht zuletzt auch aufgrund der Bedeutung eines zeitlichen Anknüpfungspunktes – auch nach der UVG-Revision relevant. Lässt sich nach Eingang der Meldung im Rahmen der Abklärungspflicht (Art. 43 Abs. 1 ATSG) kein initiales Ereignis erheben oder lediglich ein solches ganz untergeordneter resp. harmloser Art, so vereinfacht dies zwangsläufig in aller Regel den Entlastungsbeweis des Unfallversicherers. Denn bei der in erster Linie von medizinischen Fachpersonen zu beurteilenden Abgren-

zungsfrage ist das gesamte Ursachenspektrum der in Frage stehenden Körperschädigung zu berücksichtigen. Nebst dem Vorzustand sind somit auch die Umstände des erstmaligen Auftretens der Beschwerden näher zu beleuchten. Die verschiedenen Indizien, die für oder gegen Abnützung oder Erkrankung sprechen, müssen aus medizinischer Sicht gewichtet werden. Damit der Entlastungsbeweis gelingt, hat der Unfallversicherer gestützt auf beweiskräftige ärztliche Einschätzungen – mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit – nachzuweisen, dass die fragliche Listenverletzung vorwiegend, d.h. im gesamten Ursachenspektrum zu mehr als 50 %, auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen ist. Besteht das Ursachenspektrum einzig aus Elementen, die für Abnützung oder Erkrankung sprechen, so folgt daraus unweigerlich, dass der Entlastungsbeweis des Unfallversicherers erbracht ist und sich weitere Abklärungen erübrigen (BGE 146 V 51 E. 8.6 S. 69).

2.4 Um über den Leistungsanspruch entscheiden zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls 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, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99; SVR 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.1).

2.5

2.5.1 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).

2.5.2 Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4 S. 227, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2019 IV Nr. 40 S. 128 E. 3, 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.2). Eine von anderen mit der versicherten Person befassten Ärzten abweichende Beurteilung vermag die Objektivität des Experten nicht in Frage zu stellen. Es gehört vielmehr zu den Pflichten eines Gutachters, sich kritisch mit dem Aktenmaterial auseinanderzusetzen und eine eigenständige Beurteilung abzugeben. Auf welche Einschätzung letztlich abgestellt werden kann, ist eine im Verwaltungs- und allenfalls Gerichtsverfahren zu klärende Frage der Beweiswürdigung (BGE 132 V 93 E. 7.2.2 S. 110).

2.5.3 Auch reine Aktengutachten können beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (SVR 2020 IV Nr. 38 S. 134 E. 4.3).

2.6 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.

3.1 Aus den medizinischen Akten ergibt sich bezüglich des Ereignisses vom 28. Februar 2018 (act. II 1) – soweit entscheidungswesentlich – das Folgende:

3.1.1 Dr. med. H. _____, Facharzt für Radiologie, hielt im Zusammenhang mit einer am 28. Februar 2018 durchgeführten Magnetresonanztomographie (MRI/MRT) am rechten Knie einen komplexen Aussenmeniskusriss im Sinne einer Korbhennelläsion und einen Gelenkerguss fest. Er stellte am lateralen Kompartiment einen zirka 1.5cm grossen, nach zentral umgeschlagenen Meniskusanteil fest. Der periphere Meniskus sei relativ klein. Im Vorder- und Hinterhornbereich seien Risslinien vorhanden. Es lägen keinerlei Knorpel- oder Bänderverletzungen vor (act. II 2).

3.1.2 Im Bericht vom 9. März 2018 (act. II 5 f.) diagnostizierte Dr. med. I. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, eine eingeschlagene laterale Korbhennelläsion am rechten Kniegelenk nach Knie-Distorsion vom 28. Februar 2018. Die Patientin könne ihr Kniegelenk nicht vollständig strecken, es bestehe ein Extensionsdefizit federnd von knapp 10°. Angesichts der mechanischen Blockade einer lateralen Korbhennelläsion sei die Indikation zu einer Arthroskopie mit lateraler Teilmeniskektomie gegeben. Eine Naht werde höchstwahrscheinlich nicht mehr möglich sein, werde jedoch in Betracht gezogen, je nach intraoperativem Befund.

3.1.3 Der beratende Arzt der Beschwerdegegnerin Dr. med. E. _____ führte am 26. April 2018 (act. II 38) aus, dass es sich beim Befund am Aussenmeniskus theoretisch um eine Listenverletzung nach Art. 6 Abs. 2 lit. c UVG handle. Die in der Bildgebung dokumentierte komplexe Rissbildung am Aussenmeniskus und die gleichzeitig bestehende, im Operationsbericht beschriebene Chondropathie sprächen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit für eine vorwiegend degenerative Erkrankung am Aussenmeniskus. Die Versicherte mache zudem kein Ereignis geltend, welches – auch nur annähernd – für eine gröbere Krafterwirkung im Sinne eines Unfallereignisses auf den Aussenmeniskus sprechen würde. Das Hinknien auf den

Schlafzimmerboden um Staub zu wischen stelle eine alltägliche Verrichtung dar.

3.1.4 In der Stellungnahme vom 8. Mai 2018 (act. II 46 f.) zum leistungsabweisenden Schreiben der Beschwerdegegnerin vom 27. April 2018 (act. II 43) führte Dr. med. I. _____ aus, dass bei der Patientin nach dem Ereignis eine Schwellung im Kniegelenk rechts und ein Extensionsdefizit von etwa 20° federnd vorgelegen hätten. Intraoperativ habe er eine klassische laterale Korbhenkelläsion festgestellt, diese sei nach ventral umgeschlagen gewesen und habe dementsprechend das Extensionsdefizit hervorgerufen. In einem solchen Fall könne nicht von einer degenerativen Meniskusläsion gesprochen werden. Eine Korbhenkelläsion sei keine chronisch sich entwickelnde Meniskusschädigung, sondern immer mit einem erheblichen Verdrehen des Kniegelenkes einhergehend. Im Weiteren seien die degenerativen Knorpelveränderungen im rechten Kniegelenk der Patientin nur sehr oberflächlich und nicht tiefgreifend gewesen. Aus seiner Sicht handle es sich beim Ereignis vom 28. Februar 2018 klar um eine plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf das rechte Kniegelenk.

3.1.5 Der beratende Arzt der J. _____ AG (J. _____) Dr. med. K. _____, Praktischer Arzt, führte im Bericht vom 28. Juni 2018 (act. II 59 f.) aus, dass zwischen der Bildgebung und der Beschreibung der Pathologie im Operationsbericht eine gewisse Diskrepanz bestehe. Die Beschreibung des Befundes im MRI lasse, wie von Dr. med. E. _____ angenommen, eine komplexe degenerative Läsion des Meniskus vermuten. Mit der Beschreibung im Operationsbericht lasse sich kein namhafter Vorzustand des Meniskus beweisen. Da die Arthroskopie einen – im Vergleich zur Bildgebung – sichereren und klareren pathologischen Befund ermögliche, sei die perioperative Befundbeschreibung überzeugender. Es sei (daher) davon auszugehen, dass trotz einer geringgradigen Knorpelschädigung eine frische traumatische Läsion des lateralen Meniskus vorliege. Weiter sei zu berücksichtigen, dass der laterale Meniskus im Vergleich zum medialen Meniskus viel seltener degeneriere.

3.1.6 Dr. med. E. _____ bestätigte mit Stellungnahme vom 16. August 2018 (act. II 65) seine Ausführungen (vgl. E. 3.1.3 hiavor) und kritisierte,

Dr. med. K._____ habe der kombinierten Sachverhaltsbeurteilung, also der Kombination aus dem Umstand der Rissbildungen am Aussenmeniskus und dem intraoperativen Befund, in seiner Einschätzung keine Beachtung geschenkt. Er verkenne, dass neben der Rissbildung auch der intraoperative Befund mitberücksichtigt worden sei. Das Produkt der klinischen Symptome sei, unabhängig davon, ob ein Meniskus akut traumatisch oder im Rahmen seiner Degeneration plötzlich als Korbhenkelläsion vorliege, beide Male das Gleiche. Der Operateur beschreibe unmissverständlich eine Chondropathie im Bereich des lateralen Tibiaplateaus, was auch Dr. med. K._____ nicht bestreite. Er halte daher weiterhin an seiner Einschätzung fest, dass die Korbhenkelläsion und die Dokumentation der Chondropathie Ausdruck einer überwiegend degenerativen Erkrankung bei dieser etwas mehr als 50-jährigen Versicherten sei.

3.1.7 In seiner zweiten Stellungnahme vom 12. September 2018 (act II 70) kritisierte Dr. med. K._____, dass der beratende Arzt nicht auf seinen Einwand des nur selten degenerierenden lateralen Meniskus eingegangen sei. Eine chronische Korbhenkelläsion ohne rezidivierende Knie-Blockaden sei nur schwer zu erklären. Das Ereignis mit der belasteten Beugungs-/Rotations-Belastung des Kniegelenks könne mit überwiegender Wahrscheinlichkeit die akute Läsion des allgemein nicht zur Degeneration neigenden lateralen Meniskus verursacht haben. Weiter hielt Dr. med. K._____ fest, die Ausführungen von Dr. med. E._____ zur Frage der Kausalität würden zu kurz greifen. Das akute Auftreten der Blockierung und der Operationsbericht sprächen mehr für eine frische Meniskusläsion als für eine vorbestehende, chronisch degenerative Läsion. Es sei zu erwähnen, dass keine (aktenkundigen) vorbestehenden Kniebeschwerden bestanden hätten. Solche Beschwerden wären bei chronischen degenerativen Veränderungen des lateralen Meniskus zu erwarten. Die Versicherte sei andererseits 50-jährig, weshalb gewisse degenerative Veränderungen des Knorpels und des Meniskus nicht nur als Krankheit, sondern auch als altersbedingte Veränderungen zu betrachten seien. Er schätze den Anteil der degenerativen Komponente des medialen Meniskus auf weit unter 50 % und den traumatisch bedingten Anteil auf weit über 50 %.

3.1.8 Im Auftrag der Beschwerdegegnerin nahm Dr. med. F. _____ am 18. Dezember 2019 gestützt auf die Akten Stellung zum Sachverhalt (act. II 124 - 132). Er führte aus, dass das beschriebene Ereignis – entgegen den Ausführungen der Dres. med. I. _____ und K. _____ – nicht geeignet gewesen sei, einen gesunden Meniskus im Sinne einer Korbhenkelläsion zu schädigen. Er gehe daher von einem chronisch degenerativ bedingten Vorzustand des Meniskus aus. Beim fraglichen Ereignis habe es sich um eine physiologische, niederenergetische Bewegung gehandelt, wie sie im Rahmen der beruflichen Aktivität immer wieder vorkomme. Als einzelnes Ereignis sei diese Bewegung völlig ungeeignet, eine Ruptur eines Meniskus zu bewirken. In der Summe aber, d.h. durch unzählige repetitive Beugungen im Verlauf des Lebens, sei die Bewegung sehr wohl geeignet, zu degenerativen Veränderungen eines Meniskus beizutragen (act. II 128). Das Alter der Versicherten, die zum Ereigniszeitpunkt 49-jährig gewesen sei, spreche für einen degenerativ bestehenden stummen Vorzustand. Es liessen sich aus den ambulanten orthopädischen Konsultationen keine Schlüsse auf allfällige Konstellationen, welche wesentlich und zusätzlich einen degenerativen Vorzustand mitverursacht haben könnten, ziehen. Der Nikotinabusus während 25 Jahren habe dazu beigetragen, die per se schlecht durchbluteten Knorpel zusätzlich zu kompromittieren. Neben der unbestrittenen komplexen Rissform des lateralen Meniskus weise auch der mediale Meniskus bereits degenerative, horizontale Risse auf (act. II 128 f.). Diese komplexe Rissform spreche klar für eine degenerative Ursache der Läsion. Zudem zeigten sich keine zusätzlichen Läsionen, wie sie sich – sehr häufig – im Rahmen eines Traumas ergäben, welches zu einer frischen Ruptur eines Meniskus führe, der nicht auf einem degenerativen Vorzustand beruhe. So zeige sich weder ein Knochenmarködem, noch eine Zerrung oder Ruptur eines Seiten- oder Kreuzbandes, was die Vermutung, dass keine unphysiologischen Kräfte auf das Kniegelenk gewirkt hätten, unterstütze. Es leuchte ein, dass der Operateur (Dr. med. I. _____) sich gegen die präoperativ in Betracht gezogene Naht entschieden habe. Der Meniskus sei von derart schlechter Qualität, dass eine Naht nicht von Erfolg gekrönt gewesen wäre. Aus diesem Grund sei eine Meniskusnaht bei über 50-jährigen eine absolute Rarität. Es bestehe seines Erachtens denn auch ein klarer Widerspruch seitens des Operateurs zwischen der Interpretation der Ursache der Läsion (diese sei frisch und traumatisch auf einem

nicht abgenutzten Meniskus entstanden = Theorie) und der umgesetzten Therapie (Resektion und nicht Naht des Meniskus = Praxis; act. II 130). In der Bildgebung sei eindeutig ein mindestens zweit-, eher drittgradiger, degenerativ bedingter Knorpelschaden lateral-tibial zu erkennen (act. II 131). Die vorgehend genannten Gründe würden für eine letztlich degenerativ bedingte Ursache der Läsion sprechen. Die Körperverletzung sei daher überwiegend auf Abnutzung zurückzuführen (act. II 131 f.).

3.1.9 Dr. med. I. _____ berichtete am 4. Februar 2020 (act. II 135), dass bei der Patientin nach dem Ereignis vom 28. Februar 2018 Knie-schwellungen (rechts) aufgetreten seien und sich ein Extensionsdefizit des Knies von etwa 10° gezeigt habe. Ein solches Extensionsdefizit sei typisch für eine eingeschlagene Korbhellenläsion. Eine Korbhellenläsion mit akuter Blockierung sei mit einer chronischen Meniskusläsion nicht vereinbar. Intraoperativ habe sich ein grosser, nach vorne eingeschlagener Korbhellenkelriss entsprechend einer klassischen Korbhellenläsion mit Extensionsdefizit gezeigt. Die vorhandenen Knorpelschäden seien nicht erheblich und dem Alter (der Patientin) entsprechend normal. Für ihn sei das Ereignis vom 28. Februar 2018 eindeutig als Unfallereignis zu werten.

3.2

3.2.1 Zu prüfen ist vorab, ob eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin gestützt auf Art. 6 Abs. 1 UVG besteht und in diesem Zusammenhang, ob sich ein Unfall im Sinne von Art. 4 ATSG ereignet hat.

Das Merkmal des ungewöhnlichen äusseren Faktors (vgl. E. 2.2 hiervor) kann (auch) in einer unkoordinierten Bewegung bestehen. Bei Körperbewegungen gilt dabei der Grundsatz, dass das Erfordernis der äusseren Einwirkung lediglich dann erfüllt ist, wenn ein in der Aussenwelt begründeter Umstand den natürlichen Ablauf einer Körperbewegung gleichsam "programmwidrig" beeinflusst hat. Bei einer solchen unkoordinierten Bewegung ist der ungewöhnliche äussere Faktor zu bejahen; denn der äussere Faktor – Veränderung zwischen Körper und Aussenwelt – ist wegen der erwähnten Programmwidrigkeit zugleich ein ungewöhnlicher Faktor (BGE 130 V 117 E. 2.1 S. 118; SVR 2018 UV Nr. 8 S. 27 E. 3.1.2). Dies trifft beispielsweise dann zu, wenn die versicherte Person stolpert, ausgleitet oder an

einem Gegenstand anstösst oder wenn sie, um ein Ausgleiten zu verhindern, eine reflexartige Abwehrhaltung ausführt oder auszuführen versucht (RKUV 2004 U 502 S. 183 E. 4.1, 1999 U 345 S. 422 E. 2b).

3.2.2 In der Schadenmeldung UVG vom 13. März 2018 wurde festgehalten: "Sie ist in die Knie gegangen um die Radiatoren zu putzen. Als sie die Ecke hinten vom Radiator erreichen wollte, hat es ihr das Knie verdreht. Sie musste ein MRI machen." (act. II 1). Dem Eintrag vom 28. Februar 2018 in der Krankengeschichte des Zentrums L. _____ lässt sich entnehmen, dass die Beschwerdeführerin angegeben hat, beim Knien eine „komische Bewegung“ gemacht zu haben, anschliessend habe sie ein blockiertes rechtes Knie gehabt (act. II 3; Eintrag vom 28. Februar 2018). Die Beschwerdeführerin führte im Fragebogen vom 26. März 2018 zum Unfallereignis aus, dass sie sich beim Reinigen des Schlafzimmerbodens gebückt habe, um Staub zu wischen und bei dieser Bewegung einen Schmerz verspürt habe; ab diesem Zeitpunkt habe sie nicht mehr auf den rechten Fuss stehen können (act. II 33).

Gestützt auf diese Ereignisschilderungen ist nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass sich ein Unfall im Sinne von Art. 4 ATSG ereignet hat. Insbesondere kann aufgrund des in der Schadenmeldung angegebenen Verdrehens wie auch der in der Krankengeschichte der Beschwerdeführerin (act. II 3) aufgeführten und damit offenbar von ihr erwähnten „komischen Bewegung“ allein nicht vom Vorliegen eines ungewöhnlichen äusseren Faktors ausgegangen werden, zumal die fragliche Bewegung nicht näher umschrieben worden ist. Auch im Fragebogen vom 26. März 2018 unter Ziff. 1 (act. II 33) erwähnt die Beschwerdeführerin keinen ungewöhnlichen Ablauf, sondern einzig ein Bücken. Der Ehemann der Beschwerdeführerin führte mit der E-Mail vom 2. Mai 2018 zwar aus, dass seine Frau beim Reinigen eines Heizkörpers ausgerutscht sei und sich dabei das Knie verdreht habe (act. II 45). Dieser Vorgang wurde jedoch von der Beschwerdeführerin selber zuvor nicht erwähnt. Auf diese Angabe des Ehemannes, welche möglicherweise von Überlegungen versicherungsrechtlicher Art motiviert ist, kann nicht abgestellt werden; massgebend sind die "Aussagen der ersten Stunde" der Beschwerdeführerin (vgl. BGE 143 V 168 E. 5.2.2 S. 174, 121 V 45 E. 2a S. 47).

Damit ist erstellt, dass es an einer plötzlichen und programmwidrigen Bewegung und damit am Merkmal des ungewöhnlichen äusseren Faktors als Teilgehalt des gesetzlichen Unfallbegriffs fehlt (vgl. E. 2.2 hiervor).

3.3

3.3.1 Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung sind Abs. 1 (Unfall) und Abs. 2 (Listenverletzung) von Art. 6 UVG unabhängig voneinander und grundsätzlich jeder Tatbestand einzeln zu prüfen (BGE 146 V 51 E. 8.5 S. 69). Zu prüfen bleibt damit eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin gestützt auf Art. 6 Abs. 2 UVG (vgl. E. 2.3 hiervor).

Mit dem diagnostizierten Meniskusriss ist zweifellos eine Listendiagnose im Sinne von Art. 6 Abs. 2 lit. c UVG ausgewiesen (act. II 2, 5, 15), was denn auch zu Recht unbestritten ist. Damit stellt sich die Frage, ob der Beschwerdegegnerin der Nachweis gelingt, dass diese Verletzung vorwiegend, d.h. zu mehr als 50 %, auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen ist (vgl. E. 2.3.3 hiervor).

Das Aktengutachten des beratenden Arztes Dr. med. F. _____ vom 18. Dezember 2019 (act. II 124 - 132), welches sich unter anderem auf die anlässlich der Operation vom 23. März 2018 erstellten arthroskopischen Befunde von Dr. med. I. _____ (vgl. act. II 17 ff.) stützt, erfüllt die höchstrichterlichen Beweisanforderungen, da ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht (vgl. E. 2.4 hiervor). Die Schlussfolgerung des Experten, wonach die Verletzung vorwiegend, d.h. zu mehr als 50 % auf Abnutzung zurückzuführen ist, wird anhand verschiedener Faktoren schlüssig begründet:

Dr. med. F. _____ (act. II 124 ff.) führte aus, dass die zum Schaden führende Bewegung als niederenergetisch zu betrachten sei (act. II 128). Aus den Akten und dem Bericht der Beschwerdeführerin (vgl. E. 3.2.2 hiervor) gehen keinerlei Hinweise hervor, dass dem Schaden eine plötzliche oder schnelle Bewegung vorausgegangen wäre. Laut Dr. med. F. _____ habe sich der Umstand, dass die Beschwerdeführerin über viele Jahre geraucht habe, negativ auf die Durchblutung ausgewirkt und damit bei der damals fast 50-jährigen Versicherten die Degeneration der Knorpel be-

günstigt (act. II 128). Bei traumatisch bedingten, frischen Rupturen von nicht degenerativ vorgeschädigten Menisken komme es häufig zu zusätzlichen Läsionen. Solche seien bildgebend nicht zu erkennen (act. II 130). Weiter weise auch der mediale Meniskus bereits degenerative horizontale Risse auf (act. II 129). Die bildgebend klar feststellbaren – und unbestrittenen – strukturellen Veränderungen des Meniskus mit komplexen Rissformen würden klar auf eine degenerative Veränderung hindeuten (act. II 128 ff.). Diese Annahme werde durch den Umstand, dass sich der Operateur (vgl. act. II 5, 15) anstelle der präoperativ in Betracht gezogenen Naht für eine Resektion des Meniskus entschieden hat, bestärkt (act. II 130). Mit Blick auf das Dargelegte erbringt die Expertise von Dr. med. F. _____ vom 18. Dezember 2019 (act. II 124 - 132) vollen Beweis, weshalb darauf abzustellen ist.

3.3.2 Die Ausführungen der Dres. med. I. _____ und K. _____ vermögen keine erheblichen Zweifel an der Einschätzung des verwaltungsexternen Facharztes zu wecken, zumal sie eher allgemein gehalten sind und vorab auf die Angaben der Beschwerdeführerin abgestellt wird. Aus Letzteren kann indes nicht geschlossen werden, dass beim Ereignis vom 28. Februar 2018 eine erhebliche Krafteinwirkung gegeben war (vgl. E. 3.2.2 hiervor).

Soweit sich die Beschwerdeführerin in ihrer Beschwerde auf die Einschätzungen von Dr. med. K. _____ stützt, ist anzumerken, dass dieser als praktischer Arzt über keinen Facharztstitel für Chirurgie, für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates oder für Rheumatologie verfügt. Damit eignen sich seine Ausführungen per se nicht, um die fachärztlichen Feststellungen von Dr. med. F. _____ als Inhaber eines Facharztstitels für Chirurgie sowie Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates zu entkräften (vgl. diesbezüglich insbesondere Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 13. November 2018, 8C_584/2018, E. 4.1.1.2), weshalb sich eine weitere Auseinandersetzung mit seinen Stellungnahmen erübrigt, abgesehen davon, dass Dr. med. K. _____ nichts erwähnt, das Dr. med. F. _____ übersehen hätte. Von Dr. med. K. _____ liegt im Übrigen auch gar keine Stellungnahme zur Aktenbeurteilung von Dr. med. F. _____ vor.

Bei Dr. med. I. _____ als behandelndem Arzt, der von einer frischen traumatischen Meniskusläsion bei nicht erheblichen, altersentsprechenden Knorpelschäden ausgeht (act. II 46 f., 135), darf und soll das Gericht in Bezug auf dessen Atteste der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte 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). Dies gilt nicht nur für den allgemein praktizierenden Hausarzt, sondern ebenso für den behandelnden Spezialarzt (vgl. Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute BGer] vom 20. März 2006, I 655/05, E. 5.4). Auch Dr. med. I. _____ erwähnt kein Indiz, das Dr. med. F. _____ nicht beachtet hätte; zudem äussert sich der behandelnde Arzt zur Frage des Unfallbegriffs (Bericht vom 4. Februar 2020; act. II 135), was jedoch eine juristische Fragestellung darstellt, die nicht vom Arzt zu beantworten ist.

Schliesslich stimmen die Schlüsse von Dr. med. F. _____ mit denjenigen von Dr. med. E. _____ überein. Dieser weist zu Recht auf eine festgestellte Chondropathie hin, mithin eine krankhafte Veränderung im Gelenkknorpel, welche von Dr. med. K. _____ unzureichend gewürdigt worden sei (act. II 38, 65).

3.3.3 Soweit die Beschwerdeführerin vorbringt, Dr. med. F. _____ gehe von falschen Prämissen aus, kann ihr nicht gefolgt werden, standen doch dem beigezogenen Experten sämtliche Akten zur Verfügung. Der Umstand, dass er sich auf die im Fragebogen (act. II 33 ff.) von der Beschwerdeführerin selbst notierten Angaben abstützt und daraus auf einen niedrigenergetischen Bewegungsablauf schliesst, ist nicht zu beanstanden.

3.4 Nach dem Dargelegten handelte es sich beim Ereignis vom 28. Februar 2018 nicht um einen Unfall gemäss Legaldefinition von Art. 4 ATSG und es ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass die beklagten Beschwerden am rechten Knie vorwiegend auf Abnützung zurückzuführen sind. Die Beschwerdegegnerin hat damit eine diesbezügliche Leistungspflicht zu Recht verneint. Die gegen den Einspracheentscheid vom 8. Januar 2021 (act. II 144 ff.) erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

4.

4.1 In Anwendung von Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 ^fbis ATSG (Umkehrschluss; vgl. auch BBI 2018 1639) sind keine Verfahrenskosten zu erheben.

4.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat die unterliegende Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Parteienschädigung (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 Parteienschädigung zugesprochen.
3. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - Visana Versicherungen AG, Leistungszentrum UVG
 - Bundesamt für Gesundheit

Der Kammerpräsident:

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.