

200 24 424 UV
SCI/GET/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 28. November 2024

Verwaltungsrichter Schwegler, Kammerpräsident
Verwaltungsrichterin Wiedmer, Verwaltungsrichter Ackermann
Gerichtsschreiber Germann

A. _____
vertreten durch B. _____ AG
Beschwerdeführerin

gegen

HOTELA VERSICHERUNGEN AG
Rue de la Gare 18, case postale 1251, 1820 Montreux 1
vertreten durch Rechtsanwalt C. _____
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 13. Mai 2024



Sachverhalt:

A.

Die ... geborene A. _____ (nachfolgend Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) war bei der D. _____ als ... angestellt und dadurch bei der damaligen Kranken- und Unfallkasse des Schweizer Hotelier-Vereins (heute: HOTELA VERSICHERUNGEN AG [nachfolgend Hotela bzw. Beschwerdegegnerin]) gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert, als sie sich am 14. August 1990 beim ...spielen das linke Knie verletzte (Akten der Hotela [act. IIB] M1). Die Hotela erbrachte die gesetzlichen Leistungen, indem sie Taggelder ausrichtete und für die Heilungskosten (Physio- und Bewegungstherapie) aufkam (act. IIB M1).

Im November 2023 meldete die Versicherte der Hotela einen Rückfall (Akten der Hotela [act. IIA] A1; A2). Diese holte Berichte behandelnder Ärzte ein und legte das Dossier ihrem beratenden Arzt Dr. med. E. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, zur Beurteilung vor (act. IIB M7). Mit Schreiben vom 27. November 2023 (act. IIA A6) verneinte die Hotela formlos ihre Leistungspflicht. Damit war die Versicherte nicht einverstanden (act. IIA A9), woraufhin die Hotela am 19. Dezember 2023 (act. IIA A11) eine leistungsablehnende Verfügung erliess. In der Begründung hielt sie fest, zwischen dem damaligen Ereignis vom 14. August 1990 und den als Rückfall geltend gemachten Beschwerden (trikompartimentale Gonarthrose im Rahmen einer Chondrokalzinose) bestehe keine Kausalität bzw. seien diese degenerativer Natur. Während der obligatorische Krankenpflegeversicherer in Anerkennung seiner Leistungspflicht auf eine Einsprache verzichtete (act. IIA A14), wies die Hotela jene der Versicherten (act. IIA A16; A17) mit Entscheid vom 13. Mai 2024 (Akten der Versicherten [act. I] 2) ab, nachdem sie bei Dr. med. E. _____ einen weiteren Bericht eingeholt hatte (act. IIB M10).

B.

Dagegen liess die Versicherte, vertreten durch die B._____ AG, mit Eingabe vom 12. Juni 2024 Beschwerde erheben. Sie stellt die folgenden Anträge:

1. Es sei der Einspracheentscheid vom 13. Mai 2024 aufzuheben und es seien die gesetzlichen Leistungen auszurichten.
2. Eventualiter sei die Streitsache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese ein versicherungsexternes medizinisches Gutachten einholt.

Unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin

Mit Beschwerdeantwort vom 12. August 2024 beantragt die Beschwerdegegnerin, vertreten durch Rechtsanwalt C._____, die Abweisung der Beschwerde. Ferner reichte sie einen weiteren Bericht von Dr. med. E._____ vom 2. August 2024 (act. IIB M11) zu den Akten.

Die Beschwerdeführerin liess sich replicando innert der mit prozessleitender Verfügung vom 13. August 2024 gewährten Frist, welche sie unter Hinweis auf einen noch einzuholenden Arztbericht zweimal verlängern liess, nicht vernehmen; mit Schreiben vom 18. November 2024 teilte sie mit, dass sie keinen weiteren Bericht erhalten habe.

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 Angefochten ist der die Verfügung vom 19. Dezember 2023 (act. IIA A11) bestätigende Einspracheentscheid vom 13. Mai 2024 (act. I 2). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung in Zusammenhang mit dem Ereignis vom 14. August 1990 und dabei insbesondere, ob die seit September 2023 geklagten Beschwerden betreffend das linke Knie (act. IIA A2) als Rückfall bzw. Spätfolge dieses Ereignisses zu qualifizieren sind.

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 147 V 161 E. 3.1 S. 162, 129 V 177 E. 3.1 und 3.2 S. 181).

2.2 Unfall ist die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Kör-

per, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat (Art. 4 ATSG).

2.3

2.3.1 Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht 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 147 V 161 E. 3.2 S. 163).

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 blosse 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).

2.3.2 Bei organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen deckt sich die adäquate Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier praktisch keine selbstständige Bedeutung (BGE 149 V 218 E. 5.2 S. 220, 140 V 356 E. 3.2 S. 358).

2.4 Gemäss Art. 11 der Verordnung vom 20. Dezember 1982 über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) werden Versicherungsleistungen auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt. Bei einem Rückfall handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit, so dass es zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise sogar zu (weiterer) Arbeitsunfähigkeit kommt. Von Spätfolgen spricht man, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Verlaufe längerer Zeit organische oder psychische

Veränderungen bewirkt, die zu einem anders gearteten Krankheitsbild führen können (BGE 144 V 245 E. 6.1 S. 254, 118 V 293 E. 2c S. 296).

Liegt ein Rückfall oder eine Spätfolge vor, so besteht eine Leistungspflicht im Sinne von Art. 11 UVV des Unfallversicherers nur dann, wenn zwischen den erneut geltend gemachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht. Dabei kann der Unfallversicherer nicht auf der Anerkennung des Kausalzusammenhangs beim Grundfall oder einem früheren Rückfall behaftet werden (BGE 118 V 293 E. 2c S. 296; RKUV 1994 U 206 S. 327 E. 2 und S. 328 E. 3b; SVR 2016 UV Nr. 15 S. 47 E. 3.2 und Nr. 18 S. 56 E. 2.1.2). Bei Rückfällen und Spätfolgen obliegt es der versicherten Person, das Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem neuen Beschwerdebild und dem Unfall mit dem im Sozialversicherungsrecht geltenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachzuweisen. Je grösser der zeitliche Abstand zwischen dem Unfall und dem Auftreten der gesundheitlichen Beeinträchtigung ist, desto strengere Anforderungen sind an den Wahrscheinlichkeitsbeweis des natürlichen Kausalzusammenhangs zu stellen. Bei Beweislosigkeit fällt der Entscheid zu Lasten der versicherten Person aus (SVR 2016 UV Nr. 18 S. 57 E. 2.2.2; Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 19. Dezember 2016, 8C_61/2016, E. 3.2).

2.5 Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen (Entscheid des BGer vom 26. März 2019, 8C_824/2018, E. 3.2). Insbesondere ist der Beweis des natürlichen Kausalzusammenhangs in erster Linie mit den Angaben medizinischer Fachpersonen zu führen (Entscheid des BGer vom 23. Dezember 2022, 8C_410/2022, E. 4.2).

3.

3.1 Beim Ereignis vom 14. August 1990 zog sich die Beschwerdeführerin eine Patellaluxation am linken Knie zu. Die (von der Beschwerdegegnerin gewährten) Behandlungen wurden nach mehreren Serien

Physiotherapie im Frühling 1991 abgeschlossen (vgl. act. I 2 E. 3 f. S. 2; act. IIB M1).

3.2 In Bezug auf den im November 2023 gemeldeten Rückfall (act. IIA A1; A2) lässt sich zum Gesundheitszustand bzw. zur Frage der Kausalität betreffend das linke Kniegelenk den medizinischen Akten im Wesentlichen Folgendes entnehmen:

3.2.1 Im Bericht des Spitals F. _____ vom 7. Oktober 2023 (act. IIB M3) wurde ein Vd. a. (= Verdacht auf) eine aktivierte mediale und femoropatelläre Arthrose Knie links diagnostiziert. Es sei eine notfallmässige Selbstvorstellung bei seit zwei Wochen bestehenden stechenden, linksseitigen Knieschmerzen erfolgt. Es bestehe ein Status nach Patellaluxation und -fraktur, welche im Spital G. _____ operiert worden sei (S. 1). Konventionell radiologisch seien eine leichte Pangenarthrose und eine schwere Femoropatellararthrose nachweisbar (S. 2).

3.2.2 Im Bericht des Spitals H. _____ vom 15. Oktober 2023 (act. IIB M4) wurde ein Vd. a. eine aktivierte mediale und femoropatelläre Arthrose Knie links bei St. n. (= Status nach) operativ versorgter Patallaluxationsfraktur 1992 diagnostiziert. Weiter wurde festgehalten, wegen insuffizienter Symptominderung seit letzter Konsultation sei eine erneute Konsultation erfolgt. Klinisch hätten sich keine wegweisenden neuen Befunde finden lassen, die Symptomatik habe seit der Vorkonsultation keine Dynamik gezeigt. Bei ausgeprägten degenerativen Veränderungen am Knie inklusive scholliger meniskealer Verkalkungen sei der Beschwerdeführerin eine MRI-Untersuchung angeboten worden (S. 2).

3.2.3 Dr. med. E. _____ hielt im Bericht vom 23. November 2023 (act. IIB M7) nach Vorlage der MRI-Bildgebung vom 25. Oktober 2023 (S. 1) fest, die Aufnahmen zeigten eine trikompartimentale Gonarthrose im Rahmen einer Chondrokalzinose. Es handle sich also nicht um eine mögliche isolierte patellofemorale Arthrose, wie man sie nach einer früheren Luxation erwarten würde, die durch eine Operation nach Elmslie (Versetzung des Ansatzes der Patellasehne am Schienbeinkopf) behandelt worden sei. Diese globale Beeinträchtigung sei daher degenerativ bei einer rheumatischen Erkrankung. Es liege kein Rückfall vor (S. 2).

3.2.4 Dr. med. I. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, hielt in einer an die Beschwerdeführerin gerichteten E-Mail vom 11. Dezember 2023 (act. I 3) fest, er empfehle, "Einsprache gegen diese Verfügung" zu erheben, da die Arthrose doch vorwiegend retropatellär sei und er es vermessen finde vom beurteilenden Arzt, ihr – der Beschwerdeführerin – "eine rheumatologische Diagnose anzuhängen". Es sei ein offensichtlicher Versuch "von der Kasse", sich aus dem Fall zurückzuziehen.

Im Bericht vom 18. Januar 2024 (act. IIB M8) diagnostizierte Dr. med. I. _____ eine aktivierte Retropatellararthrose Knie links bei Status nach operativer Zentrierung der Patella links 1992 nach traumatischer Luxation. Klinisch sei die Situation konstant, die Retropatellararthrose sei symptomatisch, der Rest des Kniegelenkes zeige relativ wenig Beschwerden.

3.2.5 Med. pract. J. _____, auf der Gesundheitsberufplattform der Schweizerischen Eidgenossenschaft (<www.medregom.admin.ch> ->MedReg) eingetragen, jedoch derzeit noch nicht über eine Berufsausübungsbewilligung und auch über keine besondere fachärztliche Ausbildung verfügend, hielt im zu Händen der Rechtsvertretung der Beschwerdeführerin verfassten Bericht vom 9. Februar 2024 (act. IIB M9) fest, die Beschwerden beständen aufgrund einer aktivierten Retropatellararthrose im linken Knie. Es handle sich nicht um eine höhergradige Chondropathie medial oder femorotibial. Die Beschwerden resultierten klinisch eindeutig aufgrund der Retropatellararthrose. In der klinischen Untersuchung hätten sich auch negative Meniskuszeichen und nur eine Druckdolenz peripatellär gezeigt. Ebenfalls könnten die Schmerzen ausschliesslich auf die Patella bezogen angegeben werden. Dies stehe somit im Zusammenhang mit der stattgehabten Patellaluxation 1990, die operativ erst 1992 versorgt worden sei. Somit ständen die Beschwerden klar im Zusammenhang mit der damaligen Verletzung von 1990 respektive der Operation von 1992. Die Arthrose sei somit als direkte Folge des Unfallereignisses zu werten.

3.2.6 Im Bericht vom 7. März 2024 (act. IIB M10) hielt Dr. med. E. _____ fest, bei der Annahme, die Arthrose sei hauptsächlich oder sogar nur femorotibial, stütze sich med. pract. J. _____ nur auf den Bericht des Radiologen und nicht auf die Bildgebung selber. Dieser erwähne

nicht das Problem der Chondrokalzinose, bei der es sich um eine abnormale Produktion von Knorpelbruch in der Gelenkflüssigkeit, aber auch in den Menisken und der Synovialis handle. Dies bedeute jedoch nicht, dass die Meniskustests positiv seien, sondern lediglich, dass eine rheumatische Erkrankung vorliege. Die Tatsache, dass die Arthrose in einem Kompartiment stärker ausgeprägt sei, sei kein überzeugendes Kriterium. Er halte deshalb an seiner Einschätzung fest.

Im Bericht vom 2. August 2024 (act. IIB M11) hielt Dr. med. E. _____ fest, die (nicht zu Lasten der Beschwerdegegnerin) durchgeführte Operation, das Übergewicht mit mechanischer Überlastung, welche zu einer Pseudo-Genua valga führe sowie intraartikuläre Verkalkungen, welche auf eine Komplikation seitens der Chondrokalzinose oder einer rheumatischen Erkrankung hindeuteten, führten zum Ergebnis, dass das Ereignis vom 14. August 1990 nicht überwiegend wahrscheinlich zum heutigen Gesundheitszustand des linken Kniegelenks geführt habe.

4.

4.1

4.1.1 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweismittelprüfung 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).

4.1.2 Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen

Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

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). Zudem kann insbesondere (auch) die Kausalität im Rahmen eines Aktengutachtens erörtert werden (Entscheid des BGer vom 9. November 2011, 8C_383/2011, E. 4.2).

4.1.3 Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte – zu welchen auch beratende Ärzte eines Versicherungsträgers zählen (SVR 2021 UV Nr. 34 S. 155 E. 2.3) – kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354; SVR 2022 UV Nr. 3 S. 8 E. 3.2). Trotz dieser grundsätzlichen Beweiseignung kommt den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft zu wie einem gerichtlichen oder im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger veranlassten Gutachten unabhängiger Sachverständiger. Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1 S. 65; SVR 2021 UV Nr. 34 S. 155 E. 2.3).

4.2 Die Berichte von Dr. med. E. _____ vom 23. November 2023 (act. IIB M7), vom 7. März 2024 (act. IIB M10) sowie namentlich vom 2. August 2024 (act. IIB M11) erfüllen die Voraussetzungen der Rechtsprechung an medizinische Berichte (vgl. E. 4.1.2 vorne) und erbringen vollen

Beweis. Dabei schadet es nicht, dass es sich um Aktenberichte handelt, erfolgten die Stellungnahmen doch basierend auf den Berichten behandelnder Ärzte sowie auf einem bildgebend und damit lückenlos erhobenen Befund (vgl. E. 3.2 vorne). Gestützt auf die nachvollziehbaren und überzeugenden Berichte von Dr. med. E. _____ lässt sich die vorliegend im Streit stehende Kausalitätsfrage zuverlässig beurteilen. Sein Schluss, wonach die seit September 2023 geklagten Kniebeschwerden links nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit natürlich kausal auf das Ereignis vom 14. August 1990 zurückzuführen sind bzw. keinen Rückfall und keine Spätfolge darstellen, leuchtet ein und ist mit Blick auf das dargelegte Argumentarium schlüssig.

4.3 Daran ändern die beschwerdeweisen Vorbringen nichts:

4.3.1 Zunächst ist zu berücksichtigen, dass kein Arztbericht vorliegt – und entgegen der Ankündigung der Beschwerdeführerin (Beschwerde S. 4; Eingaben vom 2. und 23. September 2024) wurde auch replicando kein solcher eingereicht (vgl. prozessleitende Verfügung vom 11. November 2024 sowie Eingabe der Beschwerdeführerin vom 18. November 2024) –, der sich zur ausführlichen und schlüssigen Stellungnahme von Dr. med. E. _____ vom 2. August 2024 (act. IIB M11) bzw. der darin enthaltenen, nachvollziehbaren und überzeugenden Begründung, warum vorliegend der Kausalzusammenhang zwischen dem Ereignis vom 14. August 1990 und den seit September 2023 geklagten Kniebeschwerden links zu verneinen sei, äussert. Die Berichte der Behandler, auf welche sich die Beschwerdeführerin beschwerdeweise stützt (S. 3), nehmen inhaltlich einzig Bezug auf den allein summarischen (ersten) Bericht von Dr. med. E. _____ vom 23. November 2023 (act. IIB M7), womit sie schon deshalb nicht geeignet sind, Zweifel am Beweiswert der späteren Einschätzungen des beratenden Arztes zu wecken (vgl. E. 4.1.3 vorne).

4.3.2 Ungeachtet dessen ist zu berücksichtigen, dass der – nach unbestritten gebliebener Darstellung im März 1991 abgeschlossene (act. I 2 E. 4 S. 1) – Grundfall über dreissig Jahre zurückliegt, womit hinsichtlich der erst seit September 2023 wiederum geklagten Kniebeschwerden links an den Nachweis der Kausalität strenge Anforderungen zu stellen sind (vgl. E. 2.4

vorne). Daran sind die von der Beschwerdeführerin angerufenen medizinischen Berichte in beweismässiger Hinsicht in der Folge zu messen:

In seiner an die Beschwerdeführerin gerichteten und vier Zeilen umfassenden E-Mail vom 11. Dezember 2023 (act. I 3) ermunterte Dr. med. I._____ diese dazu, Einsprache gegen "diese Verfügung" – gemeint war die Mitteilung vom 27. November 2023 (act. IIA A6) – zu erheben, wobei er der Beschwerdegegnerin unterstellte, sich "aus dem Fall" zurückziehen bzw. der Beschwerdeführerin eine rheumatologische Diagnose "anhängen" zu wollen, was Zweifel an der Objektivität und Sachbezogenheit seiner Ausführungen weckt. Inhaltlich stellte sich Dr. med. I._____ auf den Standpunkt, dass eine aktivierte Retropatellärarthrose vorliegen würde und die Chondrokalzinose bloss minim sei. Mithin erschöpfen sich seine Ausführungen in deskriptiven Feststellungen zu den geklagten Beschwerden und zur Bildgebung, ohne diese jedoch in Bezug auf die hier streitige Kausalitätsfrage näher zu erläutern bzw. die medizinischen Gründe dafür darzulegen, die für eine (von ihm implizierte) Bejahung eines Ursache-Wirkung-Zusammenhangs mit dem Ereignis vom 14. August 1990 sprechen. Damit weckt dieser Bericht keine (auch nur geringen) Zweifel am Beweiswert der einlässlich begründeten Einschätzungen von Dr. med. E._____.

Dasselbe trifft auf den Bericht von med. pract. J._____ vom 9. Februar 2024 (act. IIB M9) zu: Die im November 2021 patentierte Assistenzärztin verfügt, wie in E. 3.2.5 vorne gezeigt, über keine besondere fachärztliche Befähigung, was den Beweiswert ihrer Einschätzung zum vornherein schmälert, zumal ihre Ausführungen auch anderweitig nicht fachärztlich bestätigt wurden. Darüber hinaus äussert sich dieser insgesamt wenig detailliert abgefasste Bericht nicht zur gemäss Dr. med. E._____ bildgebend dargestellten Chondrokalzinose und deren Relevanz im gesamten Ursachenspektrum der geklagten Beschwerden (act. IIB M10). Damit kann auch auf die Kausalitätsbeurteilung von med. pract. J._____ nicht abgestellt werden bzw. vermag diese den Beweiswert der Einschätzungen von Dr. med. E._____ nicht in Frage zu stellen. Zudem ordnete med. pract. J._____ die Kausalität dem Ereignis vom 14. August 1990 und der Operation von 1992 (gemäss Beschwerdeführerin: 1990 [act. IIA A4])

zu. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass die Beschwerdegegnerin nach unbestritten gebliebener und im Einklang mit den Akten stehender Darstellung im Bericht von Dr. med. E. _____ vom 2. August 2024 (act. IIB M11) nicht für die Kosten des Eingriffs aufkam. Diente der Eingriff von 1992 nicht der Behandlung von Unfallfolgen, können die seit September 2023 geklagten Kniebeschwerden links – insoweit sie auf die besagte Operation zurückgeführt werden – zum vornherein nicht als unfallbedingter Rückfall bzw. unfallbedingte Spätfolge betrachtet werden (vgl. Entscheid des BGer vom 6. November 2018, 8C_382/2018, E. 5.1 und 6.1).

4.3.3 Schliesslich ergeben sich auch aus den übrigen, sich nicht zur Kausalität äussernden medizinischen Berichten (act. IIB M3; M4; M8) keine Anhaltspunkte, die zumindest geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Einschätzungen von Dr. med. E. _____ wecken. Da der Sachverhalt somit hinreichend abgeklärt ist (Art. 43 ATSG), besteht kein Anlass, die Sache entsprechend dem beschwerdeweisen Eventualantrag zwecks weiterer Abklärungen zurückzuweisen.

4.4 Zusammenfassend ist der Kausalzusammenhang zwischen dem Ereignis vom 14. August 1990 und den im September 2023 als Rückfall bzw. Spätfolge gemeldeten Kniebeschwerden links nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, was sich zu Lasten der Beschwerdeführerin auswirkt (vgl. E. 2.4 vorne), und womit kein Leistungsanspruch besteht (vgl. E. 2.2 vorne). Demnach erging der angefochtene Einspracheentscheid vom 13. Mai 2024 (act. I 2) zu Recht und die dagegen gerichtete Beschwerde ist abzuweisen.

5.

Abschliessend ist die Beschwerdegegnerin darauf hinzuweisen, dass act. IIA A10 S. 4 nicht die Beschwerdeführerin betrifft. Die Beschwerdegegnerin wird das Dokument aus den Akten zu entfernen haben.

6.

6.1 In Anwendung von Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. f^{bis} ATSG (Umkehrschluss; vgl. auch BBI 2018 1639) sind keine Verfahrenskosten zu erheben.

6.2 Bei diesem Verfahrensausgang hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Parteienschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

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

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch wird eine Parteienschädigung zugesprochen.
3. Zu eröffnen (R):
 - B. _____ AG z.H. der Beschwerdeführerin
 - Rechtsanwalt C. _____ z.H. der Beschwerdegegnerin
 - 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.