

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



I 2023 1

Entscheid vom 9. November 2023

Besetzung

Dr.iur. Vital Zehnder, Vizepräsident
Dr.med. Bernhard Zumsteg, Richter
Dr.med. Urs Gössi, Richter
lic.iur. Anna Maria Rüesch, Gerichtsschreiberin

Parteien

A. _____,
Beschwerdeführerin,
vertreten durch Rechtsanwalt lic.iur. B. _____,

gegen

C. _____ AG

Gegenstand

Unfallversicherung (Leistungsanspruch)

Sachverhalt:

A.1 A._____ (Jg. 1958) war seit dem Jahr 2000 als diplomierte Pflegefachfrau HF im Spital D._____ angestellt und als solche bei der C._____ AG (nachfolgend Vorinstanz) obligatorisch unfallversichert. Am 20. November 2015 meldete die Arbeitgeberin der Vorinstanz, A._____ habe am 8. November 2015 beim Spazieren einen Fehltritt gemacht und sich dabei das Knie verdreht. Sie habe eine Meniskusläsion erlitten. Am 3. Dezember 2015 werde sie operiert und sei danach 100% arbeitsunfähig (Vi-act. A1). Am 27. November 2015 ersuchte das Spital D._____ die Vorinstanz um Kostengutsprache für eine Kniearthroskopie (Vi-act. M1), welche die Vorinstanz am 7. Januar 2016 erteilte (Vi-act. A5).

A.2 Am 18. April 2016 informierte A._____ die Vorinstanz, nach dem Unfallereignis sei es infolge Überbelastung auch zu Beschwerden im linken Knie gekommen. Auch hier sei ein Meniskusschaden am 11. Januar 2016 operativ behandelt worden (Vi-act. A6).

B. Im Auftrag der Vorinstanz beantwortete PD Dr.med. E._____ am 20. Juli 2016 verschiedene Fragen bezüglich der Kniebeschwerden links und rechts. Er gelangte zum Schluss, die aktuell noch geltend gemachten Beschwerden am rechten Knie seien überwiegend wahrscheinlich auf das Unfallereignis vom 8. November 2015 zurückzuführen, nicht jedoch jene am linken Knie (Vi-act. M14). Am 11. August 2016 informierte die Vorinstanz A._____, dass die Leistungen für das rechte Knie weiterhin übernommen würden, nicht jedoch Leistungen für das linke Knie (Vi-act. A10).

C. Im Verlauf persistierten die Beschwerden beider Kniegelenke. Am 27. Juli 2017 ersuchte A._____ die Vorinstanz um eine Begutachtung (Vi-act. A37), mit welcher die Vorinstanz nach Rücksprache mit A._____ Dr.med. F._____ (FMH für Orthopädische Chirurgie) beauftragte (Vi-act. A46). Nach persönlichem Untersuchen gelangte Dr.med. F._____ in seinem Gutachten vom 8. November 2017 zum Schluss, die erhobenen Befunde am rechten Kniegelenk stünden sicher im natürlichen Kausalzusammenhang mit dem Unfall vom 8. November 2015 und der daraus folgenden Therapie; die klinische Verschlechterung der vorbestehenden anteromedialen Gonarthrose links stehe mit überwiegender Wahrscheinlichkeit im Zusammenhang mit der Überbelastung links durch Schonung der rechten Seite; die intraoperative, iatrogene mediale Seitenbandläsion links habe zu einer Verzögerung des Heilungsverlaufes beigetragen (Vi-act. M37). Am 29. und 31. Januar 2018 informierte die Vorinstanz A._____, die Unfallversicherung sei weiterhin leistungspflichtig (Vi-act. A51, A53). Es folgten

weitere Konsultationen beim behandelnden Operateur sowie Untersuchungen und Behandlungen in der Schmerzprechstunde am Universitätsspital Zürich (USZ), der Schulthess Klinik sowie dem Institut für Interventionelle Schmerzmedizin Zürich (IISZ), ohne dass sich eine wesentliche Besserung einstellte.

D. Im Auftrag der Vorinstanz gab Dr.med. G._____ (FMH Orthopädie und Traumatologie) am 17. Dezember 2020 eine Aktenbeurteilung ab und gelangte dabei zum Schluss, die beklagten Beschwerden/Symptome stünden nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit (<50%) im Zusammenhang mit dem gemeldeten Ereignis (Vi-act. M68). Gestützt auf diese Beurteilung stellte die Vorinstanz A._____ am 14. Januar 2021 in Aussicht, keine weiteren Leistungen mehr auszurichten, auf die Rückforderung der bereits erbrachten Leistungen indes zu verzichten (Vi-act. A111). Nachdem sich A._____ hiermit nicht einverstanden zeigte (Vi-act. A114), verfügte die Vorinstanz am 9. Dezember 2021 (Vi-act. A120):

1. Es besteht kein Anspruch auf Leistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung.
2. Auf die Rückforderung der bereits erbrachten Leistungen wird verzichtet.
- [3. Entzug der aufschiebenden Wirkung]

Eine von A._____ am 25. Januar 2022 dagegen erhobene Einsprache (Vi-act. A123) wies die Vorinstanz am 22. November 2022 ab (Vi-act. A132).

E. Am 9. Januar 2023 lässt A._____ beim Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz (in Beachtung des Fristenstillstandes) fristgerecht Beschwerde einreichen mit den Anträgen:

1. Der Einspracheentscheid vom 22. November 2022 sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, die gesetzlichen Leistungen auszurichten.
2. Eventualiter sei die Angelegenheit zur Durchführung von weiteren Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.
3. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen (zzgl. MwSt.).

Mit Vernehmlassung vom 29. März 2023 beantragt die Vorinstanz die Abweisung der Beschwerde. Mit Replik vom 11. Juli 2023 resp. Duplik vom 29. März 2023 (Postaufgabe 29.8.2023) halten die Parteien je an ihren Anträgen fest.

F. Am 26. September 2023 ersuchte das Gericht die von der Beschwerdeführerin als Zeugen des Ereignisses vom 8. November 2015 genannte Person um Auskunft. Das Antwortschreiben vom 29. September 2023 wurde den Parteien unterbreitet. Hierzu äusserte sich die Vorinstanz am 4. Oktober 2023, die Beschwerdeführerin nahm zu beidem am 16. Oktober 2023 Stellung.

Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1. Strittig und nachfolgend zu prüfen ist die Leistungspflicht der Vorinstanz für die von der Beschwerdeführerin geklagten Kniebeschwerden. Diese sind gemäss Beschwerdeführerin auf ein Unfallereignis vom 8. November 2015 zurückzuführen. Damit kommen die bis am 31. Dezember 2016 geltenden Gesetzesbestimmungen zur Anwendung (vgl. Übergangsbestimmung UVG zur Änderung vom 25.9.2015 Abs. 1; BGE 143 V 285 E. 2.1; Urteil BGer 8C_333/2018 vom 25.9.2018 E. 3).

2.1 Am 20. November 2015 wurde der Vorinstanz eine Verletzung des rechten Knies gemeldet (Vi-act. A1). Am 18. April 2016 informierte die Beschwerdeführerin die Vorinstanz, auch das linke Knie sei in Mitleidenschaft gezogen und operiert worden (Vi-act. A6). Nach Einholen einer Beurteilung bei Dr.med. E._____ vom 20. Juli 2016 (Vi-act. A14) informierte die Vorinstanz die Beschwerdeführerin am 11. August 2016 telefonisch, für das linke Knie würden keine Versicherungsleistungen erbracht (Vi-act. A10). Anlässlich der Besprechung vom 9. März 2017 bekräftigte die Vorinstanz, für die Beschwerden des linken Knies komme der UVG-Versicherer nicht auf, die Beschwerdeführerin solle der Krankenkasse Meldung machen (Vi-act. A25). Am 29. März 2017 wurde ihr dies schriftlich bestätigt (Vi-act. A29).

2.2 Eine förmliche Verfügung über die Leistungsverweigerung das linke Knie betreffend erliess die Vorinstanz nicht (vgl. Art. 49 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1] vom 6.10.2000). Hat ein Versicherer die Verweigerung von Leistungen zu Unrecht nicht in Verfügungsform, sondern formlos mitgeteilt und ist die versicherte Person damit nicht einverstanden, hat sie dies nach der Rechtsprechung grundsätzlich innerhalb eines Jahres zu erklären. Diesfalls hat der Versicherer eine Verfügung zu erlassen, gegen welche Einsprache erhoben werden kann. Ohne fristgerechte Intervention erlangt der formlos mitgeteilte Entscheid rechtliche Wirksamkeit, wie wenn er zulässigerweise im Rahmen von Art. 51 Abs. 1 ATSG ergangen wäre (Urteil BGer 8C_414/2021 vom 12.10.2021 E. 4.2 mit Verweis auf BGE 134 V 145).

2.3 Gegenstand der Gewährung des rechtlichen Gehörs vom 14. Januar 2021 und ebenso der Verfügung vom 9. Dezember 2021 bildeten gemäss entscheidrelevantem Sachverhalt einzig die Beschwerden Kniegelenk rechts. Für diese wurde eine Leistungspflicht abgelehnt (vgl. Vi-act. A111 und A120). In der Stellungnahme vom 14. Januar 2021 bezog sich auch die Beschwerdeführerin sinn gemäss nur auf die Kniebeschwerden rechts (Vi-act. A114). Erst in der Einspra-

che vom 25. Januar 2022 machte die Beschwerdeführerin neu geltend, auch die Beschwerden am linken Kniegelenk seien auf das Unfallereignis vom 8. November 2015 zurückzuführen und es bestehe eine Leistungspflicht für beide Knie (Vi-act. A123).

2.4 Im angefochtenen Einspracheentscheid verweist die Vorinstanz auf die bereits am 11. August 2016 mündlich und am 29. März 2017 schriftlich mitgeteilte Leistungseinstellung betreffend Kniebeschwerden links. Dieser Entscheid sei in Rechtskraft erwachsen und die Behandlungskosten würden seither durch den Krankenversicherer getragen (Vi-act. A132). Diesen Sachverhalt bestreitet die Beschwerdeführerin vor Verwaltungsgericht; die Vorinstanz habe Leistungen im Zusammenhang mit dem linken Knie erst per 14. Januar 2021 eingestellt. Dies zu Unrecht, da auch diese linksseitigen Beschwerden auf das Unfallereignis vom 8. November 2015 zurückzuführen seien, indem das linke Knie infolge Schonung des rechten Knies überbelastet worden sei. Die Vorinstanz sei folglich verpflichtet, für die Behandlungskosten und den Erwerbsausfall auch im Zusammenhang mit dem linken Knie aufzukommen.

2.5 Aus den Akten ergibt sich, dass die Beschwerdeführerin innert Jahresfrist seit der schriftlichen Leistungsverweigerung (betreffend Knie links) vom 29. März 2017 nachweislich keine anfechtbare Verfügung verlangt hatte. Ebenso steht fest, dass die Vorinstanz der Beschwerdeführerin mehrfach erklärte, für die Kniegelenksbeschwerden links nicht leistungspflichtig zu sein. Allerdings zeigt sich in den Akten auch, dass die Beschwerdeführerin kaum je nur wegen dem rechten oder dem linken Knie in Behandlung war, sondern die Beschwerden insgesamt untersuchen und behandeln liess. Wie und zulasten welcher Versicherung diese Leistungen abgerechnet wurden, ob ggf. eine Splittung erfolgt ist, lässt sich den Akten jedoch nicht zweifelsfrei entnehmen (vgl. Auszug der medizinischen Leistungen des Krankenversicherers Vi-act. A128). Ob daher die Vorinstanz über den 29. März 2017 hinaus Leistungen auch für das linke Knie erbrachte und die Beschwerdeführerin gar keine anfechtbare Verfügung verlangen musste, steht nicht fest.

Die Beschwerdeführerin selbst macht nicht geltend, beim behaupteten Unfallereignis vom 8. November 2015 sei das linke Knie unmittelbar in Mitleidenschaft gezogen resp. geschädigt worden. Vielmehr habe die unfallbedingte Verletzung des rechten Knies und dessen nachfolgende Schonung zu einer Überbelastung des linken Knies geführt, was die geklagten und in der Folge auch behandelten Beschwerden ausgelöst habe; insofern seien auch die linken Kniebeschwerden auf das Unfallereignis zurückzuführen. Aufgrund dieser mittelbaren Schädigung stellt sich die Frage der Leistungspflicht der Vorinstanz aber nur, wenn eine Leis-

tungspflicht für das rechte Knie bestehen sollte. Erst wenn dies feststeht, ist zu prüfen, ob die Leistungsverweigerung betreffend Knie links allenfalls bereits in Rechtskraft erwachsen ist. Auch wäre diesfalls zu prüfen, ob diese Leistungspflicht bzw. -ablehnung (das linke Knie betreffend) überhaupt Gegenstand der Verfügung vom 9. Dezember 2021 und damit des weiteren Rechtsmittelverfahrens bildete (nur dann kann dies auch Gegenstand des vorliegenden Verfahrens bilden). Sollte indes für die Kniegelenksbeschwerden rechts keine Leistungspflicht bestehen, entfielen so oder so auch eine Leistungspflicht für die mittelbar unfallbedingten Beschwerden des linken Knies.

Damit gilt es nachfolgend die Leistungspflicht der Vorinstanz betreffend die von der Beschwerdeführerin geklagten Kniegelenksbeschwerden rechts zu prüfen.

3.1.1 Gemäss Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) vom 20. März 1981 werden Leistungen der Unfallversicherung bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt. Als Unfall gilt gemäss Art. 4 ATSG die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat.

3.1.2 Zudem waren (bis 31.12.2016) gewisse Körperschädigungen wie Meniskusrisse, sofern sie nicht eindeutig auf eine Erkrankung oder eine Degeneration zurückzuführen waren, auch ohne ungewöhnliche äussere Einwirkung Unfällen gleichgestellt und der Unfallversicherer damit leistungspflichtig (Art. 6 Abs. 2 UVG i.V.m. Art. 9 Abs. 2 lit. c UVV in der bis 31.12.2016 gültigen Fassung). Bei den unfallähnlichen Körperschädigungen im Sinne von Art. 9 Abs. 2 UVV entfällt im Vergleich zu den eigentlichen Unfällen nach Art. 4 ATSG einzig das Tatbestandselement der Ungewöhnlichkeit des auf den Körper einwirkenden äusseren Faktors (BGE 139 V 327 E. 3.1). Alle übrigen Begriffsmerkmale eines Unfalls müssen hingegen auch bei unfallähnlichen Körperschädigungen erfüllt sein. Dies gilt namentlich für das Erfordernis des auf den menschlichen Körper einwirkenden äusseren Faktors, worunter ein ausserhalb des Körpers liegender, objektiv feststellbarer, sinnfälliger - eben unfallähnlicher - Einfluss auf den Körper zu verstehen ist. Für die Annahme der schädigenden Einwirkung eines äusseren Faktors auf den menschlichen Körper ist ein Geschehen erforderlich, dem ein gewisses gesteigertes Gefährdungspotenzial innewohnt. Das ist zu bejahen, wenn die zum einschliessenden Schmerz führende Tätigkeit im Rahmen einer allgemein gesteigerten Gefahrenlage vorgenommen wird, wie dies etwa für viele sportliche Betätigungen zutreffen kann. Der äussere Faktor mit erheblichem Schädigungspotenzial ist sodann auch zu bejahen, wenn die in Frage stehende Lebensver-

richtung einer mehr als physiologisch normalen und psychologisch beherrschten Beanspruchung des Körpers, insbesondere seiner Gliedmassen, gleichkommt. Deswegen fallen einschliessende Schmerzen als Symptome einer Schädigung nach Art. 9 Abs. 2 UVV ausser Betracht, wenn sie allein bei der Vornahme einer alltäglichen Lebensverrichtung auftreten, ohne dass hierzu ein davon unterscheidbares äusseres Moment hineinspielt. Die physiologische Beanspruchung des Skelettes, der Gelenke, Muskeln, Sehnen und Bänder stellt keinen äusseren Faktor dar, dem ein zwar nicht ungewöhnliches, jedoch gegenüber dem normalen Gebrauch der Körperteile gesteigertes Gefährdungspotenzial innewohnen muss. Erforderlich für die Bejahung eines äusseren Faktors ist demzufolge ein gesteigertes Schädigungspotenzial, sei es zufolge einer allgemein gesteigerten Gefahrenlage, sei es durch Hinzutreten eines zur Unkontrollierbarkeit der Vornahme der alltäglichen Lebensverrichtung führenden Faktors (Urteil BGer 8C_333/2018 vom 25.9.2018 E. 5.1 mit weiteren Hinweisen).

3.1.3 Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person u.a. Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen bzw. unfallähnlichen Körperschädigung sowie auf ein Taggeld, falls sie infolge der Schädigung voll oder teilweise arbeitsunfähig ist (vgl. Art. 16 Abs. 1 UVG). Wird die versicherte Person infolge des Unfalles bzw. der unfallähnlichen Körperschädigung invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (vgl. Art. 18 Abs. 1 UVG). Erleidet sie durch den Unfall bzw. die unfallähnliche Körperschädigung eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität, so hat sie Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung (Art. 24 Abs. 1 UVG).

3.2 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 134 V 109 E. 2.1; BGE 129 V 177 E. 3.1 f.).

3.2.1 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 des Versicherten beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 147 V 161 E. 3.2); m.a.W. wenn der Unfall

überwiegend wahrscheinlich zumindest eine indirekte Teilursache der gesundheitlichen Beschwerden ist (BGE 142 V 435 E. 1; BGE 134 V 109 E. 2.1; Urteil BGer 8C_640/2022 vom 9.8.2023 E. 3.2 je mit Hinweisen).

3.2.2 Als adäquate Ursache eines Erfolges hat ein Ereignis nach der Rechtsprechung dann zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2; BGE 125 V 461 E. 5a, je mit Hinweisen).

3.2.3 Es ist die Aufgabe des Arztes, den natürlichen Kausalzusammenhang zu beurteilen, während es der Verwaltung und im Beschwerdefall dem Gericht obliegt, die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang zu beantworten (BGE 123 III 110 E. 2). Die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers spielt bei organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate und natürliche Kausalität weitgehend decken (BGE 134 V 109 E. 2; Urteil BGer 8C_582/2021 vom 11.1.2022 E. 9.3).

3.3 Unfallbedingte Fehlbelastungen können im Sinne indirekter Unfallfolgen zu Folgebeschwerden führen. Es liegt in der Natur solcher Fehlbelastungsbeschwerden, dass sie erst einige Zeit nach dem Unfall auftreten und nicht direkt traumatisch bedingt sind. Dies muss allerdings im Einzelfall medizinisch abgeklärt werden (RKUV 2003 Nr. U 487 S. 337 E. 5.2.2 [U 38/01]; vgl. auch Urteile BGer 8C_747/2013 vom 18.3.2014 E. 3.2; 8C_588/2013 vom 16.1.2014 E. 4.3.3; 8C_456/2009 vom 28.7.2009 E. 5.2).

3.4 Hat der Unfallversicherer seine Leistungspflicht einmal anerkannt, entfällt diese erst, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, der Gesundheitsschaden mit anderen Worten nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (status quo sine), erreicht ist (vgl. BGE 146 V 51 E. 5.1 mit weiteren Hinweisen).

Trifft ein Unfall auf einen vorgeschädigten Körper und steht aus ärztlicher Sicht fest, dass weder der Status quo ante noch der Status quo sine je wieder erreicht werden können, so spricht die Rechtsprechung von einer richtunggebenden Ver-

schlimmerung (vgl. Rumo-Jungo/Holzer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum UVG, 4. Aufl., Zürich/Basel/Genf 2012, S. 54; Urteil BGer 8C_212/2015 vom 10.7.2015 E. 2.2.1 mit Hinweisen). Bei einer bloss vorübergehenden Verschlimmerung eines degenerativen Vorzustandes entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers bei Eintritt des Status quo sine vel ante (vgl. Urteile BGer 8C_331/2015 E. 2.1.1; 8C_557/2015 vom 7.10.2015 E. 5.2 ff.; 8C_320/2013 vom 5.9.2013 E. 3.1).

3.5 Ob zwischen dem 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 Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (vgl. BSK-Hofer, Art. 4 ATSG, Rz. 58 mit Hinweis auf BGE 142 V 435 E. 1; BGE 129 V 177 E. 3.1; vgl. BGE 119 V 335 E. 1).

Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosser Möglichkeit nunmehr gänzlicher fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die entsprechende Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer (vgl. BGE 146 V 51 E. 5.1).

3.6 Bei Taggeldern und Heilbehandlung handelt es sich nicht um Dauerleistungen. Der Versicherungsträger kann diese ohne Berufung auf einen Wiedererwägungs- oder Revisionsgrund "ex nunc und pro futuro" einstellen, wenn sich herausstellt, dass die gesetzlichen Anspruchsvoraussetzungen gar nicht erfüllt sind, etwa weil bei richtiger Betrachtung gar kein versichertes Ereignis vorliegt (BGE 130 V 380 E. 2.3.1; Urteile BGer 8C_305/2022 vom 13.4.2023 E. 5.1; 8C_474/2022 vom 29.3.2023 E. 3.2; 8C_187/2017 vom 11.8.2017 E. 2.3; 8C_176/2016 vom 17.5.2016 E. 3.2; 8C_249/2016 vom 1.3.2017 E. 3.2) oder der Kausalzusammenhang zwischen Unfall und dem leistungsbegründenden Gesundheitsschaden dahingefallen ist (Urteil BGer 8C_62/2023 vom 16.8.2023 E. 2.2). Eine solche Einstellung kann auch rückwirkend erfolgen, sofern der Unfallversicherer keine Leistungen zurückfordern will (Urteil BGer 8C_786/2021 vom 11.2.2022 E. 2 mit Hinweisen).

3.7 Gemäss dem in Art. 43 Abs. 1 ATSG normierten Untersuchungsgrundsatz hat der Versicherungsträger die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vorzunehmen. Diese Untersuchungspflicht gilt grundsätzlich auch im Gerichtsverfahren (Art. 61 lit. c ATSG; Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Aufl., Art. 43 Rz. 28). Was notwendig ist, ergibt sich zum einen daraus, in welchem Umfang Abklärungen vorzunehmen sind, und zum anderen daraus, in welcher Tiefe dies der Fall ist. Zunächst sind die für die zu entscheidende Frage massgebenden Bereiche abzustecken und in der Folge ist der Sachverhalt abzuklären. Die Verwaltung als verfügende Instanz und im Beschwerdefall das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Es ist jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste zu würdigen ist (BGE 138 V 218 E. 6; BGE 126 V 353 E. 5b; BGE 125 V 193 E. 2). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus, da es Sache des Sozialversicherungsgerichts (oder der verfügenden Verwaltungsstelle) ist, für die Zusammentragung des Beweismaterials besorgt zu sein. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 144 V 427 E. 3.2; Urteil BGer 8C_765/2020 vom 4.3.2021 E. 3.2.2). Auf ein beantragtes Beweismittel kann ohne Verletzung des Gehörsanspruches des Versicherten verzichtet werden, wenn die Verwaltung oder der Richter bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung gelangt, der Sachverhalt, den eine Partei beweisen will, sei nicht rechtserheblich oder der angebotene Beweis vermöge keine Abklärungen herbeizuführen. In der damit verbundenen antizipierten Beweiswürdigung kann kein Verstoss gegen das rechtliche Gehör nach Art. 29 Abs. 2 BV erblickt werden (BGE 144 V 361 E. 6.5).

3.8 Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 43 und 61 ATSG). Danach haben die beurteilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen und alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten.

3.8.1 Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen, weshalb die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall der Richter wesensgemäss auf zuverlässige Angaben ärztlicher Fachkräfte angewiesen sind (Urteil BGer 8C_270/2022 vom 12.10.2022 E. 4.3). Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1). Ausschlaggebend für den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a; BGE 122 V 157 f. E. 1c mit Hinweisen; Weber, 'Hürden' und 'Hilfen' bei der richterlichen Würdigung von medizinischen Gutachten, JaSo 2020, S. 199).

3.8.2 Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens durch die Suva und durch UVG-Privatversicherer 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; BGE 125 V 351 E. 3b/bb).

3.8.3 Auch den Berichten versicherungsinterner Ärzte kann rechtsprechungsgemäss Beweiswert beigemessen werden, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (Urteil BGer 8C_587/2020 vom 5.2.2021 E. 3.2). Ein Anstellungsverhältnis dieser Person zum Versicherungsträger alleine lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Soll ein Versicherungsfall jedoch 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 145 V 97 E. 8.5; BGE 139 V 225 E. 5.2; BGE 135 V 465 E. 4.4 mit Hinweisen).

3.8.4 In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten darf und soll der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass die Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, weshalb den (unabhängigen) Fachärzten mehr Gewicht zukommt (vgl. Urteil BGer 8C_871/2008 vom 24.3.2009 E. 3.2 mit Hinweisen; BGE 135 V 465 E. 4.5; BGE 125 V 353 E. 3b/cc). Dies gilt grundsätzlich nicht nur für Hausärzte (BGE 135 V 465 E. 4.5), sondern auch für spezialärztlich behandelnde Medizinalpersonen (Urteile BGer 8C_609/2017 vom 27.3.2018 E. 4.3.3; 8C_180/2017 vom 21.6.2017 E. 4.4.2). Mit Blick auf die Verschiedenheit von Behandlungs- und Begutachtungsauftrag kann daher im Streitfall regelmässig nicht auf die Sicht des behandelnden (Fach-)Arztes abgestellt werden (vgl. statt vieler: Urteil BGer I 701/05 vom 5.1.2007 E. 2 mit Hinweisen).

3.8.5 Eine ärztliche Beurteilung aufgrund der Akten ist nicht an sich unzuverlässig. Für die Beweistauglichkeit entscheidend ist, dass genügend Unterlagen von persönlichen Untersuchungen vorliegen (Urteil BGer 8C_582/2021 vom 11.1.2022 E. 8.2 m.w.H.). Dem reinen Aktengutachten kann voller Beweiswert zukommen, sofern ein lückenloser Befund vorliegt, und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhaltes geht. Aktengutachten sind insbesondere dann von Belang, wenn die relevanten Befunde mehrfach und ohne wesentlichen Widerspruch bereits erhoben worden sind, aber die Zuordnung zu einer Diagnose oder der Kausalzusammenhang und das Ausmass der Behinderung verschieden bewertet werden. In diesen Fällen kann in einem Aktengutachten das Für und Wider der verschiedenen Meinungen erwogen und die überwiegende Wahrscheinlichkeit für eine bestimmte Beurteilung deutlich gemacht werden (BGE 125 V 352 E. 3b/ee; Urteile BGer 8C_608/2020 vom 15.12.2020 E. 5.2; 8C_523/2018 vom 5.11.2018 E. 5.2; 8C_540/2007 vom 27.3.2008 E. 3.2 mit Hinweisen).

4. Gemäss Vorinstanz besteht allein schon deshalb keine Leistungspflicht, weil sich die Leistungsvoraussetzung eines versicherten Ereignisses nicht mit dem notwendigen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachweisen lasse (vgl. angefochtener Einspracheentscheid E. 4.3). Mithin gilt es vorab zu prüfen, ob sich am 8. November 2015 ein Unfall ereignet hat, so wie dies die Beschwerdeführerin geltend macht.

4.1.1 Als Unfall gilt gemäss Art. 4 ATSG die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat.

4.1.2 Nach der Rechtsprechung bezieht sich das Begriffsmerkmal der Ungewöhnlichkeit nicht auf die Wirkung des äusseren Faktors, sondern nur auf diesen selbst. Der äussere Faktor ist ungewöhnlich, wenn er - nach einem objektiven Massstab - nicht mehr im Rahmen dessen liegt, was für den jeweiligen Lebensbereich alltäglich und üblich ist (BGE 142 V 219 E. 4.3.1). Der äussere Faktor ist zentrales Begriffscharakteristikum eines jeden Unfallereignisses; er ist Gegenstück zur - den Krankheitsbegriff konstituierenden - inneren Ursache. Das Begriffsmerkmal der Ungewöhnlichkeit wurde entwickelt, um die "tausendfältigen kleinen und kleinsten Insulte des täglichen Lebens, die als solche gänzlich unkontrollierbar sind und deshalb nur beim Hinzutreten von etwas Besonderem Berücksichtigung finden sollen", aus dem Unfallbegriff auszuschneiden (BGE 134 V 72 E. 4.1.1). Das Merkmal des Ungewöhnlichen macht den alltäglichen Vorgang zum einmaligen Vorfall. Nach der Rechtsprechung kann das Merkmal des ungewöhnlichen äusseren Faktors in einer unkoordinierten Bewegung (RKUV 1999 S. 199 E. 3c/aa und S. 422 E. 2b) oder in einer (im Hinblick auf die Konstitution und berufliche oder ausserberufliche Gewöhnung der betreffenden Person) ausserordentlichen Überanstrengung (vgl. BGE 116 V 139 E. 3b; RKUV 1994, S. 38 E. 2) bestehen. Bei Körperbewegungen ist das Merkmal der Ungewöhnlichkeit erfüllt, wenn ein in der Aussenwelt begründeter Umstand wie Ausgleiten, Stolpern oder Abwehren eines Sturzes den natürlichen Ablauf einer Körperbewegung gleichsam "programmwidrig" beeinflusst hat (Urteil BGer 8C_282/2017 vom 22.8.2017 E. 3.1.2; vgl. Rumo-Jungo, a.a.O., S. 27). Hingegen taugen Einwirkungen, die aus alltäglichen Vorgängen resultieren, in aller Regel nicht als Ursache einer Gesundheitsschädigung (Urteil BGer 8C_842/2018 vom 6.5.2019 E. 3.3.1). Unfall setzt vielmehr begrifflich voraus, dass das exogene Element so ungewöhnlich ist, dass eine endogene Verursachung ausser Betracht fällt (vgl. zum Ganzen Urteil BGer 8C_842/2018 vom 6.5.2019 E. 3.3.1 mit weiteren Hinweisen u.a. auf BGE 134 V 72 E. 4.1).

4.1.3 Die einzelnen Umstände des Unfallgeschehens sind von der den Anspruch erhebenden Person zu beweisen. Kommt sie dieser Forderung nicht nach, indem sie unvollständige, ungenaue oder widersprüchliche Angaben macht, die das Bestehen eines unfallmässigen Schadens als unglaubwürdig erscheinen lassen, besteht keine Leistungspflicht der Unfallversicherung. Im Streitfall obliegt es dem Gericht zu beurteilen, ob die einzelnen Voraussetzungen des Unfallbegriffs erfüllt sind. Der Untersuchungsmaxime entsprechend hat es von Amtes wegen die notwendigen Beweise zu erheben. Wird auf Grund dieser Massnahmen das Vorliegen eines Unfallereignisses nicht wenigstens mit Wahrscheinlichkeit erstellt (die blosse Möglichkeit genügt nicht), so hat dieses als unbewiesen zu gelten,

was sich zu Lasten der den Anspruch erhebenden Person auswirkt (vgl. Urteil BGer 8C_696/2013 vom 14.11.2013 E. 2 mit Hinweisen auf BGE 116 V 140).

4.1.4 Bei sich widersprechenden Angaben der versicherten Person über den Unfallhergang ist auf die Beweismaxime hinzuweisen, wonach die sogenannten spontanen "Aussagen der ersten Stunde" in der Regel unbefangener und zuverlässiger sind als spätere Darstellungen, die bewusst oder unbewusst von nachträglichen Überlegungen versicherungsrechtlicher oder anderer Art beeinflusst sein können. Wenn die versicherte Person ihre Darstellung im Laufe der Zeit wechselt, kommt den Angaben, die sie kurz nach dem Unfall gemacht hat, daher meistens grösseres Gewicht zu als jenen nach Kenntnis einer Ablehnungsverfügung des Versicherers (BGE 121 V 45 E. 2a; Urteil BGer 8C_139/2019 vom 18.6.2019 E. 3.2.2). Der Grundsatz, wonach die ersten Aussagen nach einem schädigenden Ereignis in der Regel unbefangener und zuverlässiger sind als spätere Darstellungen, stellt eine im Rahmen freier Beweiswürdigung zu berücksichtigende Entscheidungshilfe dar. Sie kann nur zur Anwendung gelangen, wenn von zusätzlichen Abklärungen keine neuen Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteile BGer 8C_225/2019 vom 20.8.2019 E. 3.3; 8C_622/2017 vom 16.4.2018 E. 2.1; BGE 121 V 45 E. 2a mit Hinweisen).

4.2.1 Laut angefochtenem Einspracheentscheid vom 22. November 2022 liegen zwei divergierende Sachverhaltsdarstellungen vor. Gemäss Bericht des erstbehandelnden Arztes Dr.med. H._____ (Facharzt Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates) habe ihn die Beschwerdeführerin am 17. November 2015 wegen bereits vorbestehenden Hüft- und Schulterbeschwerden aufgesucht und dabei berichtet, seit etwa zwei Wochen (d.h. ca. seit dem 3.11.2015) spontan einsetzende, bewegungs- und belastungsabhängige rechtsseitige mediale Kniegelenkbeschwerden zu verspüren; einen Schadenmechanismus habe sie nicht beschrieben, sondern explizit erklärt, die Beschwerden würden spontan und belastungsabhängig auftreten. Demgegenüber werde anlässlich der Konsultation vom 18. November 2015 erstmals ein Distorsionstrauma des Kniegelenks erwähnt, welches sie am 8. November 2015 im Wald erlitten habe. Auch in der Schadenmeldung vom 20. November 2015 werde ein Fehltritt mit Verdrehung des Knies erwähnt, was sie im Fragebogen am 7. Dezember 2015 so wiederholt habe. Von diesen sich widersprechenden Sachverhaltsdarstellungen erscheine jedoch - im Lichte der Rechtsprechung zur Aussage der ersten Stunde - die Äusserung der Beschwerdeführerin anlässlich der Erstkonsultation vom 17. November 2015 als glaubhafter. Damit aber bestünden die Beschwerden bereits länger als seit dem 8. November 2015 und sie setzten spon-

tan, also ohne eigentliches Ereignis ein; etwas Spezielles habe sich nicht ereignet. Damit aber liege auch kein Unfall vor.

4.2.2 Diese Beweiswürdigung erachtet die Beschwerdeführerin als willkürlich. Die Vorinstanz halte selber fest, im Bericht zur Konsultation vom 17. November 2015 sei kein Schadenmechanismus beschrieben; das Fehlen einer Angabe könne aber nicht als 'Aussage der ersten Stunde' qualifiziert werden. Auch bestünden vorliegend keine sich widersprechenden Sachverhaltsbeschreibungen. Vielmehr sei der Unfallhergang im Bericht zur Konsultation vom 18. November 2015, in der Schadenmeldung vom 20. November 2015 und in der Stellungnahme vom 7. Dezember 2015 schier unterschiedslos beschrieben. Mangels Vorhandensein einer Aussage im Bericht zur Erstkonsultation (17.11.2015) und mangels Abweichungen in den übrigen Berichten bestehe kein Raum für die Anwendung der genannten Beweismaxime. Komme hinzu, dass am 17. November 2015 mangels Zeit keine eingehende Untersuchung stattgefunden habe und Dr.med. H._____ aufgrund der kurzen Untersuchung eine MRI-Untersuchung für notwendig erachtet und diese veranlasst habe. Dass er im Bericht kein Unfallereignis beschrieben habe, könne nicht der Beschwerdeführerin angelastet werden. Zudem habe Dr.med. H._____ nicht von Beschwerden 'seit zwei Wochen' berichtet, sondern von solchen 'seit etwa zwei Wochen', womit der 8. November 2015 gemeint gewesen sei. Wenn von 'spontan' einsetzenden Beschwerden berichtet werde, so besage dies nichts über die Schadenursache; Ursache sei der unfallbedingte Meniskusschaden, der zu einerseits spontanen und andererseits bewegungs- und belastungsabhängigen Schmerzen geführt habe. Die Schlussfolgerung der Vorinstanz erweise sich als unhaltbar. Zusammenfassend sei ein Unfallereignis gemäss Aktenlage ausgewiesen: Die Beschwerdeführerin sei am 8. November 2015 ausgerutscht und habe sich dabei das rechte Knie verdreht. Die Beschwerden seien sofort eingetreten; nachdem sich die erhoffte Besserung nicht eingestellt habe, hätten die Untersuchungen einen schrägen Riss des medialen Meniskushinterhornes bis zur Meniskusunterfläche reichend gezeigt.

4.3.1 Strittig ist, ob sich am Sonntag, 8. November 2015, ein Unfall ereignet hat. Das ereignisnaheste Dokument ist der Sprechstundenbericht von Dr.med. H._____ mit Datum '18.11.2015' (Vi-act. M3 = M73). Es handelt sich dabei um die Sprechstunde vom 17. November 2015 (vgl. Vi-act. A129, A4). Dr.med. H._____ notiert unter 'Anamnese':

Frau A._____ ist in unserer Sprechstunde bekannt mit Hüft- und Schulterbeschwerden.

Seitens der Hüfte seien die Beschwerden nun deutlich rückläufig.

Seit etwa zwei Wochen verspürt Frau A. _____ spontan einsetzende rechtsseitige mediale Kniegelenksbeschwerden. Diese seien bewegungs- und belastungsabhängig.

Dr.med. H. _____ erhob einen Kurzstatus mit deutlicher Druckdolenz über dem medialen Gelenkspalt und positiven Meniskuszeichen. Klinisch bestehe der Verdacht auf eine mediale Meniskusläsion, weshalb er ein MRI veranlasste. Aus dem Dokument fällt zudem auf, dass Dr.med. H. _____ als Garanten die Vorinstanz als Unfallversicherer notierte.

Noch am selben Tag (17.11.2015) wurde das MRI Knie rechts nativ durchgeführt (Vi-act. M7 = M74). Klinisch bestehe der Verdacht auf eine mediale Meniskusläsion. Dem Bericht lassen sich keine Hinweise über eine Ursache entnehmen.

Am 18. November 2015 wurde die Diagnostik besprochen, was in einem Bericht vom 19. November 2015 und (gleichlautend am) 4. Dezember 2015 dokumentiert wurde (Vi-act. M81 = M72; A129). Der berichtende Arzt (das Dokument enthält keine Signatur) hält unter Anamnese fest:

Frau A. _____ hat am 8.11.2015 beim Spazieren im Wald ein Distorsionstrauma des rechten Kniegelenkes erlitten. Initial deutliche Schwellung des rechten Knies, diese ist nach einigen Tagen wieder rückläufig gewesen. Seit diesem Trauma persistieren Belastungsschmerzen medial im rechten Kniegelenk, weshalb am 17.11.2015 ein MRI des rechten Kniegelenkes durchgeführt wurde, welches oben genannte Befunde ergeben hat.

Am 20. November 2015 erstattete die Arbeitgeberin die Unfallmeldung mit folgendem Beschrieb des Unfallhergangs (Vi-act. A1):

Beim Spazieren hat sie einen Fehltritt gemacht und dabei das Knie verdreht (Boden war feucht). OP am 03.12.2015.

Die Beschwerdeführerin füllte am 7. Dezember 2015 den Fragebogen zum Unfallereignis vom 8. November 2015 aus und beschrieb dieses wie folgt (Vi-act. A4):

Beim Spazieren im Buchbergwald.
Der Boden bedeckt mit Blättern, Untergrund nass, feucht.
Ich bin ausgerutscht und habe mir dabei das rechte Knie verdreht.

Sie habe sofort ein geschwollenes Knie und Schmerzen hinter der Kniescheibe gehabt. Auf die entsprechende Frage hin nannte sie namentlich einen Zeugen des Unfalls.

4.3.2 Mit der Beschwerde offeriert die Beschwerdeführerin erneut I. _____ als Zeugen des Unfallereignisses (Beschwerde Rz. 4), den sie bereits im Fragebogen zum Unfallereignis nannte. In der Unfallmeldung vom 20. November 2015 wird keine beteiligte Person genannt (Vi-act. A1).

Am 26. September 2023 ersuchte das Gericht I. _____ um Auskunft, welche er am 29. September 2023 wie folgt erteilte (VG-act. 22):

Können Sie bestätigen, dass Frau A. _____ am Sonntag, 8. November 2015 einen Unfall erlitt?

Ja

Falls ja, a) beschreiben Sie den Unfallhergang so gut als möglich; b) wie haben Sie das Ereignis erlebt; warum nannte Frau A. _____ Sie als Zeugen; c) War das Ereignis später noch Thema zwischen Ihnen und Frau A. _____, falls ja, inwiefern?

- a. Soweit ich mich erinnern kann, war es ein milder Sonntagnachmittag. Aus diesem Grund entschlossen wir uns, gemeinsam einen Spaziergang im nahegelegenen _____ zu unternehmen. Alle Wege waren voller Laub. In einem leicht abfallenden Waldstück ist Frau A. _____ ausgerutscht und hat sich am rechten Bein verletzt. Der Waldboden war unter den Blättern feucht.
- b. Nach diesem Sturz begaben wir uns nach Hause an die _____. Frau A. _____ nannte mich als Zeugen, weil ich mit ihr unterwegs war und ich der Lebenspartner von ihr bin.
- c. Das Ereignis ist bis heute ein Thema zwischen Frau A. _____ und mir, da ich selber sehe, was mit gewissen Versicherungsfällen gemacht wird.

4.4 Aufgrund dieser Aktenlage ist der Vorinstanz insoweit beizupflichten, dass kein Unfallereignis mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt ist. Nachdem sämtliche zeitnahen Dokumente berücksichtigt und ebenso die von der Beschwerdeführerin bezeichnete Auskunftsperson befragt wurde, bestehen keine weiteren Möglichkeiten, den Sachverhalt noch genauer abzuklären. Soweit das Unfallereignis nicht überwiegend wahrscheinlich erstellt ist, wirkt sich dies zu Lasten der den Anspruch erhebenden Person, d.h. der Beschwerdeführerin aus.

Dem ärztlichen Erstbericht zur Sprechstunde vom 17. November 2015 lässt sich als einziger Hinweis auf einen Unfall entnehmen, dass Dr.med. H. _____ die Unfallversicherung als Garanten aufführt (Vi-act. M3). Dies allein vermag indes in keiner Weise einen Unfall zu belegen. Im Übrigen ergibt sich aus seinem Bericht, dass die Beschwerdeführerin damals schon wegen anderer Beschwerden in Behandlung war (vgl. hierzu auch Vi-act. M5). Ob die Sprechstunde als Verlaufssprechstunde zu jenen Beschwerden abgehalten wurde (am 16.11.2015 wurde ein MRI der Schulter gemacht, vgl. Vi-act. M81) oder die Beschwerdeführerin den Arzt explizit wegen den Kniebeschwerden aufgesucht hat, ergibt sich aus dem Bericht ebenso wenig wie irgendwelche Hinweise auf eine Ursache der Beschwerden. Der Vermerk, die Beschwerden verspüre sie "seit etwa zwei Wochen" (Vi-act. M3), schliesst zwar (entgegen der Ausführung der Vorinstanz) ein

Unfallereignis am 8. November 2015 nicht per se aus, vermag ein solches aber auch nicht zu belegen.

Im Bericht zur Sprechstunde vom 18. November 2015 (nach durchgeführtem Knie-MRI vom 17.11.2015) wird ein Distorsionstrauma des rechten Kniegelenkes beim Spazieren im Wald angegeben (Vi-act. M72, M81, A129). Damit findet erstmals ein Ereignis Erwähnung; das Erleiden einer plötzlichen, nicht beabsichtigten schädigenden Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors (vgl. oben E. 4.1.1) ist damit aber nicht belegt. Hierfür ist die blosser Nennung eines "Distorsionstraumas" viel zu unspezifisch; auch deckt sich der medizinische Begriff 'Trauma' nicht mit dem versicherungsrechtlichen Unfallbegriff im Sinne von Art. 4 ATSG (BGE 134 V 72 E. 4.3.2.2). Die weiteren Dokumentierungen eines Ereignisses sind sodann entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin keineswegs einheitlich. In der Unfallmeldung ist von einem 'Fehltritt' mit Verdrehen des Knies die Rede (Vi-act. A1). Am 7. Dezember 2015 spricht die Beschwerdeführerin von einem 'Ausrutschen' und Verdrehen des Knies (Vi-act. A4), was mit einem Fehltritt nicht gleichgesetzt werden kann. Kommt hinzu, dass sich die Auskunftsperson schliesslich an ein Ausrutschen und einen Sturz mit Verletzung am rechten Bein zu erinnern meint (vgl. oben E. 4.3.2). Insofern kann dem Gutachter Dr.med. F. _____ nicht beigelegt werden, wenn er festhält, die Beschwerdeführerin sei am 8. November 2015 auf Laubblättern auf nassem Untergrund ausgerutscht/gestürzt und habe sich das rechte Knie verdreht, was sich mit den Angaben der Unfallmeldung decke (Vi-act. M37). Vielmehr wird insgesamt ein Ereignis derart ungenau beschrieben, so dass das Vorliegen eines Unfallereignisses im Sinne von Art. 4 ATSG nicht bewiesen ist. Bleibt zu ergänzen, dass - wie die Vorinstanz zu Recht ausführt - die Aussagekraft der Auskunft von I. _____ eine beschränkte ist, nachdem es sich bei ihm um den Lebenspartner der Beschwerdeführerin handelt, das Ereignis rund 8 Jahre zurückliegt und - nicht zuletzt wegen Versicherungsfragen - immer wieder Thema zwischen den beiden bildete. Dass er unter diesen Umständen vom Vorliegen eines Unfallereignisses überzeugt ist, darf angenommen werden, vermag ein solches aber nicht zu belegen.

4.5 Wenn aber ein Unfallereignis im Sinne von Art. 4 ATSG als Ursache der Beschwerden nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen ist, so entfällt eine Leistungspflicht des Unfallversicherers. Die Beschwerde ist damit schon aus diesem Grunde abzuweisen. Da bei der unfallähnlichen Körperverletzung einzig das Kriterium der Ungewöhnlichkeit wegfällt, hingegen namentlich auch ein auf den menschlichen Körper einwirkender äusserer Faktor erforderlich bzw. nachgewiesen sein muss (vgl. oben E. 3.1.2), entfällt ebenso eine Leis-

tungspflicht aus unfallähnlicher Körperschädigung nach Art. 6 Abs. 2 UVG i.V.m. Art. 9 Abs. 2 UVV.

5. Anzufügen ist, dass Dr.med. G._____ schlüssig und nachvollziehbar aufzuzeigen vermochte, dass selbst dann keine Leistungspflicht der Vorinstanz für die beklagten Kniegelenksbeschwerden rechts bestünde, wenn sich am 8. November 2015 ein anzuerkennender Unfall im Sinne von Art. 4 ATSG ereignet hätte.

5.1.1 In der Sprechstunde vom 17. November 2015 klagte die Beschwerdeführerin über seit etwa zwei Wochen bestehende, spontan einsetzende rechtsseitige mediale Kniegelenksbeschwerden, die bewegungs- und belastungsabhängig seien. Dr.med. H._____ erhob als Kurzstatus ein rundes, flüssiges Gangbild, ein ergussfreies Kniegelenk, eine deutliche Druckdolenz über dem medialen Gelenkspalt, keine Blockaden. Die Meniskuszeichen waren positiv, die Kreuz- und Kollateralbänder stabil. Der Bewegungsumfang betrug E/F 0/0/140°. Die Patella war korrekt zentriert ohne Anpress- oder Verschiebeschmerz. Er veranlasste bei Verdacht auf eine mediale Meniskusläsion ein MRI des rechten Kniegelenkes (Vi-act. M3).

5.1.2 Im Bericht zum MRI Knie rechts nativ vom 17. November 2015 bei klinischem Verdacht auf mediale Meniskusläsion notierte Dr.med. L._____ (FMH Radiologie) (Vi-act. M7):

BEFUND

Mediales Kompartiment: Schräger Riss im Meniskushinterhorn zur Meniskusunterfläche reichend. Dorsale meniskokapsuläre Zerrung. Normaler femorotibialer Knorpel und regelrechtes Seitenband.

Zentrales Kompartiment: Intakte Kreuzbänder. Kräftiges Ligamentum transversum genus als Normvariante.

Laterales Kompartiment: Normaler femorotibialer Knorpel, Meniskus und Seitenband.

Femoropatellares Kompartiment: Geringe Signalalteration in der medialen Patella-facette und geringe Höhenminderung des Knorpels im Patellafirst (Chondropathie Grad 1-2). Normaler trochleärer Knorpel. Intakte Retinacula. Mittig zentrierte Patella in Ruhe.

Im Übrigen altersentsprechend normales Kernspintomogramm des rechten Kniegelenkes.

BEURTEILUNG

Schräger Riss im Innenmeniskushinterhorn zur Meniskusunterfläche reichend. Initiale Gonarthrose femoropatellar (Chondropathie Grad 1-2 patellar).

5.1.3 Im Bericht vom 4. Dezember 2015 zur Sprechstunde vom 18. November 2015 wird zu den Kniebeschwerden (die Ausführungen zu den Schulterbe-

schwerden werden hier ausgeklammert) ausgeführt (Vi-act. M81, M72; der Name des berichtenden Arztes ist nicht angeführt):

Diagnosen

1. Relativ ausgedehnte, bis zur Basis reichende Unterflächenläsion des medialen Meniscus-Hinterhornes mit Übergang in die Pars intermedia Knie rechts nach Distorsionstrauma vom 8.11.2015

[2. Schulterbeschwerden...]

Anamnese

Jetziges Leiden /Zwischenanamnese

Frau A. _____ hat am 8.11.2015 beim Spazieren im Wald ein Distorsionstrauma des rechten Kniegelenkes erlitten. Initial deutliche Schwellung des rechten Knies, diese ist nach einigen Tagen wieder rückläufig gewesen. Seit diesem Trauma persistieren Belastungsschmerzen medial im rechten Kniegelenk, weshalb am 17.11.2015 ein MRI des linken Kniegelenkes durchgeführt wurde, welches oben genannte Befunde ergeben hat.

[... Schulterbeschwerden ...]

Status

Kurzstatus

Leichtes Schonhinken rechts. Minimaler Erguss im Recessus suprapatellaris, keine relevante Schwellung. Volle Extension möglich mit leichtem Hyperextensionsschmerz anteromedial. Maximale Flexion bis über 135° mit Schmerzen postero-medial. Deutliche Druckdolenz zentral, vermehrt dorsal über dem medialen Gelenkspalt, weniger auch ventral. Deutliche Druckdolenz auch über dem Pes anserinus. Keine Druckdolenz lateral oder peripatellär lateral. Leichte Druckdolenz über der medialen Patellafacette. Keine relevante Instabilität. Die medialen Meniscuszeichen sind eindeutig positiv, die lateralen negativ. Deutliche retropatelläre Krepitationen.

[... Schulterbeschwerden ...]

Klinisch und bildgebend bestehe am rechten Kniegelenk eine relativ ausgedehnte Unterflächenläsion des medialen Meniskushinterhornes mit Ausdehnung bis in die Pars intermedia und bis an die Meniskusbasis reichend, worauf der Arzt die Indikation zur Kniearthroskopie als gegeben beurteilte.

5.1.4 Am 3. Dezember 2015 erfolgte bei Diagnose "Bis an die Meniskusbasis reichende mediale Meniskushinterhornläsion, Knie rechts mit Übergang in die Pars intermedia mit Plica mediopatellaris nach Knie-distorsionstrauma vom 08.11.2015" eine Kniearthroskopie rechts mit medialer Teilmeniskektomie Pars intermedia und am Hinterhorn sowie einer Resektion Plica mediopatellaris. Der Operateur Dr.med. M. _____ (Facharzt Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates) dokumentierte im Operationsbericht vom 4. Dezember 2015 (Vi-act. M2):

Recessus suprapatellaris:

Minimalster lateraler Tiit [sic] der Patella. Chondropathie Grad I bis umschrieben II zentral der Trochlea sowie diffus Grad II retropatellär ohne umschriebene Knorpeldefekte. Mittelmäßige, aber signifikante Plica mediopatellaris mit leichtem retropatellärem Impingement, diese Plica wird am Ende der Operation mit dem Shaver vollständig reseziert.

Mediales Kompartiment:

Komplexe Unterflächenläsion des Hinterhorns bis in den dorsalen Anteil der Pars intermedia reichend, bei der Prüfung mittels Tasthaken geht die Unterflächenläsion bis zur Meniskusbasis. Ein Lappen des Hinterhorns zur interkondylären Aufhängung ist dabei eindeutig instabil. Daher wird mittels diverser Stanzen und dem Shaver das Hinterhorn praktisch vollständig bis auf eine kleine Randleiste von 2 bis 3 mm auslaufend nach interkondylär sowie zur Pars intermedia reseziert. Der Restmeniskus ist stabil bei der Prüfung mittels Tasthaken. Die übrige Pars intermedia sowie das Vorderhorn sind unauffällig. Mässiggradige Hoffa-Hypertrophie, deshalb Volumenreduktion. Chondropathie Grad I bis teilweise II am Tibiaplateau sowie eher Grad I am Femurkondylus ohne umschriebene Knorpeldefekte.

Interkondylärraum:

Gut synovialisiertes vorderes und hinteres Kreuzband, stabil bei der vorderen und hinteren Schublade sowie mit dem Tasthaken. Leichte Synovitis in der Notch, deshalb leichte Synovektomie.

Laterales Kompartiment:

Unauffälliger Knorpelüberzug femoral wie tibial, vollständig unauffälliger lateraler Meniskus ohne Ausfransungen und stabil. Unauffällige Popliteusesehne.

5.1.5 Bei Anlaufschmerzen sowie Schmerzen bei Belastung und Fragestellung nach Meniskus, Bandläsion, Arthrose erfolgte am 14. Dezember 2015 zudem ein MRI Knie links nativ. Im entsprechenden Bericht hält Dr.med. J. _____ (Facharzt Radiologie) fest (Vi-act. M6):

BEFUND

Zentrales Kompartiment: Diskrete Signalstörung des intakten vorderen Kreuzbandes. Regelrechte Darstellung des hinteren Kreuzbandes. Anteriores meniskofemorales Ligament. Kräftiges Ligamentum transversum genus als Variante der Norm.

Laterales Kompartiment: Intakter Meniskus lateralis. Regelrechte Darstellung des lateralen Kollateralbandes. Regelrechte Darstellung des tibiofemorales Knorpelüberzugs.

Mediales Kompartiment: Komplexer Riss des medialen Meniskushinterhornes bis in den Meniskuskörper reichend. Kleiner, nach ventral des hinteren Kreuzbandes dislozierter Meniskus-Flap. Intaktes mediales Kollateralband.

Zum Teil durchgreifende Knorpelirregularitäten femurseitig mit subchondralen Signalstörungen des Condylus medialis femoris anterolateral.

Femoropatellares Kompartiment: Patella Typ II regelrecht zentriert. Medialseitig akzentuierte Knorpelirregularitäten ohne Nachweis durchgreifender Usuren. Knorpelirregularitäten auch am Patellafirst sowie im Bereich der lateralen retropatellaren Gelenkfläche jeweils ohne Nachweis eines subchondralen Knochenmarködems. Kein relevanter Gelenkserguss.

BEURTEILUNG

Komplexer Riss des medialen Meniskushinterhornes bis in den Corpus reichend mit kleinem nach zentral, ventral des hinteren Kreuzbandes dislozierten Meniskusflap. Chondropathie Grad 4 im medialen Kompartiment sowie Grad II-III femoropatellar.

5.1.6 Gemäss Bericht zur Sprechstunde vom 5. Januar 2016 bestand betreffend Knie links die Diagnose 'Komplexe mediale Meniskushinterhornläsion links bis in den dorsalen Korpus mit Chondropathie Grad IV am medialen Femurkondylus bei Status nach 2-maliger medialer Teilmeniskektomie' (Vi-act. M9). Unter Anamnese führte Dr.med. M._____ aus, von Seiten des operierten rechten Kniegelenkes gehe es der Beschwerdeführerin erfreulich gut. Im Alltag bestünden hier wenig Schmerzen, vor allem das Hinknien oder Hinkauern sei noch deutlich schmerzhaft. Nach einer Infiltration des linken Kniegelenkes vom 16. Dezember 2015 seien die Schmerzen auch links erheblich geringer geworden. Da sie jedoch klar angebe, auch vor der Operation am rechten Kniegelenk rezidivierend Schmerzen links gehabt zu haben, wolle sie nun auch links die Kniegelenksarthroskopie durchführen lassen. Die Kniearthroskopie links mit subtotaler medialer Meniskushinterhorn-Resektion bis Mitte Pars intermedia, Knorpeldebridement medialer Femurkondylus und Resektion Plica mediopatellaris erfolgte am 11. Januar 2016, wobei es intraoperativ zu einer Ruptur des medialen Kollateralbandes links kam (Vi-act. M10).

5.1.7 Im Verlauf persistierten die Beschwerden sowohl das linke als auch das rechte Kniegelenk betreffend. Es folgten orthopädische, rheumatologische und neurologische sowie schmerztherapeutische Konsultationen beim behandelnden Operateur wie auch im Spital D._____, in der Schulthess Klinik, am USZ und im IISZ, ohne dass eine relevante Beschwerdelinderung eingetreten wäre (vgl. Ingress Bst. C; vorinstanzliche medizinische Akten). Nach der Sprechstunde vom 13. Januar 2021 berichtete Dr.med. M._____, "an beiden Kniegelenken bestehen unverändert Schmerzen, vor allem im medialen Kompartiment. Die Schmerzen sind teilweise durch die beginnende mässiggradige Gonarthrose erklärt, allerdings meines Erachtens nicht zu 100%. Daher bin ich der Meinung, dass mit der Implantation einer Knie-TP oder allenfalls medialen Teilprothese unbedingt noch zugewartet werden müsste. Weitere sinnvolle Therapieoptionen kann ich Frau A._____ jedoch im Moment nicht anbieten" (Vi-act. M69).

5.2 In der Aktenbeurteilung vom 17. Dezember 2020 gelangte Dr.med. G._____ zum Schluss, die beklagten Beschwerden/Symptome stünden nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit (<50%) im Zusammenhang mit dem gemeldeten Ereignis vom 8. November 2015 (Vi-act. M68). Zu diesem Schluss gelangte er nach eingehender Würdigung der medizinischen Akten. Er stellte fest,

in der ersten ärztlichen Vorstellung bei Dr.med. H._____ (17.11.2015) seien gelegentliche Kniebeschwerden beschrieben worden; es hätten sich zwar mediale Meniskuszeichen präsentiert, jedoch ein unauffälliges Bewegungsausmass, keine Schwellung und ein freies ("rundes, flüssiges") Gangbild. Diese Zusammenfassung stimmt mit dem Bericht Dr.med. H._____ ebenso überein wie seine Feststellung, ein Trauma sei vorerst nicht erwähnt worden (vgl. Vi-act. M3; oben E. 5.1.1). Weiter hält Dr.med. G._____ unter Verweis auf die Literatur fest, eine traumatische Meniskusruptur führe zu sofortigen, messerstichartigen Schmerzen, Blockadezeichen sowie massiver Schwellung und ziehe eine sofortige ärztliche Vorstellung nach sich. Solches ist vorliegend nicht aktenkundig; im Bericht zur Sprechstunde vom 18. November 2015 wird einzig eine initial deutliche Schwellung des rechten Knies anamnestisch erwähnt sowie unter Kurzstatus ein minimaler Erguss im Recessus suprapatellaris und explizit keine relevante Schwellung (vgl. oben E. 5.1.3). Wenn Dr.med. G._____ weiter ausführt, hierzu korrelierend habe sich die MRT des rechten Kniegelenkes vom 17. November 2015 mit keinerlei Traumazeichen präsentiert, so stimmt auch dies mit dem Bericht des Radiologen überein (vgl. Vi-act. M7; oben E. 5.1.2). Unter Verweis auf die Literatur hält Dr.med. G._____ weiter fest, für eine traumatische Meniskusruptur bedürfe es eines Rotationstraumas mit gebeugtem Knie und fixiertem Fuss, da eine alleinige Stauchung des Meniskus für eine Traumatisierung nicht ausreiche; es sei eine Scherkraft notwendig. Für den Innenmeniskus wäre dies eine Innenrotation mit Varusstress oder eine Aussenrotation bei Valgusstress mit zusätzlicher axialer Belastung. Alternativ sei biomechanisch auch eine Rotation bei Hyperflexion $>120^\circ$, bei der das Hinterhorn zwischen dorsaler Femurkondyle und Tibiaplateau eingeklemmt und auch abgeknickt werde, denkbar, was beim Aufstehen aus der tiefen Sitzhocke passieren könne. Aufgrund der Aufhängung des medialen Meniskus am medialen Kollateralband, könne dieser ein Rotationstrauma bis zu einem gewissen Grade tolerieren, da er die Bewegung geringfügig ausgleichen könne. Für eine Ruptur sei somit eine höhergradige Traumatisierung erforderlich, welche dann zwingend mit entsprechenden resonanztomografisch sichtbaren Begleitzeichen wie Bonbruisse, Zerrungszeichen im medialen Kollateralband und/oder im VKB oder der umliegenden Muskulatur einherginge. Zum einen ist ein derartiger Unfallmechanismus mitnichten ausgewiesen (vgl. vorstehend E. 4). Selbst wenn zugunsten der Beschwerdeführerin ein Sturzereignis mit Kniedistorsion angenommen würde, wäre ein relevanter Schadensmechanismus wie beschrieben nicht ausgewiesen. Ebenso wenig werden unmittelbar mit dem Ereignis einsetzende stechende Schmerzen, Blockaden beschrieben; auch ein sofortiger Arztbesuch war nicht notwendig. Einzig anamnestisch ist eine initial deutliche Schwellung, rückläufig, dokumentiert; ein rele-

vanter, bei einem Trauma zu erwartender Befund wurde indes nie erhoben; am 18. November 2015 wurden ein minimaler Erguss und keine relevante Schwellung erwähnt (vgl. oben E. 5.1.3). Zum andern weist Dr.med. G._____ zu Recht darauf hin, dass die MRT vom 17. November 2015 keine der zu erwartenden Begleitzeichen zeigte, stattdessen eine schräg in die Unterfläche verlaufende Ruptur mit luxiertem Lappen, was einer degenerativen Meniskopathie III/IV° nach Stoller et al (2007) bzw. IV° nach LaPrade et al (2015) entspreche. Auch gemäss Knie Trauma-Check sind isolierte Degenerationen des Meniskus die Regel, isolierte Meniskusverletzungen die Ausnahme (Dubs et al., Knieschmerzen - Unfall oder Erkrankung?, SAEZ 2016;97 S. 1742). Die genannten Autoren bestätigen, bei den meisten Distorsionen gerate der Meniskus höchstens nachrangig unter Stress, so dass der Nachweis von traumatisch geschädigten, funktionell benachbarten Strukturen verlangt werden müsse. Solche liegen hier nicht vor. Es ist daher nachvollziehbar, wenn Dr.med. G._____ die dorsale meniskokapsuläre Zerrung als Folge der chronischen Stressbelastung beurteilt. Sodann weist er schlüssig darauf hin, dass sich eine ähnliche Meniskuläsion auch im gonarthrotisch veränderten linken Knie präsentierte und es unwahrscheinlich sei, dass sich eine Traumafolge symmetrisch zur kontralateralen Seite präsentiere. Diesbezüglich ist zu betonen, dass die Beschwerdeführerin tatsächlich bereits vor der Kniearthroskopie rechts über rezidivierende Schmerzen im linken Knie klagte (Vi-act. M9); zudem zeigte sich im MRI des linken Knies ein komplexer Riss des medialen Meniskushinterhornes (Vi-act. M6). Insgesamt gelangte Dr.med. G._____ daher in Würdigung der umfassenden Aktenlage nachvollziehbar und schlüssig zur Beurteilung, die rechtsseitige meniskale Läsion stehe nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit (< 50%) im Zusammenhang mit dem gemeldeten Ereignis vom 8. November 2015. Damit aber fehlt es auch an der notwendigen Unfallkausalität der geklagten Beschwerden (wäre ein Unfallereignis zu bejahen), was eine Leistungspflicht der Vorinstanz ebenso ausschliesst.

5.3 Soweit die Beschwerdeführerin der Aktenbeurteilung von Dr.med. G._____ jeglichen Beweiswert abspricht, kann dem nicht gefolgt werden. So sind die Diagnosen und Befunde unbestritten; zu beurteilen war die Frage der Unfallkausalität, was keiner persönlichen Untersuchung bedurfte (vgl. oben E. 3.8.5). Wie bereits aufgezeigt, erfolgte die Beurteilung von Dr.med. G._____ auf der Grundlage der umfassenden Aktenlage, was sich aus seiner Darstellung des aktenmässigen Verlaufes ohne Weiteres ergibt. Den Beweiswert zu schmälern vermag auch die den Sprechstundenbericht vom 17. November 2015 zusammenfassende Formulierung "gelegentlicher Kniebeschwerden" nicht, wenn Dr.med. H._____ von spontan einsetzenden rechtsseitigen medialen Kniegelenksbeschwerden, bewegungs- und belastungsabhängig, schrieb (vgl. Vi-

act. M3). Zutreffend ist, dass der behandelnde Arzt nach der Sprechstunde vom 18. November 2015 anamnestisch eine initial deutliche Schwellung des rechten Knies notierte (Vi-act. M81). Zum einen aber erwähnt der Erstbericht von Dr.med. H._____ nichts Derartiges und auch in der Sprechstunde vom 18. November 2015 wurde kein entsprechender Befund erhoben. Zum andern trifft die Aussage von Dr.med. G._____ dennoch zu, wenn er festhielt, eine traumatische Meniskusläsion führe gemäss Literatur zu sofortigen, messerstichartigen Schmerzen, Blockadezeichen, massiver Schwellung und ziehe eine sofortige ärztliche Vorstellung nach sich. Von alledem findet sich nur die Erwähnung einer initial deutlichen Schwellung, womit offenkundig nicht die zu erwartenden Traumafolgen vorlagen. Falsch ist sodann die Behauptung der Beschwerdeführerin, mit der meniskokapsulären Zerrung zeige das MRI vom 17. November 2015 ein Traumazeichen. Dr.med. G._____ bestreitet die dargestellte Meniskusveränderung nicht. Ob diese unfallbedingt ist, ergibt sich aus der Bildgebung indes nicht. Hingegen trifft zu, wenn Dr.med. G._____ feststellte, es zeigten sich keine Begleitzeichen, was nach dem Gesagten gegen eine traumatische Genese spricht. Unbehelflich ist schliesslich der Verweis auf das Gutachten Dr.med. F._____ vom 8. November 2017, demgemäss die erhobenen Befunde am rechten Kniegelenk im natürlichen Kausalzusammenhang mit dem Unfall vom 8. November 2015 und der daraus folgenden Therapie stehen (Vi-act. M37). Zu diesem Schluss gelangt er in der Annahme, die Beschwerdeführerin sei am 8. November 2015 ausgerutscht und habe sich dabei das rechte Knie verdreht und die Meniskusläsion zugezogen. Nach dem zuvor ausgeführten ist dieser Unfallhergang aber nicht ausgewiesen; und selbst wenn ein Unfall vorläge, sprechen die weiteren Umstände gegen eine überwiegend wahrscheinliche Unfallkausalität. Hierzu äussert sich Dr.med. F._____ nicht; zum Schluss der traumatischen Genese gelangt er, ohne zu erklären, weshalb vorliegend ein isolierter Meniskusschaden ausnahmsweise unfallbedingt ist, warum trotz Fehlens von Begleitzeichen der Meniskus unfallbedingt geschädigt ist. Eine eigentliche Begründung seiner Schlussfolgerung findet sich - anders als in der Aktenbeurteilung von Dr.med. G._____ - nicht. Soweit Dr.med. F._____ festhält, eine Vorgeschichte seitens des rechten Kniegelenkes bestehe nicht und die MRI-Untersuchung weise zeitnah nach Trauma frische Läsionen auf, so läuft dies auf die blosser Formel 'post hoc ergo propter hoc' hinaus, was beweisrechtlich unzulässig ist (BGE 142 V 325 E. 2.3.2.2; Urteil BGer 8C_86/2023 vom 30.6.2023 E. 5.3).

6. Zusammenfassend erweist sich die Beschwerde damit als unbegründet, weshalb sie abzuweisen ist. Ein Unfallereignis im Sinne von Art. 4 ATSG ist nicht überwiegend ausgewiesen und selbst wenn sich am 8. November 2015 ein Unfall

in diesem Sinne ereignet haben sollte, sind die geklagten Kniebeschwerden, namentlich der Meniskusschaden Knie rechts, nicht überwiegend wahrscheinlich auf dieses Ereignis zurückzuführen. Eine Leistungspflicht der Vorinstanz besteht damit nicht.

7. Kosten werden keine erhoben; Anspruch auf eine Parteientschädigung besteht bei diesem Verfahrensausgang keiner (Art. 61 lit. f^{bis} und lit. g ATSG).

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden keine Kosten erhoben.
3. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit Zustellung Beschwerde* in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, erhoben werden (Art. 42 und 82ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht [BGG; SR 173.110] vom 17.6.2005).
4. Zustellung an:
 - den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin (2/R)
 - die Vorinstanz (R)
 - und das Bundesamt für Gesundheit, BAG, 3003 Bern (A).

Schwyz, 9. November 2023

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Vizepräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

***Anforderungen an die Beschwerdeschrift**

Die Beschwerdeschrift ist in einer Amtssprache (Deutsch, Französisch, Italienisch, Rumantsch Grischun) abzufassen und hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. In der Begründung ist in gedrängter Form darzulegen, inwiefern der angefochtene Entscheid Recht verletzt. Die Urkunden, auf die

sich die Partei als Beweismittel beruft, sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat; der angefochtene Entscheid ist beizulegen.

Versand: 20. November 2023