



VERWALTUNGSGERICHT DES KANTONS ZUG

SOZIALVERSICHERUNGSRECHTLICHE KAMMER

Mitwirkende Richter: lic. iur. Adrian Willimann, Vorsitz
lic. iur. Jacqueline Iten-Staub und Dr. iur. Matthias Suter
Gerichtsschreiberin: MLaw Jeannine Suter

U R T E I L vom 28. Oktober 2024 *[rechtskräftig]*
gemäss § 29 der Geschäftsordnung

in Sachen

A. _____

Beschwerdeführerin

vertreten durch Protekta Rechtsschutz-Versicherung AG, Direktion Bern,
Monbijoustrasse 68, Postfach, 3001 Bern

gegen

Schweizerische Mobiliar Versicherungsgesellschaft AG, Bundesgasse 35,

Postfach, 3001 Bern

Beschwerdegegnerin

betreffend

Unfallversicherung

(Leistungen)

S 2023 60

A. Die 1971 geborene A. _____ war ab dem 1. Mai 2022 befristet bis zum 31. Oktober 2022 in einem 60 %-Pensum bei der B. _____ angestellt (Mitarbeiterin Hauswirtschaft und Betreuung) und in dieser Eigenschaft bei der Schweizerische Mobiliar Versicherungsgesellschaft AG (nachfolgend: Mobiliar) obligatorisch berufs- und nichtberufsunfallversichert (vgl. UV-act. 3). Gemäss Unfallmeldung vom 23. August 2022 bückte sich die Versicherte am 18. August 2022 während der Arbeit beim Staubsaugen und verspürte einen stechenden Schmerz im linken Knie (UV-act. 3). Die erstbehandelnde Ärztin attestierte am 19. August 2022 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vom 19. bis 26. August 2022 aufgrund Unfalls (UV-act. 4). Im Formular "Ärztlicher Erstbericht Unfallversicherung" vom 31. August 2022 hielt Dr. C. _____ die Diagnose einer Knie-Distorsion links fest (UV-act. 14).

Die Mobiliar tätigte weitere Abklärungen, liess die Versicherte den Unfallhergang genauer schildern (UV-act. 12) und holte eine Stellungnahme bei ihrer beratenden Ärztin, Dr. D. _____, ein (UV-act. 20). Mit Schreiben vom 7. September 2022 informierte die Mobiliar die Versicherte dahingehend, dass der Sachverhalt den Unfallbegriff von Art. 4 ATSG wegen des Fehlens eines ungewöhnlichen äusseren Faktors nicht erfülle und (gestützt auf den Befund im MRI-Bericht vom 29. August 2022 [UV-act. 16]) keine Körperschädigung gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG vorliege (UV-act. 21). Damit zeigte sich A. _____ nicht einverstanden (UV-act. 23), sie verlangte eine einsprachefähige Verfügung betreffend die Leistungsablehnung (UV-act. 31) und reichte der Versicherung (u.a.) den Operationsbericht vom 28. September 2022 ein (Operation vom 26. September 2022, Diagnose: Knietrauma links mit [u.a.] medialer Meniskusläsion [UV-act. 33]). Am 20. September 2022 nahm die beratende Ärztin der Unfallversicherung abermals zur Aktenlage Stellung (UV-act. 36). Daraufhin lehnte die Mobiliar ihre Leistungspflicht mit Verfügung vom 21. Oktober 2022 ab (UV-act. 37).

Dagegen erhob die Versicherte am 18. November 2022 Einsprache (UV-act. 43), mit welcher sie (u.a.) die Stellungnahme des behandelnden Dr. E. _____ vom 6. November 2022 einreichte (UV-act. 42). Nach weiteren Abklärungen (vgl. UV-act. 45–51) sowie einer erneuten Stellungnahme der beratenden Dr. D. _____ vom 4. März 2023 (UV-act. 58) wies die Mobiliar die Einsprache mit Entscheid vom 2. Mai 2023 ab (BF-act. 1; UV-act. 60).

B. Mit Beschwerde vom 31. Mai 2023 beantragte A. _____ die Aufhebung des Einspracheentscheids vom 2. Mai 2023. Es seien für das Ereignis vom 18. August 2022

die gesetzlichen Leistungen aus der Unfallversicherung zu erbringen. Eventualiter sei die Sache zur Einholung eines externen Gutachtens an die Vorinstanz zurückzuweisen (act. 1). Beigelegt war der Beschwerde (u.a.) die Stellungnahme von Dr. E. _____ vom 28. April 2023 (BF-act. 6).

C. Die Mobilier beantragte mit Vernehmlassung vom 3. August 2023 die Abweisung der Beschwerde (act. 4). Gleichzeitig liess die Versicherung dem Gericht die Akten samt Aktenverzeichnis (UV-act. 1–68) sowie die nachträglich eingeholte Stellungnahme ihrer beratenden Ärztin vom 17. Juli 2023 zukommen (UV-act. A).

D. Der Beschwerdeführerin wurden am 4. August 2023 ein Doppel der Vernehmlassung (samt Aktenverzeichnis) sowie eine Kopie der beratungsärztlichen Stellungnahme vom 17. Juli 2023 mit der Möglichkeit zur Einreichung einer allfälligen Replik zugesandt (act. 5). Sie liess sich in der Folge nicht vernehmen.

Das Verwaltungsgericht erwägt:

1. Das Verwaltungsgericht beurteilt als einzige kantonale Instanz Beschwerden aus dem Bereich der Sozialversicherung (Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1] in Verbindung mit § 77 Abs. 1 des Verwaltungsrechtspflegegesetzes [VRG; BGS 162.1] sowie § 4 Abs. 1 lit. b der kantonalen Vollziehungsverordnung zum Bundesgesetz über die Unfallversicherung [BGS 842.5]). Die örtliche Zuständigkeit des Verwaltungsgerichts des Kantons Zug ist vorliegend gestützt auf Art. 58 Abs. 1 ATSG – Zuständigkeit am Wohnsitz der versicherten Person zum Zeitpunkt der Beschwerdeerhebung – gegeben. Die Beschwerdeführerin ist im Kanton Zug wohnhaft. Die Beschwerde gegen den Einspracheentscheid vom 2. Mai 2023 (frühestens zugestellt am Folgetag) wurde am 31. Mai 2023 der Schweizerischen Post übergeben, womit die 30-tägige Frist gemäss Art. 60 Abs. 1 ATSG gewahrt ist. Die Beschwerdeführerin ist vom angefochtenen Entscheid direkt betroffen und zur Beschwerde legitimiert. Die Beschwerdeschrift enthält einen Antrag und eine Begründung. Damit ist den formellen Anforderungen Genüge getan, weshalb auf die Beschwerde einzutreten ist.

Die Beurteilung erfolgt auf dem Zirkulationsweg gemäss § 29 der Geschäftsordnung des Verwaltungsgerichtes (GO VG; BGS 162.11).

2. Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung eines Falles grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses des angefochtenen Entscheids (vorliegend: 2. Mai 2023) eingetretenen Sachverhalt ab (vgl. auch BGE 121 V 362 E. 1b). Dabei sind in zeitlicher Hinsicht diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Verwirklichung des zu Rechtsfolgen führenden Sachverhalts in Geltung standen (BGE 130 V 445 E. 1.2.1).

3. Nach Art. 10 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) hat die versicherte Person (u.a.) Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Der vorliegende Rechtsstreit dreht sich um die Frage, ob die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 18. August 2022 zu Recht abgelehnt hat.

3.1 Eine Leistungspflicht des Unfallversicherers besteht einerseits bei Unfällen, andererseits bei unfallähnlichen Körperschädigungen (Art. 6 Abs. 1 und 2 UVG; BGE 146 V 51 E. 9.1). Bei Meniskusrissen handelt es sich explizit um Listenverletzungen gemäss (abschliessender) Liste des Art. 6 Abs. 2 lit. c UVG.

3.2 Bei Vorliegen einer diagnostizierten Listenverletzung wird vermutet, dass es sich um eine unfallähnliche Körperschädigung handelt, die vom Unfallversicherer übernommen werden muss (vgl. etwa BGer 8C_347/2021 vom 10. November 2021 E. 2.3 mit Hinweis). Dieser wird nach Art. 6 Abs. 2 UVG leistungspflichtig, solange er nicht den Nachweis dafür erbringt, dass die fragliche Verletzung vorwiegend, d.h. im gesamten Ursachenspektrum zu mehr als 50 %, auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen ist (BGE 146 V 51 E. 8.2.2.1). Vorausgesetzt ist mithin nicht ein Unfall im Rechtssinn, sondern ein medizinisches Trauma (vgl. etwa André Nabold, in: Kommentar zum schweizerischen Sozialversicherungsrecht, UVG, 2018, Art. 6 N 45; Irene Hofer, in: Basler Kommentar Unfallversicherungsgesetz, 2019, Art. 6 N 57). Der Unfallversicherer hat im Rahmen seiner Abklärungspflicht (Art. 43 Abs. 1 ATSG) nach Eingang der Meldung einer Listenverletzung die Begleitumstände der Verletzung genau abzuklären (BGer 8C_347/2021 vom 10. November 2021 E. 2.3). Dem Gesetzgeber war es ein Anliegen, mit dieser (2017 in das Gesetz überführten) Bestimmung eine gesetzliche Vermutung aufzustellen und bezüglich der aufgezählten Körperschädigungen zugunsten der Versicherten in der oft schwierigen Abgrenzung zwischen Krankheit und Unfall eine Beweiserleichterung einzuführen (BGE 146 V 51

E. 8.3). Dies betrifft insbesondere auch den Kausalzusammenhang, der gemäss Art. 6 Abs. 1 UVG näher zu klären ist, hingegen bei Listenverletzungen vermutet wird, sobald ein initial traumatisches Ereignis benannt werden kann (vgl. BGE 146 V 51 E. 8.3 ff.).

3.3 Im Rahmen des Entlastungsbeweises ist die Frage nach einem initialen, erinnerlichen und benennbaren Ereignis für die Abgrenzung von der Leistungspflicht des Krankenversicherers bedeutsam. Bei der Abgrenzungsfrage (unfallähnlich oder Krankheit/Abnützung) ist das gesamte Ursachenspektrum der in Frage stehenden Körperschädigung zu berücksichtigen. Nebst dem Vorzustand sind somit auch die Umstände des erstmaligen Auftretens der Beschwerden näher zu beleuchten, etwa anhand eines Knie Trauma-Checks (vgl. Schweizerische Ärztezeitung 2016, S. 1742 ff.). Die verschiedenen Indizien, die für oder gegen Abnützung oder Erkrankung sprechen, müssen aus medizinischer Sicht gewichtet werden. Damit der Entlastungsbeweis gelingt, hat der Unfallversicherer gestützt auf beweiskräftige ärztliche Einschätzungen – mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit – nachzuweisen, dass die fragliche Listenverletzung vorwiegend, d.h. im gesamten Ursachenspektrum zu mehr als 50 %, auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen ist (BGE 146 V 51 E. 8.6).

3.4 Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a mit Hinweis). Nach der Rechtsprechung kommt auch den (Akten-)Beurteilungen der beratenden Ärztinnen und Ärzte Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Praxisgemäss kommt ihnen aber 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 Feststellungen von beratenden Ärzten oder Ärztinnen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen. Auf Aktenberichte kann abgestellt werden, wenn ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden

medizinischen Sachverhalts geht (BGer 8C_281/2018 vom 25. Juni 2018 E. 3.2.2 mit Hinweisen; vgl. BGE 137 V 210 E. 1.4; 135 V 465 E. 4.4).

3.5 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. Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosser Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 138 V 218 E. 6 mit Hinweisen). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus, da es Sache des Sozialversicherungsgerichts (Art. 61 lit. c ATSG) oder der verfügenden Verwaltungsstelle (Art. 43 Abs. 1 ATSG) 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 138 V 218 E. 6 mit Hinweisen; BGer 8C_382/2020 vom 3. Dezember 2020 E. 3.3; 8C_282/2020 vom 3. September 2020 E. 6.1; 8C_307/2016 vom 17. August 2016 E. 5.3).

4.

4.1 Die Beschwerdegegnerin führt im angefochtenen Einspracheentscheid zusammengefasst das Folgende aus: Es sei unbestritten, dass das der Versicherung gemeldete Ereignis vom 18. August 2022 den Unfallbegriff von Art. 4 ATSG nicht erfülle. Strittig sei hingegen, ob im vorliegenden Fall von einer anspruchsbegründenden unfallähnlichen Körperschädigung auszugehen sei. Für ihren ablehnenden Leistungsentscheid habe sich die Versicherung auf die Stellungnahme ihrer beratenden Ärztin Dr. med. D. _____, Fachärztin Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 20. September 2022 abgestützt, wonach die MRI-Untersuchung des linken Kniegelenks vom 26. August 2022 keine traumatischen, sondern lediglich degenerative Veränderungen gezeigt hätte. Doktor D. _____, der das Dossier der Versicherten zusammen mit dem nachträglich noch eingegangenen Operationsbericht und den MRI- und Arthroskopie-Bildern im Einspracheverfahren nochmals zur Stellungnahme vorgelegt worden sei, halte

in ihrer schriftlichen Beurteilung vom 4. März 2023 fest, dass die intraoperativ festgestellte Läsion des Innenmeniskus-Hinterhorns zwar einer unfallähnlichen Körperschädigung nach Art. 6 Abs. 2 lit. c UVG entspreche, diese jedoch vorwiegend auf Abnützung zurückzuführen sei. Es ändere sich nichts an ihrer ausführlichen Stellungnahme vom 20. September 2022. Diese Beurteilung von Dr. D. _____ vermöge in ihrer Darlegung der Zusammenhänge und der Schlussfolgerungen vollumfänglich zu überzeugen und erfülle die von der Rechtsprechung an einen Arztbericht gestellten Anforderungen. Doktor D. _____ zeige schlüssig auf, weshalb im vorliegenden Fall mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einem vorwiegend auf Abnützung zurückzuführenden Meniskusschaden auszugehen sei. Die Darlegungen von Dr. med. E. _____, Facharzt Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, würden keine Zweifel an dieser Beurteilung zu erwecken vermögen (UV-act. 60).

Vernehmlassend ergänzt die Unfallversicherung im Wesentlichen, es werde bestritten, dass die Beschwerdeführerin eine ruckartige Bewegung gemacht oder sich beim in Frage stehenden Ereignis vom 18. August 2022 irgendetwas Ungewöhnliches zugetragen habe. Die Beschwerden seien gemäss Unfallschilderung vom 25. August 2022 beim normalen Aufstehen aus einer knieenden Stellung eingetreten. Die von Dr. E. _____ am 6. November 2022 vorgetragene Einwände gegen die Stellungnahme von Dr. D. _____ vom 20. September 2022 vermöchten nicht zu überzeugen. Die zusammen mit der Beschwerde neu vorgelegte Stellungnahme von Dr. E. _____ vom 28. April 2023 vermöge ebenso wenig zu überzeugen. Es könne für die Entscheidung der vorliegenden Streitigkeit vollumfänglich auf die Beurteilung von Dr. D. _____ abgestützt werden. Die Einwände von Dr. E. _____ seien nicht geeignet, die Schlüssigkeit der Beurteilung von Dr. D. _____ in Zweifel zu ziehen. Weder seien die Ausführungen von Dr. E. _____ genügend konkret noch differenziert gehalten, sondern liessen klar eine einseitige und die wesentlichen Fakten ausser Acht lassende Betrachtungsweise zugunsten der Beschwerdeführerin erkennen. Der zusätzlichen Einholung eines externen Gutachtens bedürfe es nicht (act. 4).

4.2 Die Beschwerdeführerin bringt zusammengefasst vor, Dr. E. _____ halte in seiner Stellungnahme vom 6. November 2022 fest, dass es sich um eine Verletzung gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG handle, welche nicht auf Abnützung zurückzuführen sei. In der Stellungnahme vom 28. April 2023 führe Dr. E. _____ insbesondere aus, dass der Horizontalriss, welcher bis an die Oberfläche gehe und sich nicht nur in der weissen Zone befinde, auf eine nicht physiologische Krafteinwirkung hindeute. Die Beschwerdegegnerin

stelle vollumfänglich auf die Stellungnahme von Dr. D. _____ ab. Dem sei entgegenzuhalten, dass Dr. E. _____ die Bildgebung, insbesondere von der durch ihn vorgenommenen Operation, ganz anders einschätze. Er messe dem Vorzustand wenig Bedeutung zu, was die Kausalität der Beschwerden mit dem obgenannten Ereignis anbelange. Gestützt auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung wäre die Beschwerdegegnerin verpflichtet gewesen, zur Klärung der Kausalität ein externes Gutachten einzuholen. Indem stattdessen lediglich interne Abklärungen vorgenommen worden seien, sei die Beschwerdegegnerin ihren Pflichten nicht in genügender Weise nachgekommen. Zusammenfassend sei festzuhalten, dass die Beschwerden der Beschwerdeführerin mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom 18. August 2022 zurückzuführen seien. Die Beschwerdegegnerin habe rückwirkend die gesetzlichen Leistungen zu erbringen. Sollte das Gericht zum Schluss kommen, dass der Sachverhalt ungenügend abgeklärt sei, sei die Sache zur weiteren Abklärung und Einholung eines externen Gutachtens an die Vorinstanz zurückzuweisen (act. 1).

5. Die Aktenlage zum Hergang des Ereignisses vom 18. August 2022 sowie zum medizinischen Sachverhalt präsentiert sich im Wesentlichen wie folgt:

5.1 In der Unfallmeldung der Arbeitgeberin vom 23. August 2022 ist zum Hergang des Ereignisses vom 18. August 2022 angegeben: "Beim Staubsaugen gebückt, dann stechender Schmerz im linken Knie" (UV-act. 3).

Im Fragebogen zum Hergang des Vorfalles vom 18. August 2022 präzisierte die Versicherte am 25. August 2022, dass sie beim Einsatz bei einer Kundin knieend unter dem Bett staubgesaugt, beim Aufstehen ein Knacken gehört und ein wenig Schmerz Richtung Meniskus verspürt habe. In der Nacht sei das Knie stark angeschwollen, ganz heiss geworden und sie habe es nicht mehr bewegen können (keine Kniebeuge). Am Morgen habe sie sofort ihren Arzt angerufen und sei ins Notfallzentrum gegangen. Auf die Frage der Versicherung, ob sich etwas Aussergewöhnliches (Sturz, Ausgleiten, Stolpern etc.) zugetragen habe, antwortete die Beschwerdeführerin, dass sich kein Sturz etc. zugetragen habe. Sie sei in den Knien gewesen und habe evtl. eine ungünstige, schnelle Bewegung gemacht, da sie in Zeitdruck gewesen sei und zum nächsten Einsatz gemusst habe (UV-act. 12).

5.2 Im Formular "Ärztlicher Erstbericht Unfallversicherung" vom 31. August 2022 hielt die erstbehandelnde Dr. med. C. _____, Fachärztin Allgemeine Innere Medizin, die Diagnose einer Knie-Distorsion links fest. Die Patientin habe angegeben, auf der Arbeit ei-

ne blöde Bewegung gemacht und das Knie verdreht zu haben (UV-act. 14; vgl. auch das Arztzeugnis vom 19. August 2022 [UV-act. 4]).

5.3 Doktor med. F. _____, Fachärztin Radiologie und Neuroradiologie, stellte in ihrem Bericht vom 29. August 2022 über das MRI Knie links nativ vom 26. August 2022 folgende Befunde (UV-act. 16):

- leichtgradiger Gelenkerguss, geringe synovitische Veränderungen im Recessus suprapatellaris, schmale Baker-Zyste (axial 2,3 x 1,1 cm, kraniokaudal 6 cm);
- medial schmale flau Signalalteration an der Unterfläche des posterioren Innenmeniskus und geringe mukoide Degeneration im Hinterhorn, Nachweis einer 7 x 10,5 mm messenden Grad III Knorpelläsion am medialen Femurcondylus in der Belastungszone, kein subchondrales bone bruise, intaktes mediales Kollateralband;
- lateral flau Signalalteration am freien Rand der Pars intermedia, inhomogener oberflächlich aufgerauter Knorpel femorotibial (Chondropathie Grad I-II), geringe Degeneration am femoralen Ansatz des lateralen Kollateralbandes;
- Femoropatellar Grad II Chondropathie der Patella, kleine subkortikale Zyste an der medialen Patellafacette, normaler Knorpel der Trochlea, normale Form und Stellung der Patella;
- intakte Kreuzbänder, kleine subkortikale Zysten in der Eminentia intercondylaris angrenzend an die VKB-Insertion, intakte Darstellung der Quadrizepssehne und des Ligamentum patellae.

5.4 Im Sprechstundenbericht vom 31. August 2022 diagnostizierte Dr. E. _____ ein Knie trauma links (18. August 2022) mit medialer Meniskusläsion, scharf ausgestanztem Knorpeldefekt des medialen Condylus, retropatellären Knorpelschäden und aktuell akutem Erguss mit starker Bewegungseinschränkung. Anamnestisch gebe die Patientin an, dass sie bei einem Einsatz als Reinigungskraft unter einem Bett in knieender Position gereinigt und dabei beim Aufstehen eine Rotationsbewegung des linken Knies gemacht habe. Danach sei es zu Schmerzen gekommen und am Abend eine rasche Schwellung des Knies eingetreten. Die Schmerzen seien aktuell so gross, dass sie nicht mehr arbeiten könne, eine Schiene trage und Schmerzmedikamente nehme. Die Patientin habe jetzt einerseits eine mediale Meniskusläsion, die bei genauer Durchsicht der Bilder (MRI Knie links nativ vom 26. August 2022 [UV-act. 16]) klar erkennbar sei. Aber andererseits finde sich auch der Verdacht, dass im medialen Condylus ein Knorpelfragment abgesprengt worden sei, da der Knorpeldefekt stark ausgestanzt und begrenzt sei, was für eine traumatische Genese spreche. Daneben fänden sich Knorpelschäden der medialen Patellafacette, die nicht im Vordergrund stünden (UV-act. 15).

5.5 Am 6. September 2022 erklärte Dr. D. _____, dass bei der Diagnose einer medialen Gonarthrose links mit Erguss und Baker-Zyste bei Synovialitis keine Körperschädigung gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG vorliege. Die Beurteilung, ob diese zu mehr als 50 % auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen sei, entfalle. Differenzen beständen zwischen der radiologischen Beurteilung von Dr. F. _____ und der orthopädischen Beurteilung von Dr. E. _____ bezüglich des Innenmeniskus. Jedoch wäre auch bei der Annahme einer Körperschädigung gemäss lit. c (Meniskusrisse, inkl. Meniskusläsion), diese vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen. Im MRI Knie links nativ vom 26. August 2022 würden keine traumatischen, sondern lediglich degenerative Veränderungen beschrieben (UV-act. 20).

5.6 Nachdem sich die Versicherte mit der informell angezeigten Leistungsablehnung nicht einverstanden gezeigt hatte (vgl. UV-act. 21, 23), nahm Dr. D. _____ am 20. September 2022 – namentlich zum Bericht von Dr. E. _____ vom 31. August 2022 – nochmals Stellung. Sie erklärte, abweichend von der Ansicht von Dr. E. _____ sei es von orthopädisch traumatologischer Seite nicht plausibel, dass die drittgradige Chondromalazie in der Hauptbelastungszone des medialen Femurcondylus traumatischer Genese sein solle. Zum einen fänden sich im MRI des linken Kniegelenks vom 26. August 2022 keine Hinweise auf einen Knorpelflake als freien Gelenkkörper, andererseits sei es biomechanisch auch nicht vorstellbar, durch welches "Trauma" es zu einem drittgradigen Knorpelschaden ausgerechnet in der Hauptbelastungszone des medialen Femurcondylus gekommen sein solle. Während von Radiologin Dr. F. _____ in den MRI-Bildern des linken Kniegelenks vom 26. August 2022 lediglich eine flauere Signalalteration an der Unterfläche des mukoid degenerierten Innenmeniskus-Hinterhorns und am freien Rand der Pars intermedia des Aussenmeniskus gesehen worden sei, habe Dr. E. _____ eine bis an die Oberfläche gehende Horizontalläsion des Innenmeniskus gesehen. Eine bis an die Oberfläche gehende Horizontalläsion des Innenmeniskus würde einer unfallähnlichen Körperschädigung nach Art. 6 Abs. 2 lit. c UVG entsprechen. Diese wäre jedoch anhand der vorliegenden klinischen und radiologischen Untersuchungsbefunde bei medialer Gonarthrose links mit Erguss und Baker-Zyste bei Synovialitis vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen. Auch das Meniskusgewebe sei degenerativen Alterungsprozessen ausgesetzt, durch die es ohne nachweisbares Trauma infolge von Überlastung und/oder Achsenfehlstellungen und/oder Knorpelschäden zu Meniskusläsionen komme. Betroffen von degenerativen Veränderungen seien vor allem die zentralen zwei Drittel der Meniskussubstanz, die nur per diffusionem (sogenannte weisse und weiss-rote Zone) ernährt würden, lediglich das kapselnahe Drittel (sogenannte rote Zone) sei gefäss-

versorgt. Degenerativ vorgeschädigte Menisken könnten daher bereits während physiologischer Kniebewegungen reissen. Zu dieser Aussage passe sowohl die Interpretation der Bilder des MRI vom 26. August 2022 mit lediglich flauer Signalalteration an der Unterfläche des mukoid degenerierten Innenmeniskus-Hinterhorns und am freien Rand der Pars intermedia des Aussenmeniskus als auch die Interpretation von Dr. E. _____ mit einer bis an die Oberfläche gehenden Horizontalläsion des Innenmeniskus im Bereich der weissen, nur per diffusionem ernährten Meniskussubstanz. Auch nach nochmaliger Überprüfung des medizinischen Sachverhaltes aufgrund des Einwandes der Rechtsschutzversicherung vom 16. September 2022 bleibe es von orthopädisch-traumatologischer Seite bei der versicherungsmedizinischen Beurteilung vom 6. September 2022 (UV-act. 36).

5.7 Im Bericht vom 28. September 2022 über die Operation vom 26. September 2022 (Arthroskopie des linken Knies, medial Teilmeniskektomie, autologer Knorpeltransfer mit der minced cartilage Methode FA Arthex auf den medialen Condylus [Hospitalisation vom 26. bis 28. September 2022]) stellte Dr. E. _____ folgende Diagnosen (UV-act. 33; vgl. zur Operationsindikation auch den Konsultationsbericht vom 21. September 2022 [UV-act. 32]):

- Knie Trauma link am 18. August 2022 mit
 - medialer Meniskusläsion (schräger Radiärriss am Übergang Corpus zum Hinterhorn),
 - scharf ausgestanztem Knorpeldefekt des medialen Condylus,
 - retropatellären Knorpelschäden,
 - persistierender Erguss mit Bewegungseinschränkungen;
- Thrombocytopenie.

5.8 Am 6. November 2022 beantwortete Dr. E. _____ die Fragen der Rechtsschutzversicherung (UV-act. 41) und führte dabei aus, dass aufgrund der während der Operation gewonnenen Erkenntnisse eine Verletzung gemäss UVG vorliege. Die Befunde des medialen Condylus und des Meniskus (kurzer Radiärriss) seien nicht auf eine Abnützung zurückzuführen. Die retropatellären Knorpelschäden könnten auf eine Abnützung hinweisen, seien jedoch klinisch nicht relevant und seien auch nicht behandelt worden. Die Beurteilung von Dr. D. _____ stütze sich vorwiegend auf die Befunde einer Radiologin im MRI, wobei man heute wisse, dass Befunde am Knorpel, also am Meniskus, im MRI zu ungenau seien und deshalb nicht primär als Beweismittel verwendet werden dürften. Die hauptsächlichen Befunde seien während der Operation in der Arthroskopie klar erhoben

und auch dokumentiert worden und wiesen auf jeden Fall auf eine Verletzung hin. Doktor D._____ sei auch keine ausgewiesene Expertin für Knieverletzungen (UV-act. 42).

5.9 Daraufhin nahm Dr. D._____ am 4. März 2023 zu den Ausführungen von Dr. E._____ vom 6. November 2022 Stellung. Ebenfalls wurden der beratenden Ärztin der Operationsbericht vom 28. September 2022 und die Daten-CD mit dem MRI-Bildmaterial vorgelegt. Doktor D._____ erklärte, die Behauptung, wonach aufgrund der während der Operation gewonnenen Erkenntnisse eine Verletzung gemäss UVG vorliege, sei insoweit korrekt, als die Läsion des Innenmeniskus-Hinterhorns einer unfallähnlichen Körperschädigung nach Art. 6 Abs. 2 UVG entspreche. Diese sei jedoch anhand der vorliegenden Untersuchungsbefunde vorwiegend auf Abnützung zurückzuführen (begründend wiederholte die Ärztin hierzu ihre Ausführungen vom 20. September 2022). Bei Betrachtung der intraoperativen Befunddokumentation der Arthroskopie des linken Kniegelenks vom 28. September 2022 (recte: 26. September 2022) sehe man deutlich diffuse Auffassungen des freien Randes des Innenmeniskus-Hinterhorns und des Aussenmeniskus, die typischen degenerativen Meniskusveränderungen entsprächen. Eine medizinisch fundierte Begründung für die Behauptung, dass die Befunde des medialen Condylus und des Meniskus (kurzer Radiärriss) nicht auf Abnützung zurückzuführen seien, erfolge von Dr. E._____ jedoch nicht. Bei Betrachtung der intraoperativen Befunddokumentation sehe man nicht, wie von Dr. E._____ behauptet, einen scharf ausgestanzten Knorpeldefekt am medialen Femurcondylus, sondern eine umschriebene dritt- bis fast viertgradige Chondromalazie in der Hauptbelastungszone des medialen Femurcondylus mit abgerundeten Rändern zum umgebenden Knorpelgewebe als typischen Befund bei degenerativ (allmählich) verursachten Knorpelschäden. Abweichend von der Ansicht von Dr. E._____ sei es von orthopädisch traumatologischer Seite im Kontext aller erhobenen Befunde des linken Kniegelenks nicht plausibel, dass die dritt- bis fast viertgradige Chondromalazie in der Hauptbelastungszone des medialen Femurcondylus traumatischer Genese sein solle. Die entsprechend dem Operationsbericht und der intraoperativen Befunddokumentation vorhandene zweitgradige retropatellare und erst- bis zweitgradige femoropatellare Chondromalazie mit teilweise instabilen Anteilen werde übereinstimmend mit der Ansicht von Dr. E._____ als degenerativ eingeschätzt, wie übrigens auch sämtliche anderen pathologischen Befunde des linken Kniegelenks. Bei der Beurteilung der natürlichen Kausalität von ärztlicher Seite würden der Vorzustand, der angegebene Ereignisgang, der Verlauf und die aktuellen Beschwerden im Kontext mit den zeitnah zum Ereignis vorhandenen klinischen und radiologischen Untersuchungsbefunden bewertet. Entsprechend der Literatur entspreche die Genauigkeit der radiologischen MRI-Dokumen-

tation je nach Erfahrung des Radiologen ca. 93–95° (sic!). Unter retrospektiver Beurteilung des radiologischen MRI-Befundes zur intraoperativen Befunddokumentation der Arthroskopie des linken Kniegelenks vom 28. September 2022 (recte: 26. September 2022) werde von orthopädisch-traumatologischer Seite von einem qualitativ hochwertigen MRI-Befund ausgegangen. Während von Radiologin Dr. F. _____ in den MRI-Bildern des linken Kniegelenks vom 26. August 2022 lediglich eine flau Signalalteration an der Unterfläche des mukoid degenerierten Innenmeniskus-Hinterhorns und am freien Rand der Pan intermedia des Aussenmeniskus gesehen worden sei, habe Dr. E. _____ eine bis an die Oberfläche gehende Horizontalläsion des Innenmeniskus gesehen. Die Abweichungen zwischen dem radiologischen MRI-Befund und der intraoperativen Befunddokumentation der Arthroskopie seien minimal und würden fachlich nichts an der letzten ausführlichen Stellungnahme vom 20. September 2022 ändern (UV-act. 58).

5.10 Doktor E. _____ nahm 28. April 2023 zuhanden der Rechtsschutzversicherung zu den Ausführungen von Dr. D. _____ Stellung und führte nochmals aus, weshalb der Meniskusriss seiner Einschätzung nach nicht auf Abnützung zurückzuführen sei. Er hielt dabei fest, dass die Listendiagnose gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG vorliege. Es handle sich um einen leichten Erguss und eine ganz schmale Baker-Zyste. Der Erguss sei vor allem wegen des Knorpelschadens vorhanden und sei zu unspezifisch, um einen Rückschluss machen zu können. Es sei davon auszugehen, dass bei der 51-jährigen Patientin eine gewisse degenerative Veränderung im Knie aufgrund ihres Alters vorliege. Die Patientin zeige aber einen Body-Mass-Index von ca. 22 und ihre physiologische Beinachse sei valgisch. Es sei daher nicht davon auszugehen, dass sie bereits derart schwere Degenerationen aufweise, welche bereits während des Aufstehens aus kniender Haltung einen Meniskusriss zulassen würden. Ihre körperliche Verfassung und der Umstand, dass der Horizontalriss bis an die Oberfläche gehe und nicht nur in der weissen Zone vorliege, deute doch auf eine nicht physiologische Krafteinwirkung hin. Das intraoperative Bild Nr. 15 zeige eindeutig einen scharf ausgestanzten Knorpeldefekt. Es sei klar darauf hinzuweisen, dass dieses Bild Nr. 15 angeschaut werden müsse, die anderen Bilder seien von der Patella, die klinisch nicht relevant sei. Zudem sei bei einer valgischen Beinachse die Hauptbelastung eher lateralseits und ein degenerativer Knorpelschaden ebenfalls eher lateralseits und nicht wie hier vorliegend medial. Am Rand ebenfalls von Bild Nr. 15 sehe man ein Knorpelflake, welches mit gelbem Pfeil markiert sei. Zum Vorzustand: Die Patientin habe vor dem Ereignis keine Probleme mit dem linken Knie gehabt; dies müsse berücksichtigt werden. Die MRI-Bilder würden, bei genauer Durchsicht, einen klar scharf begrenzten Knorpel-

schaden des medialen Condylus zeigen, wie im abgedruckten Bild ersichtlich sei. Ebenfalls sei auf dem Bild ein Flake bzw. Lappen ersichtlich (BF-act. 6).

5.11 Im Rahmen der Vernehmlassung reichte die Beschwerdegegnerin die Stellungnahme von Dr. D. _____ vom 17. Juli 2023 zu den Akten. Die Ärztin erklärte darin, bei der ärztlichen Erstbehandlung am 19. August 2022 habe ein mässig geschwollenes linkes Kniegelenk mit positivem Meniskus-Zeichen bestanden. Auch im MRI des linken Kniegelenks vom 26. August 2022 seien keine traumatischen, sondern lediglich degenerative Veränderungen dokumentiert worden. Bei der Arthroskopie des linken Kniegelenks am 26. September 2022 hätten sich ebenfalls keine traumatischen, sondern lediglich degenerative Veränderungen gezeigt. Entsprechend dem Operationsbericht vom 28. September 2022 bestünden in allen drei Gelenkanteilen des linken Kniegelenks bereits degenerative Knorpelschäden, retropatellar mit einer zweitgradigen Chondromalazie, femoropatellar mit einer erst- bis zweitgradigen Chondromalazie, am medialen Femurcondylus mit einer dritt- bis viertgradigen Chondromalazie mit einer Fissurierung des Knorpels am gegenüberliegenden medialen Anteil des Tibiaplateaus sowie am lateralen Femurcondylus ein etwas erweichter Gelenkknorpel mit ebenfalls einer Fissurierung des Knorpels am gegenüberliegenden lateralen Anteil des Tibiaplateaus. Weiter lägen ein schräger Radiärriss im freien Rand des bereits degenerativ (mukoid) veränderten Innenmeniskus-Hinterhorns, eine zum Teil in den Gelenkspalt einklemmende zerrissene Plica infrapatellaris, degenerative Auffransungen des freien Randes des Aussenmeniskus-Vorderhorns und der Pars intermedia mit konsekutiver gering- bis mässiggradiger Reizung der Gelenkinnenhaut vor. Aus orthopädisch-traumatologischer Sicht bestehe bei der Versicherten anhand der vorliegenden Befunde eine Läsion an der Unterfläche des mukoid degenerierten Innenmeniskus-Hinterhorns bei bereits mässiger medialbetonter Gonarthrose links. Eine Läsion des Innenmeniskus entspreche einer unfallähnlichen Körperschädigung nach Art. 6 Abs. 2 lit. c UVG. Diese sei jedoch anhand der vorliegenden klinischen, radiologischen und intraoperativen Untersuchungsbefunde bei bereits vorhandener medialer Gonarthrose links vorwiegend (also mehr als 50 %) auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen. Somit habe die Behandlung der Beschwerden des linken Kniegelenks einschliesslich der Arthroskopie vom 26. September 2022 zulasten der Krankenversicherung der Versicherten zu erfolgen.

Im MRI des linken Kniegelenks vom 26. August 2022, nur sieben Tage nach dem angegebenen Ereignis, hätten keine Hinweise auf traumatische Veränderungen bestanden (keine sichtbaren Verletzungen im Bereich der Gelenkkapsel, der Kreuz- und Seitenbänder sowie im Bereich der periartikulären Weichteile, auch kein bone bruise des Knochens, keine ab-

gescherten Knorpelstückchen als freie Gelenkkörper oder Hämatom etc.). Stattdessen hätten zahlreiche Hinweise auf degenerative Veränderungen vorgelegen (Läsion des freien Randes des mukoid degenerierten Innenmeniskus-Hinterhorns bis zum Übergang zur Pars intermedia, degenerative Auffaserungen des freien Randes des Aussenmeniskus Vorderhorns und der Pars intermedia bei medial betonten Knorpelschäden in allen drei Gelenkanteilen des Kniegelenks). Weiter hätten Degenerationen am femoralen Ansatz des lateralen Kollateralbandes, eine kleine subcorticale Zyste an der medialen Patellafacetten sowie kleine subkortikale Zysten in der Eminentia intercondylaris im Bereich der Insertion des vorderen Kreuzbandes sowie eine bereits 6 cm lange Baker-Zyste bestanden. Die Entstehung dieser degenerativen Veränderungen erfolge nicht innerhalb einer Woche, sondern im Verlauf mehrere Monate bis Jahre.

Auf die bisherigen Ausführungen von Dr. E. _____ werde wie folgt eingegangen: Aus orthopädisch-traumatologischer Sicht seien die bei der Versicherten vorhandene Läsion im Bereich des Innenmeniskus-Hinterhorns bis zur Pars intermedia sowie die Auffaserungen des freien Randes im Bereich des Aussenmeniskus-Vorderhorns und der Pars intermedia degenerativ bedingt. Entsprechend der Literatur zeigten sich bei Personen im Alter zwischen 50 und 90 Jahren verschiedene Prävalenzen einer Meniskusläsion: Bei einer gleichzeitig vorliegenden Arthrose sei die Prävalenz 63 %. Bei fehlender Arthrose und fehlenden Schmerzen eine Prävalenz von 23 %. Bei Schmerzen aber fehlender Arthrose trete eine Meniskusläsion mit einer Prävalenz von 32 % auf. Die Versicherte sei zum Zeitpunkt des angegebenen Ereignisses vom 18. August 2022 51 Jahre alt gewesen und es hätten eine medialbetonte Gonarthrose links sowie Schmerzen vorgelegen. Entsprechend der "S2k-Leitlinie – Meniskuserkrankungen" könnten Meniskusläsionen folgende Ursachen haben: (1.) Ein Knieverdrehtrauma mit Kombination von axialer Belastung und Rotationscherkräften könne zu Meniskusläsionen führen. (2.) Eine Kombination von Meniskusläsion mit Ruptur des vorderen Kreuzbandes sei häufig; dabei bevorzugte Verletzung des Hinterhorns des Aussenmeniskus; seltener sei der Innenmeniskus betroffen. (3.) Ein erhöhtes Risiko für Meniskusläsionen bestehe bei fehlendem Kreuzband, hierbei sei der Innenmeniskus häufiger betroffen. (4.) Eine primäre Degeneration bei vorzeitigen Alterungsprozessen des Meniskusgewebes ohne nachweisbares Trauma infolge von Überlastung und/oder Achsenfehlstellungen und/oder Knorpelschäden. (5.) Ein wiederholtes Mikrotrauma: Bei regelmässigem Arbeiten in der Hocke komme es überdurchschnittlich häufig zu degenerativen Schäden des Innenmeniskus-Hinterhorns. Ein Knieverdrehtrauma mit Kombination von axialer Belastung und Rotationsscherkräften sei von der Versicherten nicht angegeben worden, sondern lediglich "ein Knacken und ein wenig Schmerz" im lin-

ken Knie beim Aufstehen aus einer knienden Position. Eine kombinierte Verletzung mit einer Ruptur des vorderen Kreuzbandes liege ebenfalls nicht vor. Sowohl das vordere als auch das hintere Kreuzband seien vollständig intakt, so dass 3. auch nicht infrage komme. Bei der Versicherten bestehe eine primäre Degeneration des Meniskusgewebes ohne nachweisbares Trauma. Auch das Meniskusgewebe sei degenerativen Alterungsprozessen ausgesetzt, durch die es ohne nachweisbares Trauma infolge von Überlastung und/oder Achsenfehlstellungen und/oder Knorpelschäden zu Meniskusläsionen komme. Betroffen von degenerativen Veränderungen seien vor allem die zentralen zwei Drittel der Meniskussubstanz, die nur per diffusionem (sogenannte weisse und weiss-rote Zone) ernährt würden, lediglich das kapselnahe Drittel (sogenannte rote Zone) sei gefässversorgt. Degenerativ vorgeschädigte Menisken könnten daher bereits während physiologischer Kniebewegungen reissen. Auch bei der Versicherten seien sowohl am Innenmeniskus als auch am Aussenmeniskus lediglich die weisse und weiss-rote Zone betroffen. Im MRI seien flauere Signalalterationen an der Unterfläche des mukoid degenerierten Innenmeniskus-Hinterhorns und eine flauere Signalalteration am freien Rand der Pars intermedia des Aussenmeniskus sichtbar gewesen. Die Aufhellungen im normalerweise kernspintomographisch schwarz erscheinenden Meniskusgewebe (im abgedruckten Bild mit roten Pfeilen markiert) entspräche den degenerativen "mukoiden" Innenmeniskus-Veränderungen und feinen Einrissen, durch die Gelenkflüssigkeit (kernspintomographisch weiss dargestellt) eingedrungen sei. Im nächsten Bild markiere der rote Pfeil die gering heller erscheinenden Auffaserungen des freien Randes der Pars intermedia des Aussenmeniskus, die blauen Pfeile markierten die degenerativen intraossären Zysten am Ansatz des vorderen Kreuzbandes. Die entsprechenden intraoperativen Korrelate mit deutlich sichtbaren degenerativen Läsionen des Innenmeniskus-Hinterhorns bis zur Pars intermedia (mit roten Pfeilen markiert, intraoperative Bilder von Arthroskopie des linken Kniegelenkes am 26. September 2022) seien hier ersichtlich. Bei Betrachtung der intraoperativen Befund-dokumentation der Arthroskopie sehe man deutlich diffuse Auffaserungen des freien Randes des Innenmeniskus-Hinterhorns und des Aussenmeniskus, die typischen degenerativen Meniskusveränderungen entsprächen. Die Versicherte sei als Mitarbeiterin Hauswirtschaft und Betreuung tätig. Bei dieser Tätigkeit seien regelmässig Arbeiten in der Hocke und im Knien notwendig. Von Dr. E. _____ seien in den Aufnahmen des MRI des linken Kniegelenkes vom 26. August 2022 ein scharf ausgestanzter Knorpeldefekt am medialen Femurcondylus gesehen und in den Ausführungen vom 28. April 2023 diesbezüglich zwei MRI-Bilder und das intraoperative Bild Nr. 15 eingefügt worden. Obwohl aus versicherungsmedizinischer Sicht die bei der Versicherten vorhandenen Knorpelschäden des linken Kniegelenkes keine unfallähnliche Körperschädigung nach Art. 6 Abs. 2 UVG

darstellen würden, spielten diese als Begründung für die degenerative Genese der Meniskusveränderungen jedoch eine wichtige Rolle. Abweichend von der Ansicht von Dr. E. _____ sei aus orthopädisch-traumatologischer Sicht nicht nachvollziehbar, dass die viert- bis drittgradige Chondromalazie in der Hauptbelastungszone des medialen Femurcondylus traumatischer Genese sein solle. Im MRI und bei der Arthroskopie fänden sich keine Hinweise auf einen Knorpelflake als freien Gelenkkörper. Es sei biomechanisch auch nicht vorstellbar, durch welches "Trauma" bei gleichzeitig völlig intaktem und reizlosem Kapsel-Band-Apparat es zu einem drittgradigen Knorpelschaden ausgerechnet in der Hauptbelastungszone des medialen Femurcondylus und ansonsten an keiner anderen Stelle im linken Kniegelenk gekommen sein solle. Bei kritischer Betrachtung der MRI-Bilder des linken Kniegelenkes sehe man deutlich die abgerundeten und unregelmässig begrenzten Ränder des erheblichen Knorpelschadens (rote Pfeile) mit bereits vorhandenem Kontaktverlust zum Knochen im Bereich der Ränder des Knorpelschadens in der Hauptbelastungszone des medialen Gelenkkompartimentes (zarte weisse Aufhellungen durch eindringende Gelenkflüssigkeit zwischen der schwarzen kompakten Knochenschicht und dem grau dargestellten Gelenkflächen-Knorpel bei Verlust der Knorpelanhaftung am Knochen). Auch die intraoperativen Bilder der Arthroskopie des linken Kniegelenkes würden zu den kernspintomographischen Bildern mit einem Knorpelschaden in der Hauptbelastungszone am medialen Femurcondylus mit abgerundeten und unregelmässig begrenzten Rändern passen. Auffällig seien auch die unterhalb der roten Pfeile gut sichtbaren deutlichen degenerativen Veränderungen des den Defekt umgebenden Knorpels am medialen Femurcondylus, die sich mit einer Ausdünnung der Knorpeldicke und einer deutlich welligen Knorpel-Oberfläche zeigten. Bei dem von Dr. E. _____ in seinen Ausführungen vom 28. April 2023 eingefügten intraoperativen Bild Nr. 15, dass "eindeutig einen scharf ausgestanzten Knorpeldefekt" zeigen solle, handle es sich jedoch nicht um den ursprünglichen intraoperativen Befund des Knorpeldefektes am medialen Femurcondylus, sondern um den bereits mit dem Shaver debridierten Knorpeldefekt am medialen Femurcondylus als Vorbereitung für den autologen Knorpeltransfer. Die Begründung von Dr. E. _____ "Die Patientin hatte vor dem Ereignis keine Probleme mit dem linken Knie. Dies muss berücksichtigt werden." beruhe nicht nur auf den Angaben der Versicherten selbst, sondern entspreche auch dem Prinzip "Post hoc ergo propter hoc". Die Primärarthrose entstehe ohne äussere Ursache und sei an das höhere Lebensalter gebunden. Schmerzen in arthrotischen Gelenken würden zunächst bei erhöhter, vielleicht ungewohnter Beanspruchung auftreten, oft begünstigt durch kalte und nasse Witterung, und immer verstärkt durch ungewohnt hohe Beanspruchung. Der Beginn sei schleichend, der Funktionsverlust und die Einschränkung der Beweglichkeit zunächst fast unbemerkt. Später

könnten Dauerschmerzen und nächtliches schmerzbedingtes Aufwachen im Vordergrund stehen. Auffällig sei immer wieder der Wechsel zwischen schmerzhaften und schmerzarmen bis beschwerdefreien Phasen (UV-act. A).

6.

6.1 Mit Blick auf die vorstehend dargestellte Aktenlage kann festgehalten werden, dass vorliegend ein initiales, erinnerliches Ereignis ausgewiesen ist. Wie sich aus dem Formular "Ärztlicher Erstbericht Unfallversicherung" vom 31. August 2022 ergibt, hatte die Versicherte bereits gegenüber der erstbehandelnden Ärztin anlässlich der Erstuntersuchung vom 19. August 2022 – mithin einen Tag nach dem stattgehabten Ereignis – angegeben, dass sie eine blöde Bewegung gemacht und sich das Knie verdreht habe. Entsprechend diagnostizierte die Dr. C. _____ eine "Knie-Distorsion". Damit konsistent beschrieb die Versicherte den Geschehensablauf auch gegenüber der Versicherung am 25. August 2022, wonach sie beim Aufstehen unter Zeitdruck aus knieender Stellung eine schnelle, ungünstige Bewegung gemacht und danach ein "knack" gehört und Schmerzen verspürt habe (vgl. vorstehende E. 5.1 und 5.2). Diese Sachverhaltsdarstellung ("Rotationsbewegung") wiederholte die Versicherte sodann gegenüber ihrem behandelnden Orthopäden im Rahmen der Untersuchung vom 30. August 2022 (vgl. Sprechstundenbericht vom 31. August 2022, vorstehende E. 5.4). An dieser konsistenten und zeitnah geäußerten – mithin glaubwürdigen – Darstellung des Ereignisses vom 18. August 2022 durch die Versicherte ändert die sehr kurz gehaltene Beschreibung des "Unfallhergangs" in der Unfallmeldung vom 23. August 2022 – mutmasslich ausgefüllt durch die Arbeitgeberin der Versicherten (vgl. UV-act. 3) – nichts (vgl. zum Nachweis durch Glaubhaftmachen etwa Nabold, a.a.O., Art. 6 N 9).

6.2 Ebenfalls steht fest, dass die Beschwerdeführerin einen Meniskusriss erlitten hat. Umstritten ist somit lediglich, ob dieser durch das geschilderte Ereignis vom 18. August 2022 oder degenerativ bedingt war, wobei nach dem oben in E. 3.2 f. Dargelegten bei nachgewiesener Listenverletzung danach zu fragen ist, ob die fragliche Verletzung vorwiegend, d.h. im gesamten Ursachenspektrum zu mehr als 50 %, auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen ist. Dass gewisse Abnützungen *auch* festgestellt werden können und möglicherweise für die entstandene Verletzung sogar teilursächlich waren, reicht nicht aus, um die Leistungspflicht der Unfallversicherung zu verneinen (BGE 146 V 51 E. 8.4). Diesbezüglich bestehen hier diametral entgegengesetzte Ansichten des behandelnden (und operierenden) Arztes sowie der die Versicherung beratenden Ärztin (beide: Fachärzte für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates). Nach dem

in E. 3.2 f. hiervor Gesagten greift in einem solchen Fall – bei nachgewiesenem auslösenden Ereignis (vgl. dazu etwa BGer 8C_382/2020 vom 3. Dezember 2020 E. 6) sowie Listenverletzung – die Vermutung der Leistungspflicht des Unfallversicherers (vgl. demgegenüber für einen Fall, in dem bereits das Vorliegen einer Listenverletzung durch die Unfallversicherung nicht hinreichend geklärt wurde und mithin die Vermutung auch noch nicht greifen konnte, BGer 8C_347/2021 vom 10. November 2021 E. 4.3.2 und 4.4).

6.3 Es ist demnach zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin den Entlastungsbeweis mit den Stellungnahmen ihrer beratenden Ärztin im Sinne des vorstehend in E. 3.3 Ausgeführten erbracht hat (zum Beweiswert von Beurteilungen von beratenden Ärzten, welcher mit jenem von versicherungsinternen Ärzten gleichzusetzen ist vgl. BGer 8C_281/2018 vom 25. Juni 2018 E. 3.2.2 sowie vorstehende E. 3.4). Vorderhand fällt bei der Durchsicht der Stellungnahmen von Dr. D. _____ auf, dass diese sich mit dem von der Beschwerdeführerin glaubhaft geschilderten Geschehensablauf einer ungünstigen Drehbewegung mit unmittelbar auftretenden Schmerzen und anschliessender dokumentierter starker Schwellung nicht auseinandersetzt (vgl. E. 5.5, 5.6, 5.9 und 5.11). Doktor D. _____ bezieht ihre Argumentation einzig auf die kurze Aussage in der Unfallmeldung vom 23. August 2022, wobei sie festhält, ein Knieverdrehtrauma habe nicht stattgefunden, sondern "lediglich ein Knacken und ein wenig Schmerz im linken Knie beim Aufstehen aus einer knieenden Position" (vgl. vorne E. 5.11). Damit fehlt es bereits an einer für die Abgrenzungsfrage (unfallähnliche oder Krankheit/Abnützung) notwendigen verlässlichen Beleuchtung und Gewichtung des gesamten Ursachenspektrums der in Frage stehenden Körperschädigung (vgl. hierzu vorstehende E. 3.3). Weiter stellt sich Dr. D. _____ auf den Standpunkt, dass gestützt auf die Beurteilung von Radiologin Dr. F. _____ in den MRI-Bildern vom 26. August 2022 keine traumatischen, sondern lediglich diverse degenerative Veränderungen auszumachen gewesen seien (vgl. etwa vorstehende E. 5.11). Diese Beurteilung vermag indessen Dr. E. _____ mit seinen konkreten und differenzierten Einwendungen eindeutig in Zweifel zu ziehen. Hatte dieser doch bereits in seinem Bericht vom 31. August 2022 – gestützt ebenfalls auf die MRI-Bilder vom 26. August 2022 – eine mediale Meniskusläsion diagnostiziert (vgl. E. 5.4), welche sich in der Folge intraoperativ bestätigen liess (E. 5.7). Soweit Dr. D. _____ also begründend in ausschlaggebender Weise auf die Befunderhebung von Radiologin Dr. F. _____ im Bericht vom 29. August 2022 (E. 5.3) verweist, überzeugt dies nicht. Konkrete und differenzierte Einwände eines (behandelnden) Facharztes sind sodann rechtsprechungsgemäss geeignet, zumindest geringe Zweifel an der Schlüssigkeit der Beurteilung eines versicherungsinternen Arztes zu wecken

(BGer 8C_800/2011 vom 31. Januar 2012 E. 3.3). Dass bei der Versicherten *auch* degenerative Befunde vorliegen, bestreitet schliesslich auch Dr. E. _____ nicht. Allgemeinnotorisch liegen bei den in Art. 6 Abs. 2 UVG aufgezählten Gesundheitsschäden allerdings praktisch immer auch krankheits- und/oder degenerative (Teil-)Ursachen vor (vgl. BGE 146 V 51 E. 8.4 mit Hinweisen). Genau deshalb wurde denn auch die Beweiserleichterung zugunsten der Versicherten eingeführt (vgl. oben E. 3.2). Nicht gefolgt werden kann Dr. D. _____ auch hinsichtlich ihrer Argumentation, Dr. E. _____ begnüge sich mit dem Prinzip "Post hoc ergo propter hoc" (vgl. E. 5.11). Zwar ist der Beschwerdegegnerin zuzustimmen, dass ein sog. "Post hoc ergo propter hoc" (zu Deutsch: danach, also deswegen) Schluss unzulässig wäre (etwa: BGE 119 V 335 E. 2b/b). Ein solcher liegt hier aber gar nicht vor, führt Dr. E. _____ die entsprechende Argumentation doch lediglich im Sinne eines zusätzlichen Indizes an (vgl. E. 5.10). Dass Dr. E. _____, welcher die Beschwerdeführerin über mehrere Monate hinweg persönlich betreut und in diesem Rahmen auch eine eingehende Anamnese durchgeführt hat, dabei auf die Angaben der Versicherten abstellt, kann ihm nicht angelastet werden, zumal sich den Akten keine Hinweise auf Beschwerden oder Schmerzen im linken Knie vor dem Ereignis vom 18. August 2022 entnehmen lassen und es Sache der Unfallversicherung ist, den Gegenbeweis zur gesetzlich vermuteten Unfallkausalität zu erbringen (und in diesem Zusammenhang den massgeblichen Sachverhalt abzuklären). Demgegenüber erscheinen die diesbezüglichen Feststellung von Dr. D. _____ (welche die Versicherte weder persönlich untersucht noch zum Vorzustand befragt hat), wonach die Schmerzen in arthrotischen Gelenken zunächst bei erhöhter, vielleicht ungewohnter Beanspruchung auftreten würden und der Wechsel zwischen schmerzhaften und schmerzarmen bis beschwerdefreien Phasen auffällig sei, von bloss allgemeiner Natur. Auch überzeugt nicht, dass Dr. D. _____ – ohne das Vorliegen von weiterführenden Angaben der Versicherten zu ihrem Werdegang – aus der auf sechs Monate befristeten, bis zum Ereignishergang seit (nur) rund vier Monaten ausgeführten Tätigkeit als Mitarbeiterin Hauswirtschaft und Betreuung Rückschlüsse auf die Ursache der von ihr als degenerativ bewerteten Befunde zu ziehen scheint ("Bei regelmässigem Arbeiten in der Hocke kommt es überdurchschnittlich häufig zu degenerativen Schäden des Innenmeniskus-Hinterhorns. [...] Bei dieser Tätigkeit sind regelmässig Arbeiten in der Hocke und im Knien notwendig"; vgl. E. 5.11).

Angesichts der aber doch festgestellten – und auch gemäss Dr. E. _____ unbestrittenmassen – degenerativen (Vor-)Befunde im linken Kniegelenk, kann jedoch nicht ohne Weiteres auf die Einschätzung von der Dr. E. _____, wonach die Meniskusläsion klar traumatisch bedingt sei, abgestellt werden (vgl. hierzu vorstehende E. 3.5; zur Beweiskraft

von Angaben behandelnder Ärzte im Streitfall: BGE 135 V 465 E. 4.5 mit Hinweisen). Dass die Interpretation der bildgebenden Befunde (namentlich auch hinsichtlich des Knorpeldefekts des medialen Condylus) vorliegend denn auch offensichtlich nicht eindeutig ist, zeigt schliesslich deren ausführliche Diskussion durch die involvierten Dres. E. _____ und D. _____ in ihren letzten Stellungnahmen vom 28. April und 17. Juli 2023 (E. 5.10 und 5.11). Mithin liegen diametral gegensätzliche ärztliche Einschätzungen zur Aktenlage vor, welche sich mit wiederholten, rein versicherungsinternen Stellungnahmen nicht bereinigen lassen. Zusammenfassend begründet Dr. E. _____ mit seinen Ausführungen hinreichende Zweifel an der Zuverlässigkeit der versicherungsinternen Stellungnahmen von Dr. D. _____.

6.4 Kann auf versicherungsinterne Berichte wegen auch nur geringfügiger Zweifel nicht abgestellt werden, fehlt es an zuverlässigen medizinischen Beurteilungsgrundlagen und ist ein (externes) Gutachten einzuholen. Der Unfallversicherung ist in diesem Sinne das Recht zur Führung des Entlastungsbeweises gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG einzuräumen, auch wenn sie vorliegend ihre Pflicht zur Abklärung des massgeblichen Sachverhalts verletzt hat (vgl. hierzu BGer 8C_679/2022 vom 6. April 2023 E. 5; 8C_382/2022 vom 3. Dezember 2020 E. 6.3; sowie vorstehende E. 3.5).

7. Die Beschwerde ist nach dem Gesagten gutzuheissen. Der Einspracheentscheid vom 2. Mai 2023 ist aufzuheben und die Sache ist an die Beschwerdegegnerin zu ergänzenden Abklärungen – namentlich zur Einholung eines externen Gutachtens – und zu erneuter Entscheidung über ihre Leistungspflicht für die mediale Meniskusläsion links aus unfallähnlicher Körperschädigung zurückzuweisen.

8.

8.1 Bei sozialversicherungsrechtlichen Streitigkeiten über Leistungen ist das Verfahren kostenpflichtig, wenn dies im jeweiligen Einzelgesetz vorgesehen ist (Art. 61 lit. ^{fbis} ATSG). Eine solche Kostenpflicht ist im Bereich der Unfallversicherung nicht vorgesehen, so dass das Verfahren für die Parteien kostenlos ist.

8.2 Die Rückweisung der Sache zum erneuten Entscheid kommt praxisgemäss einem Obsiegen der Beschwerde führenden Partei gleich (BGE 141 V 281 E. 11.1). Ausgangsgemäss hat somit die Beschwerdegegnerin der durch eine Rechtsschutzversicherung vertretenen Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung nach Art. 61 lit. g ATSG auszurichten, welche ermessensweise auf Fr. 1'500.– (inkl. Auslagen und MWST) festzusetzen ist.

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, als der Einspracheentscheid vom 2. Mai 2023 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird, damit diese nach weiteren Abklärungen im Sinne der Erwägungen über den Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin neu verfüge.
2. Es werden keine Kosten erhoben.
3. Der Beschwerdeführerin wird zulasten der Beschwerdegegnerin eine Parteidenschädigung von Fr. 1'500.– (inkl. Auslagen und MWST) zugesprochen.
4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der schriftlichen Eröffnung beim Schweizerischen Bundesgericht in Luzern Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden.
5. Mitteilung an die Vertreterin der Beschwerdeführerin (im Doppel), an die Beschwerdegegnerin sowie an das Bundesamt für Gesundheit, Bern.

Zug, 28. Oktober 2024

Im Namen der
SOZIALVERSICHERUNGSRECHTLICHEN KAMMER
Der Vorsitzende

Die Gerichtsschreiberin

versandt am