

# **AR\_GERICHTE OG O3V-18-48 vom 17. März 2020**

AR Gerichte, 2020-03-17, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ar\\_gerichte OG\\_O3V-18-48](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ar_gerichte OG_O3V-18-48)

FR: AR\_GERICHTE OG O3V-18-48 du 17 mars 2020

IT: AR\_GERICHTE OG O3V-18-48 del 17 marzo 2020

## **Regeste**

Obergericht Appenzell Ausserrhoden Urteil vom 17. März 2020 Mitwirkende Obergerichtsvizepräsident W. Kobler Oberrichterin D. Sieber Oberrichter E. Graf, H.P. Fischer und M. Müller Obergerichtsschreiberin A. Mauerhofer Verfahren Nr. O3V

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Formelles

a. Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Zuständig für die Beurteilung von sozialversicherungsrechtlichen Streitigkeiten ist gemäss Art. 58 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die versicherte Person zur Zeit der Beschwerdeerhebung Wohnsitz hat. Da die Beschwerdeführerin in M. \_\_\_\_\_ wohnt, ist die örtliche Zuständigkeit in Appenzell Ausserrhoden gegeben.

b. Gemäss Art. 57 ATSG i.V.m. Art. 28 Abs. 1 lit. b des Justizgesetzes (JG, bGS 145.31) beurteilt das Obergericht als kantonales Versicherungsgericht Beschwerden aus dem Bereich der Sozialversicherungen. Das Gesamtgericht hat Beschwerden in Sozialversicherungssachen mit medizinischen Fragestellungen der 3. Abteilung zur Beurteilung zugewiesen (so publiziert im aktuellen Staatskalender des Kantons Appenzell Ausserrhoden [<https://staatskalender.ar.ch/organizations/pdf>], Ziff. 2.6.1.2), weshalb diese zur Beurteilung der vorliegenden Beschwerdesache zuständig ist.

c. Die von Amtes wegen vorzunehmende Prüfung der weiteren Prozessvoraussetzungen ergibt, dass diese sowohl hinsichtlich der Beschwerdeberechtigung auf Seiten der Beschwerdeführerin als auch hinsichtlich der Form- und Fristenfordernisse mit Bezug auf die Beschwerdeschrift erfüllt sind (insbesondere Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [UVG, SR 832.20] i.V.m. Art. 59, Art. 60 Abs. 1 und Art. 61 lit. b ATSG).

d. Auf die Beschwerde ist somit einzutreten.

### **E. 2**

Materielles

#### **E. 2.1**

Allgemeines

a. Gegenstand der Unfallversicherung sind Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten (Art. 6 Abs. 1 UVG). Zwischen den Parteien ist unbestritten, dass die Beschwerdeführerin am 18. Dezember 2016 während der Arbeit

einen Berufsunfall erlitten hat. Die Vorinstanz hat ihre Leistungspflicht grundsätzlich anerkannt und der Beschwerdeführerin zunächst Versicherungsleistungen ausgerichtet. Streitig und zu Seite 7 prüfen ist im konkreten Fall, ob die Beschwerdeführerin auch über den 17. Mai 2017 hinaus Anspruch auf Leistungen der Vorinstanz hat. Zur Diskussion steht dabei namentlich der Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom 18. Dezember 2016 und den über den 17. Mai 2017 hinaus bestehenden Beschwerden der Beschwerdeführerin im linken Knie.

b. Auf den 1. Januar 2017 sind die mit Bundesgesetz vom 25. September 2015 revidierten Bestimmungen des UVG in Kraft getreten. Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem Inkrafttreten dieser revidierten Bestimmungen ereignet haben, werden nach bisherigem Recht gewährt (Art. 118 Abs. 1 UVG). Im vorliegenden Fall geht es um ein Ereignis, das sich vor dem 1. Januar 2017 zugetragen hat, weshalb das bis Ende 2016 geltende Recht zur Anwendung gelangt (vgl. zum Ganzen anstelle vieler: Urteil des Bundesgerichts 8C\_842/2018 vom 6. Mai 2019, E. 2, m.w.H.).

c. Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt das Bestehen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) voraus. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen. Die Leistungspflicht des obligatorischen Unfallversicherers erstreckt sich auch auf mittelbare bzw. indirekte Unfallfolgen (vgl. anstelle vieler: Urteil des Bundesgerichts 8C\_558/2019 vom 19. September 2019, E. 3, m.w.H.). Der Unfallversicherer haftet jedoch für einen Gesundheitsschaden nur insoweit, als dieser nicht nur in einem natürlichen, sondern auch in einem adäquaten Kausalzusammenhang zum versicherten Ereignis steht. Bei organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen deckt sich die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität, so dass in solchen Fällen die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle spielt (Urteil des Bundesgerichts 8C\_786/2019 vom 20. Februar 2020, E. 3.1, namentlich mit Hinweis auf BGE 129 V 177).

d. Während bei der Frage, ob ein Kausalzusammenhang überhaupt jemals gegeben ist, die versicherte Person beweisbelastet ist, trägt die Beweislast für einen behaupteten Wegfall Seite 8 der Kausalität aufgrund des Erreichens des Status quo sine (oder allenfalls des Status quo ante) der Unfallversicherer. Allerdings tragen die Parteien im Sozialversicherungsrecht in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesenen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift aber 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 (Urteil des Bundesgerichts 8C\_623/2019 vom 21. Januar 2020, E. 2.1.2, m.w.H.). Bevor sich aber überhaupt die Frage

der Beweislast stellt, ist der Sachverhalt im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes richtig und vollständig zu klären (Urteile des Bundesgerichts 8C\_488/2017 vom 27. November 2017, E. 3.1; 8C\_777/2015 vom 22. März 2016, E. 2.2 und 8C\_476/2011 vom 5. Dezember 2011, E. 6.3; je m.w.H.).

e. Die Beschwerdeführerin argumentiert insbesondere mit zwei verschiedenen Szenarien, die aus ihrer Sicht beide zu einer Bejahung der Leistungspflicht der Vorinstanz führen: • Entweder sei davon auszugehen, dass das erste MRT vom 3. Januar 2017 von schlechter Qualität gewesen sei, weshalb der schon damals vorhandene Riss im Meniskus nicht auf den Bildern erkannt werden konnte, • oder dann sei es aufgrund der bereits im ersten MRT ausgewiesenen Partialruptur am Innenband im weiteren Verlauf zum Schaden am Meniskus gekommen. Die Beschwerdeführerin stützt ihre Argumentation namentlich auf die von ihr zusätzlich eingeholte medizinische Stellungnahme von Dr. D. \_\_\_\_\_ (act. 12.1). Die Vorinstanz hält dagegen beide Szenarien für falsch und kommt so oder so zum Schluss, dass für die Zeit nach dem 17. Mai 2017 kein Anspruch mehr auf Leistungen der Unfallversicherung bestehe. Ergänzend zu den bereits vor Erlass des Einspracheentscheids bei den beratenden Ärzten eingeholten Stellungnahmen hat die Vorinstanz am 25. Juni 2019 bei Dr. L. \_\_\_\_\_ eine weitere Stellungnahme zur Angelegenheit eingeholt und ins Recht gelegt.

f. Für die Feststellung natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin sind der Versicherungsträger und das Gericht auf Angaben ärztlicher Experten angewiesen. Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzten kommt nach der Rechtsprechung Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (anstelle vieler: Urteil des Bundesgerichts 8C\_824/2018 vom 26. März 2019, E. 3.3, insbesondere mit Hinweis auf BGE 125 V 351, E. 3b/ee). Auch wenn den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen mithin grundsätzlich Beweiswert zuerkannt wird, so ist doch zu betonen, dass ihnen praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft zuzubilligen ist wie einem gerichtlichen oder einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger Seite 9 in Auftrag gegebenen Gutachten. Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_844/2019 vom 26. Februar 2020, E. 2.2, m.w.H.). Anspruch auf ein unabhängiges Gutachten besteht damit rechtsprechungsgemäss, wenn die Abklärungsergebnisse in rechtserheblichen Punkten noch nicht ausreichend beweiswertig sind. Im vorliegenden Fall wird daher namentlich zu prüfen sein, ob die von der Beschwerdeführerin vorgelegte medizinische Einschätzung von Dr. D. \_\_\_\_\_ geeignet ist, die versicherungsinternen medizinischen Stellungnahmen der von der Vorinstanz konsultierten Vertrauensärzte in Frage zu stellen, so dass, wie dies die Beschwerdeführerin geltend macht, zur abschliessenden Klärung ein neutrales medizinisches Gutachten nötig wäre.

## **E. 2.2**

Szenario 1: MRT vom 03.01.2017 war schlecht, deshalb konnte Meniskusriss nicht erkannt werden

a. Die Beschwerdeführerin argumentiert in der Beschwerdeschrift wie bereits erwähnt zum einen mit dem Szenario, dass aufgrund fehlenden Kontrastmittels der Meniskusriss beim MRT vom 3. Januar 2017 gar nicht dargestellt werden können, obwohl er damals schon vorhanden gewesen sei. Gemäss Expertise von Dr. D. \_\_\_\_\_ sei aber davon auszugehen, dieser (im MRT aufgrund dessen ungenügender Qualität nicht dargestellte, kleine) Riss im Meniskus sei Ursache der späteren Beschwerdezunahme gewesen. Damit sei auch der Kausalzusammenhang zum Unfallereignis überwiegend wahrscheinlich gegeben. Die Vorinstanz hält dieser Argumentation entgegen, da klar kein Meniskusriss im ersten MRT zu sehen gewesen sei, sei auch keiner vorhanden gewesen. Die Qualität der MRT-Bilder vom 3. Januar 2017 sei gar nicht schlecht gewesen; Dr. L. \_\_\_\_\_ habe zudem eine Meniskusschädigung in den am 17. Mai 2017 auch ohne Kontrastmittel angefertigten MRT-Bildern sehr wohl erkannt.

b. In sachverhaltmässiger Hinsicht geht aus den vorhandenen Unterlagen hervor, dass das MRT vom 3. Januar 2017 von Dr. F. \_\_\_\_\_ wegen eines klinischen Verdachts auf eine Meniskusläsion veranlasst wurde. Bei der radiologischen Untersuchung ergab sich dann aber gemäss dem Radiologen ausdrücklich kein Nachweis eines meniskalen Einrisses (siehe act. 8.2/M1: „Der mediale Meniskus ist jedoch kernspintomographisch normal dargestellt, insbesondere ohne Nachweis eines meniskalen Einrisses“). Auch Dr. D. \_\_\_\_\_ spricht in seinem Aktengutachten im Rahmen der eigenen Beurteilung des MRT Seite 10 vom 3. Januar 2017 nicht von einem Meniskusriss, sondern von einer „leichtgradige[n] Innenbandläsion“, einer „unscharf gezeichnete[n] leichtgradig alterierte[n] postero-medialen[n] Innenmeniskusauflängung“, einem „Kniegelenkserguss“, einer „VKB-Partialruptur“ und einer „Fibrillation des retropatellären Knorpels“ (act. 12/1). Sowohl gemäss der Beurteilung des Radiologen, der das MRT durchführte, als auch gemäss den weiteren medizinischen Beurteilungen von Dr. D. \_\_\_\_\_ und dem von der Vorinstanz konsultierten Dr. L. \_\_\_\_\_ (vgl. dazu act. 8.2/M28) ist auf den MRT-Bildern vom 3. Januar 2017 kein Meniskusriss sichtbar. Ob ein Kontrastmittel verwendet wurde oder nicht, kann nicht entscheidend sein für die Darstellung eines Meniskusrisses, wie die Vorinstanz nachvollziehbar und überzeugend begründet. Notabene stellte keiner der beigezogenen Ärzte die Qualität der MRT-Bilder konkret in Frage. Zusammengefasst ist daher in sachverhaltmässiger Hinsicht festzuhalten, dass auf den beweiskräftigen MRT-Bildern vom 3. Januar 2017 jedenfalls kein Meniskusriss sicht- bzw. erkennbar ist.

c. Dr. D. \_\_\_\_\_ führte in seinem Aktengutachten ausdrücklich an: „Beim Meniskus muss zur Anerkennung der traumatischen Genese der Nachweis eines Risses dokumentiert sein“ (act. 12.1, S. 3). Da dies aber im konkreten Fall bei den Bildern vom 3. Januar 2017 gerade nicht der Fall ist, und zwar auch nicht gemäss der Beurteilung von Dr. D. \_\_\_\_\_ selber, genügt eine bloss theoretische Möglichkeit, dass (trotzdem) ein Riss bestanden haben könnte, nicht. Daran ändert auch der - grundsätzlich berechnigte - Verweis von Dr. D. \_\_\_\_\_ auf die „interpretatorische Breite“ (act. 12.1, S. 4) von MRT-Untersuchungen nichts. Insbesondere wenn, wie vorliegend, alle beteiligten Ärzte darin übereinstimmen, dass auf dem vorhandenen Bildmaterial vom 3. Januar 2017 jedenfalls kein Meniskusriss sicht- oder konkret erkennbar ist, so kann auch nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad einer überwiegenden Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, es sei bereits am 3. Januar 2017 ein Meniskusriss vorhanden gewesen, unabhängig davon, ob letzteres theoretisch nicht vollständig ausgeschlossen werden kann. Damit überzeugt aber die von der Beschwerdeführerin als „Szenario 1“ beschriebene Argumentation zum Vornherein

nicht, um eine Leistungspflicht der Vorinstanz zu begründen.

d. Die zusätzliche Argumentation der Beschwerdeführerin, wonach ein Meniskusriss typisch für einen Drehsturz sei und der Hinweis, die Beschwerdeführerin habe den Unfallhergang exakt als solchen beschrieben, führt ebenfalls höchstens zum Schluss, dass es nicht völlig ausgeschlossen erscheint, dass bereits am 3. Januar 2017 entgegen der Erkenntnisse aus den bildgebenden Unterlagen ein Meniskusriss vorhanden gewesen sein könnte. Da die bildgebenden Unterlagen diese Möglichkeit aber gerade nicht bestätigen, ist auch unter Mit- einbezug dieser Argumentation jedenfalls nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad einer überwiegenden Wahrscheinlichkeit vom Vorhandensein eines solchen Risses auszugehen. Seite 11

### **E. 2.3**

Szenario 2: Es kam erst aufgrund der Partialruptur am Innenband im späteren Verlauf zum Schaden am Meniskus

a. Als Alternativszenario für den Fall, dass nicht bereits unmittelbar nach dem Sturz vom 18. Dezember 2016 ein Meniskusriss als nachgewiesen betrachtet wird, bringt die Beschwerdeführerin vor, diesfalls müsse man zwingend davon ausgehen, der Riss sei aufgrund der Fehlbelastung infolge des bereits im ersten MRT sichtbaren Bandschadens entstanden. Eine andere Erklärung gebe es schlichtweg nicht, wie Dr. D. \_\_\_\_\_ bestätige. Auch bei diesem Szenario sei der Kausalzusammenhang der anhaltenden Beschwerden zum Unfallereignis klar gegeben. Die Vorinstanz hält dieser Argumentation die gegenteilige Einschätzung von Dr. L. \_\_\_\_\_ entgegen, welcher unter Hinweis auf die Tatsache, dass Degeneration als Ursache eines Meniskusschadens der Regelfall sei, auch im konkreten Fall ausdrücklich einen Zusammenhang der nach dem 17. Mai 2017 andauernden Beschwerden zum Unfallereignis verneint, weil die Menisken gar nicht unfallbedingt unter Stress gekommen seien (vgl. Stellungnahme von Dr. L. \_\_\_\_\_ vom 25. Juni 2019, act. 16).

b. Es fällt bei genauerer Betrachtung der Einschätzung von Dr. D. \_\_\_\_\_ auf, dass dieser in seiner Beurteilung vom 26. Februar 2019 (act. 12.1, S. 4) zwar anführte, es sei unwahrscheinlich, dass die im Mai 2017 im MRT dargestellte Innenmeniskusläsion innert nur 4 Monaten entstanden sein soll, dafür aber keine konkrete medizinische Begründung angab. Stattdessen verwies er auf „die durch das Trauma verursachte pathologische Stabilität des Kniegelenks, also die jetzt vorliegende Instabilität“ und bezeichnete es als überwiegend wahrscheinlich, dass diese Instabilität, verstärkt durch das Körpergewicht der Beschwerdeführerin, über die Zeit den Innenmeniskus „noch weiter geschädigt“ habe. Die von Dr. D. \_\_\_\_\_ angeführte Instabilität des Kniegelenks, welche gemäss seiner Einschätzung klar auf das Trauma vom 18. Dezember 2016 zurückzuführen sei, lässt sich durch die vorhandenen medizinischen Akten allerdings gerade nicht belegen (siehe oben, E. 2.2). Wie Dr. D. \_\_\_\_\_ selbst ausdrücklich angab, müsste zur Anerkennung einer traumatischen Genese grundsätzlich der Nachweis eines Risses dokumentiert sein (act. 12.1/, S. 3). Dr. D. \_\_\_\_\_ ergänzt in seiner Stellungnahme vom 12. August 2019 (act. 18/1, S. 2, Ziff. 1.4) in diesem Zusammenhang, es könne sich auch um „Microinstabilitäten“ handeln, die klinisch nicht derart auffällig gewesen seien, dass sie bei einer „grobkursorisch durchgeführten klinischen Untersuchung zwingend dokumentiert“ würden. Weiter fügte er an: „Es bleibt eine Beurteilung von Akten, die nicht per se ein praktisch selbst erlebtes Untersuchungsbild eines Kniegelenks darstellt. Das Argument, dass die Instabilität nur eine Behauptung darstelle gilt somit für die Befürworter einer Instabilität, wie auch für die

Befürworter einer Stabilität des Kniegelenks.“ Dabei ist allerdings zu beachten, dass selbst dann, Seite 12 wenn solche Mikroinstabilitäten bestanden haben sollten, nicht automatisch mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen wäre, dass diese durch den Sturz am 18. Dezember 2016 verursacht worden wären. Im Gegenteil: Da solche Mikroinstabilitäten sich wohl auch nicht in namhaften Beschwerden bereits gezeigt hätten, ist gerade so gut denkbar, dass diese bereits vor dem Ereignis vom 18. Dezember 2016 vorhanden gewesen sein könnten bzw. erst später eingetreten sind. Die von Dr. D. \_\_\_\_\_ beschriebene Möglichkeit, dass allfällige Mikroinstabilitäten direkt durch das Trauma vom 18. Dezember 2016 verursacht worden sein könnten, genügt damit nicht, um von einer überwiegend wahrscheinlichen Unfallkausalität der anhaltenden Beschwerden auszugehen.

c. Bereits Dr. K. \_\_\_\_\_ hat in seiner Beurteilung vom 25. Oktober 2017 (act. 8.2/M20) klargestellt, dass gestützt auf die ersten bildgebenden Unterlagen nach dem Unfall von einem unverletzten Meniskus auszugehen und offenbar später kein zweites Unfallereignis hinzugekommen ist, weshalb die erstmals am 17. Mai 2017 kernspintomographisch festgestellte Meniskusbeschädigung aufgrund der fehlenden Meniskuspathologie eine degenerative Läsion darstelle. Insgesamt erscheint es nachvollziehbar, dass bei der Beschwerdeführerin degenerative Veränderungen rascher als im Durchschnittsfall eintreten, nachdem die beteiligten Fachärzte an verschiedenen Stellen in diesem Zusammenhang ausdrücklich auf ihre Adipositas hinweisen (vgl. z.B. Dr. K. \_\_\_\_\_, act. 8.2/M2, S. 2 Ziff. 2: „[...] bei dem offenbar erheblichen Übergewicht der Versicherten [...]“; Dr. D. \_\_\_\_\_, act. 18/1, S. 2, Ziff. 1.3 in fine: „Dies wurde sicherlich zusätzlich durch die Postur ihrer Mandantin verstärkt“; Dr. L. \_\_\_\_\_, act. 8.2/M26, S. 9: „[...] weisen nachvollziehbar klar auf das Vorliegen einer degenerativen Kniegelenkserkrankung bei Adipositas permagna hin“). Schlüssig erscheint schliesslich auch die Begründung von Dr. L. \_\_\_\_\_, wonach eine degenerative Beschädigung naheliegend sei, weil es der Beschwerdeführerin dann, wenn der Meniskus tatsächlich schon unmittelbar nach dem Unfall vom 18. Dezember 2016 beschädigt gewesen wäre, kaum möglich gewesen wäre, zwischen dem 11. Januar und dem 3. Mai 2017 ihrer Arbeit wieder nachzugehen, was aber gerade der Fall war (vgl. dazu act. 8.2/M26, S. 6). Auch Dr. F. \_\_\_\_\_ ging aus diesem Grund im Bericht vom 3. April 2017 (act. 8.2/M2) davon aus, dass die Behandlung der Unfallfolgen bereits damals abgeschlossen war. Insgesamt ist unter Berücksichtigung all dieser verschiedenen nachvollziehbar begründeten medizinischen Unterlagen und Stellungnahmen zu schliessen, dass der Meniskusschädigung überwiegend wahrscheinlich degenerative Ursachen zugrunde liegen.

## **E. 2.4**

### **Fazit**

Seite 13

Bei einer Gesamtbetrachtung der medizinischen Akten und den von den Parteien eingeholten Stellungnahmen genügen die von der Beschwerdeführerin gestützt auf die Beurteilung von Dr. D. \_\_\_\_\_ vorgebrachten Argumente weder, um einen direkt durch das Ereignis vom 18. Dezember 2016 verursachten Meniskusriss (vgl. dazu E. 2.2) nachzuweisen, noch, um die theoretisch denkbare alternative Möglichkeit, dass der Sturz zu zunächst im ersten MRI nicht sichtbaren Mikroläsionen des Meniskus geführt hat, welche wiederum zur im MRI vom 17. Mai 2017 schliesslich sichtbaren Meniskusschädigung führten (vgl. dazu E. 2.3), mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu belegen.

## **E. 2.5**

### Verzicht auf weitere Abklärungen

Die Beschwerdeführerin bzw. Dr. D. \_\_\_\_\_ erachten ein Obergutachten zur abschliessenden Sachverhaltsabklärung als nötig. Dabei würde es sich, insbesondere, nachdem die Beschwerdeführerin inzwischen operiert wurde und damit verlässliche rückwirkende Aussagen zur Situation, wie sie im Dezember 2016 vorgelegen hat, gestützt auf eine aktuelle Befund- aufnahme kaum mehr möglich sein dürften, in erster Linie um ein Aktengutachten handeln.

a. Betreffend das erste von der Beschwerdeführerin vorgetragene Szenario sind die bereits vorhandenen bildgebenden Unterlagen entscheidend. Gestützt darauf ist - wie bereits dargelegt - mit mindestens überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass ein Meniskusriss im Zeitpunkt des ersten MRT im Januar 2017 noch nicht vorgelegen hat. Ein (weiteres) Gutachten zu dieser Frage erscheint nicht nötig, da diese Frage bereits geklärt ist.

b. Insoweit es um das von der Beschwerdeführerin angeführte zweite mögliche Szenario geht, gibt Dr. D. \_\_\_\_\_ in seiner eigenen Beurteilung selber an: „... die Frage einer möglichen Instabilität des Kniegelenks kann aus den Akten nicht geklärt werden“ (act. 18/1). Namentlich gestützt auf die schlüssige und nachvollziehbar begründete Stellungnahme von Dr. L. \_\_\_\_\_ vom 25. Juni 2019 (act. 16) erscheint das Szenario 2 aber bereits beim jetzigen Aktenstand klar als eine blosser Hypothese, für welche es weder klinisch noch radiologisch konkrete Beweise gibt. Es ist auch hier nicht nötig, eine weitere Stellungnahme dazu einzuholen, nur, weil die Beschwerdeführerin nicht mit der Schlussfolgerung einverstanden ist, wonach es unter den gegebenen Umständen überwiegend wahr- scheinlich erscheint, dass die Meniskusschädigung degenerativ begründet ist.

c. Zusammengefasst bedarf es im konkreten Fall keiner weiteren Sachverhaltsabklärungen und es erübrigt sich damit namentlich die Einholung eines Obergutachtens. Die von der Be- Seite 14 schwerdeführerin nach dem Zeitpunkt der durch die Vorinstanz verfügten Leistungseinstel- lung per 17. Mai 2017 geklagten Beschwerden sind überwiegend wahrscheinlich nicht mehr auf das Ereignis vom 18. Dezember 2016 zurückzuführen. Mangels Kausalzusammen- hangs ist daher eine Leistungspflicht der Vorinstanz ab diesem Zeitpunkt zu verneinen. Daran ändert auch der in der Replik von der Beschwerdeführerin zusätzlich vorgebrachte Hinweis auf die seit dem 1. Januar 2017 ins UVG aufgenommenen Listendiagnosen von Art. 6 Abs. 2 UVG nichts, nachdem die Bänderläsion bereits im Zeitpunkt des zweiten MRT wieder verheilt war und die neu festgestellte Meniskusschädigung wie dargelegt mit über- wiegender Wahrscheinlichkeit degenerativ begründet erscheint.

## **E. 3**

Es werden keine Entschädigungen zugesprochen.

## **E. 4**

### Rechtsmittel:

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit der Zustellung Beschwerde in öffentlich- rechtlichen Angelegenheiten erhoben werden. Die Zulässigkeit einer solchen Beschwerde richtet sich nach Art. 82 ff. Bundesgerichtsgesetz (BGG, SR 173.110). Die Beschwerde ist beim Schweizerischen Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, schriftlich einzu-

reichen. Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind - soweit vorhanden - beizulegen (Art. 42 BGG). Die Beschwerde hat in der Regel keine aufschiebende Wirkung (Art. 103 BGG).

#### **E. 5**

Zustellung an die Beschwerdeführerin über deren Anwältin, die Vorinstanz, die Beigeladene und das Bundesamt für Gesundheit.

Im Namen der 3. Abteilung des Obergerichts

Der Obergerichtsvizepräsident:

lic. iur. Walter Kobler Die Gerichtsschreiberin:

lic. iur. Annika Mauerhofer

versandt am: 22. April 2020

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.