

## **BL\_GERICHTE 725 18 313 / 342 vom 8. August 2017**

BL Gerichte, 2017-08-08, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl\\_gerichte\\_725 18 313 \\_ 342](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_725_18_313_342)

FR: BL\_GERICHTE 725 18 313 / 342 du 8 août 2017

IT: BL\_GERICHTE 725 18 313 / 342 del 8 agosto 2017

### **Regeste**

Leistungen

### **Volltext**

Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht, vom 13. Dezember 2018 (725 18 313 / 342) Unfallversicherung Kein Anspruch auf Leistungen der Unfallversicherung mangels natürlichen Kausalzusammenhangs Besetzung Präsidentin Eva Meuli, Kantonsrichter Yves Thommen, Kantonsrichter Christof Enderle, Gerichtsschreiberin Margit Campell Parteien A.\_\_\_\_, Beschwerdeführerin gegen Suva , Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern, Beschwerdegegnerin Betreff Leistungen A. A.\_\_\_\_ arbeitet seit dem 1. Mai 1995 als Sachbearbeiterin bei der B.\_\_\_\_ und ist aufgrund dieses Anstellungsverhältnisses bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva) gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert. Gemäss Schadenmeldung der Arbeitgeberin vom 29. Mai 2017 erlitt die Versicherte am 3. November 2016 beim Linedance einen Schlag aufs rechte Knie, nachdem sie mit dem rechten Fuss nach einer Drehbewegung am Boden beim Aufsetzen mit der Sohlenkante hängen geblieben sei. Die Suva untersuchte in der Folge den medizinischen Sachverhalt und lehnte das Leistungsgesuch von A.\_\_\_\_ mit Verfügung vom 8. August 2017 ab. Zur Begründung brachte sie im Wesentlichen vor, der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Ereignis vom 3. November 2016 und den geklagten Beschwerden sei nicht erfüllt. Daran hielt sie auch auf Einsprache der Versicherten hin mit Entscheid vom 21. August 2018 fest. B. Gegen diesen Entscheid erhob A.\_\_\_\_ am 19. September 2018 Beschwerde beim Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Sie beantragte sinngemäss, dass der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 21. August 2018 aufzuheben und diese zu verpflichten sei, für die Folgen des Ereignisses vom 3. November 2016 die gesetzlichen Versicherungsleistungen zu erbringen. C. Am 26. Oktober 2018 ging die Beschwerdeantwort der Suva ein. Sie beantragte unter Hinweis auf die Ausführungen im Einspracheentscheid vom 21. August 2018 die Abweisung der Beschwerde. Das Kantonsgericht zieht in Erwägung 1.1 Auf die frist- und formgerecht beim örtlich wie sachlich zuständigen Gericht erhobene Beschwerde der Versicherten vom 19. September 2018 ist einzutreten. 1.2 Auf den 1. Januar 2017 sind die mit Bundesgesetz vom 25. September 2015 revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) vom 20. März 1984 sowie der Verordnung über die Unfallversicherung (aUVV) vom 20. Dezember 1982 in Kraft getreten. Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem Inkrafttreten dieser revidierten Bestimmungen ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, werden nach bisherigem Recht gewährt (vgl. Übergangsbestimmung in Art. 118 Abs. 1 UVG). So verhält es sich auch im vorliegenden Fall, weshalb nachfolgend auf das bisherige Recht und die dazu ergangene Rechtsprechung Bezug genommen wird. 2.

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin die Übernahme der im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 3. November 2016 entstandenen Kosten (Taggelder/Heilbehandlung) zu Recht abgelehnt hat. 3.1 Nach Art. 6 Abs. 1 UVG hat der Unfallversicherer in der obligatorischen Unfallversicherung, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt, die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten zu gewähren. Art. 10 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Heilbehandlung). Ist die versicherte Person infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat sie gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG Anspruch auf ein Taggeld. Dieses beträgt bei voller Arbeitsunfähigkeit 80% des versicherten Verdienstes. Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit wird es entsprechend gekürzt (Art. 17 Abs.1 UVG). Der Anspruch entsteht gemäss Art. 16 Abs. 2 UVG am dritten Tag nach dem Unfalltag und er erlischt mit der Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit, mit dem Beginn einer Rente oder mit dem Tod der versicherten Person. Art. 18 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf eine Invalidenrente, wenn sie infolge des Unfalles zu mindestens 10% invalid ist. Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV) abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG). 3.2 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt - unter anderem - voraus, dass zwischen dem versicherten Ereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Arbeitsunfähigkeit, Invalidität, Integritätsschädigung) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht (vgl. BGE 129 V 181 E. 3.1 und 3.2). 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, das Ereignis mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (vgl. BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die rechtsanwendende Behörde - die Verwaltung oder im Streitfall das Gericht - im Rahmen der ihr obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (vgl. BGE 129 V 177 E. 3.1 mit Hinweisen). 3.3 Wird durch einen Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest bzw. ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer 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 erreicht ist, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine; vgl. RKUV 1994 Nr. U 206 S. 326 E. 3b, 1992

Nr. U 142 S. 75 E. 4b, je mit Hinweisen). 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 (vgl. BGE 134 V 125 f. E. 9.5 mit Hinweisen) nachgewiesen sein. Die blosser Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalles genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (SVR 2009 UV Nr. 3 E. 2.2; RKUV 2000 Nr. U 363 S. 45 E. 2, 1994 Nr. U 206 S. 326 E. 3b, 1992 Nr. U 142 S. 75 E. 4b). Der Beweis des Wegfalls des Kausalzusammenhangs muss nicht durch den Nachweis unfallfremder Ursachen erbracht werden. Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliege oder die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei. Entscheidend ist allein, ob unfallbedingte Ursachen des Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 29. Januar 2009, 8C\_847/2008, E. 2 mit Hinweisen).

4.1 Der Sozialversicherungsprozess wird vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 61 lit. c ATSG). Das Sozialversicherungsgericht hat danach von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt nicht uneingeschränkt. Er findet sein Korrelat in der Mitwirkungspflicht der Parteien (vgl. BGE 122 V 158 E. 1a; 121 V 210 E. 6c je mit Hinweisen). Im Übrigen schliesst der Untersuchungsgrundsatz die Beweislast im Sinne der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Fall der Beweislosigkeit der Entscheid zuungunsten der Partei ausfällt, die aus dem unbewiesenen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten will (Ulrich Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, in: Basler Juristische Mitteilungen [BJM] 1989, S. 32). Diese Beweisregel greift Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf dem Weg der Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die überwiegende Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (vgl. BGE 117 V 264 E. 3b; Meyer-Blaser, a.a.O., S. 32).

4.2 Die rechtsanwendende Behörde ist zur Abklärung medizinischer Sachverhalte - wie der Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit sowie der Feststellung natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin - regelmässig auf Unterlagen angewiesen, die ihr vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind. Das Gericht hat diese medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) - wie alle anderen Beweismittel - frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach 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 Expertin oder des Experten begründet sind (vgl. BGE 134 V 232 E. 5.1, 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c). 4.3 Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführliche Zusammenstellung dieser Richtlinien in BGE 125 V 351 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 469 f. E. 4.4 und 4.5). So wird zur Frage der beweisrechtlichen Verwertbarkeit der Berichte und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen der Grundsatz betont, wonach alleine ein Anstellungsverhältnis dieser Person zum Versicherungsträger nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen lässt (vgl. BGE 125 V 353 E. 3b/ee). Diesen Berichten kommt allerdings nicht derselbe Beweiswert wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten zu, sie sind aber soweit zu berücksichtigen, als auch nicht geringe Zweifel an der Richtigkeit ihrer Schlussfolgerungen bestehen (BGE 135 V 471 E. 4.7).

5.1 Für die Beurteilung der strittigen Frage sind im Wesentlichen folgende ärztliche Berichte zu berücksichtigen:

5.2 In seinem Schreiben an die Suva vom 12. Juli 2017 hielt Dr. med. C.\_\_\_\_, FMH Allgemeine Medizin, fest, dass die Beschwerdeführerin Anfang November 2016 beim Tanzen eine Distorsion des rechten Knies erlitten habe. Wegen persistierenden Schmerzen habe sie ihn am 20. Januar 2017 aufgesucht. Er habe in der Folge eine MRT-Untersuchung des rechten Knies/Unterschenkels im Spital D.\_\_\_\_ in die Wege geleitet, welche am 30. Januar 2017 durchgeführt worden sei. Im gleichentags erstellten Bericht wurde angegeben, dass die Versicherte seit vier Wochen an medialen Knieschmerzen rechts leide. Die Untersuchung habe ein unauffälliges Knochenmarksignal im distalen Femur, der proximalen Tibia, der Fibula und der Patella ergeben. Zudem bestünden keine abgrenzbaren Konturunterbrechungen oder Hinweise für Frakturen oder knöcherne Kontusionen. Es lägen degenerativ bedingte periartikuläre Randaufbauten femorotibial und retropatellär, etwas mehr als 50% in die Tiefe reichende Knorpelläsionen zentral und lateral retropatellär (Grad III) sowie bis circa 50% in die Tiefe reichende Knorpelläsionen medial femorotibial (Grad II) vor. Weiter würde sich ein unauffälliger lateraler, im Hinterhorn jedoch stark degenerierter ausgedünnter medialer Meniskus ohne abgrenzbare akute Risse zeigen. Es bestünden auch eine schmale Flüssigkeitslamelle um das mediale Kollateralband (Läsion Grad I), ein unauffälliges laterales Kollateralband, intakte Kreuzbänder, ein erhaltenes Retinaculum patellae beidseits, wenig Knieerguss und unauffällige angrenzende Weichteile. In der Beurteilung wurde festgehalten, dass eine medial betonte Pongonarthrose mit Knorpelschäden, Grad III zentral und lateral retropatellär, Grad II femorotibial, sowie im Hinterhorn ein stark degenerierter medialer Meniskus (differentialdiagnostisch: komplexer Riss mit intrameniskaler Zystenbildung) vorlägen. Weiter sei eine Zerrung des medialen Kollateralbandes (Läsion Grad I) festgestellt worden.

5.3 Dr. C.\_\_\_\_ veranlasste eine Untersuchung in der Klinik E.\_\_\_\_. Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt Neuroradiologie, hielt in seinem Bericht vom 10. Februar 2017 fest, dass die durchgeführten Röntgenaufnahmen in drei Ebenen des rechten Knies markante Osteophyten (ausgehend von der medialen Femurcondyle und vom Tibiaplateau), einen mittelgradig verschmälerten Gelenkspalt, eine imponiert abgeflachte mediale Femurcondyle, einen in der Breite gut erhaltenen lateralen Gelenkspalt, einen Verdacht auf eine Chondrokalzinose mit Verkalkung des hyalinen Gelenkknorpels, markante

Osteoappositionen am medialen Patellarand sowie osteophytäre Ausziehungen am lateralen Patellarand sowie am medialen Trochlearand und Zeichen einer Retropatellararthrose zeigen würden. 5.4 Dr. med. G.\_\_\_\_, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparats, diagnostizierte am 10. Februar 2017 eine beginnende mediale Gonarthrose des rechten Knies. Es läge ein leichter intraartikulärer Erguss, eine deutliche Druckdolenz über dem medialen Kniegelenkspalt, stabile Kreuz- und Seitenbänder, eine frei bewegliche Patella und negative Zohlenzeichen vor. In der Anamnese hielt Dr. G.\_\_\_\_ fest, dass die Zuweisung der Versicherten wegen seit einigen Wochen andauernden persistierenden Kniebeschwerden erfolgt sei. In der MRT-Untersuchung vom 30. Januar 2017 hätten sich ein stark degenerierter und zerriebener Meniskus im Hinterhornbereich sowie Knorpelschäden teilweise bis Grad II im medialen Kompartiment gezeigt. Das laterale und femoropatelläre Kompartiment seien jedoch gut erhalten und die Kreuz- und Seitenbänder intakt. Es läge eine ausgedehnte Zerstörung des medialen Meniskus mit bereits beginnenden, medialen Knorpelschäden vor. Das restliche Knie sei in einem guten Zustand. 5.5 Die Beschwerdeführerin wurde am 4. Mai 2017 am rechten Knie operiert. Gemäss Bericht von Dr. G.\_\_\_\_ wurde eine Arthroskopie mit einer medialen Teilmeniskektomie, einer Knorpelglättung, einem medialen und lateralen Femurcondylus, einer Mikrofrakturierung des medialen und lateralen Femurcondylus und einer Plicainzision medial durchgeführt. Die Indikation zur Operation wurde dahingehend begründet, dass die Versicherte seit mehreren Wochen an persistierenden Knieschmerzen rechts gelitten habe. 5.6 Am 6./21. Juni 2017 berichtete Dr. G.\_\_\_\_ über einen komplikationslosen Verlauf und über gewisse belastungsabhängige Schmerzen. Insgesamt sei der Zustand jedoch besser als vor der Operation. Er wies auch darauf hin, dass gewisse Restbeschwerden bei teilweise fortgeschrittenen Knorpelschäden nicht völlig überraschend seien. 5.7 Der Kreisarzt, Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, führte am 14. Juli 2017 aus, dass der erlittene Knieschaden abnutzungsbedingt und nicht Folge des Ereignisses vom 3. November 2016 sei. In der ärztlichen Beurteilung vom 3. August 2017 hielt er fest, dass der Suva am 29. Mai 2017 ein Ereignis zur Kenntnis gebracht worden sei, welches knapp sieben Monate zuvor stattgefunden habe. Zu diesem Zeitpunkt seien bereits die gesamte Diagnostik und die Operation durchgeführt worden. Weder in der üblichen, absolut ausreichenden Bildgebung vor der Operation noch im sehr ausführlichen Operationsbericht von Dr. G.\_\_\_\_ seien Strukturen beschrieben worden, welche durch eine plötzliche, von aussen einwirkende Gewalt geschädigt worden seien. Die im Operationsbericht beschriebenen grossflächigen Knorpelschädigungen im Kniegelenk Grad III bis IV würden einer fortgeschrittenen Arthrose des Kniegelenks entsprechen, weshalb es sich um eine abnutzungsbedingte Erkrankung handle. Einen Knorpelschaden teile man von Grad 0 bis Grad IV ein, wobei Grad 0 bedeute, es liege überhaupt kein Knorpelschaden vor und Grad IV, dass der Knorpel in diesen Bereichen vollständig aufgebraucht sei und der darunterliegende Knochen freiliege. Dieser Zustand sei in aller Regel das Endstadium einer Arthrose und mit Beschwerden verbunden. Der schon im MRT-Bericht vom 30. Januar 2017 als degenerativ verändert bezeichnete Innenmeniskushinterhornbereich werde von Dr. G.\_\_\_\_ im Operationsbericht als vollständig zerrieben beschrieben. Dieser abnutzungsbedingte Zustand des Innenmeniskushinterhorns passe absolut zu den anderen degenerativen Veränderungen im Kniegelenk und sei nicht Folge eines einmaligen Ereignisses. Im Rahmen eines Unfalls könnten bestimmte Rissformen am Meniskus entstehen, er könne jedoch nicht vollständig zerrieben werden. Da bei der Versicherten die Schädigung

ausschliesslich auf abnutzungsbedingte bzw. erkrankungsbedingte Veränderungen und nicht auf das angeschuldigte Ereignis vom November 2016 zurückzuführen sei, sei die Beschwerdegegnerin nicht leistungspflichtig. 6.1 Die Beschwerdegegnerin stützt sich in ihrem Einspracheentscheid vom 21. August 2017 auf die Ausführungen ihres Kreisarztes Dr. H.\_\_\_\_ vom 3. August 2017. Sie ging deshalb davon aus, dass zwischen dem Ereignis vom 3. November 2016 und den in der Folge geklagten Beschwerden am rechten Knie mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine Kausalität vorliege, weshalb sie keine Leistungen schulde. Dieser Auffassung ist zu folgen. Zwar ist Dr. H.\_\_\_\_ als Kreisarzt ein verwaltungsinterner Arzt, weshalb ergänzende Abklärungen vorzunehmen wären, falls auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit seines Berichts bestünden (vgl. oben E. 4.4; BGE 139 V 225 E. 5.2 und 135 V 465 E. 4.4, je mit Hinweisen). Solche Zweifel sind in Bezug auf die Ausführungen von Dr. H.\_\_\_\_ nicht zu erkennen. Er führt unter Berücksichtigung der ausführlichen bildgebenden Abklärungen und der Berichte des Spitals D.\_\_\_\_ sowie der Klinik E.\_\_\_\_ einleuchtend aus, dass bei der Beschwerdeführerin ein schwerer degenerativer Vorzustand im rechten Knie vorgelegen hat und macht deutlich, dass die Ursache für die Beschwerden im rechten Knie nicht das Ereignis vom 3. November 2016 war. Der erhebliche Schaden in Form eines zerriebenen medialen Meniskus im Hinterhornbereich und höhergradiger Knorpelschäden bis Grad III im medialen Kniekompartiment musste sodann operativ angegangen werden. Im Rahmen dieses Eingriffs bestätigten sich die deutlichen degenerativen Veränderungen. Hinweise auf ein Trauma lagen gemäss Angaben von Dr. G.\_\_\_\_ jedoch keine vor. Nichts anderes lässt sich aus dem Bericht von Dr. C.\_\_\_\_ vom 12. Juli 2017 ableiten, der angab, die Versicherte habe beim Tanzen eine Distorsion des rechten Knies erlitten. Die Beschwerdeführerin begab sich erstmals am 20. Januar 2017 in ärztliche Behandlung. Zwischen dem Ereignis vom 3. November 2016 und der Erstkonsultation beim Hausarzt lagen somit mehr als 2.5 Monate. Dies wie auch die durch das Spital D.\_\_\_\_ und durch Dr. G.\_\_\_\_ erhobenen degenerativen Befunde schliessen das Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs mit überwiegender Wahrscheinlichkeit aus. Die Feststellungen von Dr. H.\_\_\_\_ überzeugen daher und stimmen mit den übrigen Berichten überein. Die Suva stellte zu Recht auf seine medizinische Beurteilung vom 3. August 2017 ab und verneinte das Vorliegen des für die Leistungspflicht des Unfallversicherers notwendigen natürlichen Kausalzusammenhangs. 6.2 Was die Beschwerdeführerin vorbringt, ist nicht geeignet, diese Beurteilung in Frage zu stellen. Soweit sie vorbringt, die Meniskusoperation sei notwendig geworden, nachdem die durch den Schlag ans rechte Knie vom 3. November 2016 ausgelösten Schmerzen unerträglich geworden seien, ändert dies nichts an der Tatsache, dass aufgrund sämtlicher medizinischer Berichte nicht traumatische, sondern schwere degenerative Veränderungen den Eingriff erforderlich gemacht haben. Nicht nachvollziehbar ist unter den von der Beschwerdeführerin geschilderten Umständen, weshalb sie erst am 20. Januar 2017 ihren Hausarzt aufsuchte und erst nach der Operation eine Schadenmeldung bei der Beschwerdegegnerin einreichte. Weiter stellte die Beschwerdeführerin das Vorgehen der Suva in Frage, welche im Einspracheentscheid angegeben habe, der Kausalzusammenhang zwischen dem Ereignis vom 3. November 2016 und den Beschwerden sei nicht mit "überwiegender Wahrscheinlichkeit" nachgewiesen. Hierbei verkennt die Beschwerdeführerin, dass im Sozialversicherungsrecht im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung jener Sachverhalt zu ermitteln ist, der zumindest die überwiegende Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 6. Juni 2018, 8C\_96/2018, E. 3.2 mit

Hinweisen). Trifft dies - wie vorliegend - nicht zu, schuldet die Versicherung keine Leistungen. Das Vorgehen der Suva ist unter diesen Umständen rechtens. Schliesslich bringt die Beschwerdeführerin vor, dass der Kreisarzt den früheren Bruch am rechten Unterschenkel nicht gesehen habe. Ein solcher Bruch habe aber eine Veränderung der Beinstellungssachse und damit auf die Abnützung des Knies zur Folge. Hierzu ist festzustellen, dass nicht nur der Kreisarzt, sondern sämtliche involvierten Ärzten keine Ausführungen zu einer allfälligen Fehlstellung gemacht haben. Die Beschwerdeführerin kann daher auch unter diesem Aspekt nichts zu ihren Gunsten ableiten. 6.3 Da zwischen dem Ereignis vom 3. November 2016 und den angegebenen Beschwerden kein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist letztlich irrelevant, ob es sich dabei um einen Unfall im Sinne von Art. 4 ATSG oder um eine unfallähnliche Körperschädigung (UKS) gemäss Art. 9 Abs. 2 aUVV handelt (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 3. September 2018, 8C\_338/2018, E. 3.2.2). Tatsache ist, dass die Anspruchsvoraussetzungen unter diesen Umständen nicht erfüllt waren (vgl. oben. E. 3.2), weshalb die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht ablehnen durfte (vgl. BGE 129 V 181 E. 3.1). Der angefochtene Einspracheentscheid vom 21. August 2018 erweist sich daher als rechtens, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist. 7. Art. 61 lit. a ATSG bestimmt, dass das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Gericht für die Parteien kostenlos zu sein hat. Es sind deshalb für das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen. Demgemäss wird erkannt : ://: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. 3. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen.

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