

# SO\_GERICHTE VSBES.2016.146 vom 11. April 2016

SO Obergericht, 2016-04-11, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2016.146](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2016.146)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2016.146 du 11 avril 2016

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2016.146 del 11 aprile 2016

## Erwägungen

### E. 4

4.1 Mit Verfügung vom 9. Februar 2016 (Suva-Nr. 19) lehnte es die Beschwerdegegnerin ab, für die ihr am 2. Dezember 2015 durch die Arbeitgeberin gemeldeten Kniebeschwerden Leistungen zu erbringen. Zur Begründung wurde erklärt, diese Beschwerden stünden nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in einem natürlichen Kausalzusammenhang mit dem Unfallereignis vom 13. November 2014. 4.2 Die Beschwerdeführerin erklärte mit Schreiben vom 25. Februar 2016 (Suva-Nr. 25), sie sei mit der Verfügung nicht einverstanden. Gleichzeitig reichte sie eine Beurteilung von Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparats, [...], vom 16. Februar 2016 (Suva-Nr. 24) ein, in dem die Unfallkausalität der Kniebeschwerden bejaht wird. Die Beschwerdegegnerin holte daraufhin nochmals eine Beurteilung des Kreisarztes Dr. med. C.\_\_\_\_ vom 8. April 2016 (Suva-Nr. 30) ein. Anschliessend wies sie die Einsprache ab (Einspracheentscheid vom 11. April 2016, Aktenseiten [A.S.] 1 ff.). 5. Am 12. Mai 2016 lässt die Beschwerdeführerin beim Versicherungsgericht des Kantons Aargau Beschwerde gegen den Einspracheentscheid erheben und folgende Rechtsbegehren stellen: 1. Der Einspracheentscheid vom 11. April 2016 und die Verfügung vom 9. Februar 2016 seien aufzuheben. 2. Es seien der Beschwerdeführerin die versicherten Leistungen, insbesondere in Form von Heilbehandlungskosten und Taggeld, zuzusprechen. 3. Eventualiter sei die Angelegenheit zur erneuten Abklärung an die Suva Aarau zurückzuweisen. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der Beschwerdegegnerin. Mit Schreiben vom 20. Mai 2016 überweist das Versicherungsgericht des Kantons Aargau die Beschwerde zuständigkeitshalber an das Versicherungsgericht des Kantons Solothurn (nachfolgend: Versicherungsgericht). 6. Mit Beschwerdeantwort vom 16. Juni 2016 stellt die Beschwerdegegnerin das folgende Rechtsbegehren: Die Beschwerde sei abzuweisen und der Einspracheentscheid vom 11. April 2016, womit die Verfügung der Suva vom 9. Februar 2016 geschützt wurde, sei zu bestätigen. 7. Die Beschwerdeführerin hält mit Replik vom 11. Juli 2016 an ihren Anträgen fest und reicht eine Stellungnahme von Dr. med. D.\_\_\_\_ vom 27. Juni 2016 ein. 8. Die Beschwerdegegnerin erneuert in ihrer Duplik vom 16. August 2016 ihren Antrag auf Abweisung der Beschwerde. Mit der Rechtsschrift reicht sie eine chirurgische Beurteilung von Dr. med. E.\_\_\_\_, Arzt für Chirurgie FMH, Suva Versicherungsmedizin, vom 9. August 2016 ein. Auf die Ausführungen der Parteien in ihren Rechtsschriften wird nachfolgend, soweit erforderlich, eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen. II. 1. Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung der Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten. 2. 2.1 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers gemäss Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG, SR 832.20) setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher

Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität des Versicherten beeinträchtigt hat, der Unfall mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiere (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181; 119 V 335 E. 1 S. 338; 118 V 286 E. 1b S. 289, je mit Hinweisen; Urteile des Bundesgerichts 8C\_271/2013 vom 30. Juli 2013 E. 2.1; 8C\_729/2013 vom 27. Mai 2014 E. 2).

2.2 Ob zwischen einem schädigenden Ereignis oder einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall der Richter im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181; 119 V 335 E. 1 S. 338; 118 V 286 E. 1b S. 289, je mit Hinweisen).

2.3 Die Versicherungsleistungen werden grundsätzlich auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt (Art. 11 Verordnung über die Unfallversicherung [UVV, SR 832.202]). Bei einem Rückfall handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit, so dass es zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise sogar zu (weiterer) Arbeitsunfähigkeit kommt. Von Spätfolgen spricht man, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Verlaufe längerer Zeit organische oder psychische Veränderungen bewirkt, die zu einem völlig anders gearteten Krankheitsbild führen können (BGE 118 V 293 E. 2c S. 296; RKUV 2003 U 487 S. 341 E. 2; Urteil des Bundesgerichts 8C\_24/2013 vom 18. Juni 2013 E. 2.1). Liegt ein Rückfall oder eine Spätfolge vor, so besteht eine Leistungspflicht des Unfallversicherers nur dann, wenn zwischen den erneut geltend gemachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht. Dabei kann der Unfallversicherer nicht auf der Anerkennung des Kausalzusammenhangs beim Grundfall oder einem früheren Rückfall behaftet werden (BGE 118 V 293 E. 2c S. 296; RKUV 1994 U 206 S. 327 E. 2). Je grösser der zeitliche Abstand zwischen dem Unfall und dem Auftreten der gesundheitlichen Beeinträchtigung ist, desto strengere Anforderungen sind an den Wahrscheinlichkeitsbeweis des natürlichen Kausalzusammenhangs zu stellen (RKUV 1997 U 275 S. 191 E. 1c). Ist die Unfallkausalität zwischen Rückfall bzw. Spätfolge und Unfallereignis nachgewiesen, entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn entweder der status quo ante oder der status quo sine erreicht ist. Die Beweislast hierfür trägt der Unfallversicherer (RKUV 1994 U 206 S. 328 E. 3b).

2.4 Treten im Anschluss an einen Unfall davor nicht bestandene Beschwerden auf und ist davon auszugehen, dass durch den Unfall lediglich ein (zuvor stummer) Vorzustand aktiviert, nicht aber verursacht worden ist, so hat der Unfallversicherer nur Leistungen für das unmittelbar im Zusammenhang mit dem Unfall stehende Schmerzsyndrom gemäss Art. 36 Abs. 1 UVG zu erbringen. Mit dem Erreichen des status quo sine vel ante entfällt eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden (SVR 2010 UV Nr. 4, S. 17, 8C\_181/2009 E. 5.4 f., mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C\_1029/2012 vom 22. Mai 2013 E. 3.2.2).

3. Sowohl das Verwaltungsverfahren wie auch der kantonale

Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]). Danach haben Verwaltung und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum – auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe geltenden – Grundsatz der freien Beweiswürdigung auf. Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung (BGE 132 V 393 E. 4.1 S. 400) zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360; 125 V 193 E. 2 S. 195, je mit Hinweisen) zu betrachten, und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 134 I 140 E. 5.3 S. 148; 124 V 90 E. 4b S. 94). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an der Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteile des Bundesgerichts 9C\_167/2009 vom 28. Mai 2009 E. 3.1; 8C\_101/2010 vom 3. Mai 2010 E. 4.1; 8C\_1021/2009 vom 3. November 2010 E. 4.2; 8C\_956/2011 vom 20. Juni 2012 E. 5.1).

3.2 Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne einer Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel die 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 auf Grund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 261 E. 3b S. 264, mit Hinweis; RKUV 2003 U 485, S. 259, E. 5; Urteil des Bundesgerichts 8C\_668/2012 vom 26. Februar 2013 E. 6.2).

3.3 Für den Beweiswert einer medizinischen Stellungnahme ist entscheidend, ob diese 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 des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 135 V 465 E. 4.3 S. 468 ff.; 125 V 351 E. 3a S. 352 ff.; RKUV 2003 U 487 S. 345 E. 5.1; Urteil des Bundesgerichts 8C\_151/2012 vom 12. Juli 2012 E. 2).

3.4 Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im

Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee S. 353 f.). Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 469 f.). 3.5 Einem reinen Aktengutachten kann nach der Rechtsprechung voller Beweiswert zukommen, sofern ein lückenloser Befund vorliegt, und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht (Urteil des Bundesgerichts 8C\_181/2012 vom 8. Juni 2012 E. 5.2 mit Hinweis; SVR 2010 UV Nr. 17 S. 63 E. 7.2, 8C\_239/2008). 4. Streitig und zu prüfen ist der natürliche Kausalzusammenhang zwischen der Meniskusläsion am linken Knie und dem Unfallereignis vom 13. November 2014. Die Akten enthalten die folgenden Angaben: 4.1 Dem Bericht der ambulanten Notfallstation des Kantonsspitals [...], Dr. med. F.\_\_\_\_, Spitalfachärztin, [...], vom 13. November 2014 (Suva-Nr. 12) ist die Diagnose «Sturz mit Kontusion Schulter rechts und Hüfte rechts, Schnittwunde DIG IV» zu entnehmen. Die Beschwerdeführerin sei bei der Arbeit in einem Lift gewesen. Sie habe aussteigen wollen und der Lift habe leider nicht auf Bodenhöhe angehalten, sondern zirka 40 cm über dem Boden. Sie habe dies nicht bemerkt, und sei ausgestiegen mit einer Mineralwasserflasche aus Glas und zwei Pet-Flaschen. Sie sei dann quasi aus dem Lift auf die rechte Seite gestürzt. Die Glasflasche sei kaputt gegangen, und dabei habe sich die Beschwerdeführerin in die rechte Hand geschnitten. Es sei zu keinem Kopfanprall und keiner Bewusstlosigkeit gekommen. Die Beschwerdeführerin habe leichte Schmerzen im Bereich des Oberarms und des Gesässes. Ein Kribbeln sei schon von einem anderen Unfall vorbestehend. Zum Status wird u.a. ausgeführt, BWS und LWS seien indolent, pDMS (periphere Durchblutung, Motorik und Sensibilität) seien intakt. Es bestehe kein Beckenkompressionsschmerz. Das Becken sei stabil. Der Bewegungsumfang der Hüfte beidseits sei regelrecht und indolent. Die Beine seien frei beweglich und indolent. Es bestehe eine Prellmarke dorsal vom Tractus iliotibialis im Bereich des oberen Femur-Drittels. HWS/BWS/LWS seien nicht druck- und klopfdolent. 4.2 Das MRI Knie nativ links vom 22. Juni 2015 zeigte gemäss Bericht des Röntgeninstituts [...] vom 22. Juni 2015 (Suva-Nr. 14) einen horizontalen Riss des lateralen Meniskus im Corpus zum Vorderhorn mit einem kleinen Ganglion auf Höhe des Tractus iliotibialis. Die übrigen Kniebinnenstrukturen waren intakt. Es bestand eine Baker-Zyste. 4.3 Am 2. Dezember 2015 erstattete die Arbeitgeberin die Schadenmeldung UVG mit dem Schadendatum 13. November 2014 und dem Rückfalldatum 22. Januar 2015. Neben der Handverletzung wurde auch eine solche an beiden Knien erwähnt. Zum Sachverhalt wurde erklärt, der Lift habe nicht auf Bodenhöhe gehalten. Die Beschwerdeführerin sei beim Aussteigen gestürzt und habe sich an einer Glasflasche geschnitten. Beim Aussteigen sei sie auf beide Knie gefallen. Nach einigen Wochen seien vermehrt Schmerzen in beiden Knien aufgetreten (Suva-Nr. 8). 4.4 Dr. med. B.\_\_\_\_ führt in seinem Schreiben vom 19. November 2015 (Suva-Nr. 3) aus, die Beschwerdeführerin habe eine laterale Meniskusläsion, welche mit grosser Wahrscheinlichkeit auf den Sturz vom 13. November 2014 zurückzuführen sei. Im Arzteugnis UVG vom 3. Dezember 2015 (Suva-Nr. 10) erklärt Dr. med. B.\_\_\_\_, die Erstbehandlung bei ihm habe am 23. Februar 2015 stattgefunden. Bei dem Lift-Sturz vom 13. November 2014 habe sich die Beschwerdeführerin eine Rissquetschwunde am Finger IV rechts und eine Schulterkontusion zugezogen. Das linke Knie habe sie auch angeschlagen. Im Verlauf des Jahres 2015 hätten die Knieschmerzen links zugenommen. Objektive Befunde seien Schmerzen am lateralen Gelenkspalt des linken Knies. Im MRI zeige sich eine laterale

Meniskusläsion links. Zwei Serien Physiotherapie seit Juli 2015 hätten keine Besserung gebracht. Eventuell werde eine kreisärztliche Untersuchung notwendig sein. 4.5 Der Kreisarzt Dr. med. C.\_\_\_\_ weist in seiner Stellungnahme vom 18. Januar 2016 (Suva-Nr. 16) darauf hin, dass echtzeitlich keine Verletzungen der Knie dokumentiert worden seien. Es habe einzig ein Hämatom im Bereich des proximalen Oberschenkels bestanden. Hinweise darauf, dass es nach dem Trauma zu einer relevanten Schwellung gekommen oder ein Bluterguss im Bereich des linken Knies aufgetreten sei, fänden sich in den echtzeitlichen Akten nicht. Falls es unabhängig davon zu einer Kontusion des Knies gekommen sein sollte, sei nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die degenerativen Veränderungen dadurch ausgelöst oder verschlimmert worden seien. Gemäss Hausarzt seien die Beschwerden verzögert aufgetreten, was gegen eine namhafte Traumatisierung spreche. Des Weiteren seien horizontale Risse der Menisken üblicherweise eine Folge von degenerativen Veränderungen. Zusammenfassend werde in den echtzeitlichen Akten eine direkte Kontusion im Bereich der Hüfte beim Aufschlagen auf den Boden erwähnt. Zu einem späteren Zeitpunkt seien Knieschmerzen aufgetreten. Passend dazu sei im MRI des linken Knies keine Bone bruise im Bereich der ossären Strukturen nachgewiesen worden, welche ein Hinweis auf eine erhebliche direkte Kontusion sei. Schliesslich sei in keinem der medizinischen Berichte ein Kniegelenkserguss erwähnt, wie er im Rahmen einer akuten, traumabedingten Meniskusläsion überwiegend wahrscheinlich zu erwarten sei. 4.6 Dr. med. D.\_\_\_\_ diagnostiziert in seinem Bericht vom 16. Februar 2016 (Suva-Nr. 24) eine unfallbedingte laterale Meniskusläsion links. Zur Anamnese führt er aus, die Beschwerdeführerin habe einen sich öffnenden Lift verlassen wollen, welcher aber deutlich überhöht angehalten habe. Sie sei deswegen regelrecht ins Leere getreten und heftig gestürzt. Im Vordergrund sei zunächst eine Schnittverletzung an der Hand gestanden. Bezüglich mitaufgetretener lateraler Knieschmerzen habe die Beschwerdeführerin zunächst den Spontanverlauf abwarten wollen. Diese Knieschmerzen hätten dann aber über das vergangene Jahr immer mehr zugenommen. Der Alltag könne zwar gemeistert werden. Die bewegungs- und belastungsabhängigen Beschwerden seien aber lästig. Klinisch fänden sich eine physiologische Beinachse und eine Druckdolenz über dem intermediären lateralen Gelenkspalt. Die lateralen Meniskuszeichen seien positiv. Es bestehe kein Hinweis auf eine relevante Popliteus-Problematik. Im Übrigen sei der Kniestatus bland. Die mitgebrachte Kernspintomographie vom 22. Juni 2015 zeige eine Rissbildung im lateralen Meniskus von der Intermediär- bis zur Vorderhornzone reichend. Im Übrigen sei die MRT unauffällig. Aufgrund der kernspintomographischen Befunde und des klaren Unfallereignisses habe er keinerlei Zweifel an der unfallbedingten Kausalität für die laterale Meniskusläsion und sehe somit die Unfallversicherung in der Leistungspflicht. 4.7 In seiner Beurteilung vom 7. April 2016 (Suva-Nr. 30) gibt der Kreisarzt Dr. med. C.\_\_\_\_ zunächst auszugsweise die Vorakten wieder. Weiter führt er ergänzend zu seiner früheren Einschätzung vom 18. Januar 2016 (E. II. 4.5 hiervor) aus, für die Verletzung des Meniskus sei eine Kraftübertragung mit Einklemmen des Meniskus zwischen Unterschenkel und Oberschenkel bei fixiertem Unterschenkel, damit der Meniskus nicht ausweichen könne, notwendig. Falls der Fuss nicht fixiert sei und kein Körpergewicht auf das Knie über den Oberschenkel einwirke, sei ein Einklemmen und somit ein Zerreißen des Meniskus nicht überwiegend wahrscheinlich erklärbar. Aufgrund dessen sei auch ohne nachgewiesene Prellmarke von einer Kontusion der Kniescheibe auszugehen, wobei bei fehlender Weichteilläsion die Krafteinwirkung zu relativieren sei. Weiter werde in den Arztberichten kein Kniegelenkserguss erwähnt. Zusammenfassend sei bei ungeeignetem

Traumamechanismus, d.h. mit freiem Unterschenkel und somit fehlender Kraftübertragung vom Oberschenkel zum Unterschenkel, eine Meniskusläsion nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu erklären. Die Prellung der Kniescheibe sei im Verlauf bei fehlenden klinischen Symptomen abgeheilt. Der Unfallmechanismus sei nicht geeignet, eine Verletzung des Meniskus auszulösen. 4.8 Im Beschwerdeverfahren wurde eine Stellungnahme von Dr. med. D.\_\_\_\_ vom 27. Juni 2016 eingereicht. Zum Argument, die Beschwerden seien verzögert aufgetreten, führt Dr. med. D.\_\_\_\_ aus, die Beschwerdeführerin habe ihm gegenüber glaubhaft erklärt, dass im Rahmen des heftigen Unfallereignisses ein lateraler Knieschmerz aufgetreten sei, welchem sie aber zunächst keine Bedeutung beimessen habe, insbesondere auch angesichts der im Vordergrund stehenden Begleitverletzungen. Dass sie diesen lateralen Knieschmerz nicht habe aktenkundig werden lassen, sei im Nachhinein einerseits bedauerlich. Andererseits aber sei es eigentlich auch begrüssenswert, da die Beschwerdeführerin zunächst auf die Spontanheilung habe vertrauen wollen, was in vielen Fällen durchaus auch kostensenkend wirke. Die Aussage von Dr. med. C.\_\_\_\_, horizontale Risse der Menisken seien üblicherweise eine Folge von degenerativen Veränderungen, möge für den Innenmeniskus zutreffen, gelte aber nach seiner, Dr. med. D.\_\_\_\_, 20jährigen Erfahrung nicht für den Aussenmeniskus. Hier stünden bei Meniskusdegeneration vielmehr Veränderungen mit deutlicher Längsfransung in den sogenannten Vorderhornanteilen und zentraler zerzauster Rissbildung im Vordergrund. Die bei der Beschwerdeführerin kernspintomographisch sichtbare Läsion sei jedoch basisnah ohne zusätzliche degenerative Meniskusveränderungen, welche für einen spontanen (nicht unfallbedingten) Riss notwendig wären. Zur weiteren Beurteilung von Dr. med. C.\_\_\_\_ dürfe gesagt werden, dass für eine Meniskusläsion tatsächlich in der Regel grosse Scherkräfte auf den zwischen Ober- und Unterschenkel liegenden Meniskus notwendig seien; diese träten vor allem unter belasteten Rotationen auf. Eine Fixation des Fusses sei dazu nicht zwingend, da auch der belastete Fuss je nach Schuhwerk und Untergrund derart Halt finde, dass er einer belasteten Rotationsbewegung nicht durch Weggleiten oder Ähnliches ausweichen könne. Trotzdem dürfe gesagt werden, dass der Fuss auch bei einem Sturz je nach Auflage auf dem Boden derart fixiert sein und einer übermässigen Rotation nicht ausweichen könne. Die Beschwerdeführerin sei bei dem Ereignis aus dem unerwartet falsch nivellierten Lift ins Leere getreten, was auf jeden Fall der Definition eines unfallähnlichen Ereignisses mit einer sinnfälligen Bewegung und Belastung entspreche. Das Nichtvorhandensein einer Prellmarke sei aus Sicht von Dr. med. D.\_\_\_\_ ohne Bedeutung, da der Meniskusschaden in der vorliegenden Form nicht durch eine Direktkontusion, sondern durch die erwähnte belastete Rotation entstanden sei. Eine isolierte Meniskusläsion führe wiederum nach seiner Erfahrung in der Regel nicht zu einer Ergussbildung; eine solche sei in den meisten Fällen auf Begleitverletzungen (Kapsel-, Bandläsionen) zurückzuführen. Ein Erguss in der Akutsituation entspreche einer Einblutung (Hämarthros), für welche eine isolierte Verletzung des Meniskus mit seiner geringen Durchblutung nicht geeignet sei. Abschliessend sei noch zu bemerken, dass auch isolierte degenerative Meniskusläsionen nur selten vorhanden seien. In der Regel fänden sich begleitend bedeutende weitere Knieinnenveränderungen, was bei der Beschwerdeführerin nicht der Fall sei (Beschwerdebeilage [BB-]Nr. 3). 4.9 Dr. med. E.\_\_\_\_ weist in seiner Stellungnahme vom 9. August 2016 zunächst darauf hin, dass die Beschwerdeführerin am Unfalltag durch Dr. med. F.\_\_\_\_ eingehend untersucht wurde, wobei die Beine als frei beweglich und indolent beschrieben wurden (vgl. E. II. 4.1 hiervor). Er führt aus, es bleibe ungeklärt,

warum die Beschwerdeführerin gegenüber der untersuchenden Fachärztin laterale Knieschmerzen links verschwiegen haben sollte. Ein am gleichen Tag erlittener Meniskusriss hätte sich, so Dr. med. E.\_\_\_\_ weiter, ganz ohne Zweifel spätestens beim Verlassen der Klinik zu Fuss bemerkbar gemacht. Die Feststellung von Dr. med. D.\_\_\_\_, degenerative Veränderungen äusserten sich am Aussenmeniskus – anders als beim Innenmeniskus – nicht als horizontale Risse, sondern als Veränderungen mit deutlicher Längsfransung, sei sachlich falsch, wie sich aus der publizierten medizinischen Evidenz ergebe. Es treffe zwar zu, dass degenerative Veränderungen zahlenmässig häufiger den Innenmeniskus als den Aussenmeniskus betreffen. Die Bildmorphologie der Degeneration, wie sie sich mittels Magnetresonanztomographie heute in qualitativ hervorragender, hoher Auflösung bildgebend darstellen lasse, sei jedoch für Innen- und Aussenmeniskus identisch. Laut der Befundung durch den Radiologen des Röntgeninstituts [...] hätten die Magnetresonanztomogramme des linken Kniegelenks vom 22. Juni 2015 einen horizontalen Riss im Corpus zum Vorderhorn mit einem kleinen Ganglion auf Höhe des Tractus iliotibialis gezeigt. Der mediale Meniskus habe sich regelmässig dreieckig dargestellt (vgl. E. II. 4.2 hiervor). Die Aussage von Dr. med. D.\_\_\_\_, die bei der Beschwerdeführerin kernspintomographisch sichtbare Läsion sei basisnah ohne zusätzliche degenerative Meniskusveränderungen, stehe in klarem Widerspruch zur Befundung des Radiologen und sei in Anbetracht der vorliegenden Bildgebung sachlich nicht zutreffend. Wie aus den (in der Stellungnahme von Dr. med. E.\_\_\_\_ enthaltenen) Abbildungen des Aussen- und des Innenmeniskus gemäss MRI vom 22. Juni 2015 ersichtlich sei, weise der Aussenmeniskus deutlich erkennbare degenerative Veränderungen auf, die sich auf dem Bild durch Aufhellungen zeigten. Demgegenüber weise der Innenmeniskus, wie vom Radiologen korrekt festgehalten worden sei, keine zentrale Aufhellung und somit keine Degeneration auf. Dr. med. D.\_\_\_\_ habe in seinem früheren Bericht vom 16. Februar 2016 (E. II. 4.6 hiervor) selbst festgehalten, die mitgebrachte Kernspintomographie vom 22. Juni 2015 zeige eine Rissbildung im lateralen Meniskus von der Intermediär- bis in die Vorderhornzone reichend. Die Magnetresonanztomogramme des linken Kniegelenks vom 22. Juni 2015 zeigten den bildmorphologisch klassischen Befund einer Degeneration des Aussenmeniskus ohne jegliche (direkte oder indirekte) Hinweise auf eine traumatische Genese dieser Veränderungen. Was die Aussagen von Dr. med. D.\_\_\_\_ zur Entstehung einer Meniskusläsion anbelange, sei es zutreffend, dass Menisken des Kniegelenks nur durch Scherkräfte zerrissen werden könnten. Druck und Zug in axialer Richtung könnten Menisken nicht beschädigen, ohne zugleich Bänder, Knorpel und Knochen erkennbar zu schädigen; dass letzteres nicht geschehen sei, könne aus der Befundbeschreibung vom Unfalltag aus dem Kantonsspital [...] (vgl. E. II. 4.1 hiervor) geschlossen werden und werde zusätzlich durch die Tomogramme vom Juni 2015 bestätigt. Damit Scherkräfte innerhalb des Kniegelenks aufträten, sei es zwingend notwendig, dass der eine der beiden gelenkbildenden Knochen (Oberschenkelknochen und Schienbein) dem anderen in der Drehbewegung nicht folgen kann, das heisst in irgendeiner Weise fixiert ist. In den meisten Fällen sei der Fuss auf dem Boden fixiert (z.B. am Skilift im Skischuh auf dem Ski, auf dem eine andere Person steht) und der Oberschenkel drehe im Kniegelenk gewaltsam in irgendeine Richtung. Dass ein Schuh auf dem Boden derartigen Halt finde und in biomechanischer Hinsicht dort «fixiert» sei, sei höchst unwahrscheinlich. Zum Unfallhergang sei den Akten zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin aus einem (Personen-)Lift ausgestiegen sei. Zwischen dem Boden des Lifts und dem Geschossboden habe eine Höhendifferenz (angegeben mit zirka 40 cm) bestanden; diese habe die

Beschwerdeführerin nicht bemerkt und sei deshalb «ins Leere» getreten. Gemäss den Schilderungen im Bericht der ambulanten Notfallstation des Kantonsspitals [...], Dr. med. F.\_\_\_\_, vom 13. November 2014 (E. II. 4.1 hiervor), sei die Beschwerdeführerin auf die rechte Körperseite gestürzt. Aufgrund der bekannten Biomechanik des menschlichen Ganges sei es stark überwiegend wahrscheinlich, dass die Beschwerdeführerin geradeaus gehend, mit dem rechten Fuss voran, den Lift verlassen habe, denn nur so lasse sich der Sturz auf die rechte Körperseite erklären. Wenn das rechte Bein anschliessend «ins Leere» getreten sei, habe das linke Bein schlagartig den Halt auf dem Boden verloren; dies sei genau das Gegenteil dessen, was Dr. med. D.\_\_\_\_ als Unfallmechanismus ins Feld führe. Das linke Bein könne beim Sturz auf die rechte Körperseite schwerlich am Boden fixiert gewesen sein, wie es für ein Rotationstrauma im linken Kniegelenk notwendig wäre. Missverständlich sei auch die Aussage von Dr. med. D.\_\_\_\_, wonach isolierte degenerative Meniskusläsionen nur selten vorhanden seien. Die Beschwerdeführerin sei 1953 geboren. Epidemologische Untersuchungen zeigten, dass degenerative Veränderungen von Menisken ohne Zweifel im Jugendalter selten seien, im Laufe der Zeit aber an Häufigkeit zunähmen. Zusammenfassend sei in den echtzeitlichen Berichten keine Verletzung des linken Kniegelenks dokumentiert. Der Aussenmeniskus weise in den bildgebenden Aufnahmen, entgegen der Interpretation von Dr. med. D.\_\_\_\_, eindeutige Zeichen einer Degeneration auf, während sich keine direkten oder indirekten Zeichen einer tatsächlichen Gewalteinwirkung auf das linke Kniegelenk zeigten. Aufgrund der aktenkundigen Angaben zum Unfallhergang sei eine Fixierung des linken Beines auf dem Boden – als biomechanische conditio sine qua non für ein traumatisch wirksames Rotationstrauma im linken Kniegelenk – zum Zeitpunkt des Sturzes auf die rechte Körperseite in höchstem Masse unwahrscheinlich. Daher bestehe mit überwiegender Wahrscheinlichkeit kein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen dem versicherten Ereignis vom 13. November 2014 und der im Juni 2015 diagnostizierten Meniskusläsion.

## **E. 5**

5.1 Die Beschwerdegegnerin geht gestützt auf die Stellungnahmen des Kreisarztes Dr. med. C.\_\_\_\_ sowie von Dr. med. E.\_\_\_\_, Suva-Versicherungsmedizin, davon aus, die bei der Beschwerdeführerin im MRI festgestellte Meniskusläsion am linken Knie stehe mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in keinem Kausalzusammenhang mit dem Unfallereignis vom 13. November 2014. Die Beschwerdeführerin bestreitet die Beweiskraft dieser ärztlichen Stellungnahmen. Sie stützt sich dabei insbesondere auf die Berichte von Dr. med. D.\_\_\_\_.

5.2 Die Stellungnahme von Dr. med. E.\_\_\_\_ vom 9. August 2016 (E. II. 4.9 hiervor) stützt sich auf die vollständigen Vorakten; diese enthalten einen lückenlosen Befund und vermitteln ein umfassendes Bild des relevanten Sachverhalts. Daher führt das Fehlen einer persönlichen Untersuchung nicht zu einer Schmälerung des Beweiswertes der Stellungnahme von Dr. med. E.\_\_\_\_ (vgl. E. II. 3.5 hiervor); diese erscheint auch als schlüssig und nachvollziehbar, gelangt der Arzt doch zu klaren Ergebnissen, welche er in plausibler Weise aus den vorhandenen Unterlagen herleitet und begründet. Inhaltlich legt Dr. med. E.\_\_\_\_ dar, dass gewichtige Umstände gegen einen Kausalzusammenhang sprechen. Seine diesbezüglichen Ausführungen sind plausibel und stimmen mit der Aktenlage überein. Insbesondere trifft es zu, dass der am Unfalltag erstellte Bericht von Dr. med. F.\_\_\_\_ (E. II. 4.1 hiervor) eine Beschreibung des Unfallhergangs – wie ihn die Beschwerdeführerin geschildert haben muss – sowie eine ausführliche Darstellung der Befunde enthält. Offensichtlich führte die Ärztin eine umfassende Untersuchung durch. Sie hielt fest, die Beine seien frei beweglich und indolent. Die Knie werden nicht speziell

erwähnt. Auch die Beschreibung des Unfallhergangs und die gestellte Diagnose (Sturz mit Kontusion Schulter rechts und Hüfte rechts, Schnittwunde DIG IV) erwähnen keine Knieverletzung. Ein traumatischer Meniskusriss müsste, wie Dr. med. E.\_\_\_\_ darlegt, innert sehr kurzer Zeit zu erheblichen Beschwerden geführt haben. Dass in den ersten Tagen und Wochen nach dem Ereignis vom 13. November 2014 derartige Beschwerden aufgetreten wären, ist nicht aktenkundig. Die Erstbehandlung bei Dr. med. B.\_\_\_\_ war am 23. Februar 2015, mehr als drei Monate nach dem Unfall. Die Meldung an die Beschwerdegegnerin, worin Dr. med. B.\_\_\_\_ die laterale Meniskusläsion erwähnte und auf den Unfall vom 13. November 2014 zurückführte, datiert vom 19. November 2015 (vgl. E. II. 4.4). Die MRI-Aufnahmen wurden am 22. Juni 2015 erstellt. Vor diesem Hintergrund kann nicht als erstellt gelten, dass zeitnah zum Unfallereignis erhebliche Beschwerden am linken Knie vorlagen, und dies spricht gegen die Unfallkausalität. Überzeugend sind auch die Ausführungen von Dr. med. E.\_\_\_\_ zum Unfallhergang. Er weist zu Recht darauf hin, dass aufgrund der echtzeitlichen Beschreibungen von einem Sturz auf die rechte Körperseite auszugehen ist; dieser führte gemäss dem Bericht von Dr. med. F.\_\_\_\_ vom 13. November 2014 (Suva-Nr. 12) neben der Handverletzung zu einer Kontusion der rechten Schulter und der rechten Hüfte. Dieser Sturz nach dem «ins-Leere-Treten» lässt, wie Dr. med. E.\_\_\_\_ nachvollziehbar und plausibel darlegt, mit hoher Wahrscheinlichkeit darauf schliessen, dass die Beschwerdeführerin den Lift mit dem rechten Fuss verlassen haben muss. Dies wiederum lässt eine Fixierung des linken Fusses, welche für ein Rotationstrauma, das einen traumatischen Meniskusriss verursachen könnte, voraussetzen wäre, als praktisch ausgeschlossen erscheinen. Angesichts dieser inhaltlich überzeugenden Darlegungen bildet der Bericht von Dr. med. E.\_\_\_\_ grundsätzlich eine geeignete Beurteilungsgrundlage. 5.3 Zu prüfen bleibt, ob die entgegen stehenden Beurteilungen der behandelnden Ärzte die Ergebnisse der Stellungnahme von Dr. med. E.\_\_\_\_ in Frage stellen. Wie dargelegt (E. II. 3.4 hiervor), sind ergänzende Abklärungen notwendig, wenn auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Stellungnahme von Dr. med. E.\_\_\_\_ geweckt werden. Dr. med. B.\_\_\_\_ führt zwar in seinem Schreiben vom 19. November 2015 (vgl. E. II. 4.4 hiervor) die Meniskusläsion mit grosser Wahrscheinlichkeit auf den Sturz vom 13. November 2014 zurück. Er begründet dies jedoch nicht näher. Seine Einschätzung ist Dr. med. E.\_\_\_\_ bekannt gewesen und nicht geeignet, dessen differenzierte Argumentation in Frage zu stellen. Dr. med. D.\_\_\_\_ erklärt in seinem Bericht vom 16. Februar 2016 (E. II. 4.6 hiervor), er habe «aufgrund der kernspintomographischen Befunde und des klaren Unfallereignisses» keinerlei Zweifel an der Unfallkausalität. Hierzu ist zu bemerken, dass ein «klares Unfallereignis» insofern nicht vorliegt, als Dr. med. D.\_\_\_\_ von «mitaufgetretenen Kniebeschwerden» ausgeht, in den echtzeitlichen Dokumenten aber keine Knieverletzung erwähnt wird. Es ist zwar nicht ausgeschlossen, dass die Beschwerdeführerin bereits bald nach dem Unfall an Kniebeschwerden gelitten hat. Angesichts der Darstellung der Befunde im am Unfalltag erstellten Bericht von Dr. med. F.\_\_\_\_ (E. II. 4.1 hiervor) kann dies aber nicht als überwiegend wahrscheinlich gelten. In seiner ausführlichen Stellungnahme vom 27. Juni 2016 (E. II. 4.8 hiervor) geht Dr. med. D.\_\_\_\_ wiederum von einem lateralen Knieschmerz aus, der «im Rahmen des Unfallereignisses» aufgetreten sei. Er liefert aber keine Erklärung, warum im Bericht von Dr. med. F.\_\_\_\_ keine derartige Symptomatik erwähnt wird und stattdessen die Beine als frei beweglich und indolent bezeichnet werden. Die Aussage, eine Meniskusdegeneration am Aussenmeniskus führe generell nicht zu horizontalen Rissen, wurde durch Dr. med. E.\_\_\_\_ unter Hinweis auf die Literatur widerlegt. Dasselbe gilt für die Beschreibung der im MRI

sichtbaren Läsion als basisnah ohne zusätzliche degenerative Meniskusveränderungen. Denn Dr. med. E. \_\_\_ legt unter konkreter Bezugnahme auf die Darstellung im MRI vom 22. Juni 2015 dar, dass sich Läsionen am Aussenmeniskus zeigten. Die Bemerkung von Dr. med. D. \_\_\_, isolierte degenerative Meniskuläsionen seien selten, trifft, wie Dr. med. E. \_\_\_ gestützt auf die medizinische Literatur schlüssig darlegt, auf Jugendliche zu, nicht aber auf Personen im Alter der Beschwerdeführerin. Die Ausführungen von Dr. med. D. \_\_\_ zum Verletzungsmechanismus, wonach eine belastete Rotation stattgefunden habe, lassen eine Bezugnahme zum konkreten Unfallhergang vermissen. Dr. med. E. \_\_\_ legt nachvollziehbar und überzeugend dar, dass der echtzeitlich dokumentierte Tritt ins Leere mit anschliessendem Sturz auf die rechte Seite einen Unfallmechanismus, der zu einer belasteten Rotationsbewegung des linken Knies hätte führen können, als sehr unwahrscheinlich erscheinen lässt. Damit bleiben auch unter Berücksichtigung der ausführlichen Stellungnahme von Dr. med. D. \_\_\_ keine Fragen offen, welche durch die Beurteilung von Dr. med. E. \_\_\_ vom 9. August 2016 nicht geklärt worden wären. An deren Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen keine auch nur geringen Zweifel. 6. Zusammenfassend ist der Stellungnahme von Dr. med. E. \_\_\_ vom 9. August 2016 (E. II. 4.9 hiervor) volle Beweiskraft beizumessen. Die teilweise abweichenden Einschätzungen in den Berichten der behandelnden Ärzte sind nicht geeignet, auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Beurteilung von Dr. med. E. \_\_\_ zu wecken. Dementsprechend ist mit der Beschwerdegegnerin davon auszugehen, dass die im MRI vom 22. Juni 2015 zur Darstellung gelangende Meniskuläsion in keinem natürlichen Kausalzusammenhang mit dem Ereignis vom 13. November 2014 steht. Damit scheidet ein Anspruch auf Leistungen der Beschwerdegegnerin unter dem Titel eines Unfalls wie auch einer unfallähnlichen Körperschädigung aus. Die Beschwerde ist abzuweisen. 7. Bei diesem Ausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. Art. 61 lit. g ATSG). 8. Das Verfahren ist kostenlos (Art. 61 lit. a ATSG).

## **E. 17**

S. 63 E. 7.2, 8C\_239/2008).

4. Streitig und zu prüfen ist der natürliche Kausalzusammenhang zwischen der Meniskuläsion am linken Knie und dem Unfallereignis vom 13. November 2014. Die Akten enthalten die folgenden Angaben:

4.1 Dem Bericht der ambulanten Notfallstation des Kantonsspitals [...], Dr. med. F. \_\_\_, Spitalfachärztin, [...], vom 13. November 2014 (Suva-Nr. 12) ist die Diagnose «Sturz mit Kontusion Schulter rechts und Hüfte rechts, Schnittwunde DIG IV» zu entnehmen. Die Beschwerdeführerin sei bei der Arbeit in einem Lift gewesen. Sie habe aussteigen wollen und der Lift habe leider nicht auf Bodenhöhe angehalten, sondern zirka 40 cm über dem Boden. Sie habe dies nicht bemerkt, und sei ausgestiegen mit einer Mineralwasserflasche aus Glas und zwei Pet-Flaschen. Sie sei dann quasi aus dem Lift auf die rechte Seite gestürzt. Die Glasflasche sei kaputt gegangen, und dabei habe sich die Beschwerdeführerin in die rechte Hand geschnitten. Es sei zu keinem Kopfanprall und keiner Bewusstlosigkeit gekommen. Die Beschwerdeführerin habe leichte Schmerzen im Bereich des Oberarms und des Gesässes. Ein Kribbeln sei schon von einem anderen Unfall vorbestehend. Zum Status wird u.a. ausgeführt, BWS und LWS seien indolent, pDMS (periphere Durchblutung, Motorik und Sensibilität) seien intakt. Es bestehe kein Beckenkompressionsschmerz. Das Becken sei stabil. Der Bewegungsumfang der Hüfte beidseits sei regelrecht und indolent. Die Beine seien frei beweglich und indolent. Es bestehe eine Prellmarke dorsal vom Tractus

iliotibialis im Bereich des oberen Femur-Drittels. HWS/BWS/LWS seien nicht druck- und klopfdolent.

4.2 Das MRI Knie nativ links vom 22. Juni 2015 zeigte gemäss Bericht des Röntgeninstituts [...] vom 22. Juni 2015 (Suva-Nr. 14) einen horizontalen Riss des lateralen Meniskus im Corpus zum Vorderhorn mit einem kleinen Ganglion auf Höhe des Tractus iliotibialis. Die übrigen Kniebinnenstrukturen waren intakt. Es bestand eine Baker-Zyste.

4.3 Am 2. Dezember 2015 erstattete die Arbeitgeberin die Schadenmeldung UVG mit dem Schadendatum 13. November 2014 und dem Rückfalldatum 22. Januar 2015. Neben der Handverletzung wurde auch eine solche an beiden Knien erwähnt. Zum Sachverhalt wurde erklärt, der Lift habe nicht auf Bodenhöhe gehalten. Die Beschwerdeführerin sei beim Aussteigen gestürzt und habe sich an einer Glasflasche geschnitten. Beim Aussteigen sei sie auf beide Knie gefallen. Nach einigen Wochen seien vermehrt Schmerzen in beiden Knien aufgetreten (Suva-Nr. 8).

4.4 Dr. med. B. \_\_\_ führt in seinem Schreiben vom 19. November 2015 (Suva-Nr. 3) aus, die Beschwerdeführerin habe eine laterale Meniskusläsion, welche mit grosser Wahrscheinlichkeit auf den Sturz vom 13. November 2014 zurückzuführen sei. Im Arzzeugnis UVG vom 3. Dezember 2015 (Suva-Nr. 10) erklärt Dr. med. B. \_\_\_, die Erstbehandlung bei ihm habe am 23. Februar 2015 stattgefunden. Bei dem Lift-Sturz vom 13. November 2014 habe sich die Beschwerdeführerin eine Rissquetschwunde am Finger IV rechts und eine Schulterkontusion zugezogen. Das linke Knie habe sie auch angeschlagen. Im Verlauf des Jahres 2015 hätten die Knieschmerzen links zugenommen. Objektive Befunde seien Schmerzen am lateralen Gelenkspalt des linken Knies. Im MRI zeige sich eine laterale Meniskusläsion links. Zwei Serien Physiotherapie seit Juli 2015 hätten keine Besserung gebracht. Eventuell werde eine kreisärztliche Untersuchung notwendig sein.

4.5 Der Kreisarzt Dr. med. C. \_\_\_ weist in seiner Stellungnahme vom 18. Januar 2016 (Suva-Nr. 16) darauf hin, dass echtzeitlich keine Verletzungen der Knie dokumentiert worden seien. Es habe einzig ein Hämatom im Bereich des proximalen Oberschenkels bestanden. Hinweise darauf, dass es nach dem Trauma zu einer relevanten Schwellung gekommen oder ein Bluterguss im Bereich des linken Knies aufgetreten sei, fänden sich in den echtzeitlichen Akten nicht. Falls es unabhängig davon zu einer Kontusion des Knies gekommen sein sollte, sei nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die degenerativen Veränderungen dadurch ausgelöst oder verschlimmert worden seien. Gemäss Hausarzt seien die Beschwerden verzögert aufgetreten, was gegen eine namhafte Traumatisierung spreche. Des Weiteren seien horizontale Risse der Menisken üblicherweise eine Folge von degenerativen Veränderungen. Zusammenfassend werde in den echtzeitlichen Akten eine direkte Kontusion im Bereich der Hüfte beim Aufschlagen auf den Boden erwähnt. Zu einem späteren Zeitpunkt seien Knieschmerzen aufgetreten. Passend dazu sei im MRI des linken Knies keine Bone bruise im Bereich der ossären Strukturen nachgewiesen worden, welche ein Hinweis auf eine erhebliche direkte Kontusion sei. Schliesslich sei in keinem der medizinischen Berichte ein Kniegelenkserguss erwähnt, wie er im Rahmen einer akuten, traumabedingten Meniskusläsion überwiegend wahrscheinlich zu erwarten sei.

4.6 Dr. med. D. \_\_\_ diagnostiziert in seinem Bericht vom 16. Februar 2016 (Suva-Nr. 24) eine unfallbedingte laterale Meniskusläsion links. Zur Anamnese führt er aus, die

Beschwerdeführerin habe einen sich öffnenden Lift verlassen wollen, welcher aber deutlich überhöht angehalten habe. Sie sei deswegen regelrecht ins Leere getreten und heftig gestürzt. Im Vordergrund sei zunächst eine Schnittverletzung an der Hand gestanden. Bezüglich mitaufgetretener lateraler Knieschmerzen habe die Beschwerdeführerin zunächst den Spontanverlauf abwarten wollen. Diese Knieschmerzen hätten dann aber über das vergangene Jahr immer mehr zugenommen. Der Alltag könne zwar gemeistert werden. Die bewegungs- und belastungsabhängigen Beschwerden seien aber lästig. Klinisch fänden sich eine physiologische Beinachse und eine Druckdolenz über dem intermediären lateralen Gelenkspalt. Die lateralen Meniskuszeichen seien positiv. Es bestehe kein Hinweis auf eine relevante Popliteus-Problematik. Im Übrigen sei der Kniestatus bland. Die mitgebrachte Kernspintomographie vom 22. Juni 2015 zeige eine Rissbildung im lateralen Meniskus von der Intermediär- bis zur Vorderhornzone reichend. Im Übrigen sei die MRT unauffällig. Aufgrund der kernspintomographischen Befunde und des klaren Unfallereignisses habe er keinerlei Zweifel an der unfallbedingten Kausalität für die laterale Meniskusläsion und sehe somit die Unfallversicherung in der Leistungspflicht.

4.7 In seiner Beurteilung vom 7. April 2016 (Suva-Nr. 30) gibt der Kreisarzt Dr. med. C.\_\_\_\_ zunächst auszugsweise die Vorakten wieder. Weiter führt er ergänzend zu seiner früheren Einschätzung vom 18. Januar 2016 (E. II. 4.5 hiervor) aus, für die Verletzung des Meniskus sei eine Kraftübertragung mit Einklemmen des Meniskus zwischen Unterschenkel und Oberschenkel bei fixiertem Unterschenkel, damit der Meniskus nicht ausweichen könne, notwendig. Falls der Fuss nicht fixiert sei und kein Körpergewicht auf das Knie über den Oberschenkel einwirke, sei ein Einklemmen und somit ein Zerreißen des Meniskus nicht überwiegend wahrscheinlich erklärbar. Aufgrund dessen sei auch ohne nachgewiesene Prellmarke von einer Kontusion der Kniescheibe auszugehen, wobei bei fehlender Weichteilläsion die Krafteinwirkung zu relativieren sei. Weiter werde in den Arztberichten kein Kniegelenkserguss erwähnt. Zusammenfassend sei bei ungeeignetem Traumamechanismus, d.h. mit freiem Unterschenkel und somit fehlender Kraftübertragung vom Oberschenkel zum Unterschenkel, eine Meniskusläsion nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu erklären. Die Prellung der Kniescheibe sei im Verlauf bei fehlenden klinischen Symptomen abgeheilt. Der Unfallmechanismus sei nicht geeignet, eine Verletzung des Meniskus auszulösen.

4.8 Im Beschwerdeverfahren wurde eine Stellungnahme von Dr. med. D.\_\_\_\_ vom 27. Juni 2016 eingereicht. Zum Argument, die Beschwerden seien verzögert aufgetreten, führt Dr. med. D.\_\_\_\_ aus, die Beschwerdeführerin habe ihm gegenüber glaubhaft erklärt, dass im Rahmen des heftigen Unfallereignisses ein lateraler Knieschmerz aufgetreten sei, welchem sie aber zunächst keine Bedeutung beigemessen habe, insbesondere auch angesichts der im Vordergrund stehenden Begleitverletzungen. Dass sie diesen lateralen Knieschmerz nicht habe aktenkundig werden lassen, sei im Nachhinein einerseits bedauerlich. Andererseits aber sei es eigentlich auch begrüssenswert, da die Beschwerdeführerin zunächst auf die Spontanheilung habe vertrauen wollen, was in vielen Fällen durchaus auch kostensenkend wirke. Die Aussage von Dr. med. C.\_\_\_\_, horizontale Risse der Menisken seien üblicherweise eine Folge von degenerativen Veränderungen, möge für den Innenmeniskus zutreffen, gelte aber nach seiner, Dr. med. D.\_\_\_\_, 20jährigen Erfahrung nicht für den Aussenmeniskus. Hier stünden bei Meniskusdegeneration vielmehr Veränderungen mit deutlicher Längsfransung in den sogenannten Vorderhornanteilen und zentraler zerzauster Rissbildung im Vordergrund. Die bei der Beschwerdeführerin

kernspintomographisch sichtbare Läsion sei jedoch basisnah ohne zusätzliche degenerative Meniskusveränderungen, welche für einen spontanen (nicht unfallbedingten) Riss notwendig wären.

Zur weiteren Beurteilung von Dr. med. C.\_\_\_\_ dürfe gesagt werden, dass für eine Meniskusläsion tatsächlich in der Regel grosse Scherkräfte auf den zwischen Ober- und Unterschenkel liegenden Meniskus notwendig seien; diese träten vor allem unter belasteten Rotationen auf. Eine Fixation des Fusses sei dazu nicht zwingend, da auch der belastete Fuss je nach Schuhwerk und Untergrund derart Halt finde, dass er einer belasteten Rotationsbewegung nicht durch Weggleiten oder Ähnliches ausweichen könne. Trotzdem dürfe gesagt werden, dass der Fuss auch bei einem Sturz je nach Auflage auf dem Boden derart fixiert sein und einer übermässigen Rotation nicht ausweichen könne. Die Beschwerdeführerin sei bei dem Ereignis aus dem unerwartet falsch nivellierten Lift ins Leere getreten, was auf jeden Fall der Definition eines unfallähnlichen Ereignisses mit einer sinnfälligen Bewegung und Belastung entspreche. Das Nichtvorhandensein einer Prellmarke sei aus Sicht von Dr. med. D.\_\_\_\_ ohne Bedeutung, da der Meniskusschaden in der vorliegenden Form nicht durch eine Direktkontusion, sondern durch die erwähnte belastete Rotation entstanden sei. Eine isolierte Meniskusläsion führe wiederum nach seiner Erfahrung in der Regel nicht zu einer Ergussbildung; eine solche sei in den meisten Fällen auf Begleitverletzungen (Kapsel-, Bandläsionen) zurückzuführen. Ein Erguss in der Akutsituation entspreche einer Einblutung (Hämarthros), für welche eine isolierte Verletzung des Meniskus mit seiner geringen Durchblutung nicht geeignet sei. Abschliessend sei noch zu bemerken, dass auch isolierte degenerative Meniskusläsionen nur selten vorhanden seien. In der Regel fänden sich begleitend bedeutende weitere Knieinnenveränderungen, was bei der Beschwerdeführerin nicht der Fall sei (Beschwerdebeilage [BB-]Nr. 3).

4.9 Dr. med. E.\_\_\_\_ weist in seiner Stellungnahme vom 9. August 2016 zunächst darauf hin, dass die Beschwerdeführerin am Unfalltag durch Dr. med. F.\_\_\_\_ eingehend untersucht wurde, wobei die Beine als frei beweglich und indolent beschrieben wurden (vgl. E. II. 4.1 hiervor). Er führt aus, es bleibe ungeklärt, warum die Beschwerdeführerin gegenüber der untersuchenden Fachärztin laterale Knieschmerzen links verschwiegen haben sollte. Ein am gleichen Tag erlittener Meniskusriss hätte sich, so Dr. med. E.\_\_\_\_ weiter, ganz ohne Zweifel spätestens beim Verlassen der Klinik zu Fuss bemerkbar gemacht. Die Feststellung von Dr. med. D.\_\_\_\_, degenerative Veränderungen äusserten sich am Aussenmeniskus ■ anders als beim Innenmeniskus ■ nicht als horizontale Risse, sondern als Veränderungen mit deutlicher Längsfransung, sei sachlich falsch, wie sich aus der publizierten medizinischen Evidenz ergebe. Es treffe zwar zu, dass degenerative Veränderungen zahlenmässig häufiger den Innenmeniskus als den Aussenmeniskus betreffen. Die Bildmorphologie der Degeneration, wie sie sich mittels Magnetresonanztomographie heute in qualitativ hervorragender, hoher Auflösung bildgebend darstellen lasse, sei jedoch für Innen- und Aussenmeniskus identisch. Laut der Befundung durch den Radiologen des Röntgeninstituts [...] hätten die Magnetresonanztomogramme des linken Kniegelenks vom 22. Juni 2015 einen horizontalen Riss im Corpus zum Vorderhorn mit einem kleinen Ganglion auf Höhe des Tractus iliotibialis gezeigt. Der mediale Meniskus habe sich regelmässig dreieckig dargestellt (vgl. E. II. 4.2 hiervor). Die Aussage von Dr. med. D.\_\_\_\_, die bei der Beschwerdeführerin kernspintomographisch sichtbare Läsion sei basisnah ohne zusätzliche degenerative Meniskusveränderungen, stehe in klarem Widerspruch zur

Befundung des Radiologen und sei in Anbetracht der vorliegenden Bildgebung sachlich nicht zutreffend. Wie aus den (in der Stellungnahme von Dr. med. E. \_\_\_ enthaltenen) Abbildungen des Aussen- und des Innenmeniskus gemäss MRI vom 22. Juni 2015 ersichtlich sei, weise der Aussenmeniskus deutlich erkennbare degenerative Veränderungen auf, die sich auf dem Bild durch Aufhellungen zeigten. Demgegenüber weise der Innenmeniskus, wie vom Radiologen korrekt festgehalten worden sei, keine zentrale Aufhellung und somit keine Degeneration auf. Dr. med. D. \_\_\_ habe in seinem früheren Bericht vom 16. Februar 2016 (E. II. 4.6 hiervor) selbst festgehalten, die mitgebrachte Kernspintomographie vom 22. Juni 2015 zeige eine Rissbildung im lateralen Meniskus von der Intermediär- bis in die Vorderhornzone reichend. Die Magnetresonanztomogramme des linken Kniegelenks vom 22. Juni 2015 zeigten den bildmorphologisch klassischen Befund einer Degeneration des Aussenmeniskus ohne jegliche (direkte oder indirekte) Hinweise auf eine traumatische Genese dieser Veränderungen.

Was die Aussagen von Dr. med. D. \_\_\_ zur Entstehung einer Meniskusläsion anbelange, sei es zutreffend, dass Menisken des Kniegelenks nur durch Scherkräfte zerrissen werden könnten. Druck und Zug in axialer Richtung könnten Menisken nicht beschädigen, ohne zugleich Bänder, Knorpel und Knochen erkennbar zu schädigen; dass letzteres nicht geschehen sei, könne aus der Befundbeschreibung vom Unfalltag aus dem Kantonsspital [...] (vgl. E. II. 4.1 hiervor) geschlossen werden und werde zusätzlich durch die Tomogramme vom Juni 2015 bestätigt. Damit Scherkräfte innerhalb des Kniegelenks aufträten, sei es zwingend notwendig, dass der eine der beiden gelenkbildenden Knochen (Oberschenkelknochen und Schienbein) dem anderen in der Drehbewegung nicht folgen kann, das heisst in irgendeiner Weise fixiert ist. In den meisten Fällen sei der Fuss auf dem Boden fixiert (z.B. am Skilift im Skischuh auf dem Ski, auf dem eine andere Person steht) und der Oberschenkel drehe im Kniegelenk gewaltsam in irgendeine Richtung. Dass ein Schuh auf dem Boden derartigen Halt finde und in biomechanischer Hinsicht dort «fixiert» sei, sei höchst unwahrscheinlich. Zum Unfallhergang sei den Akten zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin aus einem (Personen-)Lift ausgestiegen sei. Zwischen dem Boden des Lifts und dem Geschossboden habe eine Höhendifferenz (angegeben mit zirka 40 cm) bestanden; diese habe die Beschwerdeführerin nicht bemerkt und sei deshalb «ins Leere» getreten. Gemäss den Schilderungen im Bericht der ambulanten Notfallstation des Kantonsspitals [...], Dr. med. F. \_\_\_, vom 13. November 2014 (E. II. 4.1 hiervor), sei die Beschwerdeführerin auf die rechte Körperseite gestürzt. Aufgrund der bekannten Biomechanik des menschlichen Ganges sei es stark überwiegend wahrscheinlich, dass die Beschwerdeführerin geradeaus gehend, mit dem rechten Fuss voran, den Lift verlassen habe, denn nur so lasse sich der Sturz auf die rechte Körperseite erklären. Wenn das rechte Bein anschliessend «ins Leere» getreten sei, habe das linke Bein schlagartig den Halt auf dem Boden verloren; dies sei genau das Gegenteil dessen, was Dr. med. D. \_\_\_ als Unfallmechanismus ins Feld führe. Das linke Bein könne beim Sturz auf die rechte Körperseite schwerlich am Boden fixiert gewesen sein, wie es für ein Rotationstrauma im linken Kniegelenk notwendig wäre. Missverständlich sei auch die Aussage von Dr. med. D. \_\_\_, wonach isolierte degenerative Meniskusläsionen nur selten vorhanden seien. Die Beschwerdeführerin sei 1953 geboren. Epidemologische Untersuchungen zeigten, dass degenerative Veränderungen von Menisken ohne Zweifel im Jugendalter selten seien, im Laufe der Zeit aber an Häufigkeit zunähmen.

Zusammenfassend sei in den echtzeitlichen Berichten keine Verletzung des linken Kniegelenks dokumentiert. Der Aussenmeniskus weise in den bildgebenden Aufnahmen, entgegen der Interpretation von Dr. med. D.\_\_\_\_, eindeutige Zeichen einer Degeneration auf, während sich keine direkten oder indirekten Zeichen einer tatsächlichen Gewalteinwirkung auf das linke Kniegelenk zeigten. Aufgrund der aktenkundigen Angaben zum Unfallhergang sei eine Fixierung des linken Beines auf dem Boden ■ als biomechanische conditio sine qua non für ein traumatisch wirksames Rotationstrauma im linken Kniegelenk ■ zum Zeitpunkt des Sturzes auf die rechte Körperseite in höchstem Masse unwahrscheinlich. Daher bestehe mit überwiegender Wahrscheinlichkeit kein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen dem versicherten Ereignis vom 13. November 2014 und der im Juni 2015 diagnostizierten Meniskusläsion.

5.

5.1 Die Beschwerdegegnerin geht gestützt auf die Stellungnahmen des Kreisarztes Dr. med. C.\_\_\_\_ sowie von Dr. med. E.\_\_\_\_, Suva-Versicherungsmedizin, davon aus, die bei der Beschwerdeführerin im MRI festgestellte Meniskusläsion am linken Knie stehe mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in keinem Kausalzusammenhang mit dem Unfallereignis vom 13. November 2014. Die Beschwerdeführerin bestreitet die Beweiskraft dieser ärztlichen Stellungnahmen. Sie stützt sich dabei insbesondere auf die Berichte von Dr. med. D.\_\_\_\_.

5.2 Die Stellungnahme von Dr. med. E.\_\_\_\_ vom 9. August 2016 (E. II. 4.9 hiavor) stützt sich auf die vollständigen Vorakten; diese enthalten einen lückenlosen Befund und vermitteln ein umfassendes Bild des relevanten Sachverhalts. Daher führt das Fehlen einer persönlichen Untersuchung nicht zu einer Schmälerung des Beweiswertes der Stellungnahme von Dr. med. E.\_\_\_\_ (vgl. E. II. 3.5 hiavor); diese erscheint auch als schlüssig und nachvollziehbar, gelangt der Arzt doch zu klaren Ergebnissen, welche er in plausibler Weise aus den vorhandenen Unterlagen herleitet und begründet.

Inhaltlich legt Dr. med. E.\_\_\_\_ dar, dass gewichtige Umstände gegen einen Kausalzusammenhang sprechen. Seine diesbezüglichen Ausführungen sind plausibel und stimmen mit der Aktenlage überein. Insbesondere trifft es zu, dass der am Unfalltat erstellte Bericht von Dr. med. F.\_\_\_\_ (E. II. 4.1 hiavor) eine Beschreibung des Unfallhergangs ■ wie ihn die Beschwerdeführerin geschildert haben muss ■ sowie eine ausführliche Darstellung der Befunde enthält. Offensichtlich führte die Ärztin eine umfassende Untersuchung durch. Sie hielt fest, die Beine seien frei beweglich und indolent. Die Knie werden nicht speziell erwähnt. Auch die Beschreibung des Unfallhergangs und die gestellte Diagnose (Sturz mit Kontusion Schulter rechts und Hüfte rechts, Schnittwunde DIG IV) erwähnen keine Knieverletzung. Ein traumatischer Meniskusriss müsste, wie Dr. med. E.\_\_\_\_ darlegt, innert sehr kurzer Zeit zu erheblichen Beschwerden geführt haben. Dass in den ersten Tagen und Wochen nach dem Ereignis vom 13. November 2014 derartige Beschwerden aufgetreten wären, ist nicht aktenkundig. Die Erstbehandlung bei Dr. med. B.\_\_\_\_ war am 23. Februar 2015, mehr als drei Monate nach dem Unfall. Die Meldung an die Beschwerdegegnerin, worin Dr. med. B.\_\_\_\_ die laterale Meniskusläsion erwähnte und auf den Unfall vom 13. November 2014 zurückführte, datiert vom 19. November 2015 (vgl. E. II. 4.4). Die MRI-Aufnahmen wurden am 22. Juni 2015 erstellt. Vor diesem Hintergrund kann nicht als erstellt gelten, dass zeitnah zum Unfallereignis erhebliche Beschwerden am linken Knie vorlagen, und dies spricht gegen die Unfallkausalität. Überzeugend sind auch die Ausführungen von Dr. med. E.\_\_\_\_ zum Unfallhergang. Er weist zu Recht darauf hin,

dass aufgrund der echtzeitlichen Beschreibungen von einem Sturz auf die rechte Körperseite auszugehen ist; dieser führte gemäss dem Bericht von Dr. med. F.\_\_\_\_ vom 13. November 2014 (Suva-Nr. 12) neben der Handverletzung zu einer Kontusion der rechten Schulter und der rechten Hüfte. Dieser Sturz nach dem «ins-Leere-Treten» lässt, wie Dr. med. E.\_\_\_\_ nachvollziehbar und plausibel darlegt, mit hoher Wahrscheinlichkeit darauf schliessen, dass die Beschwerdeführerin den Lift mit dem rechten Fuss verlassen haben muss. Dies wiederum lässt eine Fixierung des linken Fusses, welche für ein Rotationstrauma, das einen traumatischen Meniskusriss verursachen könnte, voraussetzen wäre, als praktisch ausgeschlossen erscheinen. Angesichts dieser inhaltlich überzeugenden Darlegungen bildet der Bericht von Dr. med. E.\_\_\_\_ grundsätzlich eine geeignete Beurteilungsgrundlage.

5.3 Zu prüfen bleibt, ob die entgegen stehenden Beurteilungen der behandelnden Ärzte die Ergebnisse der Stellungnahme von Dr. med. E.\_\_\_\_ in Frage stellen. Wie dargelegt (E. II. 3.4 hiervor), sind ergänzende Abklärungen notwendig, wenn auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Stellungnahme von Dr. med. E.\_\_\_\_ geweckt werden.

Dr. med. B.\_\_\_\_ führt zwar in seinem Schreiben vom 19. November 2015 (vgl. E. II. 4.4 hiervor) die Meniskuläsion mit grosser Wahrscheinlichkeit auf den Sturz vom 13. November 2014 zurück. Er begründet dies jedoch nicht näher. Seine Einschätzung ist Dr. med. E.\_\_\_\_ bekannt gewesen und nicht geeignet, dessen differenzierte Argumentation in Frage zu stellen.

Dr. med. D.\_\_\_\_ erklärt in seinem Bericht vom 16. Februar 2016 (E. II. 4.6 hiervor), er habe «aufgrund der kernspintomographischen Befunde und des klaren Unfallereignisses» keinerlei Zweifel an der Unfallkausalität. Hierzu ist zu bemerken, dass ein «klares Unfallereignis» insofern nicht vorliegt, als Dr. med. D.\_\_\_\_ von «mitaufgetretenen Kniebeschwerden» ausgeht, in den echtzeitlichen Dokumenten aber keine Knieverletzung erwähnt wird. Es ist zwar nicht ausgeschlossen, dass die Beschwerdeführerin bereits bald nach dem Unfall an Kniebeschwerden gelitten hat. Angesichts der Darstellung der Befunde im am Unfalltag erstellten Bericht von Dr. med. F.\_\_\_\_ (E. II. 4.1 hiervor) kann dies aber nicht als überwiegend wahrscheinlich gelten. In seiner ausführlichen Stellungnahme vom 27. Juni 2016 (E. II. 4.8 hiervor) geht Dr. med. D.\_\_\_\_ wiederum von einem lateralen Knieschmerz aus, der «im Rahmen des Unfallereignisses» aufgetreten sei. Er liefert aber keine Erklärung, warum im Bericht von Dr. med. F.\_\_\_\_ keine derartige Symptomatik erwähnt wird und stattdessen die Beine als frei beweglich und indolent bezeichnet werden. Die Aussage, eine Meniskusdegeneration am Aussenmeniskus führe generell nicht zu horizontalen Rissen, wurde durch Dr. med. E.\_\_\_\_ unter Hinweis auf die Literatur widerlegt. Dasselbe gilt für die Beschreibung der im MRI sichtbaren Läsion als basisnah ohne zusätzliche degenerative Meniskusveränderungen. Denn Dr. med. E.\_\_\_\_ legt unter konkreter Bezugnahme auf die Darstellung im MRI vom 22. Juni 2015 dar, dass sich Läsionen am Aussenmeniskus zeigten. Die Bemerkung von Dr. med. D.\_\_\_\_, isolierte degenerative Meniskuläsionen seien selten, trifft, wie Dr. med. E.\_\_\_\_ gestützt auf die medizinische Literatur schlüssig darlegt, auf Jugendliche zu, nicht aber auf Personen im Alter der Beschwerdeführerin. Die Ausführungen von Dr. med. D.\_\_\_\_ zum Verletzungsmechanismus, wonach eine belastete Rotation stattgefunden habe, lassen eine Bezugnahme zum konkreten Unfallhergang vermissen. Dr. med. E.\_\_\_\_ legt nachvollziehbar und überzeugend dar, dass der echtzeitlich dokumentierte Tritt ins Leere mit

anschliessendem Sturz auf die rechte Seite einen Unfallmechanismus, der zu einer belasteten Rotationsbewegung des linken Knies hätte führen können, als sehr unwahrscheinlich erscheinen lässt. Damit bleiben auch unter Berücksichtigung der ausführlichen Stellungnahme von Dr. med. D.\_\_\_\_ keine Fragen offen, welche durch die Beurteilung von Dr. med. E.\_\_\_\_ vom 9. August 2016 nicht geklärt worden wären. An deren Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen keine auch nur geringen Zweifel.

6. Zusammenfassend ist der Stellungnahme von Dr. med. E.\_\_\_\_ vom 9. August 2016 (E. II. 4.9 hiervor) volle Beweiskraft beizumessen. Die teilweise abweichenden Einschätzungen in den Berichten der behandelnden Ärzte sind nicht geeignet, auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Beurteilung von Dr. med. E.\_\_\_\_ zu wecken. Dementsprechend ist mit der Beschwerdegegnerin davon auszugehen, dass die im MRI vom 22. Juni 2015 zur Darstellung gelangende Meniskuskülion in keinem natürlichen Kausalzusammenhang mit dem Ereignis vom 13. November 2014 steht. Damit scheidet ein Anspruch auf Leistungen der Beschwerdegegnerin unter dem Titel eines Unfalls wie auch einer unfallähnlichen Körperschädigung aus. Die Beschwerde ist abzuweisen.

7. Bei diesem Ausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. Art. 61 lit. g ATSG).

8. Das Verfahren ist kostenlos (Art. 61 lit. a ATSG).

Demnach wird erkannt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
3. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagenseit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Präsident

Der Gerichtsschreiber

Flückiger

Häfliger

Der vorliegende Entscheid wurde vom Bundesgericht mit Urteil 8C\_81/2017 vom 2. März 2017 bestätigt.

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