

200 17 533 UV
FUR/ABE/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 22. Dezember 2017

Verwaltungsrichterin Fuhrer, Kammerpräsidentin
Verwaltungsrichter Schütz, Verwaltungsrichter Scheidegger
Gerichtsschreiberin Abenheim

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

HDI Global SE
Postfach, 8034 Zürich
vertreten durch C. _____, Rechtsanwalt D. _____
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 2. Mai 2017



Sachverhalt:

A.

Die 1977 geborene A. _____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) war bei der HDI Global SE (HDI bzw. Beschwerdegegnerin) unfallversichert, als sie am 15. März 2015 einen Skiunfall erlitt (Antwortbeilage [AB] K1). Gemäss Beschreibung des Unfallhergangs habe sie sich auf der Piste das Knie „verdreht“; dabei sei das Kreuzband gerissen und sie sei dann „mit verdrehtem Bein [die] Piste abwärts gerutscht“ (AB K6). Nachdem sich die Versicherte in der Folge zwei operativen Eingriffen unterzogen hatte (29. Mai 2015 [AB M9]; 30. Oktober 2015 [AB M20]) und eine dritte Knieoperation in Erwägung gezogen worden war, holte die HDI bei E. _____ zwecks Klärung der Kausalitätsfrage eine Aktenstellungnahme, datierend vom 27. Januar 2016 (AB M30), ein.

Eine am 16. Februar 2016 formlos erfolgte Ablehnung ihrer Leistungspflicht (AB K49) bestätigte die HDI mit Verfügung vom 26. September 2016 (AB K73) mit der Begründung, dass die Behandlungen ab dem 29. Mai 2015 nicht mehr kausal seien zum Ereignis vom 15. März 2015 resp. dass der Status sine vel ante spätestens am 28. Mai 2015 erreicht gewesen sei.

Die dagegen erhobene Einsprache (AB K75) wies die HDI am 2. Mai 2017 ab (AB K86).

B.

Gegen den Einspracheentscheid vom 2. Mai 2017 erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B. _____, am 1. Juni 2017 Beschwerde. Sie beantragt die kostenfällige Aufhebung des angefochtenen Entscheids und die Ausrichtung der ihr zustehenden Leistungen. Eventualiter seien die Akten zur Vornahme weiterer Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

Mit Beschwerdeantwort vom 8. September 2017 beantragt die HDI, vertreten durch Rechtsanwalt D._____, C._____, die Abweisung der Beschwerde.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb sie zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 58 ATSG). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet der Einspracheentscheid vom 2. Mai 2017 (AB K86). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf Leistungen der Beschwerdegegnerin über den 28. Mai 2015 hinaus und dabei insbesondere, ob die Kniebeschwerden ab jenem Zeitpunkt noch kausal zum Ereignis vom 15. März 2015 waren.

1.3 Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG).

1.4 Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

2.

2.1 Die Zusprechung von Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt grundsätzlich das Vorliegen eines Berufsunfalles, eines Nichtberufsunfalles oder einer Berufskrankheit voraus (Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung [UVG; SR 832.20]).

Unfall ist die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat (Art. 4 ATSG).

2.2 Der Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt nebst anderem einen natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und dem eingetretenen Schaden voraus (BGE 129 V 177 E. 3.1 und 3.2 S. 181; SVR 2012 UV Nr. 2 S. 6 E. 3.1).

2.2.1 Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne die der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht als 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 andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiel („conditio sine qua non“; BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181, 119 V 335 E. 1 S. 337; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 121 E. 5.1).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweismwürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhanges genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 121 E. 5.1).

2.2.2 Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2 S. 181, 125 V 456 E. 5a S. 461; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 122 E. 5.2).

Ob beim Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem versicherten Ereignis und der eingetretenen gesundheitlichen Schädigung auch der erforderliche adäquate, d.h. rechtserhebliche Kausalzusammenhang besteht, ist eine Rechtsfrage, die nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln zu beurteilen ist. Dabei hat die Beantwortung der Frage nach der Adäquanz von Unfallfolgen als einer Rechtsfrage – im Gegensatz zur Frage nach dem natürlichen Kausalzusammenhang – nicht nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu erfolgen (BGE 112 V 30 E. 1b S. 33). Bei organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen deckt sich die adäquate Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier praktisch keine selbstständige Bedeutung (BGE 140 V 356 E. 3.2 S. 358).

2.3 Wird durch den Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, 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, wie er

sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine) erreicht ist (SVR 2016 UV Nr. 18 S. 56 E. 2.1.1, 2011 UV Nr. 4 S. 13 E. 3.2; RKUV 1994 U 206 S. 328 E. 3b).

Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blossе 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 2011 UV Nr. 4 S. 13 E. 3.2).

2.4 Am 1. Januar 2017 sind die Änderung vom 25. September 2015 des UVG und die Änderung vom 9. November 2016 der Verordnung über die Unfallversicherung vom 20. Dezember 1982 (UVV; SR 832.202) in Kraft getreten. Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem Inkrafttreten der Änderung vom 25. September 2015 des UVG ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, werden nach bisherigem Recht gewährt (Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 des UVG).

2.5 Zur Klärung der Leistungspflicht des Unfallversicherers, insbesondere der Frage der natürlichen Kausalität, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind (BGE 132 V 93 E. 4 S. 99).

3.

Unbestritten und durch die Akten belegt ist, dass die Beschwerdeführerin am 15. März 2015 einen Unfall im Rechtssinne erlitten hat und danach unfallbedingt Beschwerden aufgetreten sind. Die Beschwerdegegnerin hat denn auch Leistungen erbracht. Umstritten ist hingegen, ob die über den 28. Mai 2015 hinaus geklagten Beschwerden noch unfallkausal sind.

3.1 In medizinischer Hinsicht lässt sich den Akten im Wesentlichen Folgendes entnehmen:

3.1.1 Dr. med. F._____, Facharzt für Chirurgie, berichtete am 25. März 2015 (AB M2) über die Erstbehandlung vom 16. März 2015. Die Patientin habe sich am Vortag bei einem Skiunfall eine Prellung und eine Distorsion des linken Knies zugezogen. Rechts bestehe ein mässiger Kniegelenkserguss. Die Bänder seien schmerzbedingt nicht prüfbar.

3.1.2 In der Stellungnahme der E._____ vom 27. Januar 2016 (AB M30) legte Dr. med. G._____, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation, mit Hinweis auf das Konsilium von PD Dr. med. H._____, Facharzt für Radiologie, vom 25. Januar 2016 (AB M29) dar, der natürliche Kausalzusammenhang der geltend gemachten vorderen Kreuzbandruptur mit dem Ereignis vom 15. März 2015 sei versicherungsmedizinisch betrachtet nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit gegeben. Hingegen sei es am 15. März 2015 überwiegend wahrscheinlich zu einer Zerrung und kleinen proximalen Partialläsion des medialen Kollateralbands gekommen (S. 14). In Erwägung zu ziehen sei eine deutlich vorgeschädigte vordere Kreuzbandruptur (S. 14); unfallunabhängige degenerative Veränderungen des vorderen Kreuzbandes könnten bis zum (schmerzauslösenden) Ereignis klinisch stumm bleiben (S. 12). Eine Zerrung bzw. eine kleine Partialläsion eines Kollateralbands stellen keine richtungsgebende, sondern lediglich eine vorübergehende Verschlimmerung dar; derartige Läsionen würden folgenlos ausheilen (S. 14). Der Status quo sine vel ante sei spätestens vor der Rekonstruktion des vorderen Kreuzbandes (VKB) am 29. Mai 2015 erreicht gewesen. Mit jener Operation sei die Behandlung eines überwiegend wahrscheinlich unfallfremden Vorzustands erfolgt (S. 15).

3.1.3 PD Dr. med. I. _____, Facharzt für Radiologie, legte im Bericht vom 5. Mai 2016 (AB M31) dar, der vorliegende Befund sei nach radiologischen Kriterien mit einer frischen, traumatisch bedingten Ruptur des vorderen Kreuzbandes „vereinbar“. Der markante intraartikuläre Erguss sei ein indirektes Rupturzeichen. Die übrigen Kniegelenksbinnenstrukturen seien völlig unauffällig abgebildet. Es bestehe eine Typ II Läsion des medialen Kollateralbandes (posterioreres Drittel, femoraler Ansatz) bzw. eine Zerrung des Retinakulum parapatellare mediale. Die Verdickung und Signalintensitätserhöhung des Bandes, die irreguläre Kontur und die Unterbrechung der ligamentären Fibrillen wie auch intraligamentäre Flüssigkeitsanteile würden auf eine frische Kreuzbandverletzung hindeuten. Die radiologischen Hinweise auf eine frische Kreuzbandruptur seien so stark, dass eine frische vordere Kreuzbandruptur anhand des MRT vom 17. März 2015 bewiesen sei. Der einzige fehlende Hinweis, der meistens bei einer vorderen Kreuzbandruptur nach einem Rotationsmechanismus vorkomme, sei die hier nicht vorhandene typische Kontusions-Knochenmarksödemverteilung am lateralen Femurkondylus bzw. am hinteren lateralen Tibiaplateau. Zwar sei eine Kreuzbandruptur bei deutlich vorgeschädigtem vorderem Kreuzband mit mukoider Degeneration grundsätzlich nicht völlig ausgeschlossen, jedoch bei fehlenden anderen degenerativen Veränderungen innerhalb des Gelenkes nicht plausibel. Es gebe im Kniegelenk keinen Hinweis für eine Situation mit älterem, rupturiertem vorderem Kreuzband.

3.1.4 Der Radiologe Dr. med. H. _____ nahm am 22. Juni 2016 (AB M32) Stellung zum Bericht des Dr. med. I. _____. Eine Partialläsion des medialen Kollateralbandes beweise eine unphysiologische Belastung des Bandes anlässlich des Traumas. Ebenso schliesse eine Partialruptur aber auch ein Aufklappen des Gelenkes und damit verbundene Kraftübertragung auf das vordere Kreuzband aus. Wäre dem so gewesen, müsste das mediale Kollateralband vollständig rupturiert sein, was hier aber klar nicht der Fall sei. Auffällig sei, dass sich im MRI zwei Tage nach dem Unfallereignis keine Knochenmarksödeme (bone bruises) an den Femurkondylen oder dem Tibiakopf fänden. Es gebe verschiedene Gründe für deren Fehlen im Rahmen einer Ruptur des vorderen Kreuzbandes. Hier sei von einem vorgeschädigten vorderen Kreuzband auszugehen: Es finde sich kein typischer proximal gelegener Riss. Im Gegenteil, der Riss könne kaum sicher

nachgezeichnet werden und liege im mittleren Drittel des vorderen Kreuzbandes. Es finde sich kein Blutverhalt im oder um das VKB. Stattdessen sei das Band im gesamten Verlauf deutlich verdickt und T2-hyperintens. Zudem sei die Verdickung des Bandes und die T2-hyperintense Signalalteration bis ganz distal an die Insertion an der Tibia vorhanden. Aufgrund dieser Gegebenheiten sei wahrscheinlich von einer vorbestehenden Degeneration des vorderen Kreuzbandes auszugehen. Es gebe selten Fälle, in denen sich tatsächlich keine bone bruises an Tibia oder Femur fänden. Gemäss neuester Studien seien diese Fälle sehr selten und lägen bei unter 20%. Somit sei diese Möglichkeit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auszuschliessen. Ein Unfallmechanismus, der zu einer VKB-Ruptur führe, jedoch keine bone bruises an Tibia oder Femur verursache, sei somit allenfalls möglich, nicht aber überwiegend wahrscheinlich. Aus dem Bericht von PD Dr. med. I. _____ ergebe sich aus fachärztlich-radiologischer Sicht kein neuer Sachverhalt.

3.1.5 Dr. med. G. _____ legte in ihrer Stellungnahme vom 5. Juli 2016 (AB M33) dar, es ergäben sich keine neuen Erkenntnisse aus dem Bericht von Dr. med. I. _____. An ihrer versicherungsmedizinischen Aktenstellungnahme vom 27. Januar 2016 sei vollumfänglich festzuhalten.

Am 30. Januar 2017 (AB M34) bestätigte Dr. med. G. _____ ihre Einschätzungen vom 27. Januar und vom 5. Juli 2016 (erneut).

3.2 Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht 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 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 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht 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 (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; SVR 2015 IV Nr. 28 S. 86 E. 4.1).

3.3 Bei Erlass des angefochtenen Einspracheentscheides vom 2. Mai 2017 (AB K86) stützte sich die Beschwerdegegnerin massgeblich auf die Beurteilungen der Dres. med. G._____ und H._____ (AB M29, M30, M32, M33, M34). Deren fachärztlichen Feststellungen erfüllen die vorerwähnten höchstrichterlichen Beweisanforderungen (vgl. E. 3.2 hiervor), sind nachvollziehbar begründet und überzeugen. Sie erbringen vollen Beweis (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 353). Die Gutachter hatten Kenntnis der Vorakten und haben sich ausführlich damit auseinandergesetzt. Der Radiologe hat seine Einschätzung mit einer in einer einschlägigen wissenschaftlichen Zeitschrift publizierten Studie zum fraglichen Thema untermauert (AB M32). Dass die beigezogenen Experten die Beschwerdeführerin nicht persönlich untersucht haben, schadet nicht. Denn praxisgemäss kann auch reinen Aktenberichten voller Beweiswert zukommen, sofern die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind, der Untersuchungsbefund lückenlos vorliegt und der Experte sich aufgrund der vorhandenen Unterlagen ein gesamthaft lückenloses Bild machen kann (RKUV 2006 U 578 S. 175 E. 3.4, 1988 U 56 S. 371 E. 5b). Diese Voraussetzungen sind vorliegend gegeben.

Was in der Beschwerde (S. 11 f.) dagegen vorgebracht wird, ändert daran nichts. Insbesondere ist die Einschätzung von Dr. med. I._____ nicht geeignet, Zweifel an den schlüssigen Beurteilungen der Dres. med. G._____ und H._____ zu begründen. Soweit die Beschwerdeführerin beanstandet, dass mit Dr. med. G._____ eine Fachärztin der Physikalischen Medizin und Rehabilitation beigezogen wurde, ist in diesem

Umstand kein Mangel zu erblicken. Zum einen sind Ärzte mit der genannten Fachausbildung ohne Weiteres befähigt, Erkrankungen des Bewegungsapparates und insbesondere ein MRI des Kniegelenks zu beurteilen. Zum anderen hat die Gutachterin ihre durchaus schlüssige und überzeugende Beurteilung im Verbund mit dem radiologischen Konsilium von Dr. med. H._____ (AB M29) verfasst. Dass auch der Operateur und der behandelnde Radiologe in der Lage sind, Kausalitätsbeurteilungen vorzunehmen, wird nicht in Abrede gestellt (vgl. Beschwerde, S. 11 und S. 12; vgl. auch Beschwerdeantwort, S. 14, Rz. 40). Abgesehen davon, dass der Operationsbericht (AB M9) keine Auseinandersetzung mit der Kausalitätsfrage enthält und folglich für die hier zur Diskussion stehende Frage nicht dienlich ist, ist jedoch darauf hinzuweisen, dass es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits nicht zulässt, eine medizinische Administrativbeurteilung stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (SVR 2008 IV Nr. 15 S. 44 E. 2.2.1). Solche Aspekte haben die behandelnden Ärzte vorliegend jedoch nicht genannt.

Schliesslich kann auch nicht die Rede sein von einer tendenziösen Berichterstattung (vgl. Beschwerde, S. 9 und 12). Die beanstandeten Hervorhebungen (teilweise fettes Schriftbild im Fliesstext) durch Dr. med. G._____ (AB M30) dienen allein dem besseren Leseverständnis und sind nicht als persönliche Beschuldigungen oder Vorwürfe aufzufassen.

3.4 Nach dem Ausgeführten besteht kein Anlass, die Beurteilung der Dres. med. G._____ und H._____, wonach der Status quo sine vel ante spätestens vor der Rekonstruktionsoperation vom 29. Mai 2015 erreicht sei (AB M29, M30, M32, M33, M34), anzuzweifeln. Die ab diesem Datum anhaltend geklagten Beschwerden sind mit überwiegender Wahr-

scheinlichkeit nicht mehr auf den Unfall vom 15. März 2015 zurückzuführen.

Gestützt auf die beweiskräftigen und überzeugenden versicherungsmedizinischen Einschätzungen ist überwiegend wahrscheinlich erstellt, dass die Beschwerdeführerin an einem krankhaften Vorzustand gelitten hatte (der bis zum Ereignis vom 15. März 2015 möglicherweise klinisch stumm war [vgl. AB M30, S. 12 unten]). Sodann ist der Beschwerdegegnerin der Nachweis des Wegfalls der natürlichen Kausalität gelungen (vgl. E. 2.3. hiervor), weshalb sie eine weitere Leistungspflicht ab dem 29. Mai 2015 zu Recht verneint hat.

3.5 Da von weiteren Abklärungen – insbesondere aufgrund der bereits durchgeführten bildgebenden Untersuchungen – fast drei Jahre nach dem Unfallereignis keine neuen Erkenntnisse zu erwarten sind, erübrigt sich ein in der Beschwerde (S. 13 f.) beantragte Neu- bzw. Obergutachten (antizipierte Beweiswürdigung [vgl. BGE 122 V 157 E. 1d S. 162]). Der medizinische Sachverhalt ist vollständig abgeklärt.

3.6 Nach dem Dargelegten ist der angefochtene Einspracheentscheid vom 2. Mai 2017 (AB K86) nicht zu beanstanden. Die Beschwerde erweist sich als unbegründet und ist abzuweisen.

4.

4.1 Verfahrenskosten sind in Anwendung von Art. 1 Abs. 1 UVG in Verbindung mit Art. 61 lit. a ATSG keine zu erheben.

4.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch eine Parteientschädigung zugesprochen.
3. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - Rechtsanwalt D. _____ z.H. der Beschwerdegegnerin
 - Bundesamt für Gesundheit

Die Kammerpräsidentin:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.