



**Fall-Nr.:** UV 2014/35  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** UV - Unfallversicherung  
**Publikationsdatum:** 14.10.2015  
**Entscheiddatum:** 14.10.2015

### **Entscheid Versicherungsgericht, 14.10.2015**

**Art. 56 ff. ATSG: Verneinung einer Verletzung des Devolutiveffekts. Art. 6 UVG: Verneinung eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen einem traumatischen Ereignis und einer rund zwei Jahre später radiologisch erhobenen Meniskusläsion im Kniegelenk (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 14. Oktober 2015, UV 2014/35). Entscheid vom 14. Oktober 2015 Besetzung Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider (Vorsitz), Versicherungsrichter Joachim Huber, Versicherungsrichterin Miriam Lendfers; Gerichtsschreiber Markus Jakob Geschäftsnr. UV 2014/35 Parteien A. \_\_\_\_, Beschwerdeführerin, vertreten durch Rechtsanwältin Karin Herzog, M.A. HSG in Law, schmuckipartner, Neugasse 26, Postfach, 9004 St. Gallen, gegen Schweizerische Mobiliar Versicherungsgesellschaft AG, Bundesgasse 35, Postfach, 3001 Bern, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Versicherungsleistungen Sachverhalt**

A.

A.a A. \_\_ (nachfolgend: Versicherte) war im Teilzeitpensum (60 - 80 %) als Modeberaterin bei der B. \_\_ AG tätig und dadurch bei der Schweizerischen Mobiliar Versicherungsgesellschaft AG (nachfolgend: Mobiliar) gegen die Folgen von Unfällen versichert. Am 25. November 2010 meldete die Arbeitgeberin der Mobiliar einen Bagatellunfall. Die Versicherte sei am 17. November 2010 beim Joggen über eine Wurzel gestolpert und habe sich dabei das Innenband des linken Knies überdehnt (act. UM1-3). Am 23. November 2010 hatte die Versicherte Dr. med. C. \_\_, Innere Medizin FMH, konsultiert, der eine Innenbandläsion des linken Knies diagnostiziert, eine Verordnung für eine Kniebandage ausgestellt und der Versicherten zusätzlich schmerzstillende und entzündungshemmende Tabletten bzw. einen Gel mit derselben Wirkung verordnet hatte (act. R1, R2). Am 1. Dezember 2010 folgte eine weitere



## St.Galler Gerichte

Konsultation bei Dr. C.\_\_\_\_, der dieses Mal die Diagnose Knie-distorsion links bei Verdacht auf Innenbandläsion und die Differentialdiagnose Meniskusläsion erhob. Dr. C.\_\_\_\_ stellte der Versicherten eine Verordnung zur Physiotherapie aus, worauf vom 8. Dezember 2010 bis 22. Februar 2011 acht Physiotherapiebehandlungen stattfanden (act. R3, R4). Die Mobiliar erbrachte für das Ereignis vom 17. November 2010 die gesetzlichen Leistungen (Heilkosten; Korrespondenz/Aktennotizen act. 3).

A.b Am 16. November 2012 teilte die Arbeitgeberin der Mobiliar mit, dass die Versicherte erneut Probleme mit dem Knie habe, die auf das Ereignis vom 17. November 2010 zurückzuführen seien (act. K1). Am 19. November 2012 begab sich die Versicherte bei Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, Orthopädie E.\_\_\_\_, in die Sprechstunde (act. M1/2). Dieser stellte die Diagnose persistierende Knieschmerzen nach Knie-distorsion ca. 2010. Auf Zuweisung von Dr. D.\_\_\_\_ erfolgte am 26. November 2012 eine MRI-Untersuchung des linken Knies durch Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt medizinische Radiologie FMH, (act. M1/3). Gestützt auf das Ergebnis der radiologischen Untersuchung stellte Dr. D.\_\_\_\_ die Diagnose einer traumatischen medialen Meniskusverletzung des linken Knies (act. M1/2, M1/4).

A.c Die Mobiliar unterbreitete den Schadenfall hierauf ihrem beratenden Arzt Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemein Chirurgie und Traumatologie FMH. Dieser verneinte am 17. Februar 2013, dass die ab November 2012 geltend gemachte Gesundheitsschädigung der medialen Meniskusverletzung links mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zumindest teilweise Folge des Unfalls vom 17. November 2010 sei (act. M2).

A.d Mit E-Mail vom 19. Februar 2013 teilte die Arbeitgeberin der Mobiliar mit, dass die Versicherte am 18. Februar 2013 beim Joggen ausgerutscht sei und es ihr einen Zwick in das linke Knie gegeben habe. Danach seien starke Schmerzen aufgetreten (Korrespondenz/Aktennotizen act. 6). Mit Verdacht auf eine Meniskus- oder Innenbandverletzung wurde die Versicherte von Dr. D.\_\_\_\_ einer weiteren MRI-Untersuchung zugewiesen. Diese wurde am 23. Februar 2013 wiederum durch Dr. F.\_\_\_\_ durchgeführt (act. M3).



## St.Galler Gerichte

A.e Bei erneuter Vorlage des Schadenfalls hielt Dr. G.\_\_\_\_ am 25. April 2013 an seiner Beurteilung vom 17. Februar 2013 fest. Bei den radiologisch erhobenen Befunden handle es sich ausschliesslich um degenerative Veränderungen (act. M4).

A.f Mit Schreiben vom 3. Mai 2013 teilte die Mobiliar der Versicherten mit, dass aufgrund ihrer Abklärungen nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sei, dass Unfallfolgen oder eine unfallähnliche Körperschädigung vorliegen würden, weshalb sie für das neu gemeldete Ereignis vom 18. Februar 2013 keine Versicherungsleistungen erbringen könne (Korrespondenz/Aktennotizen act. 10).

A.g Nachdem die Versicherte am 15. Mai 2013 zum Schreiben der Mobiliar vom 3. Mai 2013 Stellung genommen hatte (Korrespondenz/Aktennotizen act. 14 f.), eröffnete ihr die Mobiliar mit Verfügung vom 29. Mai 2013, dass aufgrund ihrer Abklärungen nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sei, dass Unfallfolgen oder eine unfallähnliche Körperschädigung vorliegen würden. Aus diesem Grund könnten für die geltend gemachte Gesundheitsschädigung keine Versicherungsleistungen mehr erbracht werden. Man sei indessen bereit, die Kosten für die MRI-Untersuchung vom 22. (richtig: 23.) Februar 2013 im Sinne von Abklärungskosten zu vergüten (Korrespondenz/Aktennotizen act. 16 f.).

B.

Die gegen diese Verfügung von Rechtsanwalt lic. iur. R. Hochreutener, St. Gallen, für die Versicherte am 7. Juni 2013 erhobene (Korrespondenz/Aktennotizen act. 20) und unter Beilage einer Stellungnahme von Dr. D.\_\_\_\_ vom 18. Juli 2013 (Korrespondenz/Aktennotizen act. 35 f.) am 13. August 2013 begründete Einsprache (Korrespondenz/Aktennotizen act. 28 ff.) wies die Mobiliar mit Einspracheentscheid vom 2. April 2014 ab (Korrespondenz/Aktennotizen act. 41 ff.).

C.

C.a Gegen diesen Einspracheentscheid liess die Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführerin) durch Rechtsanwältin M.A. in Law K. Herzog, St. Gallen, mit Eingabe vom 16. Mai 2014 Beschwerde erheben. Darin wird beantragt, der



## St.Galler Gerichte

Einspracheentscheid vom 2. April 2014 und die Verfügung vom 29. Mai 2013 seien aufzuheben und die Mobilar (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) sei zu verpflichten, der Beschwerdeführerin die gesetzlichen Leistungen auszurichten, insbesondere Heilbehandlung und Taggelder, unter Kosten- und Entschädigungsfolge (act. G 1).

C.b Mit Beschwerdeantwort vom 2. Juli 2014 beantragte die Beschwerdegegnerin Abweisung der Beschwerde (act. G 5). Sie stützte sich dabei insbesondere auf eine von Dr. G.\_\_\_\_ am 20. Juni 2014 erstellte Beurteilung (act. G 5.1).

C.c In der Replik vom 3. September 2014 hielt die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin an ihren Anträgen unverändert fest (act. G 8). Zusammen mit der Replik legte sie unter anderem ein ärztliches Zeugnis von Dr. C.\_\_\_\_ vom 27. August 2014 ins Recht (act. G 8.4).

C.d Mit Duplik vom 6. Oktober 2014 hielt die Beschwerdegegnerin ihrerseits an ihrem Antrag auf Abweisung der Beschwerde fest (act. G 10).

C.e Auf die Begründungen in den einzelnen Rechtsschriften sowie die Ausführungen in den medizinischen Akten wird, soweit entscheidnotwendig, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

## Erwägungen

1.

1.1 Nach Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) werden Versicherungsleistungen, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt, bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt.

1.2 Gemäss Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) gilt als Unfall die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat. Art. 9 Abs. 2 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) enthält eine abschliessende Aufzählung von



Körperschädigungen, welche auch ohne ungewöhnliche äussere Einwirkungen den Unfällen im Sinne von Art. 4 ATSG gleichgestellt sind, sofern sie nicht eindeutig auf eine Erkrankung oder eine Degeneration zurückzuführen sind. Dazu zählen unter anderem Meniskusrisse (lit. c) sowie Bandläsionen (lit. g). Hingegen ist zusätzlich zum Vorliegen einer der in Art. 9 Abs. 2 UVV abschliessend (vgl. BGE 116 V 140 E. 4a, 116 V 147 E. 2b, je mit Hinweisen; Alfred Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2. Aufl. Bern 1989, S. 202) aufgezählten Körperschädigungen ein äusserer Faktor bzw. ein unfallähnliches Ereignis erforderlich (BGE 129 V 466; Urteile des Bundesgerichts vom 3. Juli 2009, 8C\_346/2009, E. 3, und vom 9. Juni 2008, 8C\_532/2007, E. 5.1; Alexandra Rumo-Jungo/André Pierre Holzer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2012, S. 80 f.).

1.3 Gestützt auf Art. 6 Abs. 1 UVG hat der Unfallversicherer bei Vorliegen eines Unfalls für einen Gesundheitsschaden nur insoweit Leistungen zu erbringen, als dieser in einem natürlichen sowie adäquaten Kausalzusammenhang zum versicherten Ereignis steht (BGE 129 V 181 E. 3.1 ff. mit Hinweisen). Bei physischen Unfallfolgen hat allerdings die Adäquanz gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung (BGE 118 V 291 f. E. 3a).

1.4 Gemäss Art. 11 UVV werden Versicherungsleistungen auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt, wobei Rückfälle und Spätfolgen besondere revisionsrechtliche Tatbestände im Sinn von Art. 22 UVG darstellen (vgl. BGE 118 V 293; RKUV 1994 Nr. U 206 S. 326). Praxisgemäss liegt ein Rückfall vor, wenn ein vermeintlich geheiltes Leiden wieder aufflackert, so dass es erneut zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise zu einer Arbeitsunfähigkeit kommt. Dagegen spricht man von Spätfolgen, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Verlauf längerer Zeit organische oder auch psychische Veränderungen bewirkt, die zu einem anders gearteten Krankheitsbild führen können. Rückfälle und Spätfolgen schliessen somit begrifflich an ein bestehendes Unfallereignis an. Entsprechend können sie eine Leistungspflicht des (damaligen) Unfallversicherers nur auslösen, wenn zwischen den erneut geltend gemachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung wiederum ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht (BGE 118 V 296 f. E. 2c mit Hinweis; RKUV 1994 Nr. U 206 S. 327 f. E. 2).



1.5 Der Nachweis des natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen Unfall und dem Gesundheitsschaden ist grundsätzlich Aufgabe des Arztes oder der Ärztin (BGE 123 III 110 und BGE 122 V 415 E. 2c). Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, 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 des Experten oder der Expertin begründet sind.

Ausschlaggebend für den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweis). Insofern sind auch Berichte und Gutachten, welche die Versicherungen während des Administrativverfahrens von ihren eigenen bzw. beratenden Ärzten einholen, beweistauglich, solange ihre Richtigkeit nicht durch konkrete Indizien erschüttert wird (BGE 125 V 352 E. 3).

1.6 Der Sozialversicherungsprozess ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach hat die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 125 V 195 E. 2, 122 V 158 E. 1a mit Hinweisen, vgl. BGE 130 I 183 E. 3.2). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinn der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien die Beweislast nur insofern, als im Fall der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Bei der hinsichtlich Rückfällen und Spätfolgen zu erfüllenden Anspruchsvoraussetzung eines erneuten natürlichen Kausalzusammenhangs handelt es sich um eine anspruchsbegründende Tatsache. Die diesbezügliche Beweislast liegt hier - anders als bei der Frage, ob bei einer durch den Unfallversicherer ursprünglich anerkannten Leistungspflicht das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens nachgewiesen ist - nicht beim Unfallversicherer, sondern bei der versicherten Person (vgl. dazu Rumo-Jungo/ Holzer, a.a.O., S. 4, 79; RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 E. 3b). Die Verwaltung als verfügende Instanz und - im Beschwerdefall - das Gericht dürfen



eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nichts Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blossе Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 181 E. 3.1, 119 V 337 E. 1, 118 V 289 E. 1b, 117 V 360 E. 4a mit Hinweisen).

2.

Die Beschwerdegegnerin hat im Rahmen des Grundfalls die Leistungspflicht für das Ereignis vom 17. November 2010 anerkannt und ist für die Heilbehandlungen durch Dr. C.\_\_\_\_ vom 23. November und 1. Dezember 2010 und für die von ihm verordnete Kniebandage sowie physiotherapeutische Behandlung vom 8. Dezember 2010 bis 22. Februar 2011 aufgekomen (act. R1, R2, R3, Korrespondenz/Aktennotiz act. 3). Offensichtlich infolge Behandlungsabschluss wurden die Versicherungsleistungen eingestellt bzw. der Schadenfall Anfang Sommer 2011 abgeschlossen (vgl. Korrespondenz/Aktennotizen act. 3). Nach Lage der Akten erging jedoch keine schriftliche Mitteilung im Sinn von Art. 51 Abs. 2 ATSG oder eine schriftliche Verfügung (Art. 49 Abs. 1 ATSG). Grundsätzlich wurde damit kein rechtskonformer Abschluss des Grundfalls vorgenommen (vgl. BGE 132 V 412 und 134 V 145). Die dargelegte Sachlage spricht für einen fortdauernden Grundfall. Demgegenüber vergingen nach den beiden einzigen, echtzeitlich in den Akten bzw. in einer Rechnung dokumentierten Behandlungen durch Dr. C.\_\_\_\_ vom 23. November und 1. Dezember 2010 sowie nach der mit ärztlicher Verordnung und Rechnung dokumentierten Physiotherapiebehandlung mit letzter Sitzung am 22. Februar 2011 (vgl. act. R2, R3, R4) bis zur Meldung der Arbeitgeberin vom 16. November 2012, die Beschwerdeführerin habe wieder Probleme mit dem linken Knie (Korrespondenz/Aktennotizen act. 1), und bis zur nächsten ärztlichen Behandlung bei Dr. D.\_\_\_\_ am 19. November 2012 (act. M1) beinahe zwei Jahre. Dieser zeitliche Ablauf liesse es wiederum als gerechtfertigt erscheinen, von einem Rückfall auszugehen (vgl. dazu Franz Schlauri, Verfahrensfragen in der Sozialversicherung, in: René Schaffhauser/ Franz Schlauri [Hrsg.], Veröffentlichungen des Schweizerischen Instituts für Verwaltungskurse, Band 40, S. 57; siehe auch Lukas Oetiker, Rückfälle in der Unfallversicherung, JaSo 2014, insbes. S. 219 f.). Während die Beschwerdegegnerin



nach ihrem Verfügungswortlaut vom 29. Mai 2013 (Korrespondenz/Aktennotizen act. 21 f.) von einem Rückfall ausgeht und sich in der Beschwerdeantwort vom 2. Juli 2014 (act. G 5, Ziff. 15) auf den Standpunkt stellt, die Beschwerdeführerin habe zu beweisen, dass die am 16. November 2012 gemeldeten und ab 19. November 2012 bei Dr. D.\_\_\_\_ behandelten Kniebeschwerden im Sinn eines Rückfalls mit dem Ereignis vom 17. November 2010 in einem natürlichen Kausalzusammenhang stünden, geht die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin von einem Fortdauern des Grundfalls aus, womit die Beschwerdegegnerin den Wegfall der Kausalität beweisen müsste (act. G 1, Ziff. 28). Der von der Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin in der Beschwerde vom 16. Mai 2014 (act. G 1, Ziff. 34) angeführte Umstand, dass die Beschwerdegegnerin die Kausalität ursprünglich bejaht und entsprechende Leistungen erbracht habe, ist sodann für die Frage der Beweislastverteilung nicht grundsätzlich massgebend. Sowohl im Rahmen eines fortdauernden Grundfalls als auch bei einem Rückfall muss die Unfallkausalität geltend gemachter gesundheitlicher Schäden beurteilt werden; beim Grundfall im Sinne des Erreichens des Status quo sine/ante (vgl. dazu Rumo-Jungo/ Holzer, a.a.O., S. 53 f.), beim Rückfall im Sinne einer erneuten Kausalität. In die jeweilige Kausalitätsbeurteilung ist der an die ursprüngliche Leistungsanerkennung anschliessende, insbesondere medizinische Sachverhalt miteinzubeziehen. Wie es sich letztlich mit der Beweislastverteilung bzw. der Frage, ob im vorliegenden Fall von einem Rückfall oder einem fortdauernden Grundfall auszugehen ist, verhält, kann jedoch im Hinblick auf die nachfolgenden Erwägungen offen bleiben. Denn die Frage, wer die Folgen einer allfälligen Beweislosigkeit zu tragen hat, stellt sich erst, wenn es sich als tatsächlich unmöglich erweist, in Ausübung des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 4), was vorliegend - wie nachfolgend zu zeigen ist - nicht zutrifft. Im Übrigen hat im konkreten Fall als unbestritten zu gelten, dass die Beschwerdeführerin Versicherungsleistungen erst (wieder) ab Beginn der Behandlung bei Dr. D.\_\_\_\_ am 19. November 2012 (act. M1/2) geltend macht.

3.

3.1 Vorliegend liess die Beschwerdegegnerin den medizinischen Sachverhalt zweimal, d.h. am 17. Februar und am 25. April 2013, durch ihren beratenden Arzt Dr. G.\_\_\_\_



prüfen (act. M2, M4), bevor sie ihre Leistungspflicht mit Verfügung vom 29. Mai 2013 (Korrespondenz/Aktennotizen act. 21 f.) bzw. angefochtenem Einspracheentscheid vom 2. April 2014 (Korrespondenz/Aktennotizen act. 41 ff.) gestützt auf dessen Beurteilungen verneinte. Nach Beschwerdeerhebung, d.h. zusammen mit der Beschwerdeantwort vom 2. Juli 2014 (act. G 5), reichte sie eine dritte Stellungnahme von Dr. G.\_\_\_\_ vom 20. Juni 2014 (act. G 5.1) ein. Vorab ist mithin formell zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin den Grundsatz des Devolutiveffekts verletzt hat, als sie die Beurteilung von Dr. G.\_\_\_\_ vom 20. Juni 2014 einholte.

3.2 Als ordentlichem Rechtsmittel kommt der Beschwerde nach Art. 56 ATSG Devolutiveffekt zu. Eingeschränkt wird der Devolutiveffekt indessen durch Art. 53 Abs. 3 ATSG, welcher bestimmt, der Versicherungsträger könne eine Verfügung oder einen Einspracheentscheid, gegen den Beschwerde erhoben wurde, so lange wiedererwägen, bis er gegenüber der Beschwerdebehörde Stellung nimmt. Die formgültige Beschwerdeerhebung begründet, (zusammen mit der Beschwerdeantwort des Versicherungsträgers) demnach grundsätzlich die alleinige Zuständigkeit des kantonalen Versicherungsgerichts, über das in der angefochtenen Verfügung bzw. im angefochtenen Entscheid geregelte Rechtsverhältnis zu entscheiden. Somit verliert die Verwaltung die Herrschaft über den Streitgegenstand und zwar insbesondere auch in Bezug auf die tatsächlichen Verfügungs- und Entscheidungsgrundlagen. Die Beschwerdeinstanz hat den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen zu ermitteln und ist nicht an die Begehren der Parteien gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG). Folgerichtig ist es der Verwaltung grundsätzlich verwehrt, nach Einreichung des Rechtsmittels weitere oder zusätzliche Abklärungen vorzunehmen, soweit sie den Streitgegenstand betreffen und auf eine allfällige Änderung der angefochtenen Verfügung durch Erlass einer neuen abzielen. Die gegenteilige Auffassung hat eine Vermengung von Verwaltungs- und erstinstanzlichem Beschwerdeverfahren zur Folge. Es bliebe diesfalls unklar, welchen beweisrechtlichen Regeln die pendente lite durch die Verwaltung angeordneten Abklärungsmassnahmen unterworfen sind und überhaupt, wie sich die Rechtsstellung der versicherten Person im Verfahren bestimmt. Eine solche Prozessgestaltung weckt auch deswegen Bedenken, weil damit allfällige Versäumnisse der Verwaltung bezüglich ihres gesetzlichen Abklärungsauftrags korrigiert würden und dem Rechtsmittelverfahren im Ergebnis eine Ersatzfunktion für die administrative Untersuchungspflicht überbunden würde (vgl. Urteil des



Bundesgerichts vom 16. Dezember 2014, 8C\_284/2014, E. 5.2.2; BGE 136 V 5 E. 2.5, 127 V 231 f. E. 2b/aa mit Hinweisen).

3.3 Das Verfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht muss schliesslich gemäss Art. 61 lit. a ATSG einfach und rasch sein. Die anzustrebende Raschheit des Verfahrens schliesst es aus, dass die Verwaltung während des kantonalen Verfahrens umfangreiche und zeitraubende Zusatzabklärungen tätigt. Aufgrund der gebotenen Einfachheit des Prozesses kann der Versicherungsträger im Weiteren rechtsprechungsgemäss keine Abklärungsmassnahmen treffen, welche der Mitwirkung der versicherten Person bedürften. Erlaubt sind der Verwaltung demgegenüber in aller Regel punktuelle Abklärungen (wie das Einholen von Bestätigungen, Bescheinigungen oder auch Rückfragen bei medizinischen Fachpersonen oder anderen Auskunftspersonen). Wegleitende Gesichtspunkte für die Beantwortung der Frage, was im kantonalen Verfahren noch zulässiges Verwaltungshandeln darstellt, bilden die inhaltliche Bedeutung der Sachverhaltsvervollständigung und die zeitliche Intensität allfälliger weiterer Abklärungsmassnahmen (BGE 136 V 6 E. 2.7 mit Hinweisen auf BGE 127 V 231 ff. E. 2b/aa und bb).

3.4 Bei der Beurteilung von Dr. G.\_\_\_\_ vom 20. Juni 2014 handelt es sich um eine mehrseitige, ausführliche Beurteilung, während seine vor Erlass der Verfügung vom 29. Mai 2013 bzw. des angefochtenen Einspracheentscheids vom 2. April 2014 abgefassten Stellungnahmen vom 17. Februar und 25. April 2013 zweifelsohne als blossе Kurzbeurteilungen bezeichnet werden müssen. Diese beschränken sich im Wesentlichen auf die blossе Bejahung oder Verneinung einer konkreten Frage, beinhalten "unbestimmte" Antworten und weisen auf das ausschliessliche Vorliegen degenerativer und nicht traumatischer Gesundheitsschädigungen hin, ohne diese Feststellung genauer zu begründen. Andererseits ist zu sagen, dass die Dr. G.\_\_\_\_ von der Beschwerdegegnerin gestellten Fragen grundsätzlich die vorliegend zu prüfenden Rechtsfragen und seine Antworten eigentlich den massgeblichen medizinischen Sachverhalt betrafen. Damit kann nicht uneingeschränkt gesagt werden, die Beschwerdegegnerin habe die notwendigen Abklärungsmassnahmen in ein späteres Verfahren verschoben. Die fragliche Aktenbeurteilung durch Dr. G.\_\_\_\_ vom 20. Juni 2014 wurde sodann ohne Mitwirkung der Beschwerdeführerin erstellt und hat keine namhafte zeitliche Verzögerung des Beschwerdeverfahrens verursacht. Dennoch ist



nicht begreiflich, weshalb die Beschwerdegegnerin die Stellungnahme von Dr. D.\_\_\_\_ vom 18. Juli 2013 (Korrespondenz/Aktennotizen act. 36) nicht bereits vor Erlass des angefochtenen Einspracheentscheids ihrem beratenden Arzt vorlegte. Immerhin kann jedoch grundsätzlich gesagt werden, dass eine Unterbreitung der vollständigen Akten zur Beurteilung der Kausalität oder allenfalls einer Wiedererwägung als angemessen zu bezeichnen ist. Die fragliche Aktenbeurteilung von Dr. G.\_\_\_\_ wurde der Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin sodann zusammen mit der Beschwerdeantwort der Beschwerdegegnerin zugestellt. Insofern kann auch nicht von einer Verletzung des rechtlichen Gehörs ausgegangen werden. Letztlich kann jedoch die Frage, ob die Beschwerdegegnerin den Devolutiveffekt verletzt hat oder nicht, offen gelassen werden. Nachdem die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin im Beschwerdeverfahren in keiner Weise zum Ausdruck gebracht hat, dass sie die Beurteilung von Dr. G.\_\_\_\_ vom 20. Juni 2014 aus dem Recht gewiesen haben möchte bzw. dass sie einer Aufhebung des Einspracheentscheids und der Rückweisung zur Durchführung eines korrekten Verfahrens gegenüber einem materiellen Entscheiden den Vorzug geben würde, rechtfertigt es sich, diese aus verfahrensökonomischen Gründen in den materiellen Entscheid einzubeziehen.

4.

Streitig und zu prüfen ist zunächst, ob zwischen den von der Beschwerdeführerin ab 16. November 2012 geklagten und ab 19. November 2012 ärztlich behandelten Beschwerden im linken Knie und dem Ereignis vom 17. November 2010 ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Die Beschwerdegegnerin hat bis im Einspracheverfahren offensichtlich immer anerkannt, dass es sich bei dem in der Bagatellunfallmeldung vom 25. November 2010 beschriebenen Ereignis vom 17. November 2010 - beim Joggen ist die Beschwerdeführerin über eine Wurzel gestolpert und hat sich dabei das innere Band verletzt - wenn auch nicht um einen Unfall im Sinne von Art. 4 ATSG, so doch um ein unfallähnliches Ereignis (vgl. Erwägung 1.2) gehandelt hat (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts vom 3. März 2011, 8C\_978/2010, E. 4.2). Zur Diskussion steht grundsätzlich eine unfallähnliche Körperschädigung im Sinne von Art. 9 Abs. 2 UVV, nämlich eine Meniskusläsion (lit. c; vgl. nachfolgende Erwägung 5). Erstmals in diesem Verfahren (vgl. act. G 10, Ziff. 17) stellt die Beschwerdegegnerin das Vorliegen eines unfallähnlichen Ereignisses -



konkret die klare Zuordnung zu einem einmaligen, plötzlichen Ereignis - in Frage. Der Auslegung der Befundaufnahme der Physiotherapeutin vom 8. Dezember 2010 - "vor drei Wochen nach Springen nicht mehr möglich zu biegen" und "Stolperte über Wurzel" (act. G 8.3) - durch die Beschwerdegegnerin kann jedoch nicht ohne Weiteres gefolgt werden. Aufgrund der Befundaufnahme kann nämlich ohne Weiteres ein unmittelbar zeitlicher Zusammenhang zwischen dem „Springen“ drei Wochen zuvor, dem damaligen Stolpern über die Wurzel und dem nicht mehr Biegen können oder zumindest der Diagnose "Knie-distorsion" mit Verdacht auf eine Innenbandläsion, Differentialdiagnose: Meniskusläsion, hergestellt werden. Die Frage, ob die Beschwerdeführerin am 17. November 2010 einen Unfall oder eine unfallähnliche Körperschädigung bzw. ein unfallähnliches Ereignis erlitten hat, kann indes ohnehin offen gelassen werden, weil letztlich die natürliche Kausalität zwischen dem schädigenden Ereignis im Jahr 2010 und den ab 19. November 2012 behandelten und am 19. Januar 2013 gemeldeten Kniebeschwerden links verneint werden muss (vgl. nachfolgend Erwägung 5) und die Beschwerdegegnerin keine Rückforderungsansprüche geltend macht.

4.1 Im Weiteren wird zu prüfen sein, ob die Beschwerdegegnerin für das Ereignis vom 18. Februar 2013 - die Beschwerdeführerin rutschte beim Joggen aus und es gab ihr einen Zwick in das linke Knie, worauf starke Schmerzen auftraten - leistungspflichtig ist bzw. die Beschwerdeführerin dabei eine Knieverletzung erlitten hat.

5.

5.1 Für die Annahme unfallkausaler somatischer Restfolgen wird im Regelfall eine strukturelle Läsion bzw. eine schlecht verheilte strukturelle Läsion als objektivierbares Korrelat verlangt. Als objektiviert gilt eine solche Läsion, wenn sie durch einen entsprechenden radiologischen Untersuchungsbefund (Röntgen, Computertomogramm, Arthroskopie) erhoben wird. Im Rahmen der von Dr. F.\_\_\_\_ am 26. November 2012 durchgeführten MRI-Untersuchung des linken Knies wurden eine "Degeneration und Ruptur" des medialen Meniskus im Mitteldrittel und Hinterhorn, eine leichtgradige Begleitdystrophie des medialen Seitenbandes, eine Chondropathie im medialen Kompartiment Grad II sowie ein etwas voluminöser Hoffa-Fettkörper und eine kleine mediopatelläre synoviale Plica, beide ohne Ödem oder Entzündungsreaktion und



eher ohne Krankheitswert, erhoben. Ansonsten zeigte sich das Kernspintomogramm des linken Kniegelenks normal (act. M1). Auch im Bericht vom 25. Februar 2013 über die MRI-Untersuchung vom 23. Februar 2013 hielt Dr. F.\_\_\_\_ den Meniskusbefund fest. Konkret vermerkte er eine "mässiggradige Degeneration und feine Rupturen" des medialen Meniskus im Hinterhorn und Mitteldrittel. Hinsichtlich des medialen Seitenbandes notierte er eine Auffaserung. Den Grad der Chondropathie im medialen Kompartiment stufte er auf I bis II ein und äusserte zusätzlich den Verdacht auf eine diskrete Chondrokalzinose (act. M3).

5.2 Die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin sieht in der Ruptur des medialen Meniskus eine strukturelle Gesundheitsschädigung, welche auf das Ereignis vom 17. November 2010 zurückzuführen sei. Meniskuläsionen können als Folge eines Traumas auftreten, indem die Menisken bei akuten schweren Knieverletzungen ein- oder abreißen. Hinsichtlich Meniskuläsionen gilt es aber auch zu beachten, dass die Kniegelenksmenisken zur Degeneration neigen. Zudem sind sie starker mechanischer Beanspruchung ausgesetzt (vgl. Alfred M. Debrunner, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl. Berlin 2002, S. 1056 f.). In Übereinstimmung mit der Beschwerdegegnerin ist aufgrund der vorliegenden Akten nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachweisbar, dass die in den MRI-Untersuchungen vom 26. November 2012 und 23. Februar 2013 sichtbare Ruptur des medialen Meniskus im Mitteldrittel und Hinterhorn durch das Ereignis vom 17. November 2010 verursacht wurde.

### 5.3

5.3.1 Die Beschwerdegegnerin stützt sich insbesondere auf die ärztliche Beurteilung ihres beratenden Arztes Dr. G.\_\_\_\_ vom 20. Juni 2014 (act. G 5.1). Dieser äussert sich zunächst zu den unmittelbar nach dem Ereignis vom 17. November 2010 gestellten Diagnosen und erhobenen Befunden, welche nachvollziehbarerweise wichtige Ausgangspunkte für die Bestimmung der Ursächlichkeit einer Meniskuläsion bilden. Die Beschwerdeführerin habe sich am 17. November 2010 eine Zerrung des medialen Seitenbandes am linken Knie zugezogen. Diese Diagnose sei von Dr. C.\_\_\_\_ anlässlich der Erstbehandlung vom 23. November 2010 gestellt worden (act. R1). Auch in der bei der Nachfolgeuntersuchung vom 1. Dezember 2010 ausgestellten



Physiotherapie-Verordnung führte Dr. C.\_\_\_\_ die Diagnose einer Kniedistorsion links bei Verdacht auf Innenbandläsionen an, wobei er allerdings die Differentialdiagnose "Meniskusläsion" anfügte (act. R4). Dr. G.\_\_\_\_ räumt ein, dass bei einer Zerrung des medialen Seitenbandes eine Meniskusläsion nie sicher ausgeschlossen werden könne. Der Schmerzcharakter dieser beiden Verletzungen sei ähnlich und im akuten Stadium der Zerrung des Innenbandes sei eine Meniskusprüfung schwierig, weil sie ausserordentlich schmerzhaft sei. Allein aufgrund dieser Argumentation von Dr. G.\_\_\_\_ liesse sich das damalige Geschehen einer traumatischen Meniskusläsion nicht ausschliessen. Seinen weiteren Feststellungen - offensichtlich habe Dr. C.\_\_\_\_ keine Anhaltspunkte für einen Meniskusschaden gefunden, andernfalls er sicher eine MRI-Untersuchung veranlasst hätte; somit habe er den Verlauf abgewartet - hält Dr. C.\_\_\_\_ ausserdem in seinem ärztlichen Zeugnis vom 27. August 2014 nachvollziehbar entgegen, dass man als Praktiker nicht gerade zum Mittel des MRI greife. Sie seien kostenbewusst und würden auch entsprechend kontrolliert. Dennoch ist gesamthaft betrachtet eine traumatische Entstehung der Meniskusläsion am 17. November 2010 gegenüber einer späteren, degenerativen Entstehung nicht wahrscheinlicher und damit nicht überwiegend wahrscheinlich.

5.3.2 Immerhin hat Dr. C.\_\_\_\_ das linke Knie der Beschwerdeführerin am 23. November 2010 einer röntgenologischen Untersuchung unterzogen (act. R2, act. G 8.4). Laut medizinischer Literatur lässt sich eine Meniskusläsion mit dieser apparativen Untersuchungsmethode grundsätzlich feststellen (vgl. Leitlinie der Orthopädie, Hrsg. von der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie und dem Berufsverband der Ärzte für Orthopädie, 2. erweiterte Aufl. Köln 2002, S. 143). Dr. C.\_\_\_\_ fand aber offenbar keinerlei Hinweise auf eine solche. Konkret erhob er weder eine knöcherne Läsion noch Ergusszeichen - diese als Symptom einer Meniskuserkrankung (vgl. Leitlinie der Orthopädie, a.a.O., S. 142; Debrunner, a.a.O., S. 1058; Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch 2013, 264. Aufl. Berlin 2012, S. 1317). Nachdem die Beschwerdeführerin anlässlich der Konsultation von Dr. C.\_\_\_\_ am 1. Dezember 2010 immer noch unter Knieschmerzen litt, führte dieser, wie bereits erwähnt, eine Meniskusläsion als Differentialdiagnose auf. Eine blosser Differentialdiagnose reicht jedoch - wie auch eine Verdachtsdiagnose - für die Anerkennung einer Kausalität nicht aus (vgl. dazu Urteile des Bundesgerichts vom 24. Februar 2014, 8C\_468/2013, E. 6, und vom 24. September 2013, 8C\_454/2013,



E. 6.3). Konkrete Gründe, welche Dr. C.\_\_\_\_ dazu veranlasst hätten, nun begründet (nicht nur im Rahmen einer Verdachts- oder Differentialdiagnose) von einer Meniskusläsion auszugehen, können den Akten nicht entnommen werden. Vielmehr wartete er mit einer MRI-Untersuchung weiterhin zu und verordnete der Beschwerdeführerin eine Physiotherapie. Seine am 1. Dezember 2010 gestellte Differentialdiagnose bezeichnet er im ärztlichen Zeugnis vom 27. August 2014 beim Verdacht auf eine Innenbandläsion am Knie allgemein als "üblich". In Bezug auf den konkreten Fall können demzufolge daraus keine überzeugenden Schlüsse gezogen werden.

5.3.3 Hinsichtlich Befunderhebung hält Dr. G.\_\_\_\_ in Übereinstimmung mit der medizinischen Literatur fest, dass nach einer typisch traumatischen Meniskusläsion neben Schmerzen eine Bewegungseinschränkung respektive Blockierung und fast immer ein Streckausfall nachgewiesen werden könnten. Dieser Streckausfall werde durch das Einklemmen des abgerissenen Meniskusanteils verursacht (vgl. dazu Leitlinie der Orthopädie, a.a.O., S. 142; Debrunner, a.a.O., S. 1057 f.; Roche Lexikon Medizin, 5. Aufl. München 2003, S. 1204; Pschyrembel, a.a.O., S. 1317). Laut Replik der Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin vom 3. September 2014 (act. G 8) litt die Beschwerdeführerin nach dem Ereignis vom 17. November 2010 unter blockierenden Beschwerden und konnte das Knie eine Woche lang nicht durchstrecken, weswegen sie überhaupt Dr. C.\_\_\_\_ konsultiert habe. Laut Befundaufnahme der behandelnden Physiotherapeutin vom 8. Dezember 2010 war es der Beschwerdeführerin nach dem Laufen drei Wochen zuvor nicht mehr möglich, das linke Knie zu biegen (act. G 8.3). Mit Dr. G.\_\_\_\_ ist jedoch zu konstatieren, dass in den medizinischen Akten keine Blockierungen festgehalten sind und auch Dr. C.\_\_\_\_ in seinem ärztlichen Zeugnis vom 27. August 2014 keine solchen erwähnt. Am 1. Dezember 2010 habe er in seiner Krankengeschichte anhaltende Knieschmerzen notiert. Solche, aber auch ein Streckdefizit, bilden jedoch ebenso Symptome einer Bandläsion (vgl. dazu Debrunner, a.a.O., S. 1091; Pschyrembel, a.a.O., S. 488 "Distorsion"). Im Übrigen räumt selbst die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin in der Replik ein, dass aus den Akten nicht hervor gehe, welche Beschwerden die Beschwerdeführerin unmittelbar nach dem Ereignis vom 17. November 2010 verspürt habe und wie stark diese gewesen seien (act. G 8, Ziff. 17). Die nach dem fraglichen Ereignis vom 17. November 2010 aufgetretenen Beschwerden sind damit nicht hinreichend belegt. Zumindest können sie



nicht überwiegend wahrscheinlich einer Meniskusläsion zugeordnet werden. Die Aussage von Dr. G.\_\_\_\_, bei einem Verdacht auf eine traumatische Meniskusläsion würden primär keine Kniebandage und Physiotherapie verordnet, lässt sich der medizinischen Literatur nicht uneingeschränkt entnehmen (Führungsschiene typisch bei medialen Seitenbandrissen (vgl. Debrunner, a.a.O., S. 1098; Physiotherapie jedoch auch typisch bei Meniskusverletzungen, vgl. Leitlinie der Orthopädie, a.a.O., S. 144). Doch ist mit Dr. G.\_\_\_\_ festzustellen, dass die Beschwerdeführerin die Physiotherapie absolvieren konnte und sich dabei offensichtlich keine Probleme mit Hinweis auf eine Meniskusläsion zeigten. Zumindest sind solche nicht aktenkundig. Vielmehr sind nach der letzten Physiotherapiesitzung vom 22. Februar 2011, d.h. rund drei Monate nach dem Ereignis vom 17. November 2010, während rund zwei Jahren keine Heilbehandlungen mehr in Bezug auf das linke Knie erfolgt.

5.3.4 Die Annahme von Dr. G.\_\_\_\_, der Meniskusschaden hätte sich im Verlauf von zwei Jahren mit überwiegender Wahrscheinlichkeit weiter verschlimmert, hätte sich die Beschwerdeführerin im November 2010 tatsächlich einen solchen zugezogen, und es wäre mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu Blockierungen und/oder Streckausfällen gekommen, und die klinischen Meniskustests wären mit überwiegender Wahrscheinlichkeit positiv ausgefallen, überzeugt nur teilweise. So könnte diesen Darlegungen entgegen gehalten werden, dass nun eben zwei Jahre später die von Dr. G.\_\_\_\_ beschriebene Verschlimmerung der ursprünglich traumatischen Meniskusläsion eingetreten sei. Weiter waren die Meniskustests bei der klinischen Untersuchung durch Dr. D.\_\_\_\_ vom 19. November 2012 negativ (act. M1/2), obwohl am 26. November 2012 radiologisch eine Meniskusruptur erhoben werden konnte (act. M1/3). Negative Meniskustests sind somit offensichtlich auch bei tatsächlichem Vorliegen einer Meniskusruptur möglich. Die im MRI-Befund vom 23. Februar 2013 beschriebenen feinen Rupturen des medialen Meniskus lassen jedoch kaum Raum für die Annahme einer Verschlimmerung, welche nun gegenüber früher plötzlich mehr Beschwerden machen soll. Wahrscheinlicher oder zumindest gleich wahrscheinlich ist angesichts einer Zeitdauer von zwei Jahren ohne aktenmässig dokumentierte ärztliche Konsultationen und Therapien, ohne Arbeitsunfähigkeiten und mit der Fähigkeit Sport zu betreiben (Joggen; vgl. dazu Korrespondenz/Aktennotizen act. 6), dass zwischen dem Ereignis vom 17. November 2010 und der erstmals am 26. November 2012 radiologisch erhobenen Meniskusruptur keine Kausalität besteht. Eine überwiegend



wahrscheinliche traumatische Ursache ist damit nicht belegt. So entspricht auch der Verlauf mit echtzeitlich rund zwei Monate andauernden Kniebeschwerden bzw. entsprechender Heilbehandlung und anschliessendem Behandlungsabschluss der in der medizinischen Literatur beschriebenen Erfahrungstatsache, dass einfache Distorsionen ohne strukturelle Läsionen normalerweise innert kurzer Zeit - ca. sechs Wochen - folgenlos abheilen (vgl. Debrunner, a.a.O., S. 635 ff.).

5.3.5 Die anschliessende Latenzzeit von zwei Jahren lässt Raum für die Entwicklung bzw. das Auftreten anderer Ursachen, wie beispielsweise Degenerationen. Bei der Beschwerdeführerin kann laut Berichten von Dr. F. \_\_\_ über die MRI-Untersuchungen vom 26. November 2012 und vom 23. Februar 2013 (act. M1/3, M3) von einem umfassenden degenerativen Bild ausgegangen werden, in welches sich eine degenerativ bedingte Meniskusläsion ohne Weiteres einfügen lässt. So zeigten sich neben der Ruptur des medialen Meniskus im Hinterhorn und Mitteldrittel insbesondere beim medialen Meniskus eine (mässiggradige) Degeneration des medialen Meniskus im Hinterhorn und Mitteldrittel sowie weitere krankheitsbedingte Leiden bzw. degenerative Veränderungen (vgl. dazu Debrunner, a.a.O., S. 1047 ff.; Roche Lexikon Medizin, a.a.O., S. 325 f.; Pschyrembel, a.a.O., S. 380 f.; vgl. Erwägung 5.1). Sinngleich weist Dr. G. \_\_\_ in seiner Beurteilung darauf hin, dass ein Meniskusschaden im Hinterhornbereich des Innenmeniskus typisch für einen degenerativen Prozess sei. Die überwiegende Mehrheit der Meniskusschäden entstehe auf degenerativer Basis und fast immer sei der Innenmeniskus betroffen. Dafür spreche bei der Beschwerdeführerin auch die bereits vorhandene Chondropathie 2. Grades (eine Vorstufe der Arthrose) und die beginnende Chondrokalzinose (Pseudogicht). Beides seien deutliche Hinweise für einen degenerativen Prozess im Knie der Beschwerdeführerin. Die Auslegung des MRI-Befunds "Degeneration und Ruptur des medialen Meniskus im Mitteldrittel und Hinterhorn" durch die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin in der Replik (act. G 8, Ziff. 9), es sei neben den degenerativen Veränderungen ein Meniskusriss (gemeint ist wohl ein traumatisch bedingter Meniskusriss) festgestellt worden, entspricht in Übereinstimmung mit der Beschwerdegegnerin einer reinen Mutmassung. Der Bericht von Dr. F. \_\_\_ vom 26. November 2012 (act. M1/3) liefert, wie von der Beschwerdegegnerin in der Duplik vom 6. Oktober 2014 dargelegt (act. G 10, Ziff. 5), keinen Hinweis dafür, dass traumatische Befunde vorgelegen hätten, weist jedoch, wie bereits dargelegt, klar auf degenerative Veränderungen hin. Grundsätzlich ist in der



Medizin die Entwicklung sekundärer degenerativer Gesundheitsschäden (beispielsweise Arthrose) in Folge einer ursprünglich erlittenen traumatischen strukturellen Verletzung ein bekanntes Phänomen (vgl. dazu beispielsweise Debrunner, a.a.O., S. 581 "bei intraartikulären Frakturen", S. 1068 "bei Meniskusschäden und posttraumatischen Knorpelschäden"). Die Feststellung der Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin in der Replik (act. G 8, Ziff. 10), es sei nachvollziehbar, dass zwei Jahre nach einem unfallbedingtem Meniskusriss auch degenerative Veränderungen sichtbar seien, ist jedoch in Bezug auf den konkreten Fall nicht stichhaltig. In Übereinstimmung mit der Beschwerdegegnerin (vgl. act. G 10, Ziff. 21) wird mit dem degenerativen MRI-Befund versucht, den Beweis für eine traumatische Ätiologie zu erbringen. Wie bereits erwähnt, stellen jedoch insbesondere Meniskuläsionen eine häufige degenerative Gesundheitsstörung dar und es lässt sich gerade in Bezug auf den konkreten Fall, wie vorstehend dargelegt, nicht sagen, der Meniskusschaden sei nicht degenerativ bedingt, sondern auf das Ereignis vom 17. November 2010 zurückzuführen.

5.3.6 Schliesslich vermag die Darstellung der Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin in der Beschwerde vom 16. Mai 2014 (act. G 1), trotz Beschwerdebesserung seien die Beschwerden nie ganz verschwunden und die Beschwerdeführerin habe immer wieder unter Schmerzen gelitten, welche einige Tage angedauert hätten und anschliessend wieder verschwunden seien, keine überzeugenden Brückensymptome nachzuweisen, die das Geschehen über die leistungsfreie Zeit hinweg als Einheit kennzeichnen bzw. auf eine am 17. November 2010 erlittene und nicht verheilte Meniskuläsion schliessen lassen würden. Zwar können Brückensymptome naturgemäss auch relativ harmloser Natur sein und dürfen in der Regel nicht nur dann anerkannt werden, wenn sie auch durchgängig ärztlich behandelt wurden (vgl. Urteil des EVG vom 6. Juni 2006, U 12/06, E. 4.3.2). Ein, wie bereits erwähnt, rund zwei Jahre dauerndes Intervall gänzlich ohne dokumentierte ärztliche Behandlung oder Kontrolle mit durchgehender Arbeitsfähigkeit, spricht allerdings vielmehr für eine beim Unfall "nur" erlittene und verheilte Seitenbandläsion. Die Fähigkeit der Beschwerdeführerin zu joggen, was bei den geltend gemachten Brückensymptomen kaum zu erwarten wäre, lässt eine traumatische Verursachung der Meniskusruptur nochmals unwahrscheinlicher erscheinen.



5.4 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass Dr. G.\_\_\_\_ nachvollziehbar und überzeugend zum Schluss kommt, dass aufgrund der Klinik, des MRI-Befunds und des zeitlichen Ablaufs nicht als überwiegend wahrscheinlich anzunehmen sei, dass zwischen dem Ereignis vom 17. November 2010 und der erstmals am 26. November 2012 erhobenen medialen Meniskusruptur ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Der Umstand, dass Dr. G.\_\_\_\_ seine Beurteilung vom 20. Juni 2014 (act. G 5.1) ausschliesslich aufgrund der Akten abgegeben und die Beschwerdeführerin nicht selbst untersucht hat, steht dem Beweiswert seiner Beurteilung nicht entgegen (vgl. dazu RKUV 1988 Nr. U 56 S. 371 E. 5b; Urteile des Bundesgerichts vom 1. Februar 2010, 8C\_792/2009, E. 5, und vom 26. Januar 2010, 8C\_833/2009, E. 5.1). Dr. G.\_\_\_\_ legt die zu berücksichtigenden (medizinischen) Akten ("Aktenlage") sowie die "Anamnese" mit den Ergebnissen der im konkreten Fall durchgeführten ärztlichen Untersuchungen lückenlos dar. Nicht in Frage zu stellen ist ausserdem seine Fachkompetenz. Angesichts seines Facharztstitels "Facharzt für Chirurgie und Unfallchirurgie FMH" ist davon auszugehen, dass er die erforderlichen traumatologischen Kenntnisse und die Erfahrung hat, Unfallpatienten und unfallähnliche Körperschädigungen diagnostisch zu beurteilen. Demgemäss ist ein Anspruch der Beschwerdeführerin auf Leistungen der Beschwerdegegnerin für ihre Meniskusläsion im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 17. November 2010 abzuweisen.

5.5 Die Stellungnahme von Dr. D.\_\_\_\_ vom 18. Juli 2013 (Korrespondenz/Aktennotizen act. 36) kann an dieser Beurteilung nichts ändern bzw. vermag ihr nichts Überzeugendes entgegenzuhalten. Wie von Dr. D.\_\_\_\_ angenommen, ist zwar der medizinischen Literatur zu entnehmen, dass Symptome einer Meniskusverletzung auch wieder verschwinden können (vgl. dazu Debrunner, a.a.O., S. 1058). Ausserdem kann laut Dr. D.\_\_\_\_ eine Verletzung des Meniskus nicht verheilen, womit bei entsprechender Belastung oder erneutem Verdrehen des Kniegelenks rezidivierend Beschwerden auftreten können. In der medizinischen Literatur wird hingegen die spontane Ausheilung der Meniskusläsion beschrieben (vgl. dazu Debrunner, a.a.O., S. 1058; Leitlinie der Orthopädie, a.a.O., S. 145). Entscheidend ist jedoch letztlich die Frage, ob es beim Ereignis vom 17. November 2010 überhaupt zur strukturellen, nicht ausheilenden Verletzung einer Meniskusläsion gekommen ist. Wie in Erwägung 5.4 dargelegt, ist ein solches Geschehen angesichts der gesamten Aktenlage im konkreten



Fall nicht überwiegend wahrscheinlich nachgewiesen. Die Aussage von Dr. D.\_\_\_\_ verliert dadurch ihre Vorbedingung und Bedeutung. Seine erste Untersuchung erfolgte rund zwei Jahre nach dem Ereignis vom 17. November 2010. Inwiefern er das Ereignis als einzige Ursache der Beschwerden ansieht bzw. aus welchen Gründen von einer ursprünglich erlittenen Meniskusküläsion ausgegangen werden könnte, wird von ihm nicht mit weiteren medizinischen Überlegungen dargelegt. Insofern ist mit der Beschwerdegegnerin (vgl. act. G 10, Ziff. 11) übereinzustimmen, dass die Kausalitätsbegründung von Dr. D.\_\_\_\_ eigentlich nur auf der Formel "post hoc ergo propter hoc" basiert, eine solche Beweisführung bzw. der zeitliche Aspekt jedoch keine wissenschaftlich genügende Erklärungskraft besitzt. Andernfalls würde man sich mit dem blossen Anschein des Beweises bzw. der blossen Möglichkeit begnügen und davon ausgehen, dass eine gesundheitliche Schädigung schon dann durch den Unfall verursacht sei, wenn sie nach diesem auftrat (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2. Aufl. Zürich 2009, N 43 f. zu Art. 4; Maurer, a.a.O., S. 460 N 1205; SVR 2009 UV Nr. 13 [8C\_590/2007], S. 52 E. 7.2.4 mit weiteren Hinweisen; BGE 119 V 340 E. 2b/bb).

6.

Eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin hinsichtlich des Meniskusschadens fällt auch in Bezug auf das Ereignis vom 18. Februar 2013 ausser Betracht. Die hiernach am 23. Februar 2013 durchgeführte MRI-Untersuchung durch Dr. F.\_\_\_\_ zeigte gegenüber der Voruntersuchung vom 26. November 2012 keine Veränderungen im medialen Kompartiment. Es liessen sich insbesondere auch keine zwischenzeitlich neu aufgetretenen traumatischen Veränderungen nachweisen (act. M3). Zwar gab Dr. D.\_\_\_\_ im Arzzeugnis vom 12. März 2013 an, die Beschwerdeführerin habe danach starke Schmerzen verspürt. Angesichts dessen, dass Dr. D.\_\_\_\_ anlässlich der Erstbehandlung vom 19. Februar 2013 keine Arbeitsunfähigkeit attestierte, es offensichtlich bei einer einzigen Konsultation blieb bzw. nicht einmal weitere Kontrollen geplant worden waren und offensichtlich bis heute keine Therapie der Meniskusküläsion stattgefunden hat, ist jedoch mit der Beschwerdegegnerin (act. G 5, Ziff. 26) davon auszugehen, dass das Ereignis vom 18. Februar 2013 keinen wesentlichen Einfluss auf die bereits bestehende Symptomatik gehabt hat.

7.



7.1 Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Bestätigung des angefochtenen Einspracheentscheids vom 2. April 2014 abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG).

7.2 Nach dem allgemeinen Rechtsgrundsatz, wonach die Kosten eines Verfahrens zu tragen hat, wer dieses Verfahren verursacht hat (vgl. dazu ZAK 1989 S. 283 E. 3), erscheint es hingegen trotz Unterliegens der Beschwerdeführerin angemessen, ihr eine reduzierte Parteientschädigung zuzusprechen. In diesem Sinn nach der Rechtsprechung auch der versicherten Person trotz Unterliegens eine Parteientschädigung ausnahmsweise zugesprochen werden, soweit die Beschwerdegegnerin die Kosten verursacht hat (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 18. März 2015; 8C\_843/2014, E. 11). Der angefochtene Einspracheentscheid basiert allein auf den Stellungnahmen von Dr. G.\_\_\_\_ vom 17. Februar und 25. April 2013. Wie bereits in Erwägung 3.4 festgestellt, beantwortete Dr. G.\_\_\_\_ darin zwar grundsätzlich die im vorliegenden Fall relevanten Fragen. Dennoch müssen die Stellungnahmen als blossе Kurzbeurteilungen bezeichnet werden, die sich letztlich einzig auf die Bejahung oder Verneinung der ihm gestellten Fragen beschränken, „unbestimmte“ Antworten enthalten und auf das ausschliessliche Vorliegen degenerativer und nicht traumatischer Gesundheitsschädigungen hinweisen.

Dr. G.\_\_\_\_ begründete nicht, weshalb er die Knieproblematik links der Beschwerdeführerin ausschliesslich auf degenerative Veränderungen zurückführte. Nicht zu entnehmen ist seinen Stellungnahmen ausserdem, auf welche Anamnese - insbesondere ob und wenn ja, auf welche radiologischen Untersuchungsergebnisse - er sich abstützte. Den fraglichen Kurzbeurteilungen fehlt es mithin an der Nachvollziehbarkeit bzw. Schlüssigkeit und damit an der Plausibilität. Der Beschwerdeführerin präsentierte sich somit bei Empfang des Einspracheentscheids eine Aktenlage, die es ihr nicht ermöglichte nachzuvollziehen, wie Dr. G.\_\_\_\_ zu seiner Beurteilung gekommen ist. Vor diesem Hintergrund drängte sich beim damaligen Aktenstand - verursacht durch die Beschwerdegegnerin - die Beschwerdeerhebung auf. Von der Beschwerdegegnerin zu entschädigen ist daher der Aufwand für die Beschwerde und die Prüfung der Beschwerdeantwort samt der ausführlichen Beurteilung von Dr. G.\_\_\_\_ vom 20. Juni 2014, nicht jedoch der Aufwand für das Erstellen der Replik. Angemessen ist eine Parteientschädigung von Fr. 2'000.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer).



### Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

3.

Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 2'000.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.