

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



I 2018 42

Entscheid vom 11. Juli 2018

Besetzung

Dr.iur. Vital Zehnder, Vizepräsident
Dr.med. Urs Gössi, Richter
Dr.med. Pierre Lichtenhahn, Richter
MLaw Joëlle Sigrist, Gerichtsschreiberin

Parteien

A. _____,
Beschwerdeführerin,

gegen

B. _____ AG,
Vorinstanz,

Gegenstand

Unfallversicherung (Leistungen, Kausalität)

Sachverhalt:

A. A._____ (Jg. 1972) war in gekündigter Stellung bei der C._____ AG angestellt und dadurch bei der B._____ AG obligatorisch unfallversichert, als sie am 14. April 2017 beim Skifahren zweimal stürzte (Vi-act. 1). Sie suchte am 16. April 2017 die Klinik D._____ auf, wo die Diagnose einer Knie-distorsion bds. sowie Ischialgie gestellt wurde (Vi-act. 4). Nach einer Verlaufskontrolle am 24. April 2017 wurde ein MRI beider Knie durchgeführt. Die weitere Behandlung erfolgte beim Hausarzt sowie in der M._____ (Klinik), wo die Behandlung nach der Konsultation vom 29. Mai 2017 abgeschlossen wurde (Vi-act. 8). A._____ wurde bis zum 10. Juli 2017 zu 100% und anschliessend bis 3. August 2017 zu 50% arbeitsunfähig geschrieben (Vi-act. 12 - 19).

B. Nachdem B._____ den beratenden Arzt Dr.med. E._____ (FHM Orthopädie und Unfallchirurgie) um eine Aktenbeurteilung ersucht hatte (Vi-act. 21), teilte sie A._____ am 28. Juli 2017 mit, der Fall werde per 14. Juli 2017 abgeschlossen, die Taggelder würden noch bis zum 31. Juli 2017 ausbezahlt (Vi-act. 22). Da A._____ hiergegen opponierte, verfügte B._____ am 15. September 2017 die Einstellung der Versicherungsleistungen betreffend die Unfallfolgen vom 14. April 2017 per 31. Juli 2017 (Vi-act. 25).

C. Am 25. September 2017 erhob der Krankenversicherer N._____ gegen die verfügte Leistungseinstellung vorsorgliche Einsprache (Vi-act. 26), die mit Mail vom 25. Oktober 2017 zurückgezogen wurde (Vi-act. 29).

Am 27. September 2017 erhob A._____ gegen die Verfügung vom 15. September 2017 Einsprache.

D. Im Dezember 2017 und Januar 2018 suchte A._____ wegen Kniebeschwerden erneut Dr.med. F._____ (FMH Orthopädische Chirurgie) auf (Vi-act. 30 und 31). In der Folge ersuchte B._____ den beratenden Arzt Dr.med. G._____ (Vertrauensarzt SGV) um Stellungnahme, welche dieser am 6. März 2018 abgab (Vi-act. 33 und 35). Die Stellungnahme wurde A._____ am Folgetag unterbreitet (Vi-act. 36) und im Nachgang zur Nachkontrolle bei Dr.med. F._____ vom 3. April 2018 (Vi-act. 39) nahm dieser am 4. April 2018 Stellung (Vi-act. 40). Mit Entscheid vom 12. April 2018 wies B._____ die Einsprache vom 27. September 2017 ab (Vi-act. 42).

E. Am 6. Mai 2018 erhebt A._____ beim Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Beschwerde gegen den Einspracheentscheid vom 12. April 2018 mit den Anträgen:

Folgende Forderungen an die B. _____ stelle ich:

1. Übernahme aller Kosten Arztrechnungen, Therapien, MRI usw. die bis anhin von meiner Krankenkasse und von mir getragen wurden.
2. Reise- Transportkosten und weitere Kosten während und nach dem Unfall Fahrten für Arzt; Therapie, Einkaufen usw.
3. Hilfe und Pflege zuhause, Haushaltskosten und Betreuung
4. Büroaufwand (Telefon, Briefe, Arbeitsaufwand, usw.)
5. Da die Schmerzen noch nicht ganz verheilt sind, die Übernahme für allfällige Rückfälle und Spätfolgen des Unfalls. Schmerzensgeld.

Mit Vernehmlassung vom 24. Mai 2018 beantragt B. _____ die Abweisung der Beschwerde unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdeführerin.

Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.1 Gemäss Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) vom 20. März 1981 werden Leistungen der Unfallversicherung bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt. Als Unfall gilt gemäss Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) 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.

Zudem erbringt die Versicherung ihre Leistungen auch bei Knochenbrüchen, Verrenkungen von Gelenken, Meniskusrissen, Muskelrissen, Muskelzerrungen, Sehnenrissen, Bandläsionen sowie Trommelfellverletzungen, sofern diese nicht vorwiegend auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen sind (Art. 6 Abs. 2 UVG) und ausserdem für Schädigungen, die dem Verunfallten bei der Heilbehandlung zugefügt werden (Art. 6 Abs. 3 UVG).

1.2 Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat der Versicherte Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen. Ist der Versicherte infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat er Anspruch auf ein Taggeld (vgl. Art. 16 Abs. 1 UVG). Wird der Versicherte infolge des Unfalles invalid, so hat er Anspruch auf eine Invalidenrente (vgl. Art. 18 Abs. 1 UVG). Erleidet der Versicherte durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität, so hat er Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung (Art. 24 Abs. 1 UVG).

1.3 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 134 V 109 Erw. 2.1; BGE 129 V 177 Erw. 3.1 f.).

1.3.1 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 andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiel; m.a.W. wenn der Unfall überwiegend wahrscheinlich zumindest eine indirekte Teilursache der gesundheitlichen Beschwerden ist (BGE 134 V 109 Erw. 2.1; Urteile BGer 8C_172/2018 vom 4.6.2018 Erw. 4.2; 8C_588/2013 vom 16.1.2014 Erw. 4.3.4; RKUV 200 Nr. 8 395 S. 317 Erw. 3; BGE 119 V 337 Erw. 1; BGE 117 V 360 Erw. 4a je mit Hinweisen).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung (im Beschwerdefall der Richter) im Rahmen der ihr obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat (BGE 138 V 218 Erw. 6; BGE 126 V 360 Erw. 5b mit Hinweisen). Die bloße Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 177 Erw. 3.1; BGE 119 V 338 Erw. 1; BGE 118 V 289 Erw. 1b).

1.3.2 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt des Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. 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 Erw. 3.2; BGE 125 V 461 Erw. 5a, je mit Hinweisen). Dabei ist es Aufgabe des Arztes, den natürlichen Kausalzusammenhang zu beurteilen, während es der Verwaltung und im Beschwerdefall dem Gericht obliegt, die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang zu beantworten (BGE 123 III 110 Erw. 2).

Die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers spielt bei organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate und natürliche Kausalität weitgehend decken (BGE 134 V 109 Erw. 2). Unfallfolgen sind dann organisch objektiv ausgewiesen, wenn die Untersuchungsergebnisse objektivierbar sind, d.h. reproduzierbar und von der Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten unabhängig sind. Von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen kann somit erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt wurden und die hiebei angewendeten Untersuchungsmethoden wissenschaftlich anerkannt sind (BGE 138 V 248 Erw. 5.1; Urteile BGer 8C_301/2017 vom 24.4.2018 Erw. 2; 8C_849/2011 vom 29.5.2012 Erw. 4.1 m.w.H.).

Anders verhält es sich bei natürlich unfallkausalen, aber organisch nicht objektiv ausgewiesenen Beschwerden. Hier bedarf es einer besonderen Adäquanzbeurteilung (BGE 138 V 248 Erw. 4; Urteil BGer 8C_801/2017 vom 24.4.2018 Erw. 4.2.2). Dabei ist vom augenfälligen Geschehensablauf auszugehen, und es sind je nachdem weitere unfallbezogene Kriterien einzubeziehen (BGE 134 V 109 Erw. 2.1). Soweit nicht die Schleudertrauma-Rechtsprechung anwendbar ist, sind zur Beurteilung der Adäquanz die Kriterien, welche für psychische Fehlentwicklungen nach einem Unfall entwickelt wurden (BGE 115 V 133 Erw. 6c/aa; sog. Psycho-Praxis), anzuwenden (BGE 134 V 109 Erw. 2.1; vgl. zum Ganzen auch: Urteil BGer 8C_216/2009 vom 28.10.2009 Erw. 2, nicht publ. in: BGE 135 V 465, aber in: SVR 2010 UV Nr. 6 S. 25; SVR 2011 UV Nr. 10 S. 35, 8C_584/2010 Erw. 2).

1.4 Versicherungsleistungen werden gemäss Art. 11 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) vom 20. Dezember 1982 auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt. 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 anders gearteten Krankheitsbild führen können.

Rückfälle und Spätfolgen schliessen somit begrifflich an ein bestehendes Unfalereignis 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 ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE

118 V 293 f. Erw. 2c S. 296 f. mit Hinweisen). Dabei kann nicht zwingend von der natürlichen Kausalität zwischen Unfall und Grundfall auf die natürliche Kausalität zwischen Unfall und Rückfall geschlossen werden, denn die unfallkausalen Faktoren können durch Zeitablauf wegfallen. Vielmehr obliegt es dem Leistungsansprecher, das Vorliegen eines leistungsbegründenden natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem neuen Beschwerdebild und dem Unfall mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachzuweisen. Eine allfällige Beweislosigkeit wirkt sich zu Lasten der versicherten Person aus, welche einen Rückfall oder eine Spätfolge geltend macht und daraus einen Leistungsanspruch ableiten will (vgl. BGE 117 V 264 Erw. 3b; Urteil des EGv U 69/03 vom 7.4.2004 Erw. 2.3, je mit Hinweis; Rumo-Jungo/Holzer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. 2012, S. 78 f.). Werden durch einen Unfall Beschwerden verursacht, übernimmt die Unfallversicherung den durch das Unfallereignis verursachten Schaden, spätere Gesundheitsstörungen dagegen nur, wenn eindeutige Brückensymptome gegeben sind (Urteil BGer 8C_331/2015 vom 21.8.2015 Erw. 2.2.2 mit Hinweis auf 8C_521/2008 vom 5.12.2011 Erw. 2.2.2 mit Hinweisen).

1.5 Unfallbedingte Fehlbelastungen (wegen Fuss- und Beinverletzungen, Beinlängenverkürzung usw.) können im Sinne indirekter Unfallfolgen zu Rückenbeschwerden führen. Es liegt in der Natur solcher Fehlbelastungsbeschwerden, dass sie erst einige Zeit nach dem Unfall auftreten und nicht direkt traumatisch bedingt sind. Dies muss allerdings im Einzelfall medizinisch abgeklärt werden (RKUV 2003 Nr. U 487 S. 337 Erw. 5.2.2 [U 38/01]; vgl. auch Bundesgerichtsurteile 8C_747/2013 vom 18.3.2014 Erw. 3.2; 8C_588/2013 vom 16.1.2014 Erw. 4.3.3; 8C_456/2009 vom 28.7.2009 Erw. 5.2). Ein Schonhinken ist nicht geeignet, eine Fehlbelastung der Wirbelsäule zu verursachen, wenn nicht zusätzlich schwerwiegende Deformationen (wie Beinlängendifferenz oder Hüftarthrose) vorliegen (8C_248/2008 vom 4.7.2008 Erw. 3.2 mit Hinweis).

1.6.1 Hat der Unfallversicherer seine Leistungspflicht einmal anerkannt, entfällt diese erst, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, der Gesundheitsschaden mit anderen Worten 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 (vgl. Urteil BGer 8C_331/2015 Erw. 2.1.1; SVR 2011 UV Nr. 4 S. 12 Erw. 3.2 mit Hinweisen [8C_901/2009]; RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 Erw. 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 blosser Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die entsprechende Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer. Der Beweis des Wegfalls des Kausalzusammenhangs muss nicht durch den Nachweis unfallfremder Ursachen erbracht werden. Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliege oder die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei. Entscheidend ist allein, ob unfallbedingte Ursachen des Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind (Urteile BGer 8C_847/2008 vom 29.1.2009 Erw. 2; 8C_126/2008 vom 11.11.2008 Erw. 2.3, und U 143/02 vom 25.10.2002 Erw. 3.2).

1.6.2 Zudem hat der Versicherer nach konstanter Rechtsprechung die Heilbehandlung und das Taggeld nur solange zu gewähren, als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann. Die Frage, ob von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann, beurteilt sich namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit unfallbedingt beeinträchtigt. Dabei verdeutlicht die Verwendung des Begriffes "namhaft" durch den Gesetzgeber, dass die durch weitere Heilbehandlung zu erwartende Besserung ins Gewicht fallen muss. Unbedeutende Verbesserungen genügen nicht (Urteil BGer 8C_771/2017 vom 3.5.2018 Erw. 5.2.1) Trifft dies nicht mehr zu, ist der Fall unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen mit gleichzeitiger Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und auf eine Integritätsentschädigung abzuschliessen. Wenn einerseits von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung im Sinne von Art. 19 Abs. 1 UVG mehr erwartet werden kann und andererseits die Voraussetzungen von Art. 21 Abs. 1 UVG nicht erfüllt sind, hat der Unfallversicherer keine Heilbehandlung mehr zu übernehmen. An seine Stelle tritt der obligatorische Krankenpflegeversicherer (vgl. BGE 134 V 109 Erw. 4.1 mit weiteren Hinweisen).

1.7 Gemäss dem in Art. 43 Abs. 1 ATSG normierten Untersuchungsgrundsatz hat der Versicherungsträger die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen

vorzunehmen. Diese Untersuchungspflicht gilt grundsätzlich auch im Gerichtsverfahren (Kieser, ATSG-Kommentar, 3.A., Art. 43 Rz. 28). Was notwendig ist, ergibt sich zum einen daraus, in welchem Umfang Abklärungen vorzunehmen sind, und zum anderen daraus, in welcher Tiefe dies der Fall ist. Zunächst sind die für die zu entscheidende Frage massgebenden Bereiche abzustecken und in der Folge ist der Sachverhalt abzuklären. 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 nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisforderungen nicht. Der Richter und die Richterin haben vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigen (BGE 138 V 218 Erw. 6; BGE 126 V 353 Erw. 5b; BGE 125 V 193 Erw. 2). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus, da es Sache des Sozialversicherungsgerichts (oder der verfügenden Verwaltungsstelle) ist, für die Zusammentragung des Beweismaterials besorgt zu sein. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesenen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 261 Erw. 3b; Urteil 8C_663/2009 vom 27.4.2010 Erw. 2.2). Auf ein beantragtes Beweismittel kann ohne Verletzung des Gehörsanspruches des Versicherten verzichtet werden, wenn die Verwaltung oder der Richter bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung gelangt, der Sachverhalt, den eine Partei beweisen will, sei nicht rechtserheblich oder der angebotene Beweis vermöge keine Abklärungen herbeizuführen. In der damit verbundenen antizipierten Beweiswürdigung kann kein Verstoss gegen das rechtliche Gehör nach Art. 29 Abs. 2 BV erblickt werden (BGE 122 V 157 Erw. 1.d mit Hinweis auf BGE 104 V 209 Erw. a und BGE 119 V 335 Erw. 3c je mit Hinweisen).

1.8 Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 43 und 61 ATSG). Danach haben die beurteilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen und alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und da-

nach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten.

1.8.1 Zur Feststellung natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin ist die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall der Richter wesensgemäss auf Angaben ärztlicher Fachkräfte angewiesen. 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 bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 134 V 231 Erw. 5.1). 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 351 Erw. 3a; BGE 122 V 157 f. Erw. 1c mit Hinweisen).

Den Berichten versicherungsinterner Ärzte kann rechtsprechungsgemäss Beweiswert beigemessen werden, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (RKUV 1991 Nr. U 133 S. 311). Ein Anstellungsverhältnis dieser Person zum Versicherungsträger alleine lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 465 Erw. 4.4 mit Hinweisen).

In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten darf und soll der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass die Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, weshalb den (unabhängigen) Fachärzten mehr Gewicht zukommt (vgl. Urteil des BGer 8C_871/2008 vom 24.3.2009 Erw. 3.2 mit Hinweisen; BGE 135 V 465 Erw. 4.5; BGE 125 V 353 Erw. 3b/cc). Dies gilt grundsätzlich nicht nur für Hausärzte (BGE 135 V 465 Erw. 4.5), sondern auch für spezialärztlich behandelnde Medizinalpersonen (Urteile BGer 8C_609/2017 vom 27.3.2018 Erw. 4.3.3; 8C_180/2017 vom 21.6.2017 Erw. 4.4.2). Mit Blick auf die Verschiedenheit von Behandlungs- und Begutachtungsauftrag kann daher im

Streitfall regelmässig nicht auf die Sicht des behandelnden (Fach-)Arztes abgestellt werden (vgl. statt vieler: Urteil des BGer I 701/05 vom 5.1.2007 Erw. 2 mit Hinweisen).

1.8.2 Eine ärztliche Beurteilung aufgrund der Akten ist nicht an sich unzuverlässig. Für die Beweistauglichkeit entscheidend ist, dass genügend Unterlagen von persönlichen Untersuchungen vorliegen (RKUV 1988 Nr. U 56 S. 371 Erw. 5b). Dem reinen Aktengutachten kann voller Beweiswert zukommen, sofern ein lückenloser Befund vorliegt, und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhaltes geht. Aktengutachten sind insbesondere dann von Belang, wenn die relevanten Befunde mehrfach und ohne wesentlichen Widerspruch bereits erhoben worden sind, aber die Zuordnung zu einer Diagnose oder der Kausalzusammenhang und das Ausmass der Behinderung verschieden bewertet werden. In diesen Fällen kann in einem Aktengutachten das Für und Wider der verschiedenen Meinungen erwogen und die überwiegende Wahrscheinlichkeit für eine bestimmte Beurteilung deutlich gemacht werden (Urteil BGer 8C_540/2007 vom 27.3.2008 Erw. 3.2 mit Hinweisen).

2. Was das Unfallereignis sowie die Gesundheitsschädigung und den Verlauf anbelangt, so ergibt sich aus den Akten:

2.1 Gemäss Schadenmeldung UVG vom 2. Mai 2017 ereignete sich am 14. April 2017 nachmittags ein Skiunfall. Als Art der Schädigung notiert ist "Knieverletzung beide, Rücken/Schulter und Beckenprellung" (Vi-act. 1).

2.2 Am 16. April 2017 suchte die Beschwerdeführerin die ambulante Notfallsprechstunde der Klinik D. _____ auf (Vi-act. 4). Sie sei letzte Woche zweimal gestürzt und habe sich dabei die Knie verdreht. Aufgrund der Fehlbelastung beklage sie nun ebenfalls Rückenbeschwerden, ausstrahlend in beide hintere Oberschenkel. Bildgebend (Röntgen Knie bds. und seitl.; Beckenübersicht) ergaben sich keine Hinweise auf frische ossäre Läsionen. Der klinische Befund ergab für die Knie: "pDMS intakt, Lachmann sowie vordere und hintere Schublade negativ, Meniskuszeichen negativ, Kollateralbänder intakt und nicht druckdolent". Als Diagnose wurde eine Kniedistorsion bds. sowie Ischialgie gestellt.

In der Verlaufskontrolle vom 24. April 2017 berichtete die Beschwerdeführerin über anhaltende Schmerzen. Die Beschwerden beständen beinahe ausschliesslich bei Belastung, in beiden Kniegelenken gleichermassen, und würden weder durch Bergab- oder Bergauflaufen noch durch Rotationsbewegungen verstärkt. Die WS-Problematik befinde sich eher paravertebral ohne wesentliche Ausstrah-

lung, allenfalls in das Gesäss bds. ohne Sensibilitäts- oder Kraftdefizit. Als Befund wurde notiert (Vi-act. 5):

Knie rechts: Intaktes Integument, minimaler Erguss. Druckdolenz sowohl über dem medialen als auch über dem lateralen Kniegelenkspalt. Bewegungsumfang für Flexion/ Extension 120-0-0. Kollateraler Bandapparat sowohl in Streckstellung als auch in 30° Flexion intakt. Lachman negativ. McMurray und Apley-Grind positiv für den lateralen Meniskus. Kein Patellaverschiebeschmerz, kein Apprehension-Sign. pDMS intakt.

Knie links: Intaktes Integument, keine Schwellung, kein Erguss. Druckdolenz am ehesten über dem medialen Kniegelenkspalt. Freier Bewegungsumfang mit Flexion/Extension 130-0-0. Lachman negativ. Kollateraler Bandapparat sowohl in Streckstellung als auch in 30° Flexion intakt. McMurray und Apley-Grind am ehesten positiv für den medialen Meniskus. pDMS intakt.

Hüfte bds.: Leicht hinkendes, kleinschrittiges Gangbild. Zehenspitzen- und Fersengang unter Schmerzen möglich. Druckdolenz über dem ISG bds., keine Klopf- oder Druckdolenz über der Wirbelsäule. Bewegungsumfang in den Hüftgelenken bds. frei, jedoch v.a. rechtsseitig in endphasiger Flexion und Innenrotation schmerzhaft. Abduktion, Adduktion, Flexion und Extension gegen Kraft jeweils gut möglich. Lasague bds. negativ. Sensibilität in der gesamten unteren Extremität intakt. Kein Beckenkompressionsschmerz.

Es wurde der Verdacht auf eine laterale Meniskusläsion am rechten Knie sowie mediale Meniskusläsion am linken Knie und eine reaktive ISG-Problematik durch die entstandene Fehlbelastung festgehalten und ein MRI empfohlen. Gemäss Bericht vom 27. April 2017 ergab der MRI-Befund (Vi-act. 6):

Knie links

Leichte Binnendegeneration des Innenmeniskushinterhornes gegen die Pars intermedia mit kleinstem peripherem Einriss posteromedial mit fraglicher klinischer Bedeutung.

Leichte Tendinopathie des lateralen Seitenbandapparates, keine Ruptur.

Offenbar St.n. Osteosynthetischer Versorgung femoralseits bei Nachweis eines grossen Suszeptibilitätsartefaktes und eines Schraubenkanals im distalen Femur.

Knie rechts

Intakte Menisci. Leichte Tendinopathien der Collateralligamenta medial ausgeprägter als lateral jeweils femoralseits.

Leichtes Knochenmarködem im Patellaoberpol medial auf Höhe des Ansatzes der Quadrizepssehne, welche ebenfalls leicht Signalangehoben ist im Sinne einer Ansatzendinopathie.

Leicht prominente Plica mediopatellaris.

Geringe Ausdünnung des Knorpels femorotibial und retropatellär.

Es wurde Ruhigstellung mittels Genutrain A3 Schiene, schmerzabhängige Belastung und Analgesie mittels Irfen 600mg 3xtäglich sowie eine PPI-Gabe verordnet und der Beschwerdeführerin eine Physiotherapieverordnung mitgegeben.

2.3 Im Ärztlichen Zwischenbericht UVG notiert prakt.med. L. _____ (Praktischer Arzt DE) am 31. Mai 2017 die Diagnose: Kniedistorsion beidseits; Kno-

chenmarksödem, Bänderdehnung beidseits. Unter Physio alle zwei Wochen trete Besserung ein; die Physiotherapie dauere voraussichtlich noch vier Wochen (Vi-act. 7).

2.4 Am 2. Juni 2017 berichtet Dr.med. H._____ (FMH für Orthopädische Chirurgie) dem Hausarzt, nachdem er durch die Beschwerdeführerin um eine orthopädische Beratung gebeten wurde (Vi-act. 8). Er stellt bezogen auf das Unfallereignis vom 14. April 2017 die Diagnose Status nach Sturz beim Skifahren vom 14. April 2017 mit Kniegelenksdistorsion bds. mit MCL und LCL Distorsion Kniegelenk rechts und links je mit Innenmeniskushinterhornriss. Bis vor einer Woche habe die Beschwerdeführerin eine Teilbelastung an zwei Unterarmgehstöcken durchgeführt. Nach persönlichem Untersuchen sowie unter Heranziehung des MRI-Befundes vom April 2017 (Erw. 2.2) kam er zur Beurteilung: "Die Patientin hat im Rahmen eines Ski-Sturzes vom 14.4.2017 eine Kniegelenksdistorsion bds. mit MCL und LCL Distorsion Kniegelenk bds. mit Innenmeniskushinterhornriss erlitten, die aktuell klinisch unauffällig sind." Dr.med. H._____ schloss die Behandlung ab.

2.5 Am 2. Juni 2017 beantwortet die Beschwerdeführerin den Fragebogen der Vorinstanz (Vi-act. 9). Vor dem Unfallereignis hätte sie keine Beschwerden gehabt, diese hätten unmittelbar nach dem Ereignis eingesetzt. Die Behandlung daure noch an, ebenso die Therapie. Die Beschwerden seien noch gleich, jedoch weniger.

2.6 Mit verschiedenen Arztzeugnissen wurde die Beschwerdeführerin vom 16. April 2017 bis 27. Juni 2017 zu 100% und vom 28. Juni bis 3. August 2017 zu 50% arbeitsunfähig erklärt (das Zeugnis der Klinik D._____, welches eine AUF von 100% vom 16.6.2017 bis 23.7.2017 attestiert und am 24.4.2017 ausgestellt worden sein soll, ist nicht nachvollziehbar und bleibt unbeachtlich; Vi-act. 11-19).

2.7 Am 24. Juli 2017 gelangte die Vorinstanz mit einem Fragenkatalog an den ärztlichen Berater Suva Versicherungsmedizin (adressiert an Dr.med. I._____; beantwortet durch Dr.med. E._____; Vi-act. 21). Dieser antwortete am 26. Juli 2017:

1. Hat der Unfall vom 14.04.2017 zu strukturellen Verletzungen geführt (waren die Meniskusschäden vorbestehend?)
Nein (Meniskus wird bds. Innen und Aussen als intakt beschrieben; MRI Klinik D._____)

2. Kann davon ausgegangen werden, dass Unfallfolgen im Beschwerdebild des Versicherten heute mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine Rolle mehr spielen?
Ja
3. Wenn ja, wann ist der status quo sine erreicht?
ca. 3 Monate nach Unfall.
- (4. Falls nein)
5. Ist von der Weiterführung der ärztlichen und therapeutischen Behandlungen eine namhafte Besserung zu erwarten? Wenn ja, von welchen und wie lange?
Nein.

2.8 Nachdem die Vorinstanz der Beschwerdeführerin den Fallabschluss angezeigt hat, meldete diese zurück, sie sei seit 31. Juli 2017 durch den Hausarzt 0% Unfall (recte wohl arbeitsunfähig) geschrieben, die Unfallakte bleibe indes offen, da die Verheilung noch nicht 100% abgeschlossen sei. Gemäss Dr.med. H._____ könne diese Art von Verletzung sehr lange dauern. Die genaue Zeit könne nicht definiert werden und ob in Zukunft weitere Beschwerden bestehen blieben. Daher müsse auch die Versicherung die Akte weiterhin offen halten (Vi-act. 24).

Den Verweis auf die Aussage Dr.med. H._____ enthält ebenso die Einsprache vom 27. September 2017, ergänzt mit der Bemerkung, sie habe noch immer Kniebeschwerden und sie sei nicht bereit, die Franchise und weiteren Kosten von jeweils 10% auf sich zu nehmen, da dies vom Skiunfall herrühre (Vi-act. 27).

2.9.1 Am 12. Dezember 2017 erfolgte eine Kontrolle bei Dr.med. F._____ (Vi-act. 30). Die Beschwerdeführerin berichte über eine Zunahme der Schmerzen in beiden Knien sowohl medial als auch lateral. Keine Blockaden des Knies, keine Schwellungen mehr nach anfänglicher Schwellungsneigung. Bei identischer Diagnoseliste wie Dr.med. H._____ (vgl. Erw. 2.4) dokumentierte er nach persönlichem Untersuchen den Status:

Rechtes Knie: Ergussfrei, Druckdolenz des medialen Seitenbandes, Meniskuszeichen angedeutet positiv, Lachman 2mm, guter Anschlag, Flexion/Extension 140-5-0°, passiv auf 0° herunterdrückbar.

Linkes Knie: Alte mediale Narbe. Flexion/Extension 140-0-5° Druckdolenz entlang des medialen Gelenkspaltes mit positiven Meniskuszeichen.

Linke Hüfte: Flexion/Extension 100-0-0° (100-0-0°).

Klinisch bestehe vor allem im linken Knie weiterhin der dringende Verdacht auf eine symptomatische mediale Meniskusläsion, mehr als im rechten Knie. Die Seitenbänder seien an und für sich nach Verletzungen ebenfalls recht lange schmerzhaft. Er sprach sich für ein MRI aus.

2.9.2 Am 8. Januar 2018 wurde eine MRI-Untersuchung beider Knie durchgeführt und am 11. Januar 2018 ein weiterer Untersuch durch Dr.med. F._____. Er berichtet dem Hausarzt bei unveränderter Diagnoseliste (Vi-act. 31):

Zwischenanamnese

Die Patientin berichtet, unverändert Schmerzen medialseits und anterior in beiden Knien zu haben. Geradeauslaufen gehe einigermassen. Keine Blockaden zurzeit.

Status

Linkes Knie: Höchstens minimaler Erguss, Flexion/Extension 135-5-0°, ausgeprägte Druckdolenz im medialen Gelenkspalt mit positiven Meniskuszeichen. Femoropatelläres Reiben. Lachman 2mm, guter Anschlag, Pivot-shift negativ.

Rechtes Knie: Ergussfrei, Flexion/Extension 135-0-0°, ausgeprägte Druckdolenz im medialen Gelenkspalt.

Röntgen

MRI-Untersuchung des rechten Knies: Verschwommene Struktur des vorderen Kreuzbandes (mögliche Zerrung bzw. Partialruptur). Menisken soweit erkennbar intakt.

MRI-Untersuchung des linken Knies vom 08.01.2018: Keine ossären Läsionen. Leichte Signalalteration am distalen Ansatz des vorderen Kreuzbandes. Ausgeprägte Suszeblitätsartefakt periostal metaphysär.

Beurteilung/Procedere

Die Patientin zeigt weiterhin ausgeprägte Schmerzen, v.a. im medialen Kompartiment beider Knie, jedoch ohne fassbare grössere Meniskusläsionen im MRI. Das MRI wurde allerdings nicht mit Kontrastmittel durchgeführt - eine kleine Läsion ist somit nicht ausgeschlossen.

Somit ist der Schmerz vorwiegend auf die mediale Seitenbandzerrung zurückzuführen, allerdings bestehen Zeichen einer durchgemachten vorderen Kreuzbandzerrung, jedoch ohne Vermehrung der vorderen Translation im Lachman-Versuch.

Ich schlage jetzt Folgendes vor:

1. Da die Patientin immer noch deutlich schmerzgeplagt ist würde ich das Fortfahren der Physiotherapie als Langzeitphysiotherapie befürworten. Ich möchte deshalb den Versicherungsträger um die Kostenübernahme bitten.
2. Ich werde jetzt eine beidseitige intraartikuläre Infiltration in die Wege leiten, wobei sich die Patientin das Ganze noch einmal reiflich überlegen möchte.
3. Krafttraining sollte die Patientin vorläufig nicht durchführen, sondern eher nicht belastende Aktivitäten wie Velofahren, Schwimmen oder leichtes Bergaufgehen.

2.10 Nach Erhalt der neusten medizinischen Berichte gelangte die Vorinstanz am 7. Februar 2018 an den Vertrauensarzt Dr.med. G._____. (FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates; Vertrauensarzt SGV). Er beantwortete die unterbreiteten Fragen wie folgt (Vi-act. 33 und 35):

1. War die Einschätzung von Dr.med. J._____. vom 26.07.2017, dass der Status quo sine 3 Monate nach dem Unfallereignis vom 14.04.2017 erreicht war,

Ihres Erachtens korrekt?

Ja

2. Ist aufgrund der Berichte der M._____ (Klinik) (Dr.med. F._____) vom 13.12.2017 und vom 12.01.2018 überwiegend wahrscheinlich von über den 31.07.2017 hinausgehenden unfallkausalen Beschwerden auszugehen?
Nein, in den Berichten Praxis Dr. F._____, keine neuen medizinischen Tatsachen; Berichte der neuen MRI-Untersuchungen nicht in den Akten.
3. War von einer über den 31.07.2017 hinausgehenden Behandlung noch eine namhafte Besserung zu erwarten?
Nein
4. Haben sie weitere Bemerkungen?
Es bestehen erhebliche Inkonsistenzen zwischen dem MRI-Befund beider Kniegelenke vom 25.4.2017 (Links: Binnendegeneration des Innenmeniskushinterhornes mit kleinstem peripherem Riss, leichte Tendinopathie des lateralen Seitenbandes, keine Ruptur; rechts intakte Menisci, leichte Tendinopathien der Collateralligamenta medial ausgeprägter als lateral) und den Diagnosen in den Berichten der Praxis Dr. F._____ (MCL und LCL Distorsion Kniegelenk rechts mit Innenmeniskushinterhornriss, MCL und LCL Distorsion Kniegelenk links mit Innenmeniskushinterhornriss).

2.11 Die Beschwerdeführerin unterbreitete Dr.med. F._____ den Bericht von Dr.med. G._____ (Erw. 2.10), worauf er am 4. April 2018 gegenüber der Vorinstanz auf dieselben Fragen antwortete (Vi-act. 40):

1.
Nach unserer Einschätzung waren die danach noch beklagten Beschwerden der Patientin glaubhaft auf das Unfallereignis zurückzuführen. Wir gehen daher nicht in Einklang mit der Einschätzung von Dr. J._____ und sehen die von der Patientin nach wie vor beklagten Beschwerden als Restbeschwerden nach dem bekannten Unfalltrauma an.
2.
Sie beurteilen infolge der Berichte von Dr. F._____ weiterhin die bis heute andauernden Restbeschwerden als unfallkausal.
3.
Durch die Fortführung der Behandlung konnten nun die Beschwerden der Patientin doch insgesamt deutlich reduziert werden, so dass nun nur noch geringfügige Restbeschwerden vorhanden sind und die Patientin auch wieder voll belastbar ist.
4.
Keine Bemerkungen.

2.12 Ebenfalls am 4. April 2018 berichtete Dr.med. F._____ dem Hausarzt nach einer Nachkontrolle vom Vortag, nach Aussage der Beschwerdeführerin sei insgesamt eine Besserung der Beschwerden eingetreten. Sie beklage vor allen Dingen noch lateral betonte Restbeschwerden am linken Kniegelenk, sowie medial betonte Restbeschwerden am rechten Kniegelenk. Sie würden vor allem bei Belastungen wie Treppensteigen oder Tragen von Gewichten auftreten. Sie führe

zweimal wöchentlich Physiotherapie durch (einmal eigenständiges Krafttraining, einmal Behandlung durch Physiotherapeut). Es bestehe volle Arbeitsfähigkeit. Weiter hält er fest (Vi-act. 39):

Befund

Hinkfreies Gangbild, keine Schwellung, keine Ergussbildung. Zahlreiche reizlose Narben.

Rechtes Kniegelenk: Beweglichkeit Flex/Ext 140-0-5°, kein Überstreckschmerz, Lachmann neg., Bandapparat medial im Verlauf des Seitenbandes noch leichter Druckschmerz insbesondere auf Höhe des Gelenkspaltes. Keine vermehrte Aufklappbarkeit, lateral ebenfalls stabil. Keine Meniskuszeichen.

Linkes Kniegelenk: Keine Ergussbildung, hier der Druckschmerz lateral im Verlaufe des Bandapparates jedoch stabile Verhältnisse, keine laterale Aufklappbarkeit. Medial unauffällig, Lachmann Test neg. Beweglichkeit: Flex/Ext 140-0-5°, leichter retropatellärer Verschiebeschmerz. Keine Quadricepsverkürzung.

Beurteilung

Bei der Patientin bestehen nur noch geringfügige Restbeschwerden bei Z. n. Distorsionstrauma beider Kniegelenke. Ich empfehle der Patientin die aktuell laufende Physiotherapie-Serie noch abzuschliessen und anschliessend selbständig mit den Übungen fortzufahren und den Kraftaufbau weiterhin durchzuführen. Zusätzlich ergänzende chondroprotektive Therapie.

Procedere

1. Fortführung der noch laufenden physiotherapeutischen Behandlung, dann Abschluss und selbständiges Weiterführen.
2. Empfehlung einer Ergänzung durch chondroprotektive Medikamente und allenfalls ergänzende sensomotorische Einlagenversorgung.

3.1 Die Vorinstanz stellt in ihrem Entscheid wesentlich auf die Beurteilungen von Dr.med. E._____ und Dr.med. G._____ ab. Für diese Beurteilung ist die bundesgerichtliche Rechtsprechung zu Berichten versicherungsinterner Ärzte zu berücksichtigen, wobei ein strenger Massstab anzusetzen ist, d.h. es kann lediglich dann darauf abgestellt werden, wenn auch keine geringen Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit seiner Feststellungen bestehen (vorne Erw. 1.8.1).

3.2 Die Beurteilungen der versicherungsinternen Ärzte sind sehr kurz ausgefallen. Im Zusammenhang mit den vorliegenden Arztberichten sind sie aber dennoch nachvollziehbar und schlüssig. Schon die Schadenmeldung UVG (Skiunfall, ohne genauen Beschrieb des Unfallhergangs, ohne Zeugen) und der Bericht nach der Erstbehandlung (mit Diagnose Kniedistorsion bds. sowie Ischialgie) lassen auf einen eigentlichen Bagatellunfall schliessen. Nachdem die Schmerzen anhielten, wurde im zweiten Untersuch der Verdacht auf Meniskusläsionen gestellt, was sich dann im angeordneten MRI nicht bestätigte. Ende Mai hielt der Hausarzt fest, unter Physiotherapie bestehe Besserung; die Behandlung dauere

voraussichtlich noch vier Wochen. Der Facharzt, welchen die Beschwerdeführerin Ende Mai konsultierte, schloss seine Behandlung nach einmaligem Untersuchen ab und empfahl die Weiterführung der Physiotherapie. Es ist vor diesem Hintergrund nachvollziehbar, wenn Dr.med. E. _____ zum Schluss kam, der Zustand status quo sine sei nach ca. 3 Monaten (was Mitte Juli entspricht) erreicht und allfällige Restbeschwerden nicht überwiegend wahrscheinlich unfallkausal. Insbesondere hat die Vorinstanz zu Recht festgehalten, obwohl dem behandelnden Arzt Dr.med. F. _____ der Bericht von Dr.med. G. _____ und die Fragestellung vorgelegen haben und er zu denselben Fragen Stellung bezogen habe, habe er sich nicht mit den Beurteilungen der versicherungsinternen Ärzte auseinandergesetzt. Auch hat er selber keine Begründung für eine Unfallkausalität vorgebracht. Vielmehr hat er sich auf die Bemerkung beschränkt, aufgrund der Aussagen der Beschwerdeführerin sei für ihn glaubhaft, dass die geklagten Beschwerden vom Unfall vom 14. April 2017 herrühren. Er setzt sich nicht mit der Beurteilung von Dr.med. J. _____ auseinander, wonach der Meniskus bds. innen und aussen im unfallnahen MRI vom April 2017 als intakt beschrieben wurden. Auch äussert er sich nicht zur Feststellung, wonach der status quo sine nach ca. drei Monaten erreicht war. Diesbezüglich ist festzuhalten, dass auch die Praxis von Dr.med. F. _____ (Dr.med. H. _____) die Behandlung anfangs Juni 2017 abschloss (vgl. Erw. 2.4) und prakt.med. L. _____ nach dem Untersuchen im Mai Physiotherapie angezeigt und die Behandlung in rund vier Wochen als endend erachtete (Erw. 2.3). Damit korrespondiert ebenso die ärztlich bescheinigte Arbeitsunfähigkeit, die Ende Juli endete (Erw. 2.6). Vor allem aber äussert sich Dr.med. F. _____ nicht zu den von Dr.med. G. _____ erwähnten und beschriebenen Inkonsistenzen in den Berichten der Praxis Dr.med. F. _____. Damit aber vermag weder die Beschwerdeführerin noch der behandelnde Arzt Dr.med. F. _____ auch nur schon geringe Zweifel an den Beurteilungen der versicherungsinternen Ärzte anzubringen. Von der Beschwerdeführerin über den 31. Juli 2017 hinaus noch geklagte Beschwerden sind nicht überwiegend wahrscheinlich auf das Unfallereignis vom 14. April 2017 zurück zu führen.

3.3 Aber selbst wenn gewisse Restbeschwerden noch auf das Unfallereignis vom April 2017 zurückzuführen wären, hätte dies einem Fallabschluss per Ende Juli 2017 nicht entgegengestanden. Heilbehandlung und Taggeld sind durch den Unfallversicherer nur solange zu gewähren, als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann. Die namhafte Besserung bezieht sich auf die zu erwartende Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit. Kann keine namhafte (die Arbeitsfähigkeit positiv beeinflussende) Besserung erwartet werden,

hat der Unfallversicherer keine Heilbehandlung zu übernehmen; an seine Stelle tritt der obligatorische Krankenpflegeversicherer (vgl. Erw. 1.6.2).

Vorliegend ist unbestritten, dass die Beschwerdeführerin per Anfang August 2017 wieder voll arbeitsfähig war. Die Behandlung war abgeschlossen. Auch Dr.med. F._____ bestätigte im April 2018, dass eine volle Arbeitsfähigkeit bestehe. Er hielt zudem fest, es bestünden nur noch geringfügige Restbeschwerden. Deren (allenfalls notwendige) Behandlung fällt indes in die Zuständigkeit der obligatorischen Krankenversicherung und nicht der Unfallversicherung.

4. Im Ergebnis erweist sich die Beschwerde damit als unbegründet und ist abzuweisen.

Es werden weder Verfahrenskosten auferlegt noch eine Parteientschädigung gesprochen (Art. 61 lit. a und g ATSG).

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden keine Kosten erhoben.
3. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit Zustellung Beschwerde* in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, erhoben werden (Art. 42 und 82ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG, SR 173.110).

Soweit die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten nicht zulässig ist, kann in derselben Rechtschrift subsidiäre Verfassungsbeschwerde* erhoben und die Verletzung von verfassungsmässigen Rechten gerügt werden (Art. 113ff. BGG).

4. Zustellung an:
 - die Beschwerdeführerin (R)
 - die Vorinstanz (R)
 - und das Bundesamt für Gesundheit, BAG, 3003 Bern (A).

Schwyz, 11. Juli 2018

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Vizepräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

***Anforderungen an die Beschwerdeschrift**

Die Beschwerdeschrift ist in einer Amtssprache (Deutsch, Französisch, Italienisch, Rumantsch Grischun) abzufassen und hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. In der Begründung ist in gedrängter Form darzulegen, inwiefern der angefochtene Entscheid Recht verletzt. Die Urkunden, auf die sich die Partei als Beweismittel beruft, sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat; der angefochtene Entscheid ist beizulegen.

Versand: 26. Juli 2018