

# Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



---

I 2018 78

## Entscheid vom 12. November 2018

---

Besetzung

Dr.iur. Vital Zehnder, Vizepräsident  
Dr.med. Urs Gössi, Richter  
Dr.med. Pierre Lichtenhahn, Richter  
lic.iur. Prisca Reichlin Brügger, Gerichtsschreiberin

---

Parteien

A. \_\_\_\_\_,  
Beschwerdeführerin,

**gegen**

**Suva**, Rechtsabteilung, Fluhmattstrasse 1, Postfach 4358,  
6002 Luzern,  
Vorinstanz,

---

Gegenstand

Unfallversicherung (Leistungsanspruch; Rückfallkausalität;  
Listenverletzung)

## **Sachverhalt:**

**A.** A. \_\_\_\_\_ (Jg. 1965) war als Raumpflegerin sowohl bei der B. \_\_\_\_\_ AG, Altendorf, als auch der C. \_\_\_\_\_ AG, Bilten, angestellt, als sie am 22. Januar 2017 beim Skifahren stürzte. Gemäss Schadenmeldung UVG vom 21. Februar 2017 verletzte sie sich am Thorax (Rippenbruch) sowie am rechten Knie. Der behandelnde Arzt attestierte ab dem 23. Januar 2017 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (Vi-act. 2). Da A. \_\_\_\_\_ am letzten Arbeitstag vor dem Unfall (20.1.2017) für die C. \_\_\_\_\_ AG arbeitete und für diese Arbeit bei der Suva obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert war, anerkannte die Suva ihre Leistungspflicht und erbrachte die gesetzlichen Leistungen (Taggeld und Heilbehandlung) (Vi-act. 13). Per 20. März 2017 konnte A. \_\_\_\_\_ ihre Tätigkeit wieder zu 100% aufnehmen (Vi-act. 8; vgl. aber auch Vi-act. 9, wonach sie die Tätigkeit per 20.2.2017 wieder aufnahm, was indes dem Arztzeugnis vom 24.2.2017 mit einer AUF von 100% bis 17.3.2017 widerspricht; Vi-act. 6).

**B.** Die C. \_\_\_\_\_ AG meldete am 15. Februar 2018 der Suva aufgrund erneuter Kniebeschwerden von A. \_\_\_\_\_ einen Rückfall per 2. Februar 2018 (Vi-act. 24). Die Suva lehnte am 23. Februar 2018 eine Leistungspflicht ab, da kein sicherer oder wahrscheinlicher Kausalzusammenhang zwischen dem Ereignis vom 22. Januar 2017 und den aktuell gemeldeten Beschwerden ab dem 2. Februar 2018 bestünden (Vi-act. 32). Da A. \_\_\_\_\_ dies nicht akzeptierte, holte die Suva eine ärztliche Beurteilung ein. Mit ärztlicher Beurteilung vom 21. März 2018 wurde eine Rückfallkausalität abgelehnt (Vi-act. 37), worauf die Suva die Ablehnung ihrer Leistungspflicht am 23. März 2018 verfügte (Vi-act. 39).

**C.** Am 28. März 2018 erhob A. \_\_\_\_\_ Einsprache gegen die ablehnende Verfügung (Vi-act. 42). Mit Entscheid vom 28. August 2018 wies die Suva die Einsprache ab (Vi-act. 45).

**D.** Am 12. September 2018 erhebt A. \_\_\_\_\_ gegen den Einspracheentscheid vom 28. August 2018 fristgerecht Beschwerde beim Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz mit dem sinngemässen Antrag, den Einspracheentscheid aufzuheben und die Suva zur Erbringung der gesetzlichen Leistungen zu verpflichten.

Mit Vernehmlassung vom 16. Oktober 2018 beantragt die Suva die Abweisung der Beschwerde und Bestätigung des Einspracheentscheides vom 28. August 2018.

## **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).

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).

**1.2** Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers setzt 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.). Liegt eine Listenverletzung gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG vor, so besteht die Rechtsvermutung, dass eine leistungspflichtige unfallähnliche Körperschädigung gegeben ist, auch wenn die Definitionsmerkmale eines Unfalls nicht erfüllt sind. Es müssen weder die Ungewöhnlichkeit, noch das äussere Ereignis, noch die Plötzlichkeit gegeben sein, sondern lediglich das Vorliegen einer Listendiagnose (Motta et al., Das revidierte Unfallversicherungsgesetz ist in Kraft; Soziale Sicherheit 1/2017, S.39; vgl. aber auch Hüsler, Erste UVG-Revision: wichtigste Änderungen und mögliche Probleme bei der Umsetzung, SZS 2017 S. 33 f., der zumindest in Frage stellt, ob nicht weiterhin ein Ereignis gefordert werden müsse). Auf der andern Seite kann sich der Unfallversicherer von seiner Leistungspflicht befreien, wenn er nachweist, dass die einge-

tretenen Verletzung vorwiegend auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen ist (Heinrich, 1. UVG-Revision - Entwicklung der Gesetzgebung, JaSo 2017, S. 21 f.).

**1.3** 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 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 ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 118 V 293 f. Erw. 2c S. 296 f. mit Hinweisen).

**1.4** 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.

**2.1** Betreffend Unfallereignis der Beschwerdeführerin vom 22. Januar 2017 und Gesundheitsverlauf ergibt sich aus den Akten:

**2.1.1** Am 22. Januar 2017 stürzte die Beschwerdeführerin ohne Fremdeinwirkung beim Skifahren auf einem relativ flachen Stück (Blaue Piste; Vi-act. 1).

**2.1.2** Wegen anhaltenden Knie- und Thoraxbeschwerden suchte die Beschwerdeführerin am 24. Januar 2017 Dr.med. D. \_\_\_\_\_ (Facharzt Allgemeine Innere Medizin) auf. Dieser erhob als Befund lokalisierte Thoraxschmerzen links sowie am Knie rechts Schmerzen über dem medialen Gelenkspalt. Er veranlasste ein MRI des rechten Knies bei Verdacht auf Läsion des Innenmeniskus rechts (Vi-act. 18 und 30).

Am 2. Februar 2017 erfolgte am Spital G.\_\_\_\_\_ das MRI des rechten Knies nach Skisturz vom 22. Januar 2017 mit Verdacht auf Läsion des Innenmeniskus rechts, medialen Belastungsschmerzen und Frage nach Meniskusläsion, Bone-Bruise und/oder anderen Pathologien (Vi-act. 30). Es resultierte als Befund und Beurteilung:

**Befund**

Gelenkgerechte Stellung femorotibial/femoropatellar. Unauffällige Darstellung der Patellasehne des Retinaculum patellae, des lateralen Seitenbandes und des hinteren Kreuzbandes. Flächenhafte Signalalteration des Innen- und Aussenmeniskus jeweils ohne Oberflächenkontakt. Keine osteochondrale Läsion. Keine Frakturzeichen.

**Beurteilung**

Zerrung des vorderen Kreuzbandes bei erhaltener Kontinuität. Zerrung der tiefen Schichten des medialen Seitenbandes mit partieller meniskokapsulärer Separation. Umschriebenes Bone-Bruise/Markraumödem in Nachbarschaft zur tibiaseitigen Insertion des hintern Kreuzbandes, am ehesten Zerrung/Kontusionsbedingt. Leichtgradiger Gelenkserguss. Dorsalseitige Kapselzerrung. Degenerative Meniskopathie des Innen- und Aussenmeniskus.

Dr.med. D.\_\_\_\_\_ überwies die Beschwerdeführerin zur Weiterbehandlung an den Facharzt Dr.med. E.\_\_\_\_\_ (Facharzt Orthopädische Chirurgie). Dieser verordnete am 3. Februar 2017 eine konservative Therapie der MCL-Verletzung. Die Beschwerdeführerin erhielt eine Knieorthese (3 Wochen F/E 90-20-0, 3 Wochen 90-10-0) sowie ein Trainingsprogramm. Am 17. März 2017 dokumentierte er, anamnestisch gehe es mit dem Knie rechts ganz gut. Als Befund notierte er: Kein Erguss, F/E 110-0-0, Lachmantest negativ, mediale Aufklappbarkeit + in 20 Grad Flexion. Die Knieorthese wurde für weitere vier Wochen bei freier Beweglichkeit verordnet, danach Kniebandage für sechs Wochen. Er gab ein Trainingsprogramm und verordnete Physiotherapie. Am 25. April 2017 zeigte sich weiterhin kein Erguss. F/E 120-0-0, die Flexion ab 90° war leicht schmerzhaft. Das vordere und hintere Kreuzband war stabil, im Seitenvergleich keine vermehrte Aufklappbarkeit. Die Kniebandage sollte die Beschwerdeführerin weitertragen und das Trainingsprogramm fortführen. Es wurden ihr MTT verordnet und Fahrradfahren empfohlen (Vi-act. 21). Am 11. August 2017 wurden noch 18 Behandlungen Physiotherapie verordnet (Vi-act. 23).

**2.2** Mit Schadenmeldung vom 15. Februar 2018 meldete die Arbeitgeberin einen Rückfall. Aufgrund erneuter Beschwerden im Knie sei am 2. Februar 2018 ein MRI durchgeführt worden (Vi-act. 24). Im Arztzeugnis für Rückfall notierte Dr.med. E.\_\_\_\_\_, die Beschwerdeführerin sei seit dem Unfall vom 22. Januar 2017 nie ganz beschwerdefrei geworden. Seit einiger Zeit und immer öfter knicke sie ein und beklage dabei Schmerzen (Vi-act. 27). Er veranlasste am 2. Februar

2018 ein MRI des rechten Kniegelenkes bei St.n. Kniedistorsion vor 1 Jahr; seit einigen Wochen Schmerzzunahme mit Einknicken; St.n. MCL Partialruptur; Verlaufskontrolle. Es resultierte als Befund und Beurteilung (Vi-act. 28):

**Befund:**

Mediales Kompartiment: Komplexer Meniskusriss mit Auffaserung des Meniskushinterhornes, Extrusion des Corpus in den Recessus sowie einem umgeschlagenen Lappen angrenzend zur Hinterhornwurzel. Kollateralband elongiert, intakt. Septierte Baker-Zyste mit hypertropher Synovia, sagittal 7 x 1,6 cm. Auf den Knochen sich erstreckende Knorpelverschmälung der Belastungszone ohne subchondrales Knochenmarksödem (ca. 1,2 x 1,4 cm, Grad III).

Intercondyläres Kompartiment: VKB, HKB, Quadripes- und Patellarsehne intakt.

Laterales Kompartiment: In die Oberfläche einstrahlende Signalalteration am Meniskusvorderhorn. Im Übrigen altersentsprechend normal mit leichter Arthrose. Popliteale Bursitis.

Femoro-patelläres Kompartiment: Über 500%ige medial retropatellär betonte Knorpelulzerationen (Grad III). Adäquater Befund am inferioren Aspekt der Trochlea. Retinacula intakt. Chronische Synovitis.

**Beurteilung:**

- Mediale Gonarthrose mit fokal deutlicher Chondropathie ohne bone bruise sowie komplexem Riss des medialen Meniskushinterhorn/Korpus. Chronische Synovitis mit Baker-Zyste.
- Kleiner horizontaler Riss im lateralen Meniskusvorderhorn ohne disloziertes Fragment. Mässiggradige, lateral femorotibial und femoropatelläre Chondropathie.

Dr.med. E.\_\_\_\_\_ stellte die Diagnose: "Z.n. Kniedistorsion re mit MCL-Partial-ruptur 22.1.2017. Jetzt symptomatische Innenmeniskusläsion" (Vi-act. 27).

**2.3** Am 23. Februar 2018 wurde der Versicherungsmedizin der Suva die Frage unterbreitet, ob die geltend gemachten Beschwerden ab dem 2. Februar 2018 mindestens überwiegend wahrscheinlich auf das Ereignis vom 22. Januar 2017 zurückzuführen seien. Med.pract. F.\_\_\_\_\_ (Facharzt Chirurgie) verneinte dies (Vi-act. 31), worauf die Suva der Beschwerdeführerin mitteilte, nicht leistungspflichtig zu sein (Vi-act. 32).

Mit dem ablehnenden Entscheid zeigte sich die Beschwerdeführerin nicht einverstanden (Vi-act. 33). Nach dem Unfall habe man eine konservative Behandlung eingeleitet. Sie habe indes stets Schmerzen gehabt und habe den Arzt entsprechend informiert. Er habe sie auch anlässlich der letzten Visite im August 2017 getröstet, es brauche seine Zeit. Nach wiederkehrenden Schmerzen und "Einsacken" beim Laufen habe sie den Arzt wieder konsultiert, worauf sich Dr.med. E.\_\_\_\_\_ für ein MRI entschieden habe. Dieses bestätige, dass die Be-

schwerden auf den Unfall zurückzuführen seien und nun ein Eingriff nötig sei. Die OP finde am 21. März 2018 statt.

In der Folge veranlasste die Suva eine fachärztliche Beurteilung durch med.pract. F. \_\_\_\_\_ (Vi-act. 35, 37). Nach Zusammenfassung des aktenmässigen Verlaufs gelangte dieser am 23. März 2018 zur Beurteilung:

(...)

Beim Unfallereignis vom 22.01.2017 kam es zu einer Innenbandzerrung mit partieller Teilruptur des Innenbandes, sowie einer Zerrung des vorderen und hinteren Kreuzbandes, die nach entsprechender konservativer Therapie vollständig aushalten. Bei damals bereits bestehender degenerativer Meniskopathie und Chondropathie, sowie vorliegender Bakker Zyste, als insgesamt Ausdruck einer fortschreitenden, altersentsprechenden Arthrose, kam es durch das Ereignis zu einer vorübergehenden, nicht richtungsgebenden Verschlimmerung einer vorbestehenden, überwiegend wahrscheinlich durch Abnutzung und Verschleiss bedingten degenerativen Erkrankung des Kniegelenkes.

Ohne erneutes Trauma ist die Arthrose im Laufe des folgenden Jahres zunehmend fortgeschritten und führte zu den im MRI vom 02.02.2018 beschriebenen überwiegend wahrscheinlich degenerativen strukturellen Verschleissläsionen des Innen- und Aussenmeniskus sowie zum Fortschreiten der überwiegend wahrscheinlich degenerativen Chondropathie. Eine Rückfallkausalität ist daher neuerlich nicht gegeben.

Mit Verfügung vom 23. März 2018 stellte die Suva fest, aufgrund der medizinischen Unterlagen bestehe kein sicherer oder wahrscheinlicher Kausalzusammenhang zwischen dem Ereignis vom 22. Januar 2017 und den gemeldeten Beschwerden ab dem 2. Februar 2018. Demzufolge lehnte sie eine Leistungspflicht ab (Vi-act. 39).

**3.1** In der Einsprache vom 28. März 2018 verwies die Beschwerdeführerin auf ihren behandelnden Arzt Dr.med. E. \_\_\_\_\_, gemäss dem in keinsten Weise eine Krankheit vorliege. Am 21. März 2018 sei eine Teilmeniskusentfernung durchgeführt worden, die nicht im Geringsten etwas mit Arthrose zu tun habe. Und selbst wenn die notwendige Operation in keinem Zusammenhang mit dem Unfall vom 22. Januar 2017 stehe, müssten die Kosten der Meniskusoperation von der Unfallversicherung übernommen werden. Seit Januar 2017 sei ein neues Gesetz in Kraft, wonach die Unfallversicherung solche Fälle übernehmen müsse und nicht auf die Krankenkasse abschieben könne. Sie ersuchte daher um Aufhebung der Verfügung vom 23. März 2018 sowie Verzicht auf Kostenüberwälzung auf die Krankenkasse (Vi-act. 42).

**3.2** Im Einspracheentscheid vom 28. August 2018 führt die Suva aus, streitig sei, ob die am 15. Februar 2018 als Rückfall gemeldeten Beschwerden auf das Ereignis vom 22. Januar 2018 zurückzuführen seien. Diesen Grundfall habe die

Suva ausdrücklich anerkannt. Die von der Beschwerdeführerin in der Einsprache erwähnte gesetzliche Neuregelung von Art. 6 Abs. 2 UVG gelange hier daher von vornherein nicht zur Anwendung, stelle sich doch die Frage nach dem Vorliegen einer unfallähnlichen Körperschädigung im Sinne dieser Bestimmung nur dann, wenn ein Unfall als solcher nicht anerkannt werden könne. Da er im vorliegenden Fall anerkannt worden sei, müsse nur die Unfallkausalität der als Rückfall gemeldeten Beschwerden geprüft werden. Mit Verweis auf die ärztliche Beurteilung von med.pract. F. \_\_\_\_\_ hat die Suva die Rückfallkausalität verneint. Ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen den als Rückfall gemeldeten Kniebeschwerden rechts und dem Unfallereignis vom 22. Januar 2017 sei nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit gegeben; eine bloss mögliche Unfallkausalität genüge für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (Vi-act. 45).

**4.1** Das Unfallereignis vom 22. Januar 2017 ist unbestritten und ebenso, dass die Beschwerdeführerin dabei eine Kniedistorsion mit medialer Instabilität des rechten Kniegelenks wegen einer Partialruptur des medialen Seitenbandes sowie eine Rippenfraktur links erlitten hat. Die Zerrung des vorderen Kreuzbandes, eine Zerrung der tieferen Schichten des medialen Seitenbandes mit partieller Separation und eine Zerrung des hinteren Kreuzbandes sind als unfallkausale Folgen unbestritten (vgl. ärztliche Beurteilung, Vi-act. 37, sowie Einspracheentscheid, Erw. 3. a/ee, Vi-act. 45).

**4.2** Unbestritten ist ebenso der medizinische Befund, welcher der Schadenmeldung vom 15. Februar 2018 zugrunde liegt. Der Versicherungsmediziner beschreibt mit Verweis auf den MRI-Befund vom 2. Februar 2018 eine mediale Gonarthrose mit lokal deutlicher Chondropathie ohne Bone bruise sowie komplexem Riss des medialen Meniskushinterhorns, eine chronische Synovitis mit Baker Zyste, ein kleiner Riss im lateralen Meniskusvorderhorn sowie eine mässig-gradige lateral femoral und femoropatellare Chondropathie (Vi-act. 45).

**4.3.1** Die Suva lehnt eine Leistungspflicht ab. Sie begründet dies einerseits damit, dass keine Rückfallkausalität bestehe. Der Versicherungsmediziner zeige schlüssig und nachvollziehbar auf, dass bereits das MRI vom 2. Februar 2017 degenerative Veränderungen des rechten Kniegelenkes gezeigt habe. Das Unfallereignis habe zu einer vorübergehenden, nicht richtunggebenden Verschlimmerung geführt. Im Laufe des folgenden Jahres sei die Arthrose zunehmend fortgeschritten und habe zu den im MRI vom 2. Februar 2018 beschriebenen degenerativen strukturellen Verschleissläsionen des Innen- und Aussenmeniskus und der degenerativen Chondropathie geführt.

Dieser Beurteilung kann grundsätzlich gefolgt werden. Der MRI-Befund vom 22. Januar 2017 ergab in Bezug auf den Meniskus einzig gewisse degenerative Veränderungen. Ein Riss wurde nicht festgestellt. Erst ein Jahr nach dem ursprünglichen Unfallereignis wurde anlässlich einer weiteren MRI-Untersuchung neu ein Meniskusriss festgestellt.

Der Nachweis der Unfallkausalität von Beschwerden, welche im Rahmen einer Leistungsanerkennung gar nicht thematisiert worden sind, treffen nicht den Unfallversicherer (vgl. Urteil BGer 8C\_819/2016 vom 4.8.2017 Erw. 4.3). Vorliegend trifft mithin die Versicherte die Pflicht, einen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom 22. Januar 2017 und dem erst viel später festgestellten Meniskusriss zu erbringen. Dieser Nachweis gelingt ihr nicht. Vielmehr legt pract.med. F. \_\_\_\_\_ nachvollziehbar dar, dass eine Rückfallkausalität nicht gegeben ist.

**4.3.2** Die Suva sah anderseits keine Veranlassung, das Vorliegen der von der Beschwerdeführerin geltend gemachten unfallähnlichen Körperverletzung gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG zu prüfen. Sie habe das Unfallereignis vom 22. Januar 2017 anerkannt, was das Vorliegen einer unfallähnlichen Körperschädigung ausschliesse. Dem kann in der aufgeführten Absolutheit nicht gefolgt werden.

Das Gericht geht mit der Suva einig, dass sich die Frage einer unfallähnlichen Körperverletzung nicht stellt, wenn einerseits das Unfallereignis anerkannt ist und anderseits ebenso die Ursächlichkeit des anerkannten Unfallereignisses für den anerkannten medizinischen Befund. Wenn jedoch - wie vorliegend - zum einen das Unfallereignis und zum andern ein medizinischer Befund je unbestritten sind, indes die Kausalität verneint wird, dann ist keineswegs ausgeschlossen, dass die nicht unfallkausalen Beschwerden eine Listenverletzung gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG darstellen und damit eine Leistungspflicht des Unfallversicherers besteht. Mit anderen Worten stellt sich die Frage einer Listenverletzung gerade weil die (Rückfall-)Kausalität verneint wird. Es handelt sich in diesem Fall um Beschwerden, die offenbar losgelöst vom anerkannten Unfallereignis bestehen.

**4.4** Wird die Unfallkausalität verneint, obliegt es nicht dem Unfallversicherer, mögliche Gründe für die Körperschädigung darzulegen, den Beweis für unfallfremde Ursachen zu erbringen (Urteil BGer 8C\_682/2015 vom 1.3.2016 Erw. 2.2 m.w.H.). Gleichzeitig aber hat der Versicherungsträger die Begehren der Versicherten zu prüfen und dazu die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vorzunehmen und das Recht von Amtes wegen anzuwenden (Urteil BGer 8C\_819/2017 vom 25.9.2018 Erw. 5.1; Art. 43 ATSG; Kieser, a.a.O., Art. 43

Rz 10). Dazu gehört auch die Frage, ob eine Leistungspflicht aufgrund einer Listenverletzung gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG besteht.

**4.5.1** Entgegen der von der Beschwerdeführerin geäusserten Meinung zieht das Vorliegen einer Listenverletzung noch nicht zwingend eine Leistungspflicht des Versicherungsträgers nach sich. Art. 6 Abs. 2 UVG stellt eine Rechtsvermutung auf und eröffnet dem Unfallversicherer die Möglichkeit des Befreiungsbeweises (vgl. Erw. 1.2). Mithin besteht - wie bereits erwähnt - für die Suva keine Leistungspflicht, wenn die Kniebeschwerden rechts zwar eine Listenverletzung darstellen, aber vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen sind, wofür die Suva beweispflichtig ist (vgl. OFK/KVG/UVG-Gehring, UVG Art. 6 N 6 ff; KOSS-Nabold, Art. 6 UVG N 45 f; Hüsler, Erste UVG-Revision: wichtigste Änderungen und mögliche Probleme bei der Umsetzung, SZS 2017 S. 32 ff; sowie speziell zum Meniskusriss als Listenverletzung: Samuelsson, Neuregelung der unfallähnlichen Körperschädigung - Das Beispiel des Meniskusrisses, SZS 2018 S. 335 ff.).

**4.5.2** Aus den vorhandenen Akten ergibt sich, dass die Listenverletzung in casu vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen ist (Art. 6 Abs. 2 UVG), wobei "vorwiegend" analog zu Art. 9 Abs. 1 UVG zu verstehen ist, mithin die Abnützung oder Erkrankung mehr als 50% aller mitwirkenden Ursachen ausmachen muss (vgl. KOSS - Nabold, Art. 6 UVG N 44 m.H.). Bei der Versicherten wurden schon vor Feststellung des Meniskusrisses erhebliche degenerative Veränderungen am Meniskus entdeckt (vgl. MRI-Befund vom 2.2.2017). Im Weiteren wurden im Rahmen der zweiten MRI-Untersuchung neben dem Hinterhornriss eine Gonarthrose und weitere degenerative Veränderungen (z.B. Baker Zyste, welche i.d.R. eine Begleiterscheinung einer Arthrose oder von Rheuma ist, vgl. Springer Lexikon Medizin, S. 215; Chondropathie, d.h. eine degenerative Veränderung des Gelenkknorpels, Springer Lexikon Medizin, S. 377) festgestellt. Ein blutiger Erguss, Blutungsresiduen oder Begleitverletzungen, welche auf eine traumatische Genese des Meniskusrisses hindeuten würden (Samuelsson, Neuregelung der unfallähnlichen Körperschädigung, SZS 2018 S. 352 m.H.), wurden nicht festgestellt. Ein (nach dem Unfall vom 22.1.2017 eingetretenes) initiales Ereignis, welches mit einer plötzlichen Rissbildung einhergegangen sein könnte, kann nicht genannt werden, ebenso wenig ein (nach dem Unfall vom 22.1.2017) eingetretenes Traumaereignis. Med.pract F. \_\_\_\_\_ hält nach Einsicht in den MRI-Befund vom 2. Februar 2018 korrekt fest, dass bereits im Rahmen der nach dem Unfallereignis vom 22. Januar 2017 vorgenommenen Abklärungen erhebliche degenerative Veränderungen im Bereich des Meniskus festgestellt wurden. Ohne nennbares Trauma sei die Arthrose im Laufe des folgenden Jahres fortge-

schritten und habe zu den im MRI-Befund vom 2. Februar 2018 beschriebenen strukturellen Verschleissläsionen des Innen- und Aussenmeniskus sowie zum Fortschreiten der Chondropathie geführt. Sowohl die Chondropathie als auch die Verschleissläsionen am Innen- und Aussenmeniskus beurteilt med.pract. F.\_\_\_\_\_ als überwiegend wahrscheinlich degenerativer Natur. Diese Einschätzung ist aufgrund des Vorbefundes, der Art der festgestellten Verletzung, des Alters der Versicherten und den vorstehenden Ausführungen zu den vorhandenen degenerativen Veränderungen nachvollziehbar und begründet. Eine divergierende medizinische Einschätzung liegt nicht vor. Insbesondere kann aus dem Arzteugnis von Dr.med. E.\_\_\_\_\_ vom 20. Februar 2018 nicht geschlossen werden, dass die Verletzung vorwiegend auf einen Unfall zurückzuführen ist. Dr.med. E.\_\_\_\_\_ verweist einzig auf das Unfallereignis vom 22. Januar 2017, welches jedoch nach dem Gesagten nicht überwiegend wahrscheinlich in einem Kausalzusammenhang mit dem erst viel später aufgetretenen Meniskusriss steht.

Es liegen mithin mehr Indikatoren für das Vorliegen einer degenerativ oder krankhaft begründeten Meniskusläsion vor, als für eine traumatische Pathogenese (vgl. Samuelsson, a.a.O., S. 356 m.H.). Damit ist der Nachweis erbracht, dass der Meniskusriss in casu vorwiegend auf Degeneration, mithin Abnützung zurückzuführen ist, weshalb keine Leistungspflicht des Unfallversicherers besteht.

Die Beschwerde ist damit abzuweisen.

**5.** Es werden keine Kosten erhoben (Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. a 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] vom 17.6.2005).
4. Zustellung an:
  - die Beschwerdeführerin (R)
  - die Vorinstanz (R)
  - und das Bundesamt für Gesundheit BAG, 3003 Bern (A).

Schwyz, 12. November 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. November 2018