

## **OBERGERICHT**

Verwaltungsrechtliche Abteilung

---

OG V 24 11

---

Besetzung

---

Verfahrensbeteiligte

---

Gegenstand

**Entscheid vom 25. Oktober 2024**

Präsidentin Agnes H. Planzer Stüssi  
Vizepräsidentin Lenka Ziegler, Oberrichter Tony Z'graggen  
Gerichtsschreiber Matthias Jenal

**A. \_\_\_\_**  
vertreten durch RA lic. iur. Alois Kessler,  
Kessler Landolt Giacomini & Partner,  
Mythencenterstrasse 19, Postfach, 6431 Schwyz  
Beschwerdeführerin

gegen

**B. \_\_\_\_**  
Beschwerdegegnerin

**Leistungen nach UVG**

(Einspracheentscheid vom 14.03.2024)

## **Prozessgeschichte:**

### **A.**

Die 1963 geborene A.\_\_\_\_ (fortan: Beschwerdeführerin) war bei der B.\_\_\_\_ (fortan: Beschwerdegegnerin) gegen die Folgen von Unfällen versichert, als sie am 4. Oktober 2022 beim bergab Wandern ausrutschte und sich am rechten Knie verletzte. Die Erstbehandlung fand am 20. Dezember 2022 beim Hausarzt statt. Dieser hielt fest, die Beschwerdeführerin sei im steilen Gelände mit Sturz auf das Gesäss ausgerutscht. Für den Hausarzt ergab sich ein Reizzustand Knie rechts noch unklarer Ursache mit Verdacht auf laterale Meniskushinterhornläsion, weshalb eine MRT-Untersuchung anberaumt wurde. Im MRI vom 2. Januar 2023 konnte eine Ruptur der Innenmeniskushinterhornwurzel mit Protrusion des Meniskus nach medial gegen das Innenband mit u.a. mukoiden Signalanhebungen im Innenmeniskushinterhorn ohne eigentlichen Riss zur Oberfläche festgestellt werden. Am 17. Februar 2023 erfolgte bei Dr. med. C.\_\_\_\_ die operative Reinsertion der rupturierten Innenmeniskushinterhornwurzel im Knie rechts.

### **B.**

Die Beschwerdegegnerin legte das medizinische Dossier in der Folge ihrem beratenden Arzt Dr. med. D.\_\_\_\_ vor. Dieser kam in seiner Aktenbeurteilung vom 2. März 2023 zum Schluss, dass die im MRI vom 2. Januar 2023 festgestellten Befunde überwiegend wahrscheinlich Ausdruck von degenerativen Veränderungen im Hinterhorn des Innenmeniskus und nicht ereigniskausal seien. Gestützt auf diese medizinische Beurteilung stellte die Beschwerdegegnerin die Versicherungsleistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung mit Verfügung vom 18. April 2023 per 2. Januar 2023 ein. Eine dagegen von der Beschwerdeführerin erhobene Einsprache wies die Beschwerdegegnerin mit Einspracheentscheid vom 14. März 2024 ab, nachdem sie bei Dr. med. E.\_\_\_\_ am 29. Januar 2024 eine weitere Aktenbeurteilung eingeholt hatte.

### **C.**

Mit Eingabe vom 18. April 2024 erhob die Beschwerdeführerin gegen den Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 14. März 2024 Verwaltungsgerichtsbeschwerde an das Obergericht des Kantons Uri (Verwaltungsrechtliche Abteilung). Sie beantragt, es sei der Einspracheentscheid aufzuheben und die nach dem 2. Januar 2023 weiterbestehende Leistungspflicht der Unfallversicherung zu bejahen. Eventuell sei die Angelegenheit zur genaueren medizinischen Abklärung und zur Durchführung eines entsprechenden Gutachtens an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen; subeventuell sei eine

medizinische Expertise durch das Verwaltungsgericht (recte: Obergericht) anzuordnen. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der Beschwerdegegnerin.

Auf die Begründung dieser Anträge wird – soweit erforderlich – in den nachstehenden Erwägungen eingegangen.

#### **D.**

Die Beschwerdegegnerin beantragte mit Beschwerdeantwort vom 22. Mai 2024 die kostenfällige Abweisung der Beschwerde und edierte die Akten.

Auf die Begründung dieser Anträge wird – soweit erforderlich – ebenfalls in den nachstehenden Erwägungen eingegangen.

#### **E.**

Mit verfahrensleitender Verfügung vom 27. Mai 2024 wurde der Schriftenwechsel als geschlossen erklärt und mitgeteilt, dass das Gericht die Akten prüfen und über den weiteren Verfahrensgang/in der Sache entscheiden werde.

#### **Erwägungen:**

##### **1.**

**1.1** Gegen Einspracheentscheide der Beschwerdegegnerin kann Beschwerde an das kantonale Versicherungsgericht erhoben werden (Art. 56 Abs. 1 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]). Dieses entscheidet als einzige kantonale Instanz (Art. 57 ATSG). Zuständig ist das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die versicherte Person zur Zeit der Beschwerdeerhebung Wohnsitz hat (Art. 58 Abs. 1 ATSG). Das Obergericht des Kantons Uri (Verwaltungsrechtliche Abteilung) ist damit sowohl funktionell als auch örtlich sowie sachlich (Art. 5 Verordnung über die Rechtspflege in der Unfallversicherung [RB 20.2221; nachfolgend Rechtspflegeverordnung]) für die Behandlung der Beschwerde zuständig.

**1.2** Zur Beschwerde berechtigt ist, wer durch die angefochtene Verfügung oder den Einspracheentscheid berührt ist und ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung hat (Art. 59 ATSG). Die Beschwerdeführerin ist als versicherte Person mit ihren Anträgen bei der Beschwerdegegnerin unterlegen und hat daher ein schutzwürdiges Interesse an der Aufhebung oder Änderung des entsprechenden Entscheids.

**1.3** Die 30-tägige Beschwerdefrist (Art. 60 Abs. 1 i.V.m. Art. 38 Abs. 4 lit. a und Art. 39 Abs. 1 ATSG) sowie die Formvorschriften (Art. 61 lit. b ATSG) wurden eingehalten. Auf die Beschwerde ist einzutreten.

## **2.**

**2.1** Gemäss Art. 6 Abs. 1 Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG, SR 832.20) werden bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten Versicherungsleistungen gewährt. Der Versicherte hat Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Art. 10 Abs. 1 UVG). Ist der Versicherte infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat er Anspruch auf ein Taggeld (Art. 16 Abs. 1 UVG).

**2.2** Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhanges sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhanges nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist. Es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der Versicherten beeinträchtigt hat, der Unfall mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 147 V 161 E. 3.2, 129 V 181 E. 3.1, 119 V 337 E. 1).

**2.3** Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat (BGE 117 V 376 f. E. 3a). Dabei ist die Formel «post hoc, ergo propter hoc», wonach eine gesundheitliche Störung schon dann als durch den Unfall verursacht gilt, weil sie nach diesem aufgetreten ist, beweisrechtlich nicht zulässig (BGE 119 V 340 ff. E. 2b/bb mit Hinweisen; U 290/06 vom 11.06.2007 E. 4.2.3). Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhanges genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 119 V 338 E. 1, 117 V 377 E. 3a). Das Gericht hat jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 126 V 360 E. 5b). Gilt es zwischen zwei oder mehreren Möglichkeiten zu entscheiden, ist diejenige überwiegend wahrscheinlich, welche sich am ehesten zugetragen hat (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 4. Aufl., Zürich 2020, Art. 43 Rz. 59).

**2.4** Wird durch einen Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante), oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist (BGer 8C\_423/2012 vom 26.02.2013 E. 3.2, U 180/93 E. 3b; 8C\_377/2012 vom 08.01.2013 E. 4.2). Ebenso wie der leistungsbe gründende 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 Unfalles genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbe gründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (BGer 8C\_901/2009 vom 14.06.2010 E. 3.2 mit Hinweisen). Mit dem Erreichen des Status quo sine vel ante entfällt eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden (BGer 8C\_816/2009 vom 21.05.2010 E. 4.3 mit Hinweisen). Solange jedoch der Status quo sine vel ante noch nicht wieder erreicht ist, hat der Unfallversicherer gestützt auf Art. 36 Abs. 1 UVG in aller Regel neben den Taggeldern auch Pflegeleistungen und Kostenvergütungen zu übernehmen, worunter auch die Heilbehandlungskosten nach Art. 10 UVG fallen. Demnach hat die versicherte Person bis zum Erreichen des Status quo sine vel ante auch Anspruch auf eine zweckgemässe Behandlung, welche operative Eingriffe umfassen kann (BGer 8C\_715/2016 vom 06.03.2017 E. 4.3; 8C\_423/2012 vom 26.02.2013 E. 3.2; 8C\_956/2011 vom 20.06.2012 E. 4.2 mit Hinweisen).

**2.5** Die Leistungspflicht der Unfallversicherung kann sich auch aus einer unfallähnlichen Körperschädigung gemäss Art. 6 Abs. 2 lit. a - h UVG ergeben, sofern sie nicht vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen ist. Der Zweck des Instituts der unfallähnlichen Körperschädigung besteht darin, die oft schwierige Abgrenzung zwischen Unfall und Krankheit zugunsten der Versicherten zu vermeiden (BGE 146 V 51 E. 8.4). Nach der Rechtsprechung führt die Tatsache, dass eine in Art. 6 Abs. 2 lit. a - h UVG genannte Körperschädigung vorliegt, zur Vermutung, es handle sich hierbei um eine unfallähnliche Körperschädigung, die vom Unfallversicherer übernommen werden muss, wobei dem Versicherer die Möglichkeit des Gegenbeweises offensteht. Der Unfallversicherer steht mit anderen Worten bei Vorliegen einer Listenverletzung grundsätzlich in der Pflicht, Leistungen zu erbringen, solange er nicht den Nachweis für eine vorwiegende Bedingtheit durch Abnützung oder Erkrankung erbringt (vgl. BGE 146 V 51 E. 8.6). Bei fehlendem bzw. dahingefallenem natürlichem Kausalzusammenhang zwischen einem Unfallereignis und einer Listenverletzung erübrigt sich jedoch eine Prüfung der

Leistungspflicht nach Art. 6 Abs. 2 UVG, jedenfalls solange kein anderes initiales Ereignis als Verletzungsursache in Frage kommt. Denn mit dem Nachweis, dass das Unfallereignis keine auch nur geringe Teilursache der Listenverletzung ist, ist gleichzeitig auch erstellt, dass diese Listenverletzung vorwiegend, d.h. zu mehr als 50 Prozent, auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen ist (BGE 146 V 51 E. 9.2).

### **3.**

**3.1** Gemäss dem Untersuchungsgrundsatz haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte von sich aus und ohne Bindung an die Parteibegehren für die richtige und vollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen (Art. 43 Abs. 1 und 61 lit. c ATSG; BGE 122 V 158 E. 1a). Davon zu unterscheiden ist die Frage der Beweislast; das heisst die Frage, wer die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen hat, wenn sich nach dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit kein rechtserheblicher Sachverhalt feststellen lässt. Die Annahme der Beweislosigkeit ist allerdings erst zulässig, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen der Abklärungspflicht aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGer 9C\_702/2023 vom 15.02.2024 E. 4.4, 8C\_533/2023 vom 17.01.2024 E. 2.4, 9C\_254/2017 vom 21.08.2017 E. 4.4).

**3.2** Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsrichter die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die beklagten 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 der Expertin oder des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 143 V 124 E. 2.2.2, 125 V 351 E. 3a; BGer 8C\_42/2008 vom 19.01.2009 E. 2.4 mit Hinweisen).

**3.3** Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee, 122 V 157 E. 1c). An die Beweiswürdigung versicherungsinterner Beurteilungen sind indessen strenge Anforderungen zu stellen. Insbesondere sind die Berichte anderer Ärzte mitzubersichtigen. Wird die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch nachvollziehbare Berichte eines anderen Arztes in Zweifel gezogen, so genügt der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung nicht, um solche Zweifel auszuräumen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 122 V 157 E. 1.d, 125 V 352 E. 3.a; BGer 8C\_373/2023 vom 09.01.2024 E. 3). Dennoch darf und soll in Bezug auf Berichte von Hausärzten und behandelnden Ärzten der Erfahrungstatsache Rechnung getragen werden, dass diese im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 135 V 470 E. 4.5, 125 V 353 E. 3b/cc). Auch kann nicht aus dem blossen Vorliegen einer allfälligen entgegenstehenden (haus-)ärztlichen Einschätzung unbesehen ihres Inhalts auf geringe Zweifel an den Beurteilungen der versicherungsinternen Fachpersonen geschlossen werden (vgl. BGer 8C\_68/2019 vom 22.07.2019 E. 4.2.1).

#### **4.**

Die medizinische Aktenlage präsentiert sich im Wesentlichen wie folgt (gemäss Aktendossier der Beschwerdegegnerin eingereicht mit der Beschwerdeantwort [nachfolgend: BG-act.]).

##### **4.1**

Im medizinischen Bericht zur Erstbehandlung vom 20. Dezember 2022 (BG-act. pag. 10) führte der Hausarzt Dr. med. F. \_\_ aus, die Beschwerdeführerin sei beim Bergabgehen am 4. Oktober 2022 im steilen Gelände ausgerutscht mit «Sturz auf Gesäss». Als Befund ergab sich am rechten Knie eine mässige Ergussbildung, eine eingeschränkte Flexion sowie positive Meniskuszeichen. Der Röntgenbefund war ossär unauffällig. In der Krankengeschichte hielt der Hausarzt fest, die Beschwerdeführerin habe im Knie rechts nach ausführlichen bergab Wanderungen im Herbst nach einmaligem Ausrutschen und Sturz aufs Gesäss persistierende Anlaufschmerzen nach langem Sitzen, morgens, beim Auto aussteigen und v.a. Bergabgehen. Bergangehen gehe. Schmerzen «ventrolateral», auch nachts in Seitenlage dolent (BG-act. pag. 92). Der Hausarzt veranlasste bei Verdacht auf Meniskushinterhornläsion lateral eine MRT-Untersuchung.

**4.2** Im MRI-Knie rechts vom 2. Januar 2023 zeigte sich eine Ruptur der Innenmeniskushinterhornwurzel mit Protrusion des Meniskus nach medial gegen das Innenband. Ausserdem zeigten sich ein Ödem an der Oberfläche des medialen Kollateralbandes sowie ein Kapselödem posteromedial, mukoide Signalanhebungen im Innenmeniskushinterhorn ohne eigentlichen Riss zur Oberfläche, eine Tendinopathie der Semimembranosussehne und gute Knorpelverhältnisse (Radiologiebericht Dr. med. G. \_\_\_ vom 02.01.2023, BG-act. pag. 23).

**4.3** Die Beschwerdeführerin wurde in der Folge an Dr. med. C. \_\_\_ überwiesen. Dieser hielt im Konsilium vom 31. Januar 2023 (BG-act. pag. 27; vgl. auch Bericht an den Hausarzt vom 03.02.2023, BG-act. pag. 45) fest, es handle sich um einen Sturz nach hinten beim Bergabwandern am 4. Oktober 2022 mit persistierenden Schmerzen bei Belastung, Spannungsgefühl, Schwellung und fraglichem Einklemmungsgefühl im Knie. Schmerzen seien permanent zunehmend nach längerem Sitzen. Starke Verschlechterung in den letzten Wochen, insbesondere beim Abwärtsgehen. Es liege (unter Hinweis auf das MRI vom 02.01.2023) eine schwere Meniskusverletzung vor. Der Meniskus habe seine Ringspannung verloren. Die Situation sei vergleichbar mit der historischen kompletten Meniskektomie. Die rasche Arthrose sei dabei garantiert, wobei bei der Beschwerdeführerin noch keinerlei Arthrosezeichen auszumachen seien. Es sei zum arthroskopischen Reinsertionsversuch des medialen Meniskushinterhornes zu raten.

**4.4** Am 17. Februar 2023 fand die operative Reinsertion der rupturierten Innenmeniskushinterhornwurzel im Knie rechts durch Dr. med. C. \_\_\_ statt (vgl. Operationsbericht vom 22.02.2023 (BG-act. pag. 32). Im Verlauf ergab sich ein zwispältiges Bild. Zum einen ergab sich eine Verbesserung zum Zustand vor der Operation mit deutlich weniger Schmerzen bei Beugung. Zum andern zeigte sich eine stetige Knieschwellung mit Spannungsgefühl, vor allem in tiefer Beugung, wobei Dr. med. C. \_\_\_ als Ursache das nicht resorbierbare Fadenmaterial oder den oberflächlichen Knorpelschaden vermutete (Bericht vom 16.10.2023 zur Abschlusskontrolle vom 26.09.2023, BG-act. pag. 101).

**4.5** In der Aktenbeurteilung vom 2. März 2023 (BG-act. pag. 35) kam Dr. med. D. \_\_\_, beratender Arzt der Beschwerdegegnerin, zum Schluss, der Abriss der Wurzel des Hinterhorns des Innenmeniskus könne mühelos nachvollzogen werden. Der Meniskus selber zeige eine diffuse Strukturveränderung mit horizontal verlaufenden Rissbildungen. Diese Befunde seien überwiegend wahrscheinlich Ausdruck von degenerativen Veränderungen im Hinterhorn des Innenmeniskus und nicht ereigniskausal. Die geltend gemachte Kniedistorsion habe zusammenfassend nicht die Meniskuläsion herbeigeführt, wobei von einer einfachen Kniedistorsion auszugehen sei, die spätestens nach drei Monaten zu einem Status quo geführt habe. Im konkreten Fall habe mit der MRI-Untersuchung vom 2. Januar 2023 dieser Status quo bereits dokumentiert werden können.

**4.6** Dr. med. C.\_\_\_\_ nahm zuhanden der Beschwerdegegnerin in einer schriftlichen Beurteilung vom 2. Mai 2023 Stellung (BG-act. pag. 74). Er führte aus, es liege dem Meniskusschaden ein adäquates Trauma zugrunde. Wohl würden geringe degenerative Veränderungen der Knorpeloberfläche bestehen, nicht aber des operierten Meniskus selbst: Die abgerissene Wurzel habe arthroskopisch keine degenerativen Veränderungen gezeigt und auch im MRI fehle das Bild eines degenerativen Meniskusgewebes am Riss. Der Wurzelabriss, im MRI und arthroskopisch klar, sei, wie der Name suggeriere, typischerweise eine Unfallfolge. Für diese Verletzung brauche es eine erhebliche Krafteinwirkung, ansonsten der Schaden nicht aussehen würde, wie er sich bei der Beschwerdeführerin präsentiere. Ein degenerativer Meniskus wäre multiplanar eingerissen, zerfetzt und würde wahrscheinlich fettig-gelbe oder kalkartig weissliche Einlagerungen zeigen, was bei der Beschwerdeführerin alles nicht der Fall sei. Der Befund sei bereits im MRI klar, sei dann aber auch mit bester Bildqualität arthroskopisch dokumentiert. Die Arthroskopiebilder zeigten einen scharf begrenzten, ausgerissenen Meniskus mit gesundem Gewebe an der Rissfläche und meniskal in dessen (recte wohl: deren) Nähe.

**4.7** Die Beschwerdeführerin beauftragte in der Folge Dr. med. H.\_\_\_\_ für eine Expertise. In seiner Aktenbeurteilung vom 19. Mai 2023 (BG-act. pag. 80 f.) führte Dr. med. H.\_\_\_\_ aus, die Beschwerdeführerin sei die «klassische» Patientin für eine solche Läsion: Häufig seien dies Frauen in den 50ig-60iger Jahren. Zur Beurteilung ob dies nun unfallkausal sei oder nicht, müsse man diese ältere Patientengruppe genau von einer ersten, jüngeren Gruppe unterscheiden. Bei den jüngeren Patienten sei eine Meniskuswurzelläsion medial und lateral ganz klar quasi immer traumatischer Genese. In der Gruppe der etwas älteren Leute, welcher die Beschwerdeführerin zugehörig sei, könnten die medialen Meniskuswurzelläsionen sowohl traumatisch als auch degenerativ sein. Häufig seien diese mit Knorpelschäden verschiedenen Ausmasses vergesellschaftet, wobei sich kein gesicherter Zusammenhang zeigt, dass ein grösserer Knorpelschaden sicher traumatisch oder eben degenerativ zu werten sei. Gemäss Literatur könnten die Meniskuswurzelrisse medial traumatisch auftreten, oder auch zu 70% in degenerativ veränderten Kniegelenken ohne Trauma oder nur mit einem minimalen Trauma. Weder der MRI-Befund noch die Operationsbilder liessen im konkreten Fall eine ganz klare Aussage zu und schlussendlich seien dies alles nur Indizien. Für sie (= *die Klinik, Anm. des Gerichts*) seien aber komplette Wurzelausrisse (ossär oder nicht ossär) gegenüber Ausrissen im Wurzelbereich überwiegend traumatisch bedingt. Denn dies heisse, dass es einen auslösenden Faktor brauche und diese nicht über Wochen oder Jahre entstehen würden. Die Meniskussubstanz und Fixation seien aber naturgemäss altersgemäss verändert. Zur weiteren Differenzierung der Rissform (Ausriss versus Riss) gebe es allerdings keine Daten - in der Literatur spreche man nur von Wurzelläsionen und nicht nur vom Ausriss. Ein weiterer wichtiger Aspekt sei die Anamnese, auch wenn dies ebenfalls nur ein Indiz darstelle. Der Unfallmechanismus passe aber für eine Meniskusläsion. Es sei gemäss Akten zumindest zu einem Verdreh-Trauma, möglich auch zu einer forcierten Flexion gekommen. Naturgemäss sei bei der

Beschwerdeführerin mit knapp 60 Jahren eine gewisse Degeneration vorhanden (wie in jedem menschlichen Gewebe). Diese sei altersgemäss und asymptomatisch. Nun sei es zum Trauma gekommen und man habe die Verletzung darstellen können, welche vorher kaum vorhanden gewesen sei. Somit sei das Ereignis für die Verletzung verantwortlich und es bestehe darum ein natürlicher Kausalzusammenhang. Da der Schaden durch das Ereignis gesetzt worden sei, sei es auch nicht möglich, dass sich dieses Problem innerhalb von 3 Monate von alleine löse. Nicht einmal mit der Operation sei es sicher, dass das Problem «gelöst» sei. Der Status quo ante sei nicht möglich zu erreichen. Eine folgenlose Abheilung einer Meniskuswurzelläsion sei unmöglich. Dem Befund mit klarem Ausriss ohne wesentliche Meniskusdegeneration, der passenden Anamnese, der wissenschaftlichen Daten, welche die mögliche traumatische Ursache unterstützten und der klinischen Erfahrung entsprechend müsse von einer überwiegend traumatischen Ursache ausgegangen werden.

**4.8** In der Folge legte die Beschwerdegegnerin das Dossier Dr. med. E. \_\_\_, beratender Arzt, vor. In seiner Aktenbeurteilung vom 29. Januar 2024 (BG-act pag. 110 ff.) hielt dieser fest, der beschriebene Sturz habe sich am 4. Oktober 2022 ereignet, die Beschwerdeführerin habe sich aber erstmals am 20. Dezember 2022 wegen Kniebeschwerden zu ihrem Hausarzt begeben. Aufgrund allgemeiner medizinischer Erfahrung lasse dies schon rein anamnestisch weitgehend ausschliessen, dass die Beschwerdeführerin sich beim erwähnten Ereignis eine relevante strukturelle Verletzung an ihrem rechten Knie zugezogen habe. Wäre Gegenteiliges der Fall gewesen, hätte die Beschwerdeführerin überwiegend wahrscheinlich direkt nach dem Trauma deutliche Beschwerden mit Schmerzen und Funktionseinbussen verspürt, was fast sicher auch die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt hätte. Die Beschwerdeführerin habe stattdessen nach dem Ende ihrer Ferien ihre berufliche Tätigkeit in gewohnter Weise wieder aufgenommen und habe das Ereignis erst mit einer Latenz von knapp 3.5 Monaten bei ihrem Arbeitgeber gemeldet, ohne dass bis dahin eine Arbeitsunfähigkeit eingetreten sei. Dass die Beschwerdeführerin beim Ereignis vom 4. Oktober 2022 ihr rechtes Knie eher bagatellär traumatisiert habe, entspringe auch ihrer eigenen Wahrnehmung, nachdem sie eigenen Angaben zufolge «nicht sehr viel um ihre Verletzungen» gegeben habe. Erwähnenswert sei auch, dass bei keiner der präoperativ durchgeführten Untersuchungen typische klinische Hinweise auf eine Läsion am medialen Meniskus bestanden hätten. So habe die Beschwerdeführerin Beschwerden vor allem beim Bergabgehen beklagt und habe diese anterolateral lokalisiert, was am besten zu einer femoropatellaren Problematik gepasst habe. Zudem habe die Beschwerdeführerin ein gewisses Instabilitätsgefühl bekundet, was den Hausarzt dazu veranlasst habe, eine Läsion am VKB oder am «Hinterhorn rechts lateral» zu postulieren. Dies habe sich letztlich beides nicht bestätigen lassen und es habe sich als wesentlicher Befund eine dorsale Wurzelläsion am Innenmeniskus gezeigt, allerdings ohne entsprechende klinische Symptomatik. Das heisse zwar nicht, dass die Pathologie nicht behandlungsbedürftig gewesen sei, doch würden sich Zweifel ergeben, ob sie für die von der Beschwerdeführerin zuvor bekundeten Beschwerden und die

chronische Ergussbildung, die auch postoperativ persistiert habe, verantwortlich gewesen sei. Zusammenfassend habe die Beschwerdeführerin beim Ereignis vom 4. Oktober 2022 überwiegend wahrscheinlich eine eher bagatelläre Verletzung ihres rechten Kniegelenks erlitten, die nicht geeignet gewesen sei, relevante strukturelle Schäden herbeizuführen. In jedem Fall dürfe eine «erhebliche Krafteinwirkung», wie sie Dr. med. C. \_\_\_ korrekterweise als Voraussetzung für einen traumatischen Ausriss der dorsalen Meniskuswurzel ansehe, überwiegend wahrscheinlich ausgeschlossen werden. Eine solche wäre fast zwingend mit anderen, vor allem ligamentären Strukturschäden verbunden gewesen, wie sie aber weder klinisch noch bildgebend nachweisbar gewesen seien. Betrachte man alsdann die MRT-Bilder vom 2. Januar 2023 etwas genauer, sei zu erkennen, dass sich im gesamten dorsalen Anteil des medialen Meniskus deutliche Veränderungen des Binnensignals zeigten, vom befundenen Radiologen als «mukoide Signalanhebungen» bezeichnet. Diese würden sich bis zum zentralen Ansatz des Meniskus ziehen und seien im dorsalen Wurzelbereich am stärksten ausgeprägt. Insgesamt sei dies typisch für eine chronische Degeneration im dorsalen Abschnitt des medialen femorotibialen Kompartiments und habe kontinuierlich zur letztlich vollständigen Trennung des Meniskushinterhorns von seiner Wurzel geführt. Dazu passend seien auch die beginnenden Knorpelschäden daselbst, die sich als Folge der ungenügenden Schutzwirkung des Meniskus entwickelt hätten. Dass sich die degenerativen Veränderungen intraoperativ nicht hätten sehen lassen, liege auf der Hand, da es sich um Alterationen in der Binnensubstanz des Meniskus handle, die von aussen nicht sichtbar seien. Allerdings zeige (entgegen Dr. C. \_\_\_) auch der in einzelnen intraoperativen Screenshots abgebildete dorsale Meniskusstumpf – hier sei sozusagen ein Blick ins Innere möglich – bei näherer Betrachtung tatsächlich degenerative Veränderungen seiner Binnensubstanz. Ein Blick in die Literatur lasse sodann erkennen, dass die Läsionen der dorsalen Meniskuswurzel lateral mehrheitlich traumatisch bedingt seien, vorwiegend jüngere Männer betreffen würden und oft mit VKB-Rupturen oder anderen ligamentären Verletzungen vergesellschaftet seien. Am medialen Meniskus – wie bei der Beschwerdeführerin – sei hingegen die weit überwiegende Mehrheit der Läsionen an der dorsalen Wurzel chronisch-degenerativen Ursprungs und betreffe bevorzugt Frauen mittleren Alters. Im Grundsatz korrekt sei Dr. C. \_\_\_ Aussage, degenerative Meniskuläsionen verliefen typischerweise multiplanar und seien von chronischen Alterationen der Binnensubstanz begleitet. Dies gelte allerdings vor allem für die fortgeschrittenen komplexen Läsionen des ganzen Meniskushinterhorns, welche die grosse Mehrheit aller Meniskuspathologien von Personen mittleren bis höheren Alters darstellten. Für die viel kleinere Gruppe der Läsionen an der dorsalen Wurzel des medialen Meniskus sei es jedoch nicht zutreffend, indem diese vor allem in radiärer Richtung verlaufen würden, auch wenn sie meistens rein degenerativer Natur seien. Zu beachten sei wiederum, dass der mediale Meniskus am rechten Knie der Beschwerdeführerin in seinem ganzen dorsalen Anteil durchaus deutliche Veränderungen seines Binnensignals aufgewiesen habe. Die gefundenen Alterationen würden sehr gut zu einer kontinuierlichen

Ablösung des degenerativ veränderten medialen Meniskushinterhorns von seiner dorsalen Wurzel passen, wie sie auch die weit überwiegende Mehrheit der genannten Pathologie darstelle. Hingegen lasse sich kein einziger objektiver Hinweis darauf finden, dass diese Pathologie als Folge eines Traumas entstanden sei. Dazu würde auch die Anamnese mit der erheblichen Latenz zwischen Ereignis und erster Arztkonsultation (2.5 Monate) nicht passen. Es bleibe einzig die zeitliche Korrelation – post hoc ergo propter hoc, die versicherungsmedizinisch aber nicht als stichhaltig zu bewerten sei. Zur Stellungnahme von Dr. med. H.\_\_\_\_ (vgl. E. 4.7 hievor) führte Dr. med. E.\_\_\_\_ aus, es treffe zu, dass die Beurteilung anhand von Indizien vorzunehmen sei. Diese würden aber vorliegend ganz klar in Richtung einer überwiegend wahrscheinlich rein chronisch-degenerativen Pathologie weisen. Wie Dr. H.\_\_\_\_ korrekt anmerke, werde in der Literatur nicht auf die Unterscheidung zwischen «kompletten Wurzelausrissen» und «Ausrissen im Wurzelbereich» eingegangen, weshalb es gewagt sei anzunehmen, die eine Form – im Verständnis von Dr. H.\_\_\_\_ wohl diejenigen mit der kompletten Wurzellösung vom Knochen – sei überwiegend wahrscheinlich traumatisch bedingt, die andere hingegen degenerativer Natur. Unabhängig davon sei im vorliegenden Fall MR-tomographisch und auch auf den intraoperativ erstellten Screenshots gut sichtbar, dass die Läsion keineswegs ganz direkt am Knochen liege, sondern etwa 1 cm medial davon innerhalb der bindegewebigen Wurzelsubstanz. Auch in der Interpretation von Dr. H.\_\_\_\_ wäre die Pathologie der Beschwerdeführerin aufgrund der Lokalisation etwa 1 cm medial des ossären Ansatzes demnach als degenerativer und nicht als traumatischer Natur zu bewerten. Zum Verletzungsmechanismus ergebe sich, dass keine Dokumente existieren würden, worin zeitnah der Ablauf des Ereignisses vom 4. Oktober 2022 erfasst worden sei. In der ärztlichen Erstkonsultation am 20. Dezember 2022 seien keine Angaben über eine stattgehabte Verdrehung des rechten Kniegelenkes zu finden. Vielmehr sei von einem Sturz auf das Gesäss die Rede, in dessen Folge die Beschwerdeführerin «Schmerzen ventrolateral» am rechten Knie in gewissen Situationen bemerkt habe. Auch Dr. C.\_\_\_\_ habe anlässlich der Konsultation vom 31. Januar 2023 nicht von einer Verdrehung, sondern von einem «Sturz nach hinten» geschrieben. Eine Distorsion des Knies im medizinischen Sinne sei fast zwingend mit kapsuloligamentären Verletzungen vergesellschaftet, welche vorliegend nirgends zu erkennen gewesen seien. Das von der Beschwerdeführerin erlittene Trauma vom 4. Oktober 2022 sei überwiegend wahrscheinlich nicht geeignet gewesen, zu einer medialen Meniskusläsion zu führen. Das gelte erst recht für eine solche an dessen dorsaler Wurzel, wozu Dr. C.\_\_\_\_ festgehalten habe, es brauche eine «erhebliche Krafteinwirkung». Nachdem der erlittene Sturz jedoch überwiegend wahrscheinlich einen bagatellären Charakter aufgewiesen habe und nur zu geringen, jedenfalls kaum zu potentiell dauerhaften strukturellen Verletzungen geführt habe, sei das Eintreten des unfallkausalen status quo sine nur eine Frage der Zeit gewesen. Vermutlich sei dieser bereits wenige Wochen nach dem Sturz eingetreten, habe sich aber jedenfalls spätestens mit der MRT vom 2. Januar 2023 objektiv belegen lassen.

## 5.

**5.1** Die Beurteilung von Dr. med. E. \_\_\_ vom 29. Januar 2024 (vgl. E. 4.8 hievor) kann als umfassend und schlüssig begründet bezeichnet werden. Sie berücksichtigt die beklagten Beschwerden, ist in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden und leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge sowie in der Beurteilung der medizinischen Situation ein. An der Beurteilung von Dr. med. E. \_\_\_ bestehen für das Gericht auch unter Berücksichtigung der anderslautenden ärztlichen Beurteilungen keine Zweifel. Daran ändern die Darlegungen in der Beschwerde nichts, wie sich nachfolgend ergibt.

**5.2** Die Beschwerdeführerin äussert in ihrer Beschwerde im Abschnitt B. Vorbemerkungen, in welchen sie vor allem Unmut über die Verfahrensdauer des vorinstanzlichen Verfahrens und über die Ausdrucksweise des beratenden Arztes bekundet. Eine sachlich-konkrete Rüge lässt sich diesem Abschnitt nicht entnehmen, weshalb es sich erübrigt darauf näher einzugehen.

**5.3** Die weiteren in der Beschwerde enthaltenen Argumente sind unbehelflich. In der Beschwerde wird von der Beschwerdeführerin selber beschrieben, dass das initiale Trauma – in Übereinstimmung mit der Beurteilung des beratenden Arztes der Beschwerdegegnerin – eher bagatellären Charakter hatte und gerade nicht als «erhebliche Krafteinwirkung» – welche im Grunde auch Dr. C. \_\_\_ für die Unfallkausalität voraussetzt (vgl. E. 4.6 hievor) – zu bezeichnen war. Ausdrücklich wird geschrieben, dass die Beschwerdeführerin nach dem Trauma «nicht sehr viel um ihre Verletzung» gegeben habe und sie versucht habe, der Situation mit Salben etc. Herr zu werden, was ihr anfänglich auch gelungen sei. Erst als sie wieder zuhause gewesen sei und die Schmerzen zugenommen hätten, sei sie zum Hausarzt gegangen. Die Beschwerdeführerin beschreibt hier einen Crescendo-Verlauf ihrer Problematik im rechten Knie mit Beschwerdemaximum zeitentfernt zum Ereignis, wogegen gerade das Gegenteil – die Dynamik des klinischen Verlaufes mit Beschwerdemaximum zeitnah zum Vorfall mit im Weiteren Abnahme der Beschwerdesymptomatik (Decrescendo-Verlauf) – mit (ebenfalls) zeitnahe Aufsuchen ärztlicher Hilfe Indizien für die traumatische Verursachung darstellen (vgl. Die Menisken des Kniegelenks und ihre versicherungsmedizinische Betrachtung, SUVA Medical vom 30.06.2022, zuletzt besucht am 25.09.2024, abrufbar unter: <https://www.suva.ch/de-ch/unfall/fuer-leistungserbringer/suva-medical/publikationen/2022/juni/medical-2022-03-menisken-des-kniegelenks-versicherungsmedizinische-betrachtung>). Die Beurteilung von Dr. med. E. \_\_\_, welcher festhält, die erhebliche Latenz zwischen Ereignis und erster Arztkonsultation (2.5 Monate) bei fehlender Arbeitsunfähigkeit spreche gegen die traumatische Verursachung der vorliegenden Pathologie, erscheint entsprechend schlüssig und medizinisch begründet. Dass nicht jede Kniekontusion die unverzügliche Konsultation eines Arztes erfordert – wie die Beschwerdeführerin vorbringt – ist richtig, geht aber an der Sache vorbei, denn es ändert nichts daran, dass das entsprechende Kriterium ein Indiz gegen die Unfallkausalität ist.

**5.4** Übereinstimmung zwischen dem beratenden Arzt der Beschwerdeführerin (Dr. med. H.\_\_\_\_) und dem beratenden Arzt der Beschwerdegegnerin (Dr. med. E.\_\_\_\_) besteht sodann darin, dass die Beschwerdeführerin zur Gruppe der Menschen gehört, bei denen Meniskuläsionen der vorliegenden Art überwiegend degenerativ bedingt sind (vgl. dazu auch Tenfelde/Balke/Fink/Höher, Isolierter traumatischer Innenmeniskuswurzelabriss des jungen Erwachsenen, 22.03.2022, zuletzt besucht: 25.09.2024, abrufbar unter: <https://www.springermedizin.de/arthroskopie/isolierter-traumatischer-innenmeniskuswurzelabriss-des-jungen-er/20243264>, wonach Wurzelverletzungen des Innenmeniskus typischerweise degenerativen Ursprungs seien und die seltenen akuten, traumatischen Verletzungen gehäuft mit ligamentären Begleitverletzungen aufträten). Dies alleine ist selbstverständlich nicht ausschlaggebend dafür, ob der Meniskusschaden im konkreten Fall krankheitsbedingt oder unfallkausal war. Die vorliegende Indizienlage weist jedoch – wie der beratende Arzt der Beschwerdegegnerin nachvollziehbar aufzeigt – in Richtung einer degenerativ bedingten Meniskusschädigung. So weist die Binnensubstanz des hier betroffenen medialen Meniskushinterhorns im rechten Knie gemäss fachärztlicher Beurteilung degenerative Veränderungen auf. Der beratende Arzt der Beschwerdegegnerin erklärt schlüssig, weshalb Dr. E.\_\_\_\_ diese Degenerationen intraoperativ nicht in gleicher Weise erkennen konnte, wie wenn die MRT-Bilder eingehend(er) studiert und interpretiert werden. Zudem weist der beratende Arzt der Beschwerdegegnerin darauf hin, dass durchaus auch andere degenerative Veränderungen (als die Alterationen in der Binnensubstanz) objektiviert werden konnten. Zusammen mit den übrigen Indizien (Latenz, Crescendo-Verlauf, vgl. E. 5.3 hievor) sprechen die aufgezeigten Degenerationen gegen eine traumatisch bedingte Pathologie im hier betroffenen Meniskus des rechten Knies. Vor dem Hintergrund der Datenlage, wonach Meniskuläsionen der vorliegenden Art in der Altersgruppe der Beschwerdeführerin überwiegend degenerativ bedingt sind, lässt sich nicht schlüssig erklären, weshalb die Beschwerdeführerin bei gegebener Indizienlage gerade nicht zu dieser typischen Gruppe gehören sollte, zumal sie gemäss Einschätzung ihres beratenden Arztes Dr. H.\_\_\_\_ die «klassische» Patientin für solche Läsionen sei (vgl. E. 4.7 hievor).

**5.5** Zusammenfassend verbleiben unter Würdigung der gesamten Aktenlage und der Argumente in der Beschwerde keine auch nur geringen Zweifel an der sehr sorgfältigen und ausführlichen Beurteilung des beratenden Arztes der Beschwerdegegnerin vom 29. Januar 2024 (vgl. E. 4.8 hievor), weshalb es nicht zu beanstanden ist, wenn die Beschwerdegegnerin in ihrer Beurteilung darauf abgestellt hat. Demnach konnte der status quo sine spätestens mit der MRT vom 2. Januar 2023 objektiviert werden und ist der natürliche Kausalzusammenhang spätestens zu diesem Zeitpunkt dahingefallen (vgl. E. 4.8 in fine hievor).

## 6.

Abschliessend ergibt sich nach dem Ausgeführten, dass in der beweiswertigen Beurteilung des beratenden Arztes der Beschwerdegegnerin vom 29. Januar 2024 (vgl. E. 4.8 hievor) die Unfallkausalität der Beschwerden im Meniskus des rechten Knies über den 2. Januar 2023 hinaus (Datum status quo sine) schlüssig und nachvollziehbar verneint wird. Auf die Einholung eines Gutachtens kann in antizipierter Beweiswürdigung verzichtet werden (BGE 136 I 236 E. 5.3, 134 I 148 E. 5.3, 124 V 94 E. 4b). Da somit der natürliche Kausalzusammenhang zwischen den geltend gemachten Beschwerden im Meniskus des rechten Knies und dem Ereignis vom 4. Oktober 2022 nach Durchführung der erforderlichen Abklärungen nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit über den 2. Januar 2023 hinaus nicht erstellt resp. dahingefallen ist, kann die Beschwerdegegnerin nicht zu weiteren Unfallversicherungsleistungen verpflichtet werden. Der entsprechend lautende Einspracheentscheid vom 14. März 2024 ist nicht zu beanstanden. Die Verwaltungsgerichtsbeschwerde ist abzuweisen.

## 7.

**7.1** Da im UVG keine Kostenpflicht vorgesehen ist und keine mutwillige oder leichtsinnige Beschwerdeführung vorliegt, ist das Verfahren für die Parteien kostenlos (vgl. Art. 61 lit. <sup>f</sup>bis ATSG).

**7.2** Eine Parteientschädigung ist nicht zuzusprechen. Der obsiegenden Beschwerdegegnerin steht keine Parteientschädigung zu (Art. 61 lit. g ATSG e contrario; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 4. Aufl., Zürich 2020, Art. 61 Rz. 218).

### **Das Obergericht erkennt:**

1. Die Verwaltungsgerichtsbeschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
3. Eine Parteientschädigung wird nicht zugesprochen.
4. Eröffnung:
  - Beschwerdeführerin
  - Beschwerdegegnerin
  - Bundesamt für Gesundheit

Altdorf, 25. Oktober 2024

### **OBERGERICHT DES KANTONS URI**

#### **Verwaltungsrechtliche Abteilung**

Die Präsidentin

Agnes H. Planzer Stüssi

Der Gerichtsschreiber

Matthias Jenal

### **Rechtsmittelbelehrung**

Gegen diesen Entscheid kann Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten erhoben werden. Die Beschwerde ist innert **30 Tagen** nach der Eröffnung der vollständigen Ausfertigung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, in der in Art. 42 Bundesgesetz über das Bundesgericht (Bundesgerichtsgesetz [BGG, SR 173.110]) vorgeschriebenen Weise schriftlich einzureichen. Die Beschwerdelegitimation und die zulässigen Beschwerdegründe richten sich nach den massgeblichen Bestimmungen des BGG.

Versand: