

Obergericht Appenzell Ausserrhoden

3. Abteilung

Die von der Beschwerdeführerin gegen dieses Urteil erhobene Beschwerde an das Bundesgericht hat dieses mit Entscheiddatum vom 22. September 2020 abgewiesen (8C_356/2020).

Urteil vom 18. Februar 2020

Mitwirkende	Obergerichts Vizepräsident W. Kobler Oberrichterin D. Sieber Oberrichter H.P. Fischer, F. Windisch, E. Zingg Obergerichtsschreiber M. Giger
Verfahren Nr.	03V 1920
Sitzungsort	Trogen
Beschwerdeführerin	A. _____ vertreten durch: RA AA. _____
Vorinstanz	Versicherung B. _____
Gegenstand	Leistungen der Unfallversicherung Beschwerde gegen den Einspracheentscheid der Versicherung B. _____ vom 8. März 2019

Rechtsbegehren

a) der Beschwerdeführerin:

1. Der Einspracheentscheid vom 8. März 2019 sei aufzuheben und es seien der Beschwerdeführerin die gesetzlichen Leistungen zuzusprechen.
2. Eventualiter sei die Angelegenheit zur Durchführung weiterer Abklärungen an die Be-

schwerdegegnerin zurückzuweisen.

3. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge zuzüglich Mehrwertsteuer zulasten der Beschwerdegegnerin.

b) der Vorinstanz:

Die Beschwerde vom 5. April 2019 sei abzuweisen unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der Beschwerdeführerin.

Sachverhalt

- A. Die am XX.XX.1980 geborene A. _____ war seit Juni 2011 bei der C. _____ als Raumpflegerin angestellt und in dieser Eigenschaft bei der Versicherung B. _____ obligatorisch gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert. Am 10. Juli 2015 machte sie im Rahmen ihrer Arbeit einen Fehltritt auf einer Treppe und zog sich dadurch eine Verdrehung/Verstauchung des Knies links zu, wobei sie laut ihren eigenen Angaben anfänglich starke Schmerzen verspürt sowie eine Schwellung festgestellt habe, die jedoch in den folgenden Tagen zunehmend nachgelassen hätten (act. 6.3.1 und 6.3.2). Am 28. Juli 2015 unternahm die Versicherte mit ihrer Familie eine Wanderung auf den Hohen Kasten. Dabei habe sie zunehmend Schmerzen am linken Knie verspürt und sie sei immer wieder damit weggeknickt (act 6.3.1). Aufgrund anhaltender Beschwerden am linken Knie stand die Versicherte ab Januar 2016 in ärztlicher Behandlung und es folgten diverse Abklärungen sowie operative Eingriffe.
- B. Mit Bagatell-Unfallmeldung vom 22. März 2016 meldete die Versicherte das Ereignis vom 28. Juli 2015 der Versicherung B. _____. In der Folge wurde ihr von der Versicherung am 31. März 2016 mitgeteilt, dass die Leistungsvoraussetzungen nicht erfüllt seien bzw. kein Unfall im Rechtssinne vorliege. Diese Leistungsablehnung blieb seitens der Versicherten unangefochten (vgl. Ziffer 2.3 des Einspracheentscheids vom 8. März 2019)

[act. 6.1.9 und 6.3.25] sowie den Schadeninspektorenbericht vom 27. Februar 2018, act. 6.3.1).

- C. Am 14. Januar 2018 lief die Versicherte in Wil auf der Oberen Bahnhofstrasse in Richtung Bahnhof. Dabei stürzte sie auf einer nicht zu erkennenden Eisplatte aus und stürzte direkt auf das linke Knie, wodurch sie sich eine Prellung zuzog (act. 6. 1.1 sowie 6.1.2).
- D. Am 27. Februar 2018 wurde die Versicherte im Rahmen eines Schadeninspektorengesprächs darauf aufmerksam gemacht, dass es sich bei den Vorfällen vom 10. Juli 2015 und 14. Januar 2018 um Unfälle im Rechtssinne handle. Folglich reichte die Versicherte am 1. bzw. 26. März 2018 die beiden betreffenden Unfallmeldungen ein (act. 6.1.1; act. 6.3.2). Am 26. April 2018 erfolgte eine medizinische Stellungnahme des Vertrauensarztes der Versicherung B. _____, Dr. D. _____, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie. Der Mediziner erklärte, in Bezug auf den Unfall vom 10. Juli 2015 sei der Status quo sine nach 8 Wochen erreicht worden; in Bezug auf den Unfall vom 14. Januar 2018 wurde der Status quo sine auf den 2. März 2018 festgesetzt (act. 6.4.26).
- E. Mit Verfügung vom 25. Mai 2018 sprach die Versicherung B. _____ der Versicherten für das Unfallereignis vom 10. Juli 2015 bis zum 4. September 2015 die gesetzlichen Leistungen zu. Für die darauf folgende Zeit lehnte sie eine Leistungspflicht ab (act. 6.3.10). Gleichentags erliess sie ihre Verfügung im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 14. Januar 2018. Diesbezüglich übernahm sie die gesetzlichen Leistungen bis zum 1. März 2018. Über diesen Zeitpunkt hinaus verneinte sie wiederum ihre Leistungspflicht (act. 6.1.7). Nachdem die Versicherte Einsprache gegen die beiden Verfügungen erhoben hatte, beauftragte die Versicherung B. _____ Dr. F. _____, Facharzt Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, mit einem Gutachten, welches am 12. Dezember 2018 geliefert wurde (act. 6.4.33). Am 14. Januar 2019 nahm Dr. F. _____ noch zu Ergänzungsfragen der Versicherung B. _____ Stellung (act. 6.4.35). Gestützt auf die Ergebnisse des Gutachtens wies der Unfallversicherer die Einsprache am 8. März 2019 ab (act. 6.1.9 und 6.3.25).
- F. Gegen den nämlichen Einspracheentscheid richtet sich die vorliegende Beschwerde der durch Rechtsanwältin RA AA. _____ vertretenen Versicherten vom 5. April 2019, mit dem eingangs aufgeführten Rechtsbegehren (act. 1). Die Vernehmlassung der Vorinstanz mit obigem Rechtsbegehren folgte am 24. Mai 2019 (act. 5). In ihrer Replik vom 19. Juni 2019 hielt die Beschwerdeführerin an ihren Anträgen fest (act. 9); der Eingabe war eine orthopädische Beurteilung von Dr. G. _____, Facharzt FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, vom 22. Mai 2019 beigelegt (act. 10.44). Der Unfallversicherer dupli

zierte am 14. August 2019 (act. 13) und reichte dabei eine zusätzliche Stellungnahme seines Vertrauensarztes Dr. D. _____ vom 21. Juli 2019 ein (act. 14).

- G. Die Parteien verzichteten auf eine mündliche Verhandlung.
- H. Nachdem den Parteien das vorliegende Urteil eröffnet wurde, verlangte die Beschwerdeführerin innert Frist eine schriftliche Begründung (act. 19).

Erwägungen

1. Vorliegend ist festzustellen, dass der angefochtene Einspracheentscheid an sich zwei Unfallereignisse zum Gegenstand hat. Indes, in ihrer Beschwerde nimmt die Beschwerdeführerin im Rahmen ihrer rechtlichen Ausführungen ausschliesslich auf das Unfallereignis vom 10. Juli 2015 Bezug. Sie scheint mithin die Auffassung der Versicherung B. _____ anzuerkennen, dass hinsichtlich des Ereignisses vom 14. Januar 2018 ab dem 2. März 2018 keine Leistungspflicht des Unfallversicherers mehr besteht. Diese Schlussfolgerung ist auch richterlicher Sicht denn auch nicht zu beanstanden. Im Ergebnis ist in diesem Beschwerdeverfahren nur das Ereignis vom 10. Juli 2015 streitig und zu prüfen.

2. 2.1

Am 1. Januar 2017 sind die revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) und der Verordnung vom 20. Dezember 1982 über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) in Kraft getreten. Gemäss Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 werden Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor deren Inkrafttreten ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt. Vorliegend finden daher, nachdem der Streitigkeit ein Ereignis aus dem Jahre 2015 zu Grunde liegt, die bis 31. Dezember 2016 gültigen Bestimmungen Anwendung.

2.2

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein die gesundheitliche Beeinträchtigung nicht oder nicht in gleicher Weise oder nicht zur gleichen Zeit eingetreten wäre. Für

die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs ist nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Faktoren für die Schädigung verantwortlich, d.h. zumindest teilkausal ist, der Unfall mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiere (BGE 129V 181 E. 3.1, 117V 376 E. 3a; SVR 2007 UV Nr. 28 S. 94). Bei organischen Unfallfolgen deckt sich die adäquate, das heisst rechtserhebliche Kausalität, weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier praktisch keine selbständige Bedeutung (BGE 122 V 417 E. 2c mit Hinweisen; RKUV 2004 Nr. U 505 S. 249 E. 2.1).

2.3

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 119 V 338 E. 1, 118 V 289 E. I b, je mit Hinweisen).

2.4

Für die Beantwortung der Tatfrage nach dem Bestehen natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin ist das Gericht in der Regel auf Angaben ärztlicher Experten und Expertinnen angewiesen (BGE 129 V 181 E. 3.1, 123 III 110, 112 V 30; PVG 1984 Nr. 82, 174). 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 232 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis). Angesichts des Gesagten sind auch Berichte und Gutachten, welche die Versicherungen während des Administrativverfahrens von ihren eigenen Ärzten einholen, beweistauglich, solange ihre Richtigkeit nicht durch konkrete Indizien erschüttert wird (BGE 125 V 352 E. 3; RKUV 1991 Nr. U 133 S. 311 ff.). Auch ärztliche Beurteilungen aufgrund der Akten sind nicht unzuverlässig, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind (PVG 1996, 265 E. 3b; RKUV 1988 Nr. U 56 S. 371).

3. Die medizinische Aktenlage präsentiert sich im Wesentlichen wie folgt:

a) Am 28. Januar 2016 begab sich die Beschwerdeführerin aufgrund ihrer Beschwerden am linken Knie erstmals in ärztliche Behandlung bei ihrem Hausarzt Dr. H. _____. Dieser stellte ein Schubladenphänomen fest und veranlasste folglich ein MRI im Spital I. _____

(act. 1,5.4).

b) Fragliches MRI vom 5. Februar 2016 ergab laut dem zuständigen Arzt Dr. J. _____ eine Auftreibung und Signalerhöhung des vorderen Kreuzbandes, was zusammen mit der Signalerhöhung im medialen apikalen Rand des Hoffa'schen Fettkörpers für das Vorliegen einer Partialruptur des vorderen Kreuzbandes spreche (act. 6.4.1).

c) Dem Sprechstundenbericht der Orthopädie des Spitals I. _____ (Dres. Dr. K. _____/Dr. L. _____) vom 8. März 2016 ist in Bezug auf den Befund des Knie links zu entnehmen: Intakte Hautverhältnisse. Keine Schwellung. Kein Erguss. Flexion/Extension 150/0/0°. Stabiler Seitenbandapparat. Vorderes Kreuzband mit hartem Anschlag, seiten- gleiche Funktionsprüfung. Keine Schublade. HKB intakt. Meniskuszeichen negativ. Patella indolent. Kniekehle indolent. pDMS intakt. Bezüglich des MRT vom 5. Februar 2016 wird in dem Bericht ausgeführt: Auftreibung und Signalalteration des vorderen Kreuzbandes, jedoch kontinuierterhaltene Fasern; aufgrund der klinisch intakten Funktionsprüfung des vorderen Kreuzbandes müsse von einer früheren Zerrung ausgegangen werden (act.

6.4.2).

d) Laut dem Sprechstundenbericht der Dres. Dr. K. _____/Dr. L. _____ vom 12. April 2016 habe sich die Beschwerdeführerin damals ausserplanmässig gemeldet, da sie auf 5 Mal Physiotherapie bis dahin nicht angesprochen habe. Die Patientin gebe infrapatellare Beschwerden an. Primär belastungsabhängige Schmerzen. Nach nochmaliger Nachfrage hinsichtlich eines allfälligen Instabilitätsgefühls könne die Patientin aktuell keine Aussage mehr darüber tref-

fen (act. 6.4.3).

e) Am 22. April 2016 erfolgte im Spital I. _____ (1. Operateur: Dr. L. _____) eine diagnostische Kniearthroskopie links. Laut dem Operationsbericht ergaben sich namentlich folgende Feststellungen: Tendenziell aufgequollenes VKB, jedoch keine Kontinuitätsunterbrechung, keine intraligamentären Fissuren, keine Auffaserung. Funktionell intaktes VKB. Gute Anspannung beim Lachman-Test. Am ehesten Status nach Zerrung des VKB im femoralen Anteil. HKB intakt. Eine Plica vor dem vorderen Kreuzband gelegen wird reseziert (act.

6.4.4).

f) In einem weiteren Arztbericht der Dres. Dr. K. _____/Dr. L. _____ betreffend eine Verlaufskontrolle vom 7. Juni 2016 wurde ausgeführt, die Versicherte habe laut eigenen Angaben von der Operation profitiert. Gelegentlich steche es jedoch noch peripatellär. Des Weiteren schlechte Flexionsfähigkeit (act. 2.9).

g) In der Folge konsultierte die Beschwerdeführerin Dr. M. _____ von der Orthopädie Appenzell. Laut dessen Bericht vom 8. Juli 2016 persistierten die Beschwerden am linken Knie, die Anamnese und die klinische Untersuchung sprächen für eine sagittale Instabilität. Es sei eine Wiederholung des MRI indiziert (act. 2.10).

h) Fragliches MRI wurde am 8. Juli 2016 durchgeführt und ergab folgende Beurteilung: Kein Nachweis osteochondraler Läsionen, so dass der Ursprung der arthroskopisch geborgenen freien Gelenkkörperchen in der heutigen MRI-Untersuchung nicht geklärt werden könne. Das VKB sei weiterhin stark aufgefiedert mit deutlichem T2-Signal, idem zur Voruntersuchung und unverändert vereinbar mit einer VKB-Partialruptur. Der leichte Kniegelenkserguss sei möglicherweise noch postinterventionell, ebenso das subkutane Weichteilödem. Unverändert kleiner Knorpeldefekt der medialen Patellafacette (act. 2.11). Gestützt auf die MRI-Befunde hielt Dr. M. _____ mit Arztbericht vom 13. Juli 2016 fest, dass die Indikation zur Kniearthroskopie links mit arthroskopisch assistierter VKB-Ersatzplastik (Semi-tendinosus) gestellt werden könne (act. 2.12).

i) Nach Durchführung des arthroskopischen Eingriffs am 26. August 2016 im Spital I. _____ durch Dr. M. _____ wurde im Austrittsbericht vom 29. August 2016 die Diagnose einer sagittalen Instabilität bei Status nach Knielaxation [...] angegeben. Unter „Therapie“ wurde vermerkt: Knie-Arthroskopie links und arthroskopisch assistierte VKB-Ersatzplastik (Semitendinosussehne) am 26. August 2016, Dr. M. _____ [...] (act. 14).

j) Nach der Operation vom 26. August 2016 berichtete Dr. M. _____ am 29. September 2016 über eine ausgeprägte Schwellungsneigung vom Knie abwärts trotz regelmässiger Lymph-drainage und Tragen eines Stützstrumpfes. Ansonsten bestehe ein beschwerdearmer Verlauf (act. 2.15). Nachdem sich die ausgeprägte Schwellung des linken Unterschenkels auch noch in der Untersuchung vom 10. November 2016 zeigte (act. 2.16), veranlasste Dr. M. _____ eine Phleboduplexsonographie. Diese wurde am 12. November 2016 vom Internisten Dr. N. _____ durchgeführt. Dessen Beurteilung ergab: Ausschluss tiefe Beinvenenthrombose, grossvolumiger Kniegelenkerguss, ödematöse Schwellung subkutan von supra-genua bis nach distal (act. 2.17).

k) Aufgrund des dringenden Verdachts auf eine allergische Reaktion auf Implantatmaterial erfolgte am 10. Februar 2017 ein weiteres MRI Knie links, mit folgender Beurteilung: Massive Schwellung der Weichteile mit Flüssigkeitsmarkierung um das und am Kniegelenk. Kein Nachweis einer Osteolyse bzw. Osteomyelitis. Regulärer postoperativer Befund bei Zustand nach vorderer Kreuzbandplastik (act. 2.21).

l) Am 14. Februar 2017 führte Dr. M. _____ eine Kniearthroskopie links durch, im Rahmen welcher die Entfernung des Endobutton femoral sowie der Interferenzschraube tibial vorgenommen wurde (act. 2.23).

m) Am 13. Juli 2017 erfolgte eine Konsultation der Versicherten im Spital S. _____ (Dr. O. _____). Diagnostiziert wurde dabei eine Arthrofibrose Knie links 1.. .1. In der Beurteilung wurde ausgeführt, der Verlauf sei sicher aussergewöhnlich. Die Ursache für die persistierende Schwellung könnte theoretisch eine Thrombose sein, was gemäss Patientin ausgeschlossen worden sei. Differentialdiagnostisch sei insbesondere auch an ein CRPS zu denken, was den Verlauf erklären könnte. Gemäss Patientin seien auch Allergien festgestellt worden, insbesondere auf die eingebauten Fremdkörper, welche nun aber entfernt seien. Falls dies die alleinige Ursache sei, wäre dies äusserst ungewöhnlich. Der Patientin sei eine rheumatologische Abklärung zu empfehlen (act. 2.26).

n) Das Schmerzzentrum des Spital P. _____ hielt in seinem Bericht vom 6. Februar 2018 fest, die Patientin leide an einem chronifizierten nozizeptiven Schmerzsyndrom des linken Knies, wobei ausserhalb der Bewegungslimits der Schmerz für die Patientin in geringerem Ausmass beeinträchtigend sei als die ausgeprägte Bewegungseinschränkung des Kniegelenks bei Arthrofibrose und nachfolgend auch des Fusses und der Hüfte. Nach einem Sturz auf unebenem Grund seien nun auch Schmerzen im Bereich der Patella prominenter. Zudem bestehe ein persistierendes Lymphödem sowie eine deutlich erkennbare Muskelatrophie der Beinmuskulatur. Hinzu kämen zunehmende lumbale Rückenschmerzen aufgrund der kontinuierlichen Fehlbelastung in Kompensation der fehlenden Mobilität des linken Beines. Die anamnestischen und klinischen Kriterien eines CRPS seien aktuell in dieser Konsultation nicht erfüllt (act. 2.28).

o) Ab dem 15. Februar 2018 stand die Beschwerdeführerin in Behandlung in der Orthopädie der Klinik Q. _____, wo eine ausgeprägte Arthrofibrose [...] diagnostiziert wurde. Am 30. Mai 2018 erfolgte deshalb ein weiterer operativer Eingriff (Kniearthroskopie [anterior + posterior], ausgiebiges Débridement, VKB-Resektion; Bohrkanauffüllung femoral und tibial [ipsilateraler Beckenkamm]); vgl. den im Anschluss an die Hospitalisation vom 30. Mai bis 5. Juni 2018 erstellten Austrittsbericht vom 6. Juni 2018 (act. 2.32).

p) Dem Verlaufsbericht der Klinik Q. _____ vom 19. Juli 2018 ist zu entnehmen, bei der Patientin zeige sich erneut eine vermehrte Arthrofibrose mit abnehmender Beweglichkeit im Vergleich zu interoperativ, als noch ¹¹⁰⁰ spontan und 130° bei forcierter Flexion habe erreicht werden können und eine volle Streckung möglich gewesen sei. Trotz Physiotherapie seien wieder 20° Flexion und 20° Extension verloren worden. Deshalb erfolge nun ein Versuch, medikamentös erneut die Entzündung und Narbenbildung zu hemmen, zudem solle eine Quengelschiene angepasst werden und die Physiotherapie soll einerseits die Patientin zur Quengeltherapie instruieren, andererseits auch aktive Bewegungstherapie für das Knie durchführen. Als Raumpflegerin bestehe weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (act. 2.33).

q) Im Verlaufsbericht der Klinik Q. _____ vom 31. August 2018 wurde als zusätzliche Diagnose eine fragliche Allergie/Unverträglichkeit auf Titan und bioresorbierbarer Interferenzschraube (zuckerhaltig .unklar ob Glukose, Fruktose, etc., fraglich Poly-L-Co-Lactid) genannt. Im Übrigen zeige sich bei der Patientin eine regrediente Arthrofibrose mit etwas vermehrter Beweglichkeit. Die Instabilität spüre die Patientin subjektiv derzeit nicht, wobei sie sich auch in ihrer Aktivität zurückgenommen habe. Aufgrund der klinisch eindeutigen vorderen Kreuzbandinstabilität bei reseziertem VKB-Transplantat sei davon auszugehen, dass eine störende Instabilität bleiben werde (act. 2.34).

r) Im Verlaufsbericht der Klinik Q. _____ vom 29. November 2018 wird ausgeführt, erfreulicherweise habe die Patientin die Beweglichkeit ausbauen können. Es persistiere jedoch eine deutliche Knieinstabilität links. Prinzipiell wäre bei aktiver Patientin die Indikation zu operativer Stabilisierung gegeben. Zur Rückkehr in den Arbeitsprozess strebe die Patientin indes primär eine Umschulung in eine administrative Tätigkeit an. Deshalb sei die operative Stabilisierung mittels erneuter VKB-Re-Rekonstruktion für die Patientin derzeit sekundär (act. 2.35).

s) Der Vertrauensarzt der Versicherung B. _____, Dr. D. _____, führte in seiner Beurteilung vom 26. April 2018 im Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 10. Juli 2015 aus, nach Schilderung des Unfallhergangs durch die Versicherte werde versicherungsmedizinisch ein primäres Supi-nationstrauma des linken Fusses und eine sekundäre Distorsion des linken Kniegelenkes als Folge des Ereignisses vom 10. Juli 2015 zugrunde gelegt. Erstaunlicherweise würden nur Beschwerden am linken Kniegelenk, nicht jedoch am linken OSG beklagt, die ohne vernünftige Zweifel zu erwarten gewesen wären. Das Verhalten der Versicherten und die Tatsache, dass die Schwellung des Kniegelenkes in den nachfolgenden Tagen rasch rückläufig gewesen sei, spreche gegen eine relevante Schädigung des Kniegelenkes. In die-

sein Zusammenhang sei auch festzustellen, dass die Angaben der behandelnden Ärzte zum Unfallhergang deutlich voneinander abweichen würden. Die während der Wanderung vom 28. Juli 2015 beklagten Beschwerden liessen sich eher auf die im MRI vom 5. Februar 2016 dokumentierten degenerativen Veränderungen des linken Kniegelenks zurückführen, die auch die rezidivierenden Schwellungen des Kniegelenks zwanglos erklärten. Obwohl das MRI vom 5. Februar 2016 eine Partialruptur des vorderen Kreuzbandes beschreibe, schliesse die Arthroskopie vom 22. April 2016 eine traumatisch strukturelle Verletzung des vorderen Kreuzbandes bei unauffälligem Lachman-Test aus. Unter den o.g. klinischen Befunden, den bildgebenden Befunden und dem Arthroskopiebefund vom 22. April 2016 überrasche die Indikationsstellung zu einer VKB-Plastik vom 26. August 2016. Aus versicherungsmedizinischer Sicht liege ohne vernünftige Zweifel ein Vorschaden (Knorpelschaden medialer Femurcondylus) vor. Aus versicherungsmedizinischer Sicht liege eine Distorsion des linken Kniegelenks ohne strukturell traumatische Läsion vor. Der Status quo sine sei 8 Wochen nach dem Unfallereignis erreicht. Die Operationen vom 22. April 2016, 26. August 2016, 14. September 2017 sowie die beiden Mobilisationen vom September und Oktober 2017 stünden weder sicher, noch überwiegend wahrscheinlich, sondern nur möglicherweise in natürlichem Kausalzusammenhang zum Unfall vom 10. Juli 2015. Das Ereignis vom 10. Juli 2015 habe vorübergehend zu einer Verschlimmerung des Vorzustandes geführt (act. 6.4.26).

t) Dem von der Versicherung B. _____ veranlassten Gutachten von Dr. F. _____ (act. 6.4.33) sind folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zu entnehmen:

Arthrofibrose des linken Kniegelenks (ICD-b: M24.6) bei vermutlich allergischer Reaktion auf Implantate nach VKB-Plastik (ICD-10: T84.8) mit schlussendlich Resektion des VKB-Transplantates (Ende Mai 2018);

Belastungsabhängige Lumbago, vermutlich im Sinne einer myofaszialen Überlastungsproblematik (ICD-I 0: M54.5).

Laut Gutachten leide die Versicherte derzeit an bewegungs- und belastungsabhängigen Schmerzen im Bereich des linken Kniegelenkes, einer deutlichen Einschränkung der Beweglichkeit (Flexion/Extension 100-15-0°), einer sagittalen Instabilität sowie an einer deutlichen muskulären Atrophie im Bereich der linksseitigen Oberschenkelmuskulatur.

Die erwähnten Befunde stünden zweifellos in einem Zusammenhang mit der operativen Stabilisierung des vorderen Kreuzbands, also der am 26. August 2016 durchgeführten Plastik des vorderen Kreuzbands am linken Kniegelenk.

Es stelle sich grundsätzlich die Frage, ob diese operative Stabilisierung wegen einer im Rahmen des Unfalls vom 10. Juli 2015 erfolgten Schädigung am linken Kniegelenk durchgeführt werden musste. Die Beurteilung dieser Frage sei schwierig. Unter Berücksichtigung der Aktenlage und der Angaben der Versicherten sei schlussendlich folgendes festzuhalten

Die Versicherte habe am 10. Juli 2015 ein Distorsionstrauma des linken OSG mit konsekutivem Verdrehen des linken Kniegelenks erlitten. Im Verlauf der folgenden zwölf Stunden sei es zur Anschwellung des Kniegelenks gekommen, welche innert wenigen Tagen wieder verschwunden sei und keinen Arztbesuch erforderlich gemacht habe. Dies spreche eher gegen eine Hämarthros-Bildung, wie sie beim Auftreten einer Bandruptur (i.e. einer Ruptur des VKB) zu erwarten wäre. Achtzehn Tage danach habe die Versicherte im Rahmen einer Bergwanderung zusätzlich zu den Schmerzen Instabilitätsgefühle verspürt, sodass sie den Rückweg (bergab) nur mit gestrecktem („steifem“) Kniegelenk (Aktivierung der Oberschenkelmuskulatur) habe absolvieren können. Auch im Anschluss an jene Wanderung sei keine medizinische Beurteilung erfolgt; es seien Ultraschallbehandlungen durch einen Naturarzt durchgeführt worden. Die Versicherte habe in der Folge ihr berufliches Pensum von 40 % als Putzfrau beibehalten. Laut ihren Angaben hätten sich bei belasteten Tätigkeiten Instabilitätsgefühle gezeigt, sodass sie immer wieder fremde Hilfe habe in Anspruch nehmen müssen.

Wegen persistierender Schmerzen habe die Versicherte im Januar 2016, also gut sechs Monate nach dem Unfall, ihren Hausarzt aufgesucht, welcher bei Verdacht auf vordere Kreuzbandläsion ein MRI veranlasst habe. Aufgrund der MR-Untersuchungen, die vor dem stabilisierenden Eingriff von Ende August am 5. Februar 2016 und 8. Juli 2016 durchgeführt worden seien, sei folgendes festzustellen: Ein Kniegelenkserguss oder ein Bone bruise als Hinweise auf eine frische Verletzung liege nicht vor. Dies sei jedoch nicht erstaunlich, wenn man bedenke, dass das Unfallereignis im Juli 2015, also viele Monate vor den MR-Untersuchungen, durchgeführt (sic!) worden sei. Das vordere Kreuzband sei in seiner Kontinuität erhalten. Allgemein seien die Fasern deutlich aufgeschwollen, ansatzweise femoral zeige sich eine Intensitätserhöhung, welche im Vergleich Februar 2016 zu Juli 2016 eine Veränderung erfahren habe. Dies sei im Sinne eines Reparatur- respektive vernarbenden Prozesses zu deuten. Anlässlich der ersten fachärztlichen Kontrolle am 8. März 2016 sei die Rede von „belastungsabhängigen Schmerzen des linken Kniegelenks ohne Instabilitätsgefühl“. Klinisch werde beim Lachman-Test ein harter Anschlag beschrieben, sodass der Facharzt unter Berücksichtigung des MRI-Befundes zum Schluss komme, dass „aufgrund der klinisch intakten Funktionsprüfung des vorderen Kreuzbandes von einer früheren Zerrung ausgegangen werden“ müsse. Im Bericht über die Arthroskopie vom 22. April 2016

werde ebenfalls ein aufgequollenes, in seiner Kontinuität jedoch erhaltenes vorderes Kreuzband beschrieben, was der Interpretation des MR-Befundes entspreche. Weiter werde festgehalten, dass die intraoperative Prüfung keine Hinweise auf Insuffizienz des vorderen Kreuzbandes ergeben habe. In diesem Zusammenhang sei darauf hinzuweisen, dass anlässlich der Arthroskopie die Intaktheit des Kreuzbandes mit dem Häkchen überprüft werde; es erfolge also eine visuelle Beurteilung (und keine Interpretation). Im OP-Bericht vom 26. August 2018 werde nun eine „persistierend klinisch eindeutige sagittale Instabilität“ erwähnt. Eine eindeutige Beschreibung des morphologischen Befundes des VKB liege nicht vor, es würden „am ehesten insuffizient verheilte VKB-Fasern femoralseitig“ beschrieben. Angesichts der Anamnese, der Klinik und offensichtlich des intraoperativen Befundes, werde nun die Indikation zur Ersatzplastik des VKB gestellt.

Obigen Darlegungen könne entnommen werden, dass, wie dies bereits vom Vertrauensarzt der Versicherung B. _____ festgehalten worden sei, weder eine echtzeitliche Beschreibung der Stabilitätssituation am linken Kniegelenk, noch eine eindeutige bildgebende Dokumentation einer Ruptur des VKB vorliege. Man sei somit schlussendlich auf die anamnestischen Angaben der Versicherten angewiesen, welche seit dem Unfall vom Juli 2015 persistierende Instabilitätsgefühle beschreibe, welche letzten Endes Anlass zu operativen Revision gegeben hätten. Es sei demnach schlussendlich eine Frage der Würdigung (die vor allem der rechtsanwendenden Instanz obliege) der Angaben der Versicherten, ob in der Tat nach dem Unfall von Mitte Juli 2015 eine Instabilitätssymptomatik aufgetreten sei. Angesichts des konkreten postoperativen Verlaufs nach der Stabilisierungs-OP sei es nicht möglich, retrospektiv zu beurteilen, ob die Stabilisation des Kniegelenks zur Beschwerdefreiheit geführt habe, was indirekt die Bestätigung der Instabilität bedeuten würde. Aus medizinischer Sicht sei die Stellungnahme von Dr. D. _____, angesichts der fehlenden eindeutigen morphologischen und funktionellen Befunde einer Instabilität, gut nachvollziehbar. Berücksichtige man allerdings zusätzlich (und vermehrt) die Angaben der Versicherten über den Verlauf nach dem Unfallereignis, so erscheine es vertretbar, das Ereignis vom 10. Juli 2015 als Ursache für die Instabilität und die nachfolgenden operativen Eingriffe anzusehen. Was die Frage nach dem Erreichen des Status quo sine vel ante betreffe, sei wie schon erwähnt zu beachten, dass nicht von einem krankhaften Vorzustand oder von unfallfremden Zuständen auszugehen sei. Zum jetzigen Zeitpunkt könne noch mit einer Verbesserung des Gesundheitszustands und damit auch der Arbeitsfähigkeit gerechnet werden.

u) Am 14. Januar 2019 nahm der Gutachter Dr. F. _____ noch zu Ergänzungsfragen der Vorinstanz Stellung (act. 2.35):

Die erste Frage lautete, ob die Operation (Arthroskopie) vom 26. August 2016 überwiegend wahrscheinlich wegen dem Unfall vom 10. Juli 2015 verursacht worden sei. Der Gutachter erklärte dazu, als „harte“ Fakten müsse festgehalten werden, dass die Versicherte erst Ende Januar 2016 den Hausarzt aufgesucht habe, dass das MRI höchstens eine ältere Partialruptur des VKB gezeigt habe, dass Dr. L. _____ anlässlich seiner fachärztlichen Untersuchung vom 8. März 2016 klinisch keine Hinweise auf Instabilität im Sinne einer Kreuz-bandruptur gehabt habe. Anlässlich der am 22. April 2016 durchgeführten Arthroskopie werde ein „funktionell intaktes vorderes Kreuzband“ beschrieben, das sich beim Schubladentest gut angespannt habe. Aufgrund der persistierenden Beschwerden sei von Dr. M. _____ am 26. August 2016 eine weitere Arthroskopie durchgeführt worden, die eine „persistierend klinisch eindeutige Instabilität“ gezeigt habe, sodass er eine Kreuzbandplastik durchgeführt habe. Diesen Darlegungen könne entnommen werden, dass unter streng „orthopädisch-morphologischen“ Gesichtspunkten nicht genügend Hinweise dafür vorliegen, dass es im Rahmen des Unfalls vom 10. Juli 2015 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu einer behandlungsbedürftigen Ruptur des vorderen Kreuzbandes gekommen sei. Unter diesen Umständen sei es also lediglich durchaus möglich, dass der Eingriff vom 26. August 2016 wegen der Folgen des Unfalls vom 10. Juli 2015 durchgeführt worden sei.

Die zweite Frage lautete, ob die aufgrund der Operationen (Kniearthroskopie und Bohrkanalauffüllung femoral und tibial vom 30. Mai 2018) festgestellte Arthrofibrose überwiegend wahrscheinlich auf das Ereignis vom 10. Juli 2015 zurückzuführen sei.

Laut Gutachter sei die Beantwortung dieser Frage einfacher, wobei sie zwangsläufig an die Antwort auf die erste Frage anknüpfe. Die Arthrofibrose sei zweifellos eine Folge des Eingriffs vom 26. August 2016. Da jener Eingriff nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit aufgrund der Folgen des Unfalls vom 10. Juli 2015 durchgeführt worden sei, müsse diese Frage mit NEIN beantwortet werden.

v) Gemäss der Stellungnahme von Dr. G. _____ vom 22. Juli 2019 (act. 10.44), welche von der Beschwerdeführerin zusammen mit der Replik eingereicht wurde, seien die von der Versicherten geäusserten Symptome mit „Chlapp“ im Gelenk beim Unfall und verzögertem Auftreten einer Schwellung des Gelenkes sehr gut vereinbar mit einer VKB-Läsion. Für eine Läsion und Insuffizienz des Bandes spreche auch die etwas mehr als zwei Wochen später auftretende subjektive Instabilität des Gelenks. Die erste MR-Untersuchung, veranlasst durch den Hausarzt, sei aufgrund eines Schubladenphänomens des linken Kniegelenks mit Verdacht auf Kreuzbandschaden erfolgt. Weshalb die Behandlungen im Spital I. _____ primär über die Krankenkasse abgerechnet worden seien, entziehe sich seinen Kenntnissen. Widersprüchlich sei die Diagnose und Anamnese von Dr. L. _____ anlässlich der Erstkonsul-

tation. Bei der Diagnose eines Status nach stattgehabter Zerrung des vorderen Kreuzbandes links gehe er in der Anamnese nicht näher auf ein Unfallereignis ein. Es sei davon auszugehen, dass die Patientin auf Befragung Auskunft gegeben habe. Im Operationsbericht vom 22. April 2016 von Dr. L. _____ fehlten leider Angaben über eine Stabilitätsuntersuchung in Narkose. Er beschreibe lediglich eine gute Anspannung des VKB beim Lachman-Test. Über ein allfälliges Pivot-Shift gebe es keine Aussage. Im Bericht von Dr. M. _____ vom 8. Juli 2016 sei ein Instabilitätsgefühl des linken Kniegelenks seit Februar 2016 angegeben. Unter Diagnose sei eine Zerrung des VKB erwähnt. Diese Diagnose werde dann im Anschluss an das MRI vom 8. Juli 2016 auf Partialruptur des VKB geändert. Leider fänden sich im OF-Bericht von Dr. M. _____ keine Angaben betreffend eine Untersuchung des Kniegelenks in Narkose, ebenso fehle ein Beschrieb des vorderen Kreuzbandes bei der Arthroskopie. Leider werde die Frage 7.1 des Gutachtens durch Dr. F. _____ nicht klar beantwortet. Er schreibe nur, es sei vertretbar, dass das Ereignis vom 10. Juli 2015 als Ursache für die Instabilität und die nachfolgenden Eingriffe anzusehen seien. Die fachtechnischen Ausdrücke „möglich“, „überwiegend wahrscheinlich“, „sicher“ fehlten. Klarer sei seine Aussage in der Beantwortung der Frage 8.1 sowie den Fragen 8.4, 7.2, 9.2. Der Gutachter gehe hier immer davon aus, dass die Schädigung des Gelenks auf den Unfall vom 10. Juli 2015 zurückzuführen sei. Im Ergebnis sei die Insuffizienz des VKB bei Vorliegen einer Partialruptur mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom 10. Juli 2015 zurückzuführen.

w) In der Stellungnahme des Vertrauensarztes der Versicherung B. _____, Dr. D. _____, vom 21. Juli 2019 (act. 14), welche zusammen mit der Duplik eingereicht wurde, wird ausgeführt, inwieweit ein subjektiv empfundener „Chlapp“ im Gelenk für eine Läsion des vorderen Kreuzbandes spreche, werde wohl aus versicherungsmedizinischer Sicht nicht objektiv zu klären sein. Letztlich könne damit nicht mit der überwiegenden Wahrscheinlichkeit eine VKB-Läsion bejaht werden. Ebenso beweise eine verzögert auftretende Schwellung eines Kniegelenks keine VKB-Ruptur. In der wissenschaftlichen Literatur führe eine Kreuzbandläsion meist zu einer deutlichen Schwellung des Kniegelenks und nachfolgend zum Auftreten starker Schmerzen aufgrund der Kapseldehnung des Gelenks. In den meisten Fällen trete ein blutiger Gelenkerguss (Hämarthros) auf, der relativ rasch die Beweglichkeit des Kniegelenks einschränke. Im Verbund mit der Instabilität des Kniegelenks stelle ein Hämarthros das Leitsymptom für eine Kreuzbandruptur dar. Umgekehrt sei ein Kreuzbandriss für etwa 50-75 % aller Hämarthrosen verantwortlich. Die heftigen Schmerzen im Knie und das rasche Einbluten mit entsprechender Schwellung des Gelenkes begleiteten die VKB-Läsion. Ursache für diese Symptome seien die im Kreuzband verlaufenden Nervenfasern und Blutgefäße. Erstere lösten beim Zerreißen den Schmerz aus und letztere sorgten für die Einblutung in das Gelenk. Die Instabilität bemerkten die Betroffenen schon unmittelbar nach dem Ereignis, wenn die oft starken Schmerzen rückläufig seien.

Es sei versicherungsmedizinisch nicht nachvollziehbar, weshalb die Versicherte nicht gleich nach dem Ereignis vom 10. Juli 2015 über eine Instabilität am Kniegelenk, sondern erst zwei Wochen später bei einer Wanderung darüber geklagt habe. In diesem Zusammenhang spreche auch der unauffällige klinische Befund des Spitals I. _____ vom 8. März 2016 gegen eine traumatische VKB-Ruptur. Hinsichtlich des MRI linkes Kniegelenk vom 5. Februar 2016 mit fehlendem bone bruise könne die Aussage von Dr. G. _____ nur teilweise bestätigt werden, wonach nach einer Zeitspanne von sechseinhalb Monaten ein bone bruise nicht mehr zu erwarten sei. Ein bone bruise könne auch noch bis zu 1 Jahr nach einer traumatischen Verletzung nachgewiesen werden. Mit zunehmendem zeitlichen Abstand zum Unfall werde der Nachweis eines bone bruise zunehmend schwieriger. Die Tatsache, dass im MRI keine Begleitverletzungen nachgewiesen worden seien, spreche ebenfalls gegen eine traumatische Verursachung. In der wissenschaftlichen Literatur fänden sich isolierte Kreuzbandrupturen eher selten. In Bezug auf die Aussage zum Lachman-Test sei festzustellen, dass er einen hohen klinischen Stellenwert in der Beurteilung des VKB besitze. Insofern könne davon ausgegangen werden, dass zum damaligen Zeitpunkt keine Kreuzbandinsuffizienz vorgelegen habe. In der Versicherungsmedizin gelte der Grundsatz, je grösser der zeitliche Abstand zwischen Unfall und dem Nachweis allfälliger Beschwerden bzw. bildgebender Veränderung sei, desto strengere Anforderungen seien an die Wahrscheinlichkeit der natürlichen Kausalität zu stellen.

4. 4.1

a) Basierend auf der zuvor wiedergegebenen medizinischen Aktenlage ist nun im Folgenden zu prüfen, ob sich die Leistungseinstellung der Vorinstanz für die Zeit nach dem 4. September 2015 als rechtmässig erweist. Die Versicherung B. _____ hatte den betreffenden Entscheid damit begründet, die Beschwerdeführerin habe sich im Rahmen des Unfallereignisses vom 10. Juli 2015 eine Distorsion des linken Kniegelenks ohne strukturell traumatische Läsion zugezogen. Der Status quo sine gelte 8 Wochen nach dem Unfall als erreicht. Abweichend davon stellt sich die Beschwerdeführerin auf den Standpunkt, die medizinischen Abklärungen hätten ergeben, dass sie durch den Unfall eine traumatische Teilruptur des vorderen Kreuzbandes erlitten habe. Hierfür treffe die Versicherung B. _____ auch über den 4. September 2015 hinaus eine Leistungspflicht.

b) Bezüglich der Frage, ob sich die Beschwerdeführerin im Rahmen der Unfalls vom 10. Juli 2015 eine Teilruptur des vorderen Kreuzbandes zugezogen hatte, ist zunächst ganz im Sinne der Angaben des Gutachters Dr. F. _____ festzustellen, dass sich im medizinischen Dossier keine eindeutige bildgebende Dokumentation einer solchen Ruptur fin-

det. Was bildgebende Verfahren betrifft, liegen einzig die MR-Untersuchungsberichte vom 5. Februar 2016 bzw. 8. Juli 2016 bei den Akten. Darin wurde jeweils eine Auftreibung und Signalerhöhung des vorderen Kreuzbandes beschrieben und der zuständige Radiologe hatte daraus die grundsätzliche Vereinbarkeit mit einer Teilruptur des vorderen Kreuzbandes abgeleitet. Was die erste Arthroskopie vom 22. April 2016 betrifft, wurde im Operationsbericht ein aufgequollenes, in seiner Kontinuität jedoch erhaltenes vorderes Kreuzband beschrieben. Die intraoperative Prüfung ergab keine Hinweise für eine Insuffizienz. Diese Arthroskopie hatte den Verdacht auf eine Teilruptur, der sich aufgrund des MRI vom 5. Februar 2016 ergeben hatte, mithin ausgeräumt. An dieser Stelle ist auf die Aussage des Gutachters Dr. F. _____ hinzuweisen, wonach bei der Beurteilung von Kreuzbandschäden der visuellen intraoperativen Befundung ein höherer Stellenwert zukommt als einer MR-basierten Interpretation, was letztlich auch von Dr. G. _____ bestätigt wurde. Soweit nun das neuerliche MRI vom 8. Juli 2016 wiederum den Verdacht auf eine Teilruptur hervorbrachte bzw. Dr. M. _____ die betreffende Diagnose übernahm, obwohl sich im Wesentlichen ein unveränderter Befund im Vergleich zum MRI von Februar 2016 ergab, überrascht dies somit auf den ersten Blick. Zwar erfolgte schlussendlich am 26. August 2016 eine Ersatzplastik des vorderen Kreuzbandes. Dr. F. _____ wies jedoch zutreffend darauf hin, dass eine eindeutige Beschreibung des morphologischen Befundes des vorderen Kreuzbandes dabei nicht erfolgte; es wurden nur „am ehesten insuffizient verheilte VKB-Fasern femoralseitig“ beschrieben. Letztlich wäre es aufschlussreich gewesen zu erfahren, welche (im Vergleich zur Operation vom 22. April 2016) neuen Erkenntnisse die Ersatzplastik nahegelegt hatten. Die Indikationsstellung scheint ohnehin schon präoperativ vorgenommen worden zu sein, denn Dr. M. _____ hielt die Ersatzplastik bereits in seinem Bericht vom 13. Juli 2016 für angezeigt, was wiederum erstaunt mit Blick auf die eingeschränkte Aussagekraft des MRI im Vergleich zur Kniearthroskopie vom 22. April 2016. Im Übrigen lassen die damaligen diagnostischen Angaben von Dr. M. _____ noch unter einem weiteren Aspekt Fragen offen. So hatte der damals zuständige Arzt wie erwähnt am 13. Juli 2016 in diagnostischer Hinsicht von einer „Partialruptur des VKB“ gesprochen (act. 2.12). Hierzu steht im Widerspruch, dass im Austrittsbericht vom 29. August 2016 betreffend den Aufenthalt, im Rahmen dessen die zweite Kniearthroskopie erfolgte, als Diagnose eine „sagittale Instabilität bei Status nach Kniedistorsion“ angegeben wurde. Von einer Teilruptur ist in dem Bericht nichts (mehr) erwähnt (act. 2.14). Hiervon wich Dr. M. _____ in der Folge dann aber wieder ab, indem er im Zusammenhang mit der Verlaufskontrolle vom 29. September 2019 (wie auch in den folgenden Berichten) von Neuem von einer „sagittalen Instabilität bei Partialruptur des VKB links“ sprach (act. 2.15).

c) Was die Frage nach der Stabilitätssituation am linken Knie betrifft, wurde vom Gutachter Dr. F. _____ wiederum zutreffend erklärt, dass eine echtzeitliche Beschreibung der Stabilität

aus den Akten nicht hervorgeht bzw. keine eindeutigen morphologischen und funktionellen Befunde einer Instabilität bestehen (act. 2.40, S. 28). Nachdem sich die Beschwerdeführerin erstmalig ein knappes halbes Jahr nach dem Unfall in ärztliche Behandlung begeben hatte, finden sich offensichtlich keine konkreten Belege für eine Instabilität unmittelbar im Anschluss an das Unfallereignis, obwohl gerade dies charakteristisch wäre für eine Verletzung der fraglichen Art (vgl. auch unten E. 4.2 lit. f). Was die ärztliche Erstabklärung vom 28. Januar 2016 durch Dr. H. _____ betrifft, so hatte dieser ein Schubladenphänomen festgestellt und basierend darauf ein MRI veranlasst (act. 2.4). Dieser Befund stand jedoch im Widerspruch zu den Angaben von Dr. L. _____, welcher in der Folge in seinem Sprechstundenbericht vom 8. März 2016 keine Instabilität befundete (act. 2.6). Auch in seinem nächsten Bericht vom 12. April 2016 hielt Dr. L. _____ keine Instabilität fest; vielmehr habe die Versicherte damals selbst auf nochmalige Nachfrage keine Aussage mehr über ein allfälliges Instabilitätsgefühl machen können (act. 2.7; vgl. auch unten E. 4.2 lit. e). Bei der Indikation für die Kniearthroskopie vom 22. April 2016 (act. 2.8) wurde eine „fragliche Instabilität“ angegeben; in Bezug auf die folglich durchgeführte Operation gibt der damals erstellte Bericht (act. 2.8) jedoch nicht hinreichend Aufschluss darüber, was für Erkenntnisse zur Stabilität gewonnen wurden, was auch Dr. G. _____ feststellte (act. 14). Schliesslich dokumentieren die damaligen Berichte von Dr. M. _____ vom 8. und 13. Juli 2016 ebenfalls keine ausreichenden objektiven Hinweise für eine Instabilität. Von Dr. G. _____ wurde diesbezüglich nichts Gegenteiliges geltend gemacht.

4.2

a) Fehlt im Ergebnis eine eindeutige bildgebende Dokumentation einer Ruptur des vorderen Kreuzbandes und liegt auch keine echtzeitliche Beschreibung der Stabilitätssituation vor, kommt man im vorliegenden Fall im Sinne des Gutachters Dr. F. _____ nicht umhin, für die Beurteilung der Unfallkausalität auf die eigenen Angaben der Beschwerdeführerin abzustellen.

b) Eine ausführliche Schilderung des Unfallhergangs erfolgte vorliegend (erst) im Schadeninspektorenbericht vom 27. Februar 2018. Damals habe die Versicherte im Rahmen ihrer Arbeit als Reinigungskraft eine Stufe übersehen, sie sei mit dem linken Fuss nach aussen abgeknickt, wobei sie sich zugleich das Knie verdreht habe. Sie habe einen „Chlapf“ gehört und im linken Knie sofort massive Schmerzen verspürt, so dass sie das Bein nicht mehr richtig habe auf den Boden stellen können. Als sie zuhause gewesen sei, habe sie bemerkt, dass das linke Knie angeschwollen gewesen sei, sie habe sich aber trotzdem nicht viel daraus gemacht. Während den nächsten 2-3 Tagen hätten die Schmerzen wie auch die Schwellung stetig abgenommen, so dass sie keinen Arzt aufgesucht habe. Am 28. Juli 2015 habe sie mit ihrer Familie eine Wanderung auf den Hohen Kasten

unternommen. Während des Bergaufgehens sei sie mit dem linken Knie immer wieder weggeknickt, so dass sich die Schmerzen verstärkt hätten. Sie habe das Gefühl einer Knieinstabilität gehabt und gehofft, dass durch das Ausruhen im Bergrestaurant die Beschwerden abnehmen würden. Leider seien letztere unverändert geblieben, weshalb sie sich überlegt habe, mit der Seilbahn ins Tal zu fahren. Da sie aber unter Höhenangst leide, sei dies keine Option gewesen und sie sei zu Fuss wieder ins Tal gegangen. Während des Bergabgehens habe sie gemerkt, dass bei Streckung des Beins die Schmerzen etwas weniger gewesen seien. Irgendwie sei sie dann mit Mühe und Not ins Tal gekommen. Nachdem sie sich in den folgenden Tagen etwas geschont und das Bein keiner Belastung ausgesetzt habe, hätten auch die Beschwerden stetig abgenommen, so dass ein Arztbesuch nicht zur Diskussion gestanden habe. Sie könne aber sagen, dass die Beschwerden vorwiegend in belastenden Situationen aufgetreten seien, namentlich während der Arbeit, beim Wandern, beim Knien oder in der Kauerstellung. Sie habe schliesslich einen Natur-heilarzt aufgesucht, welcher sie mit Ultraschall behandelt habe (act. 2.3).

c) Im Folgenden ist auf die Angaben der Beschwerdeführerin einzugehen, welche sie im Rahmen der ärztlichen Untersuchungen gemacht hatte. Erstmals über ihre Knieproblematik gegenüber einem Arzt berichtet hatte die Beschwerdeführerin bei ihrem Hausarzt Dr. H. _____, am 28. Januar 2016; damals hatte die Versicherte anscheinend angegeben, dass „seit einer Wanderung vor einem halben Jahr zunehmend Schmerzen“ bestünden (act. 2.4). Dr. L. _____ schilderte am 8. März 2016 in der Anamnese Schmerzen des linken Kniegelenks seit Sommer 2015 nach einer Wanderung. Die Patientin habe vorrangig belastungsabhängige Schmerzen des linken Kniegelenks ohne Instabilitätsgefühl verspürt (act. 2.6). Gegenüber Dr. M. _____ hatte die Versicherte offenbar ausgeführt, dass seit dem Sommer letzten Jahres vermehrte Schmerzen im linken Knie bestünden, seit diesem Februar auch Instabilitätsgefühl, vor allem beim Laufen (act. 2.10). Des Weiteren ist der Anamnese im Austrittsbericht vom 29. August 2016 nach der damaligen Kniearthroskopie zu entnehmen, dass die Patientin berichtet habe, sie leide unter Knieschmerzen links seit Sommer 2015 nach einer Wanderung (act. 2.14). Dem Bericht des Spitals S. _____ vom 13. Juli 2017 ist vage der Satz zu entnehmen „Sie verletzte sich im Juli 2015.“ (act. 2.26). Der Anamnese im Bericht von Dr. R. _____ vom 14. August 2017 (act. 2.27) ist folgender Satz zu entnehmen: „Vor zwei Jahren hatte die Patientin beginnende Schmerzen links, wie sie berichtet kann sie sich auch an ein Ereignis erinnern, wo sie über eine Treppenstufe gestolpert ist.“

All diesen Stellungnahmen ist offensichtlich gemeinsam, dass die Beschwerdeführerin gegenüber dem zuständigen Arzt damals nicht oder höchstens am Rande Bezug genommen hatte auf das ursprüngliche Unfallereignis auf der Treppe. Im Vordergrund stand ganz klar die Bergwanderung auf den Hohen Kasten. Wie sich aus den Akten ergibt, änderte sich je-

doch das Aussageverhalten der Beschwerdeführerin ab Februar 2018. So ist der Anamnese zur Erstkonsultation im Spital P. _____ zu entnehmen, die Versicherte habe im Herbst (recte: Juli) 2015 nach einem Fehltritt beim Treppenabsteigen immer wieder unter Knieschmerzen gelitten (Bericht vom 6. Februar 2018; act. 2.28). Ähnlich hatte die Beschwerdeführerin auch in der Klinik Q. _____ am 15. Februar 2018 über einen Treppensturz im Sommer 2015 berichtet. Damals habe sie sich nicht bei einem Arzt vorgestellt. Nach einer initialen Besserung sei es wieder zu einer deutlichen Verschlechterung nach einer Wanderung gekommen (act. 2.29). Sodann hatte die Versicherte im Februar 2018 gegenüber dem Schadeninspektor der Versicherung B. _____ offenbar einerseits den Vorfall auf der Treppe im Juli 2015 und die rund zwei Wochen später erfolgte Bergwanderung ausführlich geschildert. Der Schadeninspektor hatte sie dann darauf aufmerksam gemacht, dass es sich beim Ereignis vom 10. Juli 2015 um einen Unfall im Rechtssinne handle und er forderte sie zur Einreichung der Schadenmeldung auf. Bezogen auf den Unfallhergang vom 10. Juli 2015 ist dem Schadeninspektorenbericht namentlich zu entnehmen, die Beschwerdeführerin habe sich das linke Knie verdreht, einen „Chlappf“ gehört, sofort massive Schmerzen verspürt. Zuhause habe sie eine Schwellung des Knies bemerkt, diese sowie die Schmerzen hätten aber während der folgenden zwei Tagen stetig abgenommen, so dass sie keinen Arzt aufgesucht habe (act. 2.3). In analoger Weise hatte die Beschwerdeführerin schliesslich auch gegenüber dem Gutachter Dr. F. _____ berichtet (act. 2.40, S. 18).

d) Das beschriebene Aussageverhalten der Beschwerdeführerin, gemäss welchem sie letztlich erst zwei Jahre nach Beginn der ärztlichen Abklärungen und Behandlungen ihre Beschwerdeproblematik subjektiv primär auf das Unfallereignis vom 10. Juli 2015 zurückführte, wirft Fragen auf. Soweit sie zunächst nie oder höchstens am Rande auf den Vorfall auf der Treppe Bezug genommen hatte, ist dies als ein deutliches Indiz dafür zu werten, dass sie ihre Beschwerden als ausschliessliche Folge der Bergwanderung auf den Hohen Kasten vom 28. Juli 2015 erlebte. Diese Schlussfolgerung wird noch durch einen weiteren Umstand untermauert. So ergeht aus den Akten, dass die Beschwerdeführerin offenbar bereits am 22. März 2016 – also einerseits in jenem Zeitraum, als die ersten medizinischen Abklärungen vorgenommen wurden und andererseits rund 2 Jahre vor der Meldung des Unfalls vom 10. Juli 2015 – den Vorfall auf der Bergwanderung auf den Hohen Kasten vom 28. Juli 2015 der Versicherung B. _____ als (Bagatell-)Unfall meldete. Die Versicherung B. _____ hatte ihr folglich am 31. März 2016 mit Verweis auf das Fehlen eines Unfalls im Rechtssinne die formlose Leistungsablehnung mitgeteilt, wogegen die Versicherte innert Jahresfrist keine einsprache-fähige Verfügung verlangt hatte; diese Leistungsablehnung hatte mithin Rechtswirksamkeit erlangt (vgl. zum Ganzen Ziff. 2.3 des Einspracheentscheids). Mit Blick darauf, dass die Versicherte in diesem Verfahren eine durch den Unfall vom 10. Juli 2015 bedingte traumatische Teiltraktur des vorderen Kreuzbands geltend macht, erstaunt es, dass sie dem be-

treffenden Ereignis offensichtlich während langer Zeit keinerlei oder nur geringe Relevanz beimass. Glaubt man im Übrigen ausserdem der Beschwerdeführerin, wonach es im Rahmen des Vorfalls auf der Treppe zu einem „Chlapf“ im Knie gekommen sein soll, dürfte ein solches Ereignis bestimmt eine gewisse Eindrücklichkeit aufgewiesen haben; solches zu erwähnen sollte gewöhnlich nicht so schnell vergessen gehen. Fakt ist aber, dass die erstmalige Erwähnung dieses „Chlapfs“ durch die Versicherte aktenmässig erst auf den Zeitpunkt des Schadeninspektorengesprächs vom 27. Februar 2018 dokumentiert ist, und damit rund zwei Jahre nach Beginn der ärztlichen Abklärungen und Behandlungen.

e) Darüber hinaus finden sich auch eigentliche Widersprüche in den Angaben der Versicherten. Dies betrifft namentlich die Frage nach einer subjektiv empfundenen Instabilität des Knies. Gegenüber dem Gutachter Dr. F. _____ hatte sich die Beschwerdeführerin anscheinend dahingehend geäußert, im Anschluss an die Wanderung auf den Hohen Kasten vom 28. Juli 2015 seien stets Schmerzen vorhanden gewesen und sie habe ein gewisses Instabilitätsgefühl bemerkt (Gutachten, S. 26). Betrachtet man freilich die ursprünglichen Angaben der Versicherten, nachdem sie sich zu Beginn des Jahres 2016 in Behandlung begeben hatte, findet sich im Bericht von Dr. L. _____ vom 8. März 2016 unter Anamnese die Angabe „vorrangig belastungsabhängige Schmerzen des linken Kniegelenks ohne Instabilitätsgefühl“. Soweit die Beschwerdeführerin sich darauf beruft, der Arzt habe sie missverstanden (act. 2.40, S. 19), ist darauf hinzuweisen, dass bei der objektiven Befundschilderung im fraglichen Bericht ebenfalls keine Instabilität festgehalten ist (vgl. schon oben E. 4.1 lit. c). Ein angebliches Missverständnis erscheint auch aufgrund des darauf folgenden Berichts von Dr. L. _____ vom 12. April 2016 nicht plausibel, wird dort doch ausgeführt, die Patientin habe auf nochmalige Nachfrage hinsichtlich eines Instabilitätsgefühls aktuell keine Aussage mehr darüber treffen können (act. 2.7). Im Übrigen ist der von der Versicherten gleichsam erhobene Vorwurf einer Überforderung des Arztes nicht belegt. Im weiteren Verlauf hatte die Beschwerdeführerin noch gegenüber Dr. M. _____ am 7. Juli 2016 angegeben, ein Instabilitätsgefühl bestehe erst „seit diesem Februar“ (act. 2.10). Schliesslich ist dem Bericht von Dr. R. _____ vom 14. August 2017 sogar zu entnehmen, die Patientin habe „nie richtig“ ein Instabilitätsgefühl gehabt (act. 2.27).

f) Bei Fehlen objektiver, echtzeitlicher Nachweise im oben beschriebenen Sinne (vgl. E. 4.1) wurde von Seiten der Vorinstanz im Übrigen im Sinne eines Indizes in sachgerechter Weise die Situation herangezogen, wie sie sich gemäss wissenschaftlicher Literatur bei Kreuzbandschädigungen im Anschluss an ein Unfallereignis im Allgemeinen präsentiert. Laut den eigenen Angaben der Versicherten hatten vorliegend die Schmerzen und die Schwellung innert 2-3 Tagen nach dem Unfall stetig abgenommen. Der Vertrauensarzt der Versicherung B. _____ Dr. D. _____ hatte diesbezüglich in seiner Stellungnahme vom

21. Juli 2019 (als Reaktion auf jene von Dr. G. _____) mit Verweis auf die medizinische Lehre erörtert, eine Kreuzbandläsion führe meist zu einer deutlichen Schwellung des Kniegelenks und nachfolgend zum Auftreten starker Schmerzen aufgrund der Kapseldehnung des Gelenks. In den meisten Fällen trete ein blutiger Gelenkerguss (Hämarthros) auf, der relativ rasch die Beweglichkeit des Kniegelenks einschränke. Im Verbund mit der Instabilität des Kniegelenks stelle ein Hämarthros das Leitsymptom für eine Kreuzbandruptur dar. Umgekehrt sei ein Kreuzbandriss für etwa 50-75 % aller Hämarthrosen verantwortlich. Die heftigen Schmerzen im Knie und das rasche Einbluten mit entsprechender Schwellung des Gelenkes begleiteten die Läsion des vorderen Kreuzbandes. Ursache für diese Symptome seien die im Kreuzband verlaufenden Nervenfasern und Blutgefässe. Erstere lösten beim Zerreißen den Schmerz aus und letztere sorgten für die Einblutung in das Gelenk. Die Instabilität bemerkten die Betroffenen schon unmittelbar nach dem Ereignis, wenn die oft starken Schmerzen rückläufig seien (vgl. act. 14). Diese Ausführungen von Dr. D. _____ finden ihre Stütze im Gutachten von Dr. F. _____, welcher in Bezug auf das von der Beschwerdeführerin berichtete Verschwinden der Anschwellung innert weniger Tage erklärte, dies spreche eher gegen eine Hämarthros-Bildung, wie sie beim Auftreten einer Bandruptur (konkret einer Ruptur des vorderen Kreuzbandes) zu erwarten wäre (act. 2.40, S. 27). Mit Blick auf die letztlich übereinstimmenden Erklärungen von Vertrauensarzt und Gutachter bleibt hier kein Raum dafür, der Meinung von Dr. G. _____ zu folgen, welcher die Ausführungen von Dr. F. _____ im Zusammenhang mit der Anschwellung des Knies bzw. der Hämarthrosbildung nicht für nachvollziehbar erachtet hatte (act. 10.44, S. 4).

g) Gesamthaft lassen auch die anamnestischen Angaben der Versicherten nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auf die Verursachung einer Kreuzbandruptur durch das Unfallereignis vom 10. Juli 2015 schliessen. Insbesondere ergibt sich aufgrund fraglicher Aussagen nicht hinreichend, dass die Beschwerdeführerin schon unmittelbar im Anschluss an den Unfall eine für Kreuzbandrupturen charakteristische Instabilität festgestellt haben soll. Im Übrigen hatte die Versicherte zu keinem Zeitpunkt der medizinischen Abklärungen von Symptomen eines Hämarthros, namentlich einer dafür typischen Verfärbung am Knie, berichtet.

4.3

Im Sinne obiger Erwägungen vermag auch der Bericht von Dr. G. _____ die bisherige Einschätzung des Fehlens von rechtsgenügenden Hinweisen für eine unfalltraumatisch bedingte Kreuzbandruptur nicht umzustossen. Dr. G. _____ führt aus, der „Chlapf“ im Gelenk und das verzögerte Auftreten einer Schwellung seien sehr gut vereinbar mit einer Läsion des vorderen Kreuzbandes. Gemäss obigen Ausführungen erscheint dies aber gerade zweifelhaft. Letztlich bestätigt sich vorliegend aufgrund der Angaben von Dr. G. _____

vielmehr, dass in diesem Fall die Indikation für die Vornahme der Ersatzplastik vom 26. August 2016 unzureichend dokumentiert ist: Auch dieser Arzt wies auf den bedauerlicherweise fehlenden Beschrieb des vorderen Kreuzbands im Rahmen der damaligen Kniearthroskopie hin. Im Übrigen lassen die Einschätzungen von Dr. G. _____ in Bezug auf die Befundschilderung im Rahmen der ersten Arthroskopie vom 22. April 2016, wo (aufgrund visueller, nicht interpretierender Beurteilung) ein funktionell intaktes Kreuzband ohne Kontinuitätsunterbrechung, intraligamentäre Fissuren und Auffaserung beschrieben worden war, keine begründeten Zweifel an derselben hervortreten. Bei Dr. G. _____'s Angaben, wonach der Test mit dem Häkchen möglicherweise zu wenig intensiv gewesen und daneben auch noch der Lachman-Test falsch interpretiert worden sein könnte, mit der Folge dass eine in-tramurale Ruptur unerkannt geblieben sei, handelt es sich um blosser Mutmassungen, auf die hier nicht abgestellt werden kann. Soweit Dr. G. _____ schliesslich vorbringt, Dr. F. _____ bestätige letztlich aufgrund seiner Beurteilung des MRI vom 8. Juli 2016, dass eine „erheblichere Strukturveränderung als bei einer banalen Zerrung“ vorliege, kann ihm ebenfalls nicht gefolgt werden. Die bereits im Rahmen des Eingriffs vom 22. April 2016 festgestellte Aufquellung des vorderen Kreuzbandes, auf die Dr. G. _____ namentlich verweist, war von den damals zuständig gewesenen Ärzten wie gesehen gerade nicht als Nachweis für eine Ruptur angesehen worden; es wurde im Ergebnis nur ein Status nach einer Zerrung beschrieben.

4.4

a) Zusammenfassend ist in Übereinstimmung mit dem Gutachten festzustellen, dass weder eine echtzeitliche Beschreibung der Stabilitätssituation am linken Kniegelenk noch eine eindeutige bildgebende Dokumentation einer Ruptur des vorderen Kreuzbandes vorliegt. Was die eigenen Angaben der Beschwerdeführerin anbelangt, erscheint in beweismässiger Hinsicht einerseits entscheidend, dass es im Anschluss an den Unfall vom 10. Juli 2015 anscheinend zu einer raschen Normalisierung der Situation am Knie gekommen ist, anders als es bei einer Kreuzbandruptur im Allgemeinen zu erwarten wäre. Andererseits wurde aufgrund obiger Darlegungen deutlich, dass die Beschwerdeführerin in subjektiver Hinsicht ihre Beschwerden am Knie gegenüber ihren Ärzten während langer Zeit fast ausschliesslich mit der Bergwanderung und nicht mit dem Vorfall auf der Treppe in Verbindung brachte. Bei Fehlen hinreichender morphologisch-orthopädischer Gesichtspunkte sowie mit Blick auf die eigenen Angaben der Beschwerdeführerin gelangt man somit zum Ergebnis, welches vom Gutachter in seinem ergänzenden Schreiben vom 14. Januar 2019 nochmals klargestellt wurde, nämlich dass es im Rahmen des Unfalls vom 10. Juli 2015 nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu einer behandlungsbedürftigen Ruptur des vorderen Kreuzbandes gekommen ist.

b) Für die Würdigung des vorliegenden Falles bedeutet dies letztlich folgendes: Zumal die vertrauensärztliche Beurteilung im Gutachten aus medizinischer Sicht für „gut nachvollziehbar“ gehalten wurde, kann hier letztlich die Diagnosestellung und -würdigung von Dr. D. _____ übernommen werden. Demnach ist von einer Distorsion des linken Kniegelenks ohne eine strukturell traumatische Läsion auszugehen. Der Status quo sine ist 8 Wochen nach dem Unfallereignis als erreicht anzusehen; letztere Beurteilung kann durch die Ausführungen der Beschwerdeführerin als gestützt gelten; diese erklärte ebenfalls, normalerweise heile die betreffende Verletzung innerhalb einiger Tage bis Wochen wieder vollständig ab (act. 2.37, S. 3; act. 1, Ziff. 41). In diesem Sinne ist der angefochtene Einspracheentscheid nicht zu beanstanden.

5. Die Beschwerdeführerin bringt noch vor, dass bei Verneinung einer behandlungsbedürftigen Ruptur als Folge des Unfalls vom 10. Juli 2015 aufgrund der medizinischen Akten doch eindeutig erkennbar sei, dass im Zeitpunkt der Ersatzplastik eine behandlungsbedürftige Ruptur vorgelegen habe. Es liege diesbezüglich eine unfallähnliche Körperschädigung im Sinne von Art. 6 Abs. 2 lit. f UVG vor. Wie schon von der Vorinstanz zutreffend erläutert, ist dieses Vorbringen der Beschwerdeführerin unbegründet. Es sei diesbezüglich auf das Urteil des Bundesgerichts 80_22/2019 vom 24. September 2019 verwiesen, welches zwar Art. 6 Abs. 2 UVG in der seit dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung betraf, indessen sind die damaligen Erkenntnisse auch hinsichtlich der alten Rechtslage für massgebend zu erklären. Im fraglichen Verfahren hatte das zur Stellungnahme eingeladene Bundesamt für Gesundheit (BAG) ausführlich dargelegt, es könne nicht sein, dass das gleiche Ereignis respektive die gleiche Verletzung zunächst als Unfall gemäss Art. 6 Abs. 1 UVG qualifiziert werde und später nachdem jegliche (Teil-)Ursächlichkeit des Unfalls erloschen sei auch noch als Körperschädigung gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG zu prüfen sei. Diese Argumentation wurde vom Bundesgericht im Ergebnis ausdrücklich gestützt (E. 9.2).
6. Erweist sich der angefochtene Einspracheentscheid im Ergebnis als rechters, resultiert daraus die Abweisung der Beschwerde. Das Verfahren ist kostenlos (Art. 61 lit. a des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts; ATSG, SR 830.1). Der unterliegenden Beschwerdeführerin steht keine Parteientschädigung zu (Art. 61 lit. g ATSG e contrario). Für die Zusprechung einer Parteientschädigung an die obsiegende Vorinstanz fehlt eine gesetzliche Grundlage (UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. 2015, N. 199 zu Art. 61 ATSG; SUSANNE BOLLINGER, in: Basler Kommentar, Allgemeiner Teil des Sozialversicherungsrechts, 2020, N. 77 zu Art. 61 ATSG).

Demnach erkennt das Obergericht:

1. Die Beschwerde von A. _____ wird abgewiesen.
2. Es werden keine Kosten erhoben.
3. Es werden keine Parteientschädigungen zugesprochen.

4. Rechtsmittel:

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit der Zustellung Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten erhoben werden. Die Zulässigkeit einer solchen Beschwerde richtet sich nach Art. 82 ff. Bundesgerichtsgesetz (BGG, SR 173.110). Die Beschwerde ist beim Schweizerischen Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, schriftlich einzureichen. Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind soweit vorhanden beizulegen (Art. 42 BGG). Die Beschwerde hat in der Regel keine aufschiebende Wirkung (Art. 103 BGG).

5. Zustellung an die Beschwerdeführerin über deren Rechtsvertreterin, die Vorinstanz und das Bundesamt für Sozialversicherungen.

Im Namen der 3. Abteilung des Obergerichts

Der Obergerichtsvizepräsident

Der Obergerichtsschreiber:

lic. iur. Walter Kobler

lic. iur. Marc Giger

versandt am: 30. April 2020