

200 19 787 UV  
LOU/BRO/STA

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 19. Juni 2020**

Verwaltungsrichter Loosli, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichterin Wiedmer, Verwaltungsrichter Knapp  
Gerichtsschreiberin Brunner

**A.** \_\_\_\_\_  
vertreten durch Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_  
substituiert durch Rechtsanwältin Dr. med. C. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführerin

gegen

**Mutuel Krankenversicherung AG**  
Rechtsdienst, Rue des Cèdres 5, Postfach, 1919 Martigny  
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 23. September 2019



## Sachverhalt:

### A.

Die 1964 geborene A. \_\_\_\_\_ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) war über ihren damaligen Arbeitgeber bei der E. \_\_\_\_\_ AG obligatorisch unfallversichert, als sie am 19. Februar 1995 vom Mofa stürzte (Akten der Mutuel Krankenversicherung AG [Mutuel bzw. Beschwerdegegnerin], Antwortbeilage [AB] 24 S. 2). Dabei erlitt sie eine nicht dislozierte Radiusköpfchenfraktur rechts (AB 24 S. 3). Die E. \_\_\_\_\_ erbrachte die gesetzlichen Leistungen (AB 24 S. 10 ff.) und schloss den Fall im Jahr 1997 ab (AB 24 S. 19).

Am 21. Mai 2014 blieb die mittlerweile beim D. \_\_\_\_\_ tätige Versicherte beim Absteigen vom Elektrofahrrad hängen und stürzte (AB 1 S. 1, 3, 13 S. 1). Dabei zog sie sich erneut eine nicht dislozierte Radiusköpfchenfraktur intraartikulär rechts zu (AB 33 S. 1), welche konservativ behandelt wurde (AB 35 S. 6). Infolge einer schnellenden Bewegung des rechten Arms am 13. Juni 2014 dislozierte die bestehende Fraktur (AB 34). Die Mutuel als zuständige Unfallversicherung anerkannte ihre Leistungspflicht in Bezug auf den Sturz vom 21. Mai 2014 und erbrachte in der Folge die gesetzlichen Versicherungsleistungen (AB 18 S. 2). Nach Beizug verschiedener Arztberichte (AB 33 ff.) stellte die Mutuel mit Verfügung vom 6. März 2018 (AB 18 S. 1 f.) die Versicherungsleistungen betreffend die weiterhin geklagten Beschwerden mangels Kausalzusammenhangs rückwirkend per 31. Mai 2016 ein. Diese Verfügung wurde neben der Versicherten auch der E. \_\_\_\_\_ und der F. \_\_\_\_\_ eröffnet (AB 18 S. 1 f., 27). Die hiergegen erhobenen Einsprachen der Versicherten (AB 19, 23) und der F. \_\_\_\_\_ (AB 28) wies die Mutuel nach Beizug der Akten der E. \_\_\_\_\_ zum Unfall aus dem Jahr 1995 (AB 24) und Einholung zweier Stellungnahmen ihres Vertrauensarztes, Dr. med. G. \_\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie (AB 41 f.), mit Entscheid vom 23. September 2019 (AB 29 S. 1 ff.) ab. Dieser wurde sowohl der Versicherten als auch der F. \_\_\_\_\_ und E. \_\_\_\_\_ eröffnet (AB 29 S. 10 f.).

**B.**

Mit Eingabe vom 16. Oktober 2019 erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B.\_\_\_\_\_, substituiert durch Rechtsanwältin Dr. med. C.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Rechtsmedizin, Beschwerde. Sie stellt die folgenden Rechtsbegehren:

Der angefochtene Einspracheentscheid vom 23. September 2019 sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, die gesetzlichen Leistungen nach UVG auch ab 31. Mai 2016 zu erbringen.

Eventualiter sei der Einspracheentscheid vom 23. September 2019 aufzuheben und über die gesetzlichen Ansprüche der Beschwerdeführerin nach erneuter medizinischer Begutachtung, unter Wahrung der Mitwirkungsrechte der Parteien, neu zu befinden.

– unter Entschädigungsfolge –

Verfahrensantrag: Es sei die F.\_\_\_\_\_ zum vorliegenden Verfahren beizuladen.

Mit Eingabe vom 4. November 2019 reichte die Beschwerdeführerin einen weiteren medizinischen Bericht zu den Akten.

Mit Beschwerdeantwort vom 16. Januar 2020 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

**Erwägungen:**

**1.**

**1.1** Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts

(ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb sie zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 58 ATSG). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

**1.2** Anfechtungsobjekt bildet der die Verfügung vom 6. März 2018 (AB 18 S. 1 f.) bestätigende Einspracheentscheid vom 23. September 2019 (AB 29 S. 1 ff.). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung über den 31. Mai 2016 hinaus.

**1.3** Die F. \_\_\_\_\_ hat den ihr eröffneten Einspracheentscheid (AB 29 S. 11) nicht angefochten. Für die von der Beschwerdeführerin beantragte Beiladung (Beschwerde S. 2 Verfahrens Antrag) besteht vor diesem Hintergrund keine Veranlassung. Dasselbe gilt für die E. \_\_\_\_\_ (vgl. AB 29 S. 10).

**1.4** Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG).

**1.5** Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

## **2.**

**2.1** Am 1. Januar 2017 sind die Änderung vom 25. September 2015 des Bundesgesetzes vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) und die Änderung vom 9. November 2016 der Verordnung vom

20. Dezember 1982 über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) in Kraft getreten. Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich – wie vorliegend – vor dem Inkrafttreten der Änderung vom 25. September 2015 des UVG ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, werden nach bisherigem Recht gewährt (Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 des UVG).

**2.2** Die Zusprechung von Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt grundsätzlich das Vorliegen eines Berufsunfalles, eines Nichtberufsunfalles oder einer Berufskrankheit voraus (Art. 6 Abs. 1 UVG). Unfall ist die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat (Art. 4 ATSG).

**2.3** Der Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt nebst anderem einen natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und dem eingetretenen Schaden voraus (BGE 129 V 177 E. 3.1 und 3.2 S. 181; SVR 2018 UV Nr. 3 S. 9 E. 3.1, 2012 UV Nr. 2 S. 6 E. 3.1).

## **2.4**

**2.4.1** Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne die der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht als zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiel ("conditio sine qua non"; BGE 142 V 435 E. 1 S. 438, 129 V 177 E. 3.1 S. 181; SVR 2019 IV Nr. 9 S. 26 E. 3.1; Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 21. September 2018, 8C\_781/2017, E. 5.1). Für die Bejahung

des natürlichen Kausalzusammenhangs genügt es, wenn der Unfall für eine bestimmte gesundheitliche Störung eine Teilursache darstellt (BGE 134 V 109 E. 9.5 S. 125, 123 V 43 E. 2b S. 45; SVR 2009 UV Nr. 3 S. 12 E. 8.3). Zu den im Sinne von Art. 6 Abs. 1 UVG massgebenden Ursachen gehören sodann Umstände, ohne die die gesundheitliche Beeinträchtigung nicht zur gleichen Zeit eingetreten wäre. Eine schadensauslösende traumatische Einwirkung ist also selbst dann leistungsbegründend, wenn der betreffende Schaden auch ohne das versicherte Ereignis früher oder später wohl eingetreten wäre, der Unfall somit nur hinsichtlich des Zeitpunkts des Schadenseintritts "conditio sine qua non" war. Anders verhält es sich, wenn der Unfall nur Gelegenheits- oder Zufallsursache ist, welche ein gegenwärtiges Risiko, mit dessen Realisierung jederzeit zu rechnen gewesen wäre, manifest werden lässt, ohne im Rahmen des Verhältnisses von Ursache und Wirkung eigenständige Bedeutung anzunehmen (SVR 2012 UV Nr. 8 S. 29 E. 4.2.1).

**2.4.2** 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 Zusammenhanges genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 142 V 435 E. 1 S. 438, 129 V 177 E. 3.1 S. 181; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 121 E. 5.1).

Wird durch den Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, 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 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 (BGE 146 V 51 E. 5.1 S. 55).

Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosser Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalles genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (BGE 146 V 51 E. 5.1 S. 56).

**2.5** Bei organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen deckt sich die adäquate Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier praktisch keine selbstständige Bedeutung (BGE 140 V 356 E. 3.2 S. 358; SVR 2018 UV Nr. 3 S. 10 E. 3.1).

**2.6** Zur Klärung der Leistungspflicht des Unfallversicherers, insbesondere der Frage der natürlichen Kausalität, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen (vgl. BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99; SVR 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.1).

### **3.**

**3.1** Aufgrund der Akten steht fest und ist unbestritten, dass das Ereignis vom 21. Mai 2014, bei dem die Beschwerdeführerin beim Absteigen vom Elektrofahrrad stürzte und sich dabei eine nicht dislozierte Radiusköpfchenfraktur intraartikulär rechts zuzog (AB 3, 33 S. 1), einen Unfall im Rechtsinne (vgl. E. 2.2 hiavor) darstellt. Die Beschwerdegegnerin erbrachte denn auch entsprechende Versicherungsleistungen (AB 18 S. 2). Weiter blieb zu Recht unbestritten, dass die nicht dislozierte Radiusköpfchenfraktur zufolge des Unfalls im Jahre 1995 behandelt und ausgeheilt war und die Beschwerdeführerin bis zum Unfallereignis im Jahr 2014 keine Beeinträch-

tigungen daraus erlitt (vgl. AB 24; Akten der Beschwerdeführerin, Beschwerdebeilage [BB] 12).

Die Beschwerdegegnerin klärte gemäss den Akten den genauen Ablauf des Ereignisses vom 13. Juni 2014, als die Beschwerdeführerin beim Abgang von einem Sessellift den hängengebliebenen rechten Arm mit einer schnellenden Bewegung nachzog und in der Folge der bestehende Bruch dislozierte (AB 34), nicht näher ab. Zwischen den Parteien blieb offen (Beschwerde S. 7 f. Art. 3 Ziff. 1 f.; Beschwerdeantwort S. 10 Ziff. 21), ob es sich hierbei um einen Unfall im Rechtssinne handelt. Ungeklärt ist dabei das Merkmal des ungewöhnlichen äusseren Faktors (vgl. E. 2.2 hiervor). Die Frage nach dem Bestehen eines Unfallereignisses kann letztlich offen bleiben. Würde das Ereignis vom 13. Juni 2014 als Unfall im vorgenannten Sinne qualifiziert, hätte die Beschwerdegegnerin als damaliger Unfallversicherer für die daraus entstandene Schädigung – die Dislokation der vorbestehenden Fraktur und deren Folgen – aufzukommen. Wird ein Unfall im Rechtssinne (vgl. E. 2.2 hiervor) verneint, hätte eine gewöhnliche Armbewegung zur Dislokation des bestehenden unverheilten unfallbedingten Bruches geführt, was bei einer gesunden Person nicht eingetreten wäre. Mithin wäre sie als Folge des Unfalles vom 21. Mai 2014 (AB 33 S. 1) einzustufen. So oder anders hat demnach die Beschwerdegegnerin für die Kosten aufzukommen, sofern die Kausalität zur ursprünglichen Fraktur erstellt ist.

Zu prüfen ist jedoch die Rechtmässigkeit der Leistungseinstellung per 31. Mai 2016 (AB 18 S. 2, 29 S. 1 ff.) respektive ob die über dieses Datum hinaus geklagten Beschwerden in einem anspruchsbegründenden natürlichen Kausalzusammenhang (vgl. E. 2.3 f. hiervor) mit dem Unfall vom 21. Mai 2014 (AB 33 S. 1) stehen und hierbei insbesondere, ob die erlittene Fraktur die vorbestehende Arthrose richtunggebend verschlimmert hat. Die massgeblichen medizinischen Unterlagen zeigen diesbezüglich das folgende Bild:

**3.1.1** Gemäss Bericht des Spitals H. \_\_\_\_\_, vom 22. Mai 2014 (AB 33 S. 2) zeigte sich im Röntgen des rechten Ellenbogens eine nur diskret dislozierte Radiusköpfchenfraktur mit deutlichem Hämarthrose.

**3.1.2** Im Bericht des Röntgeninstituts I. \_\_\_\_\_ AG vom 5. Juni 2014 (AB 33 S. 1) führte Dr. med. J. \_\_\_\_\_, Facharzt für Radiologie, aus, dass sich im durchgeführten MRT des rechten Ellenbogens eine frische, undislozierte, intraartikuläre Radiusköpfchenfraktur, ein konsekutiver Erguss, eine leichte Synovitis sowie eine Ellenbogengelenksarthrose zeigten. Es lägen bereits degenerative Veränderungen im Ellenbogengelenk vor. Diese seien relativ fortgeschritten mit deutlicher Knorpelreduktion radiohumeral, insbesondere auch in der zentralen Gelenkfläche des Radiusköpfchens und am Capitulum diffus. Es bestehe eine kleine Knochenmarködemzone im dorsoradialen Randbereich des Capitulum. Auch humeroulnarseitig bestehe insgesamt ein reduzierter Knorpelbelag mit umschriebenem Grad III-IV Chondropathiearealen im Bereich der zentroventralen Trochlea und am gegenüberliegenden Processus coronoideus mit subchondralen Geröllzysten.

Im Bericht vom 19. Juni 2014 (AB 34) hielt Dr. med. J. \_\_\_\_\_ fest, dass sich im durchgeführten CT des rechten Ellenbogengelenks eine leichte sekundäre Dislokation der Radiusköpfchenmeisselfraktur zeige. Das im Rahmen des T-förmigen Frakturverlaufes resultierende eine Fragment radialseitig sei im Verlauf nun vermehrt eingestaucht mit 0,8 mm messender Stufe intraartikulär.

Im Bericht vom 17. März 2015 (AB 35 S. 2) führte Dr. med. J. \_\_\_\_\_ sodann aus, dass das erneut durchgeführte CT am rechten Ellenbogengelenk im Vergleich zum 19. Juni 2014 (AB 34) eine in unveränderten Stellungsverhältnissen konsolidierte Radiusköpfchenmeisselfraktur zeige. Es bestehe eine im Verlauf progrediente (aber bereits leicht vorbestehende) Ellenbogengelenksarthrose sowohl radial, als auch ulnarseitig neu mit Zeichen einer sekundären Synovialosteochoondromatose bei Nachweis einzelner kleinster freier Gelenkkörperchen, unter anderem bis 3 mm Grösse in der Fossa olecrani.

**3.1.3** Im Bericht des Spitals K. \_\_\_\_\_ vom 10. November 2016 (AB 39) nannten Dr. med. L. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, und Assistenzarzt M. \_\_\_\_\_ folgende Diagnosen (AB 39 S. 1):

1. Beginnende, posttraumatische Arthrose im Radiocapiteilgelenk rechts
  - St. n. nicht dislozierter Radiusimpressionsfraktur vom 18. Februar 1995, konservative Therapie mittels Ruhigstellung im Gilchristverband
  - St. n. sekundärer Dislokation einer Radiusköpfchenmeisselfraktur vom 21. Mai 2014, konservative Therapie
2. St. n. Luxationsfraktur Humerus rechts 2003

Im durchgeführten Röntgen vom 8. November 2016 habe sich eine korrekte Artikulation im Radioulnar-, Radiocapitellar- sowie im Humeroulnargelenk gezeigt. Es sei eine Stufenbildung im Bereich des Radiusköpfchens mit einer Stufe von 1-2 mm und eine beginnende Ossifikation des Ligamentums anulare sowie osteophytäre Ausziehungen im Bereich des radialseitigen Radiusköpfchens ersichtlich. Bei der Patientin zeige sich eine leicht erschwerte Situation bei posttraumatischer Radiocapitellararthrose, welche im Zeitpunkt der Untersuchung jedoch in einem dezenten Ausmass vorhanden sei. Die von der Patientin beschriebenen Beschwerden im Sinne eines Extensionsdefizites von knapp 5° könnten aus orthopädischer Sicht nicht angegangen werden (AB 39 S. 2).

**3.1.4** Im Bericht des Spitals K. \_\_\_\_\_ vom 1. März 2017 (AB 40) wurden eine subakute Radiusköpfchenfraktur und eine radiale Ellenbogengelenksarthrose genannt. Es zeige sich ein unauffälliger Weichteilmantel. Neu liege eine abgrenzbare winzige Konturunterbrechung der Fovea articularis des Radius mit Aufhellungslinie am ehesten einer Radiusköpfchenfraktur entsprechend vor. Es zeige sich eine randständige osteophytäre Ausziehung im radialen Ellenbogengelenk mit zunehmenden subchondralen Sklerosierungen wie bei einer Arthrose.

**3.1.5** Im Bericht vom 6. August 2018 (AB 41) führte der Vertrauensarzt der Beschwerdegegnerin, Dr. med. G. \_\_\_\_\_, aus, dass laut den Angaben im Bericht des Spitals K. \_\_\_\_\_ vom 10. November 2016 (AB 39) die Patientin schon zwei Unfälle am rechten Arm und Ellenbogen mit Radiusköpfchenfraktur (1995) und Humerusfraktur (2004 [recte: 2003]) erlitten habe. Bereits auf den ersten Röntgenaufnahmen nach dem Unfall vom 21. Mai 2014 seien deutliche Arthrosezeichen im rechten Ellenbogen, insbe-

sondere eine deutliche Verschmälerung des Knorpels im radiohumeralen Gelenk, ersichtlich. Die Fraktur vom 21. Mai 2014 habe die Lage vorübergehend verschlimmert. Am 31. März 2015 sei jedoch der Status quo sine erreicht gewesen.

Im Bericht vom 17. Juni 2019 (AB 42) präzisierte der Vertrauensarzt der Beschwerdegegnerin, dass die MRI-Untersuchung vom 5. Juni 2014 degenerative Veränderungen im rechten Ellenbogengelenk aufgezeigt habe, die der Röntgenspezialist als relativ fortgeschritten mit deutlicher Knorpelreduktion radiohumeral, insbesondere auch in der zentralen Gelenkfläche des Radiusköpfchens und diffus im Capitulum, bezeichnet habe. Diese Beschreibung deute klar auf eine fortgeschrittene Arthrose hin. Der Unfall vom 21. Mai 2014 habe diese degenerative Schädigung vorübergehend verschlimmert. In den späteren radiologischen Untersuchungen sei zu sehen, dass sich die Arthrose erwartungsgemäss leicht verschlimmert habe. Die Arthrose sei schon im Jahr 2014 fortgeschritten gewesen und hätte sich ohne zusätzliche Fraktur weiterentwickelt. Ein Status quo könne am 31. März 2015 bestimmt werden.

**3.1.6** Im Bericht vom 10. Oktober 2019 (BB 12) führte ein beratender Arzt der E. \_\_\_\_\_ in Bezug auf den Unfall vom 18. Februar 1995 aus, die Aktenanalyse zeige, dass die Beschwerdeführerin damals eine nicht dislozierte und lediglich konservativ behandelte Radiusköpfchenfraktur rechts erlitten habe (BB 12 S. 1). In den Akten seien während den 19 Jahren von 1995 bis 2014 keine Brückensymptome dokumentiert. Eine nicht dislozierte Radiusköpfchenfraktur heile üblicherweise innerhalb von vier bis sechs Monaten folgenlos ab. Dies erlaube den Status quo ante spätestens auf Ende August 1995 festzulegen (BB 12 S. 2).

**3.2** Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzuge-

ben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354). Soll allerdings ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Insbesondere sind die von der versicherten Person aufgelegten Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte mitzuberücksichtigen. Wird die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen, so genügt der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung (BGE 125 V 351 E. 3a cc S. 353) nicht, um solche Zweifel auszuräumen. Vielmehr wird das Gericht entweder ein Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen haben, damit dieser im Verfahren nach Art. 44 ATSG eine Begutachtung veranlasst (BGE 142 V 58 E. 5.1 S. 65, 135 V 465 E. 4.4 - 4.6 S. 469). Die Berichte und Gutachten ständiger Vertrauensärzte haben in beweisrechtlicher Hinsicht grundsätzlich den gleichen Stellenwert wie die verwaltungsinternen Arztberichte und Gutachten der UVG-Versicherer (RKUV 2001 KV 189 S. 492 E. 5b).

**3.3** Insbesondere gestützt auf die Stellungnahmen bzw. Aktenbeurteilungen ihres Vertrauensarztes vom 6. August 2018 (AB 41) und vom 17. Juni 2019 (AB 42) hielt die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Einspracheentscheid vom 23. September 2019 (AB 29 S. 1 ff.) fest, dass der Unfall vom 21. Mai 2014 den Zustand des rechten Ellenbogens lediglich vorübergehend verschlimmert habe. Der Status quo sei per 31. März 2015 erreicht gewesen und die Versicherungsleistungen seien entsprechend einzustellen. Obwohl die Einstellung bereits auf den 31. März 2015 hätte verfügt werden können, seien die Leistungen ohne Präjudiz erst per 31. Mai 2016 eingestellt worden. Die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden stünden klar im Zusammenhang mit der vorbestehenden Arthrose (AB 29 S. 7 Ziff. 13).

Dem hält die Beschwerdeführerin bzw. ihre Rechtsvertretung – Rechtsanwältin und Fachärztin für Rechtsmedizin (Beschwerde S. 12) – im Wesentlichen entgegen, dass die vertrauensärztliche Einschätzung einzig auf einem nicht hinterfragten, diesbezüglich unkorrekten Bericht beruhe. Im Unfallzeitpunkt hätten lediglich diskrete Anzeichen für einen altersbedingt üblichen Gelenkverschleiss am rechten Ellenbogengelenk mit hauptsächlich einer diskreten Reduktion der Knorpeldicke bestanden (Beschwerde S. 5 Art. 2 Ziff. 2). Ohne den Unfall vom 21. Mai 2014 wären das heute bei der Beschwerdeführerin bestehende Streckdefizit und die Ellenbogengelenksarthrose in dieser ausgeprägten Form nie eingetreten. Die Arthrose habe sich einzig dadurch derart stark weiterentwickelt, da nach dem Unfall die Gelenkfläche am Radiusköpfchen durch den T-förmigen Bruch in seiner Form, Funktion und Stellung beeinträchtigt worden sei (Beschwerde S. 5 Art. 2 Ziff. 3). Ein Bruch, der durch eine Gelenkfläche verlaufe, verheile oft mit einer Stufenbildung im Gelenk. Diese habe eine dauerhafte Reibung auf der gegenüberliegenden Gelenkfläche zur Folge, was den arthrotisch beschleunigten Gelenkverschleiss vorantreibe (Beschwerde S. 5 Art. 2 Ziff. 4). Eine Stufenbildung führe zudem zu einer unnatürlichen Endstellung des gelenkbildenden Skeletts. Dadurch könnten bleibende Bewegungseinschränkungen im betroffenen Gelenk resultieren, unter die auch das geklagte Streckdefizit im rechten Ellenbogen falle (Beschwerde S. 6 Art. 2 Ziff. 5). Der Vorzustand sei entgegen der vertrauensärztlichen Beurteilung

(AB 41 f.) von untergeordneter Bedeutung und habe hauptsächlich in einer diskret reduzierten Knorpeldicke bestanden (Beschwerde S. 6 Art. 2 Ziff. 6).

Wenn die Beschwerdegegnerin – wie vorliegend – das Dahinfallen jeglicher kausaler Bedeutung von unfallbedingten Ursachen der Ellenbogenbeschwerden rechts geltend macht, hat sie dies mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit darzutun (vgl. E. 2.4.2 hiervor). Dieser Nachweis gelingt unter den derzeit gegebenen Umständen nicht (vgl. nachfolgend).

**3.3.1** Der Vertrauensarzt stützte seine Folgerung, wonach der Unfall vom 21. Mai 2014 den Vorzustand lediglich vorübergehend verschlimmert habe und per 31. März 2015 der Status quo sine eingetreten sei (AB 41 f.), einzig auf die MRI-Untersuchung vom 5. Juni 2014 (AB 33 S.1). Der Röntgen spezialist habe die degenerativen Veränderungen als relativ fortgeschritten mit deutlicher Knorpelreduktion radiohumeral, insbesondere auch in der zentralen Gelenkfläche des Radiusköpfchens und diffus im Capitulum bezeichnet (AB 42 Ziff. 3). Die Feststellung von Dr. med. J. \_\_\_\_\_ vom 5. Juni 2014 (AB 33 S. 1) kontrastiert jedoch mit seiner eigenen CT-Beurteilung vom 17. März 2015 (AB 35 S. 2), bei der er anders als ursprünglich dargestellt nur noch von einer leicht vorbestehenden Ellenbogengelenksarthrose sprach. Der Vertrauensarzt setzte sich mit diesen diskrepanten Beurteilungen von Dr. med. J. \_\_\_\_\_ nicht auseinander und legte die Gründe, weshalb er der ursprünglichen Beurteilung folgte, nicht dar. Dies wäre umso mehr geboten gewesen, als die Arthrose weder in den Röntgenberichten des Spital H. \_\_\_\_\_, vom 22. Mai 2014 (AB 33 S. 2) und vom 30. Juli 2014 (AB 36) noch in der CT-Beurteilung von Dr. med. J. \_\_\_\_\_ vom 19. Juni 2014 (AB 34) erwähnt wurde und gemäss Dr. med. L. \_\_\_\_\_ und Assistenzarzt M. \_\_\_\_\_ im November 2016 eine „beginnende“ (AB 39 S. 1) respektive „in dezentem Ausmass vorhandene“ (AB 39 S. 2) Arthrose vorlag. Auch wurde nicht berücksichtigt, dass die Letzteren explizit von einer „posttraumatischen“ Arthrose sprechen (AB 39). Dadurch, dass sich der Vertrauensarzt nicht weiter mit der divergierenden Aktenlage auseinandersetzte und den Wegfall der Unfallkausalität lediglich pauschal bejahte, hat er sich nicht differenziert mit den sich stellenden Fragen auseinandergesetzt. Indem die unbestrittene Arthrose nach dem Ge-

sagten sowohl in ihrem Umfang als auch in ihrer Entstehung mit Unklarheiten behaftet ist, die anhand der Akten nicht ausgeräumt werden können, bestehen erhebliche Zweifel an der Darstellung des Vertrauensarztes, wonach der Status quo sine (vgl. E. 2.4.2 hiervor) am 31. März 2015 erreicht war (AB 41 f.).

**3.3.2** Ferner stützt sich auch die Ansicht der Beschwerdeführerin, wonach im Unfallzeitpunkt lediglich diskrete Anzeichen für einen altersbedingt üblichen Gelenkverschleiss am rechten Ellenbogen bestanden hätten (Beschwerde S. 5 Art. 2 Ziff. 2) und sich die Arthrose einzig aufgrund des Unfalls vom 21. Mai 2014 derart stark weiterentwickelt habe (Beschwerde S. 5 Art. 2 Ziff. 3), nicht auf verlässliche medizinische Grundlagen (vgl. hierzu Entscheid des BGer vom 26. März 2019, 8C\_824/2018, E. 3.2). So widersprechen ihre (belegten [AB 35 S. 2]) Angaben in Bezug auf die arthrotische Schädigung im Unfallzeitpunkt den (ebenfalls belegten [AB 33 S. 1]) Angaben der Beschwerdegegnerin (vgl. E. 3.3.1 hiervor). Keiner der behandelnden Ärzte setzte sich einlässlich mit der divergierenden Aktenlage in Bezug auf Umfang und Entstehung der Arthrose, der Frage des Wegfalls des Kausalzusammenhangs und des Einflusses des Unfalls aus dem Jahr 1995 (AB 24) und jenem (in den Akten nicht belegten aber mehrfach erwähnten [AB 17 S. 1, 39 S. 1]) aus dem Jahr 2003 auseinander. Folglich ist auch die Ansicht der Beschwerdeführerin nicht rechtsgenügend belegt, um die Kausalitätsfrage abschliessend zu beantworten.

**3.4** Demnach lässt sich gestützt auf die vorliegenden Akten derzeit weder das Fortbestehen noch das Dahinfallen des natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfall vom 21. Mai 2014 und den geklagten Ellenbogenbeschwerden rechts im Rahmen der Beweiswürdigung überwiegend wahrscheinlich erstellen. Insofern erweist sich der Sachverhalt als nicht rechtsgenügend erstellt und ist in Form einer neutralen Begutachtung mindestens in den Disziplinen Orthopädie und Rheumatologie weiter zu klären. Dabei wird sich die Expertise neben der Kausalität auch zu einem allfälligen Einfluss nicht nur des Unfalls im Jahr 1995 (AB 24), sondern auch desjenigen im Jahr 2003 (Luxationsfraktur Humerus rechts; AB 17 S. 1, 39 S. 1) zu äussern haben. Die Beschwerdegegnerin hat bisher kein externes Gutachten in Auftrag gegeben, was sie nun nachzuholen hat.

Somit steht BGE 122 V 157 E. 1d S. 163 einer Rückweisung nicht entgegen. Mit diesem Vorgehen wird der Beschwerdeführerin im Übrigen auch der doppelte Instanzenzug gewahrt.

Zusammenfassend ist in Gutheissung der Beschwerde der Einspracheentscheid vom 23. September 2019 (AB 29 S. 1 ff.) aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie nach Veranlassung einer neutralen Begutachtung im Sinne der Erwägungen über den Leistungsanspruch neu verfüge.

#### **4.**

**4.1** In Anwendung von Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. a ATSG sind keine Verfahrenskosten zu erheben.

**4.2** Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten (Art. 61 lit. g ATSG). Nach der Rechtsprechung gilt es unter dem Gesichtspunkt des (bundesrechtlichen) Anspruchs auf eine Parteientschädigung im Streit um eine Sozialversicherungsleistung bereits als Obsiegen, wenn die versicherte Person ihre Rechtsstellung im Vergleich zu derjenigen nach Abschluss des Administrativverfahrens insoweit verbessert, als sie die Aufhebung einer ablehnenden Verfügung und die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zu ergänzender Abklärung und neuer Beurteilung erreicht (BGE 137 V 57 E. 2.1 S. 61). Dies gilt unabhängig davon, ob die Rückweisung beantragt oder ob das entsprechende Begehren im Haupt- oder im Eventualantrag gestellt wird (SVR 2017 KV Nr. 9 S. 43 E. 9.1).

Mit Kostennote vom 6. Februar 2020 macht Rechtsanwältin Dr. med. C.\_\_\_\_\_ einen Aufwand bzw. ein Honorar von Fr. 3'000.-- zuzüglich Auslagen von Fr. 95.-- und Mehrwertsteuer von Fr. 238.30 (7.7 % von Fr. 3'095.--), total Fr. 3'333.30 geltend, was nicht zu beanstanden ist. Die Parteientschädigung ist demnach auf Fr. 3'333.30 (inkl. Auslagen und MWSt.) festzusetzen; diesen Betrag hat die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin zu ersetzen.

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. In Gutheissung der Beschwerde wird der angefochtene Einspracheentscheid der Mutuel Krankenversicherung AG vom 23. September 2019 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie – nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen – neu verfüge.
2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 3'333.30 (inkl. Auslagen und MWSt.), zu ersetzen.
4. Zu eröffnen (R):
  - Rechtsanwältin Dr. med. C. \_\_\_\_\_ z.H. der Beschwerdeführerin
  - Mutuel Krankenversicherung AG
  - Bundesamt für Gesundheit
  - E. \_\_\_\_\_ AG
  - F. \_\_\_\_\_ AG

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

**Rechtsmittelbelehrung**

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.