



Fall-Nr.: UV 2021/43
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: UV - Unfallversicherung
Publikationsdatum: 25.11.2022
Entscheiddatum: 22.07.2022

Entscheid Versicherungsgericht, 22.07.2022

Art. 10 UVG. Art. 16 UVG. Art. 18 ff. UVG. Art. 24 f. UVG. Beweiswürdigung ärztlicher Berichte. Die Beschwerdeführerin ist unter Berücksichtigung der als unfallkausal anerkannten Beschwerden in einer adaptierten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig. Prozentvergleich. Kein Anspruch auf eine Rente und eine Integritätsentschädigung. Abweisung der Beschwerde (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 22. Juli 2022, UV 2021/43). Aufgehoben durch Urteil des Bundesgerichts 8C_523/2022.

Entscheid vom 22. Juli 2022

Besetzung

Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider (Vorsitz), Versicherungsrichter Joachim Huber und Michael Rutz; Gerichtsschreiberin Katja Blättler

Geschäftsnr.

UV 2021/43

Parteien

A.____,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Robert Baumann, Advokatur Robert Baumann AG, Waisenhausstrasse 17, Postfach 223, 9001 St. Gallen,

gegen



Schweizerische Mobiliar Versicherungsgesellschaft AG, Direktion Bern,
Bundesgasse 35, Postfach, 3001 Bern,

Beschwerdegegnerin,

vertreten durch Fürsprecherin B.____,

Gegenstand

Versicherungsleistungen

Sachverhalt

A.

A.a. A.____ war bei der C.____ GmbH als Köchin tätig und dadurch bei der Schweizerischen Mobiliar Versicherungsgesellschaft AG (nachfolgend: Mobiliar) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert, als sie am 29. April 2018 auf einer Strasse ausrutschte (UV-act. UM). Gleichentags suchte sie Dr. med. D.____, Fachärztin Allgemeine Medizin FMH, sowie das Spital E.____ auf (UV-act. M1 f.). Die dort behandelnden Ärzte veranlassten eine Röntgenuntersuchung und diagnostizierten eine laterale Patellaluxation rechts. Sie reponierten die luxierte Patella, stellten diese mittels Schiene ruhig und attestierten der Versicherten vom 29. April bis 20. Mai 2018 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (UV-act. M2). Am 30. April 2018 wurde im Institut für Radiologie MRI AG E.____ eine MR-Untersuchung durchgeführt, welche laut Beurteilung der untersuchenden Ärzte zwei freie Gelenkkörper bei Status nach Patellaluxation sowie osteochondrale Veränderungen der Patella und wenig ausgeprägt seitens des lateralen Femurkondylus zeigte (UV-act. M3). Die Mobiliar kam für die Kosten der Heilbehandlung auf und entrichtete Taggelder (vgl. UV-act. K24, K26, K28, K36).

A.b. Am 4. Mai 2018 berichtete der behandelnde Arzt des Spitals E.____, es zeigten sich die typischen Schäden nach einer Patellaluxation. Bei einem der freien Gelenkkörper handle es sich wahrscheinlich um ein abgeschertes Knorpelfragment. Beim zweiten könnte es sich um ein älteres Fragment nach vorangegangenem Knie trauma handeln. Ein solches sei der Versicherten jedoch nicht rememberlich (UV-act. M4). Am 7. Mai 2018



St.Galler Gerichte

unterzog sich die Versicherte im Spital E.____ einer Kniegelenkarthroskopie rechts, einer Entfernung zweier freier Gelenkkörper, einem lateralen Release sowie einer Refixation und Raffung des Retinaculum patellae mediale mit zwei Corkscrew-Ankern an der Patella. Die behandelnden Ärzte attestierten der Versicherten vom 7. Mai bis 4. Juni 2018 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (UV-act. M6 f., UV-act. AUF1).

A.c. Am 12. Juli 2018 berichtete Dr. med. F.____, Leitender Arzt Chirurgie, Spital E.____, bei der Versicherten bestünden noch deutliche Restbeschwerden mit vor allem einer eingeschränkten Flexion des rechten Knies. Einen mechanisch bedingten Grund intraartikulär finde er nicht. Er habe aus schmerztechnischer Sicht eine intraartikuläre Infiltration durchgeführt. Die Physiotherapie solle weitergeführt werden und die Versicherte sei bis zum 8. August 2018 weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig (UV-act. M10, vgl. UV-act. AUF4). Am 13. August 2018 berichtete Dr. F.____ sodann über eine noch bestehende deutliche muskuläre Dysbalance resp. Schwäche auf der rechten Seite. Störend sei jedoch vor allem die eingeschränkte Flexion des rechten Knies. Inwieweit ein mechanisches Hindernis vorliege, müsse anhand eines MRI herausgefunden werden (UV-act. M11). Am 20. August 2018 wurde im Institut für Radiologie MRI AG E.____ ein MRI des Knies rechts durchgeführt. Die zuständigen Ärzte hielten unter anderem fest, die bekannte Verknöcherung im Bereich des Rezessus suprapatellaris lateral sei nicht vollständig von Gelenkflüssigkeit umspült und könne einer Kapselverknöcherung entsprechen; letztendlich sei ein freier Gelenkkörper möglich. Daneben seien neu mehrere zusätzliche kleinere scharf begrenzte Formationen im Bereich des Rezessus suprapatellaris sichtbar, die alle ebenfalls nicht vollständig von Gelenkflüssigkeit umspült seien. Diese seien sowohl vereinbar mit Kapselverknöcherungen als letztendlich auch mit freien Gelenkkörpern (mindestens deren vier). Bei vorbestehend ausgeprägten Knorpeldefekten der Patellarückfläche bestünden progrediente Knochenmarksveränderungen und eine progrediente delaminierende Läsion lateral. Neu seien deutlich tendinopathische Veränderungen der Patellarsehne sichtbar (UV-act. M12).

A.d. Die Arbeitgeberin kündigte das Arbeitsverhältnis der Versicherten per 30. September 2018 (UV-act. K32).



A.e. Dr. F.____ hielt am 11. Oktober 2018 auf Nachfrage der Mobiliar (vgl. UV-act. M13) fest, aufgrund der gegebenen Situation habe ein Fortführen der Physiotherapie im Vordergrund gestanden. Darüber hinaus sei eine analgetisch-antiphlogistische Therapie angezeigt gewesen. So kurz nach dem erfolgten Eingriff im Mai habe er keine Indikation für eine Resektion des Narbengewebes gestellt, da davon auszugehen sei, dass sich dieses sofort wieder entwickeln würde. Aufgrund dessen habe er die Versicherte bis zum 30. September 2018 arbeitsunfähig geschrieben (vgl. UV-act. AUF7) und eine nächste Kontrolle für den 30. Oktober 2018 vereinbart (UV-act. M14). Anlässlich dieser Kontrolle erwog Dr. F.____ verschiedene Behandlungsoptionen, erachtete jedoch ein operatives Angehen der Problematik im Sinne eines femoropatellaren Gelenkersatzes als nicht angezeigt, da sich der Reizzustand im Kniegelenk noch verbessern sollte. Er attestierte der Versicherten vom 31. Oktober bis 16. Dezember 2018 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (UV-act. M15, vgl. UV-act. AUF9).

A.f. Dr. med. K.____, Facharzt für Chirurgie, beratender Arzt der Mobiliar, beurteilte am 28. November 2018, aufgrund des Unfalls vom 29. April 2018 sei es zu einer richtungsgebenden Verschlimmerung des Vorzustandes gekommen. Als Köchin sei die Versicherte zu 100 % arbeitsunfähig (UV-act. M16).

A.g. Am 24. Januar 2019 befand Dr. F.____, die vorhandene Beschwerdesymptomatik scheine am ehesten durch die retropatellare Arthrose begründet zu sein. Er habe nochmals ein mögliches infiltratives Vorgehen angesprochen. Darüber hinaus könne ein femoropatellarer Gelenkersatz diskutiert werden. Er habe der Versicherten bis zum 15. Februar 2019 weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % attestiert. Es sei unbedingt sinnvoll, eine angepasste berufliche Tätigkeit zu finden (UV-act. M20).

A.h. Das ebenfalls am 24. Januar 2019 durchgeführte MRI zeigte laut den Radiologen gegenüber August 2018 insgesamt deutlich regrediente Befunde mit noch residuellen, am ehesten narbigen Veränderungen posterior im Hoffa-Körper und Tendinopathie des Ligamentum patellae. Der Gelenkerguss war deutlich regredient (UV-act. M21). Am 30. Januar 2019 hielt Dr. F.____ fest, insgesamt zeige sich ein eher unbefriedigender Verlauf. Er verwies die Versicherte zur weiteren Beurteilung an PD Dr. med. G.____, Leiter Kniechirurgie, Klinik H.____ (UV-act. M22). Dieser sowie ein ebenfalls dort tätiger



St.Galler Gerichte

Assistenzarzt hielten am 7. März 2019 fest, bei der Versicherten zeige sich ein retropatellärer Knorpelschaden am rechten Knie. Derzeit beurteilten sie ein mögliches operatives Vorgehen zurückhaltend (UV-act. M24).

A.i. Am 19. August 2019 unterzog sich die Versicherte in der Klinik H.____ einer Kniearthroskopie rechts, einer Resektion der Plica mediopatellaris und einer Adhäsiolyse sowie einem retroapatellären Knorpeldébridement. Die behandelnden Ärzte attestierten ihr vom 19. August bis 2. September 2019 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (UV-act. M30 f.).

A.j. Am 22. August 2019 suchte die Versicherte notfallmässig das Wirbelsäulenzentrum der Klinik H.____ auf. Die zuständigen Ärzte diagnostizierten eine Lumbalgie und eine schmerzhafte sensorische Radikulopathie L5 rechts (UV-act. M33). Eine MR-Untersuchung ergab eine Discusprotusion L5/S1 rechtsbetont sowie eine Discusprotusion und einen Anulus fibrosus-Riss L4/5. Die behandelnden Klinikärzte berichteten am 22. Oktober 2019, es sei diesbezüglich zu einer spontanen Beschwerdelinderung gekommen. Die Restbeschwerden im rechten Kniegelenk sähen sie im Rahmen einer postoperativen retropatellären Reizung, insbesondere bei noch bestehendem Rehabilitationsdefizit bei prolongierter Entlastung und Status nach ipsilateraler schmerzhafter S1-Radikulopathie. Sie verordneten eine neue Serie Physiotherapie sowie NSAR zur Analgesie (UV-act. M34).

A.k. Am 22. Januar 2020 berichteten Dr. G.____ sowie eine Assistenzärztin der Kniechirurgie der Klinik H.____ über weiterhin bestehende Restbeschwerden am Knie rechts im Rahmen einer postoperativen retropatellären Reizung. Sie empfahlen die erneute Durchführung einer Infiltration und attestierten der Versicherten weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (UV-act. M37, UV-act. AUF21). Infolge der Infiltration kam es zwar zu einer Beschwerdelinderung, Dr. G.____ sowie ein in der Kniechirurgie tätiger Assistenzarzt hielten am 21. April 2020 jedoch noch eine deutliche Einschränkung fest (UV-act. M40).

A.l. Am 25. April 2020 beurteilte Dr. med. I.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, beratender Arzt der Mobiliar, die Patellaluxation rechts und der Status nach Naht des Retinaculum rechts stünden überwiegend wahrscheinlich in einem kausalen



St.Galler Gerichte

Zusammenhang zum Unfallereignis vom 29. April 2018. Die Patelladysplasie und der retropatellare Knorpelschaden Grad IV seien hingegen nicht unfallkausal. Der medizinische Endzustand sei spätestens Ende Februar 2020 erreicht. Die angestammte Tätigkeit als Hilfsköchin sei der Versicherten unfallbedingt nicht mehr zumutbar, eine Verweistätigkeit sei jedoch ab Anfang März 2020 in einem Pensum von 100 % möglich. Eine Integritätsentschädigung sei nicht geschuldet (UV-act. M41).

A.m. Mit Verfügung vom 13. Mai 2020 stellte die Mobiliar ihre vorübergehenden Versicherungsleistungen per 31. Mai 2020 ein. Einen Anspruch auf eine Invalidenrente sowie eine Integritätsentschädigung verneinte sie (UV-act. K36).

B.

B.a. Dagegen erhob die Versicherte am 25. Mai 2020 Einsprache und beantragte die Überprüfung der Verfügung (UV-act. K42, vgl. auch die Eingabe in UV-act. K39). Sie verwies dabei auf einen Bericht von Dr. G.____ sowie einer an der Kniechirurgie tätigen Assistenzärztin vom 14. Mai 2020. Diese hatten berichtet, die Versicherte zeige sich neun Monate postoperativ weiterhin schmerzgeplagt und ohne Beschwerdebesserung durch die Infiltration. Bei symptomatischer isolierter Retropatellararthrose sei gegebenenfalls ein patellofemorales Gelenkersatz indiziert (UV-act. M42). Am 16. November 2020 reichte die Versicherte, vertreten durch die CAP Rechtsschutz-Versicherungsgesellschaft AG, eine Einspracheergänzung ein (UV-act. K73 ff.).

B.b. Mit Vorbescheid vom 30. Juni 2020 hatte die IV-Stelle der Versicherten die Abweisung des Rentenbegehrens bei einem Invaliditätsgrad von 20 % in Aussicht gestellt (IV-act.).

B.c. Dr. med. J.____, Orthopädische Chirurgie FMH, beratender Arzt der Mobiliar, hatte am 11. August 2020 beurteilt, die Patellaluxation rechts und die Operation mit Revision des medialen patellofemorales Ligaments (MPFL) respektive des Retinaculum mediale vom 7. Mai 2018 seien unfallkausal. Die intraartikuläre Situation (insbesondere bezüglich der "freien Gelenkkörper") sei hingegen unklar. Die Ursache der femoropatellaren Arthrose könne aus orthopädisch-traumatologischer Sicht nicht überwiegend wahrscheinlich einem einzigen Faktor – in casu speziell dem inkriminierten Ereignis – zugewiesen werden. Bezüglich der attestierten



Arbeitsunfähigkeit von 100 % sei keine hinreichend medizinisch nachvollziehbare Begründung ersichtlich bzw. dokumentiert. Die geplante Operation (patellofemorale Prothese) sei wahrscheinlich nicht unfallkausal (UV-act. M65). Am 12. August 2020 war der Versicherten in der Klinik H.____ eine patellofemorale unikompartimentelle Knieprothese rechts eingesetzt worden. Die behandelnden Ärzte hatten ihr vom 12. August bis 30. September 2020 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % attestiert (UV-act. M66, M68). Auf Nachfrage der Mobiliar hatte Dr. J.____ am 17. August 2020 festgehalten, der krankhafte Vorzustand (Patelladysplasie und retropatellarer Knorpelschaden Grad IV) sei durch den Unfall vom 29. April 2018 nicht überwiegend wahrscheinlich richtungsgebend verschlimmert worden. Die mit der Operation vom 12. August 2020 adressierten Veränderungen hätten nichts mit den unfallbedingten Verletzungen (Patellaluxation und Läsion des MPFL bzw. des Retinaculum patellae mediale) zu tun, sondern seien alle überwiegend wahrscheinlich unfallfremd (UV-act. M67).

B.d. Dr. G.____ sowie ein Assistenzarzt der Kniechirurgie berichteten am 17. November 2020, es bestehe insgesamt ein regelrechter Verlauf drei Monate postoperativ. Die Versicherte werde die Physiotherapie fortführen mit dem Ziel, die Kniegelenkbeweglichkeit weiter zu verbessern und einen Kraftaufbau zu erreichen. Die Mobiliar habe die Kostenübernahme zum derzeitigen Zeitpunkt abgelehnt. Dies bei einem klaren traumatischen Ereignis mit direktem Zusammenhang zur Retropatellararthrose, welche mit überwiegender Wahrscheinlichkeit posttraumatisch sei (UV-act. M69).

B.e. Mit Entscheid vom 12. Mai 2021 wies die Mobiliar die Einsprache ab (UV-act. K87 ff.).

B.f. Die IV-Stelle teilte der Versicherten am 25. Mai 2021 mit, sie übernehme die Kosten für eine berufliche Abklärung vom 10. Mai bis 31. August 2021 im WTL Werk- und Technologiezentrum Linthgebiet, Jona (UV-act. K107 f., vgl. auch die Mitteilung vom 11. Februar 2021; UV-act. K82 f.). Für die Dauer der Abklärung entrichtete sie ein Taggeld (UV-act. K110 f.).



C.

C.a. Die Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführerin), vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. R. Baumann, St. Gallen, erhob am 9. Juni 2021 Beschwerde gegen den Einspracheentscheid vom 12. Mai 2021. Sie beantragte damit, dieser sei vollumfänglich aufzuheben. Ihr seien über den 31. Mai 2020 hinaus und bis auf Weiteres die gesetzlichen Leistungen, insbesondere Taggelder und Heilbehandlungen, zu bezahlen. Ihr sei nach Abschluss der medizinischen Behandlungen bzw. dem erreichten medizinischen Endzustand eine Invalidenrente gestützt auf rechtsgenügende Abklärungen, zumindest aber eine Invalidenrente basierend auf einem Invaliditätsgrad von 40 % zuzusprechen und auszurichten. Ausserdem sei ihr im Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 29. April 2018 auch eine Integritätsentschädigung basierend auf einer Integritätseinbusse von "zuallermindest" 25 % zuzusprechen und auszurichten. Eventualiter sei in Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheids die Sache zur Vornahme weiterer Abklärungen an die Mobiliar (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zurückzuweisen, damit diese danach neu verfüge; alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge (act. G1). Am 21. Juli 2021 liess die Beschwerdeführerin eine Beschwerdeergänzung einreichen und abweichend von der Beschwerde die Zusprache einer Invalidenrente basierend auf einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % beantragen. Im Übrigen liess sie an ihren Anträgen festhalten (act. G6).

C.b. Die Beschwerdegegnerin, vertreten durch Fürsprecherin B.____ beantragte am 10. September 2021, die Beschwerde sei abzuweisen; unter Kostenfolge (act. G8.1).

C.c. Mit Replik vom 23. Dezember 2021 und Duplik vom 18. Januar 2022 hielten die Parteien an ihren Anträgen fest (act. G16, G18).



Erwägungen

1.

Zwischen den Parteien umstritten und vorerst zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf vorübergehende Versicherungsleistungen über den 31. Mai 2020 hinaus. Je nach Ergebnis dieser Prüfung sind eventualiter auch der Anspruch auf eine Invalidenrente sowie eine Integritätsentschädigung zu thematisieren.

1.1. Ist die versicherte Person infolge des Unfalls voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]), so hat sie Anspruch auf ein Taggeld (Art. 16 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [UVG; SR 832.20]). Die versicherte Person hat zudem Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Art. 10 UVG). Die vorübergehenden Leistungen (Heilbehandlung, Taggeld) sind einzustellen und der Anspruch auf eine Invalidenrente zu prüfen, wenn allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV) abgeschlossen sind und von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustands der versicherten Person mehr erwartet werden kann (Art. 19 Abs. 1 UVG). Das Erreichen des medizinischen Endzustands bildet demgemäss in Nachachtung des Eingliederungsgrundsatzes die Voraussetzung für die Prüfung der Rentenfrage.

1.2. Ist die versicherte Person infolge des Unfalls mindestens zu 10 % invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Der Grad der für den Rentenanspruch massgebenden Invalidität ist gemäss Art. 16 ATSG durch einen Einkommensvergleich zu ermitteln, bei dem das Einkommen, das die versicherte Person nach dem Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt wird zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Erleidet die versicherte Person durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität, so hat sie Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung (Art. 24 Abs. 1 UVG).

1.3. Anspruchsvoraussetzung für jegliche Leistungen der Unfallversicherung bildet die Unfallkausalität. Eine Leistungspflicht besteht demnach nur für Gesundheitsschäden, die natürlich und adäquat-kausal mit einem versicherten Unfallereignis zusammenhängen (BGE 129 V 181 E. 3.1 f.; André Nabold, N 48 ff. zu Art. 6, in: Marc



Hürzeler/Ueli Kieser [Hrsg.], Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Kommentar zum schweizerischen Sozialversicherungsrecht, 2018, [nachfolgend zitiert: KOSS UVG]; Irene Hofer, N 66 zu Art. 6, in: Ghislaine Frésard-Fellay/Susanne Leuzinger/Kurt Pärli [Hrsg.], Unfallversicherungsgesetz, Basler Kommentar, 2019, [nachfolgend zitiert: BSK UVG]; Alexandra Rumo-Jungo/André Pierre Holzer, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, in: Erwin Murer/Hans-Ulrich Stauffer [Hrsg.], Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 4. Aufl. 2012, S. 53 ff.). Der Beweis des natürlichen Kausalzusammenhangs (bzw. des Wegfalls desselben) wird in erster Linie mittels Angaben der medizinischen Fachpersonen geführt (Urteil des Bundesgerichts vom 1. September 2008, 8C_522/2007, E. 4.3.2; KOSS UVG-Nabold, N 53 zu Art. 6; BSK UVG-Hofer, N 66 zu Art. 6; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 55). Bei physischen Unfallfolgen spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der aus dem natürlichen Kausalzusammenhang sich ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle (BGE 135 V 250 E. 4 mit Hinweisen, 118 V 291 f. E. 3.a, 117 V 365 mit Hinweisen; SVR 2000 Nr. 14 S. 45). Das Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs bzw. das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens muss mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit verneint werden können bzw. nachgewiesen sein. Die blosser Möglichkeit gänzlicher fehlender Auswirkungen des Unfalls genügt nicht (Thomas Locher/Thomas Gächter, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 4. Aufl. 2014, § 70 N. 58 f.; Rumo-Jungo/ Holzer, a.a.O., S. 4).

1.4. Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben die urteilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen und alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Um den Gesundheitszustand und insbesondere das Ausmass der Arbeitsfähigkeit beurteilen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben (BGE 125 V 261 E. 4). 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 medizinischen Fachperson begründet und nachvollziehbar sind (BGE 125 V 352 E. 3a



mit Hinweisen). Den Berichten und Gutachten, welche die Versicherungen während des Administrativverfahrens von ihren eigenen oder von beratenden Ärzten und Ärztinnen einholen, kann rechtsprechungsgemäss ebenfalls Beweiswert beigemessen werden (BGE 135 V 467 ff. E. 4 und BGE 125 V 353 f. E. 3b/ee, je mit Hinweisen). In solchen Fällen sind an die Beweiswürdigung jedoch strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 471 E. 4.7; RKUV 1997 Nr. U 281 E. 1a S. 281 f.). Schliesslich ist darauf hinzuweisen, dass auch reine Beurteilungen aufgrund der Akten beweiskräftig sein können, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (Urteil des Bundesgerichts vom 18. Juni 2014, 9C_196/2014, E. 5.1.1).

2.

Die Beschwerdeführerin erlitt beim Unfall vom 29. April 2018 unbestritten eine laterale Patellaluxation rechts, ein bone bruise im Bereich des lateralen Femurkondylus sowie eine Läsion des MPFL bzw. des Retinaculum patellae mediale (vgl. UV-act. M2, M4, M65). Die Beschwerdegegnerin kam dementsprechend auch für die Behandlung der genannten Verletzungen und insbesondere die Operationen vom 7. Mai 2018 und 19. August 2019 auf (vgl. UV-act. M6, M30 f.). Im Folgenden ist jedoch zu prüfen, ob die Retropatellararthrose rechts bzw. der Knorpelschaden Grad IV auf den Unfall zurückzuführen sind. Damit zusammenhängend stellt sich auch die Frage nach dem Bestehen und der Ursache der im MRI-Bericht vom 30. April 2018 beschriebenen und in verschiedenen Arztberichten diagnostizierten freien Gelenkkörper. Unbestritten nicht unfallkausal sind sodann die beklagten Rückenbeschwerden (UV-act. M33 f.).

2.1. Die Beschwerdegegnerin stützte sich im angefochtenen Einspracheentscheid in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf die Beurteilungen ihrer beratenden Ärzte Dr. J.____ sowie Dr. I.____ (vgl. UV-act. K87ff.).

2.1.1. Dr. J.____ beurteilte am 11. August 2020, die intraartikuläre Situation sei und bleibe unklar. Er begründete, die in der MR-Untersuchung vom 30. April 2018 (vgl. UV-act. M3) beschriebenen "freien" Gelenkkörper seien bei der Operation vom 7. Mai 2018 (vgl. UV-act. M6) an eben dieser Stelle gefunden worden, was im medizinischen Umkehrschluss eindeutig belege, dass es sich keinesfalls um "freie" Gelenkkörper



gehandelt haben könne. Diese wären definitionsgemäss nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit während sieben Tagen zwischen der Bildgebung und der Operation an der gleichen Stelle verblieben. Die entsprechenden Strukturen hätten aus dem umgebenden Gewebe befreit werden müssen, ein Umstand, der nur gerade eine Woche nach der Bildgebung unmöglich eine Folge eines anamnestisch "erstmaligen" Ereignisses bzw. einer "erstmaligen" Patellaluxation sein könne. Für die intraoperativ beschriebene Ummantelung (suprapatellar) und die synoviale Fixierung (im interkondylären Bereich) bräuchte es medizinisch-theoretisch deutlich mehr Zeit. Eine Heilung bzw. eine erkennbare und wirksame Vernarbung könne erst nach ca. sechs bis acht Wochen erfolgen. Eine Histologie zur nachvollziehbaren Unterscheidung zwischen rein chondralem und/oder osteochondralem Gewebe der entfernten Strukturen liege nicht vor; ebenso fehle auch eine Fotodokumentation. Sowohl die Ursache als auch der Ursprung der entfernten Gelenkkörper blieben damit offen. Weil das MPFL bzw. das mediale Retinaculum "direkt an der Patella ausgerissen sei", wäre ein allfällig abgerissener ossärer Ansatz am MPFL/Retinaculum-Stumpf verblieben und nicht zusätzlich als "freier Gelenkkörper" im Gelenk gelegen. Der Operationsbericht vom 7. Mai 2018 (vgl. UV-act. M6) bleibe zudem auch insofern unklar, als zwar ein "grosser" Knorpeldefekt vierten Grades an der medialen Facette der Patella beschrieben werde, was frei liegendem Knochen an der Patella entspreche, jedoch weder die Grösse noch die Form dieses Defekts nachvollziehbar wiedergegeben werde. Dies lasse keinen erkennbaren Bezug zu den im Rezessus und interkondylär resezierten Strukturen (Gelenkkörper) zu. Ein solcher Knorpeldefekt, wie im Operationsbericht beschrieben, entstehe bei einer Abschilferung (tangentiale Krafteinwirkung), nicht aber durch ein einmaliges Ereignis, zumal in der MR-Untersuchung an der lateralen Femurkondylenkante (zu) wenig Veränderungen vorlägen, dies im Gegensatz zu der nachvollziehbaren Signalstörung an der lateralen Flanke des Femurkondylus. Ausserdem fehlten an der korrespondierenden Stelle an der Patella Signalstörungen gänzlich, was eine ebendortige "frische" Knorpelabschliferung kaum als möglich erscheinen lasse (UV-act. M65). Gemäss der überzeugenden Beurteilung von Dr. J. ___ sind die festgestellten "freien" Gelenkkörper damit nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 29. April 2018 zurückzuführen. Dies steht mindestens teilweise im Einklang mit der Einschätzung der behandelnden Ärzte. Die für die MR-Untersuchung im Institut für Radiologie MRI AG E. ___ vom 30. April 2018 zuständigen Ärzte hatten beurteilt, bei Status nach Patellaluxation bestünden zwei freie Gelenkkörper. Als Differentialdiagnose hatten sie jedoch "alt-vorbestehend (anamnestisch Status nach früherer Patellaluxation)" notiert (UV-act. M3). Der behandelnde Arzt des Spitals E. ___ hatte sodann am 4. Mai 2018 beurteilt, bei einem



der freien Gelenkkörper handle es sich wahrscheinlich um ein abgeschertes Knorpelfragment. Beim zweiten könnte es sich um ein älteres Fragment nach einem vorangegangenen Knie trauma handeln, welches der Beschwerdeführerin jedoch nicht erinnerlich sei (UV-act. M4). Nach der Operation vom 7. Mai 2018, bei der unter anderem zwei "freie" Gelenkkörper entfernt worden waren (vgl. UV-act. M6), wurde am 20. August 2018 im Institut für Radiologie MRI AG E.____ erneut eine MR-Untersuchung durchgeführt. Die zuständigen Ärzte beurteilten, die bekannte Verknöcherung im Bereich des Rezessus suprapatellaris lateral sei nicht vollständig von Gelenkflüssigkeit umspült und könne einer Kapselverknöcherung entsprechen. Letztendlich sei ein freier Gelenkkörper möglich. Daneben seien neu mehrere zusätzliche kleinere scharf begrenzte Formationen im Bereich des Rezessus suprapatellaris sichtbar, die alle ebenfalls nicht vollständig von Gelenkflüssigkeit umspült seien und sowohl vereinbar seien mit Kapselverknöcherungen, als letztendlich auch mit (mindestens vier) freien Gelenkkörpern (UV-act. M12). Damit ist plausibel begründet, dass auch diese zusätzlichen – erstmals nach der Operation vom 7. Mai 2018 festgestellten – Formationen bzw. "freien" Gelenkkörper nicht beim Unfall vom 29. April 2018 entstanden waren.

2.1.2. Dr. J.____ beurteilte am 11. August 2020 weiter, die verschiedenen MR-Untersuchungen zeigten eine unüblich rasch zunehmende Delamination des Knorpels an der lateralen Patellafazette mit konsekutiver femoropatellarer Arthrose. Die Ursache sei nicht eindeutig. Es sei natürlich möglich, dass trotz der technisch korrekten Refixation des MPFL/Retinaculum immer noch eine gewisse Lateralisierungstendenz der Patella bestehe, was zu einem gegenüber der individuellen Norm höheren Anpressdruck der Patellafazette und einer konsekutiven Knorpeldestruktion führen könne. Dagegen spreche aber einerseits die leichte angeborene Dysplasie der Trochlea und andererseits die eingeschränkt wahrgenommene Funktion mit/bei willentlich reduziertem Knieeinsatz bei Arbeitsunfähigkeit seit dem 29. April 2018. Damit entfalle die Argumentation für eine überwiegend wahrscheinlich sekundäre femoropatellare Arthrose auf der funktionellen Ebene. Bei den multifaktoriellen Möglichkeiten, welche eine angeblich invalidisierende, lateral betonte und in casu angeblich einzig schmerzursächliche femoropatellare Arthrose auslösen könnten, könne die Ursache aus orthopädisch-traumatologischer Sicht nicht überwiegend wahrscheinlich einem einzigen Faktor – in casu speziell dem inkriminierten Ereignis – zugewiesen werden. Die laterale Facette der Patella werde bei einer Luxation zwar einmalig und kurzzeitig belastet, was aber bei der Dysplasie der Trochlea kaum wahrscheinlich einen hinreichend intensiven Kraftvektor auf die patellare Gelenkfläche auszuüben vermöge,



um dort eine grossflächige Delamination zu verursachen, welche im Verlauf sogar noch zunehme. Vorliegend bestehe damit lediglich die Möglichkeit, dass die Luxation bzw. die Operation und deren Folgen (mit-)ursächlich für das heutige Beschwerdebild bzw. die laterale femoropatellare Arthrose rechts sein könnten. Dr. J.____ wies zudem darauf hin, dass eine sensorische Radikulopathie rechts mit rechtsbetonter Diskusprotrusion L5/S1 und eine Diskusprotrusion mit Anulus fibrosus-Riss L3/5 vorliege. Daraus ergebe sich, dass die geklagten bzw. persistierenden ventralen Knieschmerzen mindestens ebenso gut auf dieser Radikulopathie bzw. auf diesem Problemkreis beruhen könnten. Dies weil das Wirbelsäulenproblem mit Sicherheit vorbestehend gewesen sei, unter Umständen ohne zunächst fokale Beschwerden auszulösen (UV-act. M65).

2.1.3. Dr. J.____ schloss insgesamt nachvollziehbar, die Operation vom 12. August 2020 (Implantation einer patellofemorale unikompartimentellen Knieprothese rechts bei fortgeschrittener Femoropatellararthrose; UV-act. M66) sei wahrscheinlich nicht unfallkausal. Selbst wenn vorgängig des Ereignisses vom 29. April 2018 die medizinisch-empirisch vorbestehenden, aber asymptomatischen Veränderungen im rechten Knie nicht belegt seien, spreche dies nicht zwingend dafür, dass die nun nachgewiesenen Veränderungen an der lateralen Patellafacette durch einen Unfall respektive durch eine schädigende Kraft bei einem inkriminierten Ereignis verursacht worden seien (UV-act. M65). Auf Nachfrage der Beschwerdegegnerin hielt Dr. J.____ sodann am 11. September 2020 überzeugend fest, der krankhafte Vorzustand (Patelladysplasie und retropatellarer Knorpelschaden Grad IV) sei mit dem Unfall vom 29. April 2018 nicht richtungsgebend verschlimmert worden. Die mit der Operation vom 12. August 2020 behandelten Veränderungen seien alle überwiegend wahrscheinlich unfallfremd (UV-act. M67).

2.1.4. Die Beurteilung von Dr. J.____ wird gestützt durch diejenige von Dr. I.____. Dieser hatte am 25. April 2020 befunden, die Patelladysplasie und der retropatellare Knorpelschaden Grad IV seien nicht unfallkausal. Die derzeit geklagten Beschwerden seien eher auf den Knorpelschaden zurückzuführen. Hinsichtlich der Operation vom 19. August 2019 (Refixation und Raffung des medialen Retinaculum) seien die Narbenverhältnisse reizlos, das Patellatracking sei normal (UV-act. M41). Er verwies dabei auf den Bericht von Dr. G.____ sowie einer Assistenzärztin der Klinik H.____ vom 22. Januar 2020, welche einen Status nach dem operativen Eingriff vom 19. August 2019 bei einer symptomatischen, isolierten Retropatellararthrose Knie rechts diagnostiziert hatten (UV-act. M37). Bereits am 22. Oktober 2019 hatten die behandelnden Ärzte der Klinik H.____ dieselben Diagnose gestellt (UV-act. M34). Die Beurteilung von Dr. I.____ ist damit insofern plausibel, als er die noch vorhandenen



Beschwerden auf den Knorpelschaden zurückführte. Bezüglich der Verneinung der Kausalität desselben ist seiner Beurteilung zwar keine Begründung zu entnehmen, sie entspricht jedoch, wie gesagt, der erwähnten Einschätzung von Dr. J.____.

2.2.

2.2.1. Im Gegensatz zu Dr. J.____ (vgl. UV-act. M67) war der beratende Arzt der Beschwerdegegnerin, Dr. K.____, am 28. November 2018 von einer richtungsgebenden Verschlimmerung des Vorzustandes ausgegangen. Er hatte jedoch wie Dr. J.____ und Dr. I.____ die Trochleadysplasie und den Knorpelschaden retropatellär Grad IV als vorbestehend beurteilt (UV-act. M16). Seine kurze und nicht weiter begründete Stellungnahme widerspricht der Einschätzung von Dr. J.____ und der Leistungseinstellung per 31. Mai 2020 insofern nicht, als er sich bereits rund zwei Monate nach dem Unfall vom 29. April 2018 äusserte und dementsprechend noch keine Kenntnis vom weiteren Verlauf und den später entstandenen medizinischen Akten hatte. Dasselbe gilt auch für die Einschätzung des beratenden Arztes Dr. med. L.____, Facharzt für Chirurgie FMH, welcher am 25. September 2018 ohne weitere Begründung befunden hatte, die gesundheitlichen Störungen seien überwiegend wahrscheinlich auf das Ereignis vom 29. April 2018 zurückzuführen (UV-act. M11/1).

2.2.2. Die behandelnden Ärzte sind sich einig, dass die noch vorhandenen Beschwerden auf die retropatellare Arthrose zurückzuführen sind. Dr. F.____ äusserte sich bereits am 24. Januar 2019 in diesem Sinne (UV-act. M20, vgl. auch UV-act. M42). Dementsprechend wurde der Beschwerdeführerin am 12. August 2020 eine patellofemorale unikompartimentelle Knieprothese rechts eingesetzt (vgl. UV-act. M66). Dr. G.____ sowie ein Assistenzarzt der Kniechirurgie hielten am 17. November 2020 fest, die Beschwerdegegnerin habe die Kostenübernahme derzeit abgelehnt. Dies bei einem klaren traumatischen Ereignis mit direktem Zusammenhang zur Retropatellararthrose, welche mit überwiegender Wahrscheinlichkeit posttraumatisch sei (UV-act. M69). Sie begründeten diese Aussage jedoch nicht, weshalb sie nicht geeignet ist, die überzeugende Beurteilung von Dr. J.____ in Frage zu stellen. Die Tatsache, dass Dr. J.____ bei seiner letzten Stellungnahme vom 11. September 2020 noch keine Kenntnis vom genannten Bericht vom 17. November 2020 hatte, schmälert damit die Beweiskraft seiner Einschätzung nicht. Zudem hatte Dr. G.____ bereits am 24. Juni 2020 beurteilt, es bestehe eine ausgeprägte posttraumatische Retropatellararthrose (UV-act. M43). Dieser Bericht lag Dr. J.____ vor (vgl. UV-act. M65). Auch weiteren Berichten von behandelnden Ärzten ist sodann keine konkrete Stellungnahme zur Unfallkausalität zu entnehmen. Der behandelnde Arzt des Spitals E.____ hielt am 4. Mai 2018 zwar fest, es



zeigten sich die typischen Schäden nach einer Patellaluxation. Er befand jedoch – wie erwähnt (vgl. E. 2.1.1) – bei einem der freien Gelenkkörper handle es sich wahrscheinlich um ein abgeschertes Knorpelfragment, beim zweiten könnte es sich um ein älteres Fragment handeln (UV-act. M4). Daraus lässt sich keine überwiegend wahrscheinliche Unfallkausalität der Knorpeldefekte und insbesondere nicht der Femopatellararthrose ableiten. Auch dem Bericht von Dr. D.____ vom 21. Januar 2019 lässt sich, entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin (vgl. act. G6), keine konkrete Aussage zur umstrittenen Unfallkausalität entnehmen. Diese hatte zwar als Ursache der Arbeitsunfähigkeit eine Patellaluxation mit unter anderem Knorpelläsionen Grad IV festgehalten sowie über weiterhin bestehende Beschwerden berichtet, sich jedoch nicht zur Unfallkausalität geäußert (UV-act. M19). Folglich vermögen die Einschätzungen der behandelnden Ärzte keine auch nur geringen Zweifel an der Aktenbeurteilung des beratenden Arztes Dr. J.____ zu wecken.

2.2.3. RAD-Ärztin Dr. med. M.____ befand am 30. Juni 2020, der Unfall vom 29. April 2018 müsse als das auslösende Ereignis für die Arbeitsunfähigkeit angesehen werden bei einem Mischbild aus unfallbedingten und degenerativen Veränderungen (vgl. IV-act.). Sie äusserte sich jedoch nicht dazu, welche Beschwerden sie als unfallkausal erachtete und ob diese im Zeitpunkt der Leistungseinstellung vom 31. Mai 2020 bzw. ihrer Beurteilung vom 30. Juni 2020 noch bestanden. Ihre Stellungnahme ist damit ebenfalls nicht geeignet, die Einschätzung von Dr. J.____ in Frage zu stellen.

2.3. Insgesamt ist ein kausaler Zusammenhang zwischen den im Zeitpunkt der Leistungseinstellung per 31. Mai 2020 noch geklagten Beschwerden, welche auf die Retropatellararthrose zurückzuführen sind, und dem Unfall vom 29. April 2018 nicht überwiegend wahrscheinlich nachgewiesen. Es liegt nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ein unfallbedingter primärer oder sekundärer Knorpelschaden oder eine richtungsgebende Verschlimmerung des Vorzustandes vor, welche sich in diesem Zeitpunkt noch ausgewirkt hätten. Die unfallbedingten Schäden waren mit dem lateralen Release, der Raffung und der Refixation des MPFL mit gutem Ergebnis operativ behandelt worden und gemäss der schlüssigen Beurteilung von Dr. I.____ war damit insoweit spätestens ab März 2020 keine namhafte Besserung mehr zu erwarten (UV-act. M41). Weitere medizinische Abklärungen erübrigen sich. Die nach dem Fallabschluss von der IV-Stelle noch gewährten beruflichen Massnahmen (vgl. UV-act. K107 f.) stehen dem Fallabschluss insofern nicht entgegen, als die Massnahmen lediglich der Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt unter Berücksichtigung der unfallfremden Beschwerden dienten (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 29. April 2016, 8C_892/2015, E. 4.1 f.).



2.4. Dass die Beschwerdeführerin die Aktenbeurteilung von Dr. J.____ im Übrigen generell für ernsthaft fragwürdig hält, da die Unabhängigkeit und Objektivität seiner Feststellungen und Ausführungen aufgrund seiner wiederholten beratenden und gutachterlichen Tätigkeiten für die Beschwerdegegnerin und andere Unfallversicherungen nicht gegeben sei, ändert nichts an den vorstehend wiedergegebenen Schlussfolgerungen. Denn gemäss konstanter bundesgerichtlicher Rechtsprechung beeinträchtigt der Umstand, dass ein Arzt oder eine Ärztin regelmässig versicherungsmedizinische Beurteilungen für Versicherungsträger abgibt oder sogar in einem Anstellungsverhältnis zu einem solchen steht, für sich allein die Zuverlässigkeit der Expertise nicht (vgl. zur verlangten Unabhängigkeit der begutachtenden Person: Ueli Kieser, Kommentar ATSG, 4. Aufl., N 30 ff. zu Art. 44, mit weiteren Hinweisen). Von Abklärungen im Sinn des von der Beschwerdeführerin in der Beschwerdeergänzung gestellten Beweisantrags (act. G6 Ziff. 3.5.5) zur Häufigkeit der auftragsmässigen versicherungsmedizinischen Betätigung durch Dr. J.____ ist deshalb kein massgeblicher Erkenntnisgewinn zu erwarten, weshalb darauf zu verzichten ist.

3.

Weiter umstritten ist der Grad der Arbeitsfähigkeit im Zeitpunkt des Fallabschlusses per 31. Mai 2020.

3.1. Die behandelnden Ärzte attestierten der Beschwerdeführerin seit dem Unfallereignis vom 29. April 2018 durchgehend eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (vgl. UV-act. AUF1 ff.). Dr. J.____ beurteilte am 11. August 2020, diesbezüglich sei keine hinreichend medizinisch nachvollziehbare Begründung ersichtlich. Die subjektiv vorgebrachte retropatellare Symptomatik sei – bei fehlenden klinischen und radiologischen pathognomischen Befunden – nicht geeignet, eine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit im stehenden Beruf als Hilfsköchin zu belegen. Bei der Nachkontrolle vom 22. Januar 2020 (sechs Monate nach der arthroskopischen Revision) in der Klinik H.____ sei eine klinische Situation vorgefunden worden, welche einer Attestierung einer anhaltenden 100%igen Arbeitsunfähigkeit widerspreche. Die Arbeitsunfähigkeit sei lediglich aufgrund der subjektiv vorgebrachten Beschwerden ausgesprochen worden (UV-act. M65). Im genannten Bericht hielten Dr. G.____ sowie eine Assistenzärztin der Kniechirurgie im Wesentlichen einen unauffälligen Befund fest, bei jedoch noch deutlichem Anpress- und Verschiebeschmerz in der Patella. Sie interpretierten dies als Restbeschwerden im Rahmen einer postoperativen retropatellären Reizung. Die attestierte volle Arbeitsunfähigkeit begründeten sie jedoch nicht, weshalb diese nicht nachvollziehbar erscheint (UV-act. M37). Dr. J.____ schätzte



die Arbeitsfähigkeit nicht konkret und äusserte sich insbesondere nicht zu allfälligen Adaptionenkriterien (vgl. UV-act. M65, M67). Der beratende Dr. I.____ hatte jedoch am 25. April 2020 überzeugend beurteilt, dass die angestammte Tätigkeit als Hilfsköchin unfallbedingt nicht mehr zumutbar sei. In einer Verweistätigkeit (leichte wechselbelastende körperliche Tätigkeit, ohne häufiges Treppensteigen, ohne Ersteigen von Leitern und Gerüsten, ohne knien und hocken und nicht ausschliesslich gehend/stehend und sitzend) sei ab Anfang März 2020 ein Pensum von 100 % zumutbar (UV-act. M41, vgl. UV-act. M39a).

3.2. Abweichend davon beurteilte RAD-Ärztin Dr. M.____ am 30. Juni 2020, in einer adaptierten Tätigkeit sei die Beschwerdeführerin ganztags mit höchstens geringer Leistungsminderung aufgrund der erforderlichen Positionswechsel arbeitsfähig. Sie gehe von einer Arbeitsfähigkeit von 90 % aus. Eine adaptierte Tätigkeit müsste vorwiegend sitzend, aber gleichzeitig rückenadaptiert mit wechselbelastenden Anteilen und der Möglichkeit zu Positionswechseln sein (IV-act.). Dr. M.____ berücksichtigte bei ihrer Einschätzung offenbar auch die unfallfremden Rückenbeschwerden sowie die Retropatellararthrose. Ihre Beurteilung widerspricht damit der Einschätzung von Dr. I.____ nicht. Dasselbe gilt auch für die nicht weiter begründeten Atteste der behandelnden Ärzte (vgl. UV-act. AUF), welche sämtliche – auch unfallfremde – Beeinträchtigungen berücksichtigten und sich zudem nicht zu allfälligen Adaptionenkriterien äusserten.

3.3. Folglich ist im Zeitpunkt des Fallabschlusses per 31. Mai 2020 von einer Arbeitsfähigkeit von 100 % in einer adaptierten Tätigkeit auszugehen.

4.

Basierend darauf ist im Rahmen eines Einkommensvergleichs der Invaliditätsgrad zu ermitteln.

4.1. Massgebend für das Valideneinkommen ist, was die versicherte Person aufgrund ihrer beruflichen Fähigkeiten und persönlichen Umstände nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit im massgebenden Zeitpunkt des allfälligen Rentenbeginns verdient hätte. Für die Bestimmung des Valideneinkommens wird grundsätzlich am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da erfahrungsgemäss die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre (BGE 139 V 28 E. 3.3.2, 125 V 58 E. 3.1; Urteile des Bundesgerichts vom 18. März 2015, 8C_590/2014, E. 5.1, und 21. August 2013, 8C_196/2013, E. 3.1). Die



Beschwerdeführerin war vom 25. April 2016 bis zum 30. September 2018 bei der C.____ GmbH als ungelernte Köchin tätig. Vorerst war sie in einem Pensum von 70 % beschäftigt, ab 1. Mai 2018 sodann von 50 % (vgl. UV-act. UM, K14, K22 f., K32). Für letzteres war ein Bruttolohn von Fr. 2'363.-- vereinbart (vgl. UV-act. K22), was bei einem Pensum von 100 % einem Jahreslohn von Fr. 56'712.-- (Fr. 2'363.-- x 2 x 12) entspräche. Aufgrund der Akten ist jedoch nicht klar ersichtlich, ob dies dem zuvor ausgerichteten Lohn entsprach, zumal sich aus dem IK-Auszug für das Jahr 2017 ein etwas höheres Jahreseinkommen von Fr. 62'473.-- (Fr. 43'731.-- / 70 x 100) sowie für die rund 8 Monate dauernde Anstellung im Jahr 2016 aufgerechnet ein solches von Fr. 62'968.-- (Fr. 29'385.-- / 8 x 12 / 70 x 100) ergibt (vgl. UV-act. K34). Ausserdem wäre der auf dem IK-Auszug vermerkte Betrag von Fr. 16'576.-- für Januar bis September 2018 bei einem Pensum von 70 % während der ersten vier Monate und einem Pensum von 50 % während der restlichen fünf Monate bei einem monatlichen Einkommen von Fr. 3'308.-- (Fr. 2'363.-- / 50 x 70; vgl. auch UV-act. UM) bzw. Fr. 2'363.-- nicht nachvollziehbar. Die IV-Stelle ging von einem Valideneinkommen von Fr. 61'438.-- aus (vgl. UV-act. K63). Dieses lässt sich (annähernd) aus der Angabe in der Unfallmeldung, wonach die Beschwerdeführerin zum Zeitpunkt des Unfalls vom 29. April 2018 bei einem Pensum von 70 % ein Einkommen von Fr. 3'308.-- erzielte (vgl. UV-act. UM) berechnen (Fr. 3'308.-- / 70 x 100 x 13). Dies entspricht jedoch — wie gesagt — nicht dem IK-Eintrag für das Jahr 2018. Der abweichend davon in der angefochtenen Verfügung verwendete Tabellenlohn für die Gastronomiebranche von Fr. 50'278.-- (vgl. UV-act. K36) bzw. der Durchschnittswert der in den Jahren 2012 bis 2018 tatsächlich erzielten Einkommen von Fr. 60'541.-- im angefochtenen Einspracheentscheid (vgl. UV-act. K87 ff.) sind ebenfalls nicht nachvollziehbar bzw. können für das Valideneinkommen nicht ausschlaggebend sein. Letzterer Wert auch deshalb nicht, weil — wie erwähnt — die im Zeitraum vom Januar 2012 bis April 2016 geleisteten Pensen unbekannt sind. Insgesamt liegt damit keine verlässliche Grundlage zur Festlegung des Valideneinkommens vor. Da der Beschwerdeführerin jedoch auch im Invalidenfall weiterhin Hilfsarbeitertätigkeiten — wenn auch nicht als Hilfsköchin (vgl. UV-act. M41) — zumutbar sind, rechtfertigt sich ein Prozentvergleich. Dabei entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit, allenfalls unter Berücksichtigung eines Abzugs vom Tabellenlohn (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 27. Januar 2017, 9C_734/2016, E. 4.1, mit Hinweis).

4.2. Mit dem Tabellenlohnabzug ist zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten (Hilfsarbeiter-)Tätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren arbeitnehmenden Personen lohnmassig benachteiligt sind und deshalb mit



unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Sodann wird dem Umstand Rechnung getragen, dass weitere persönliche und berufliche Merkmale einer versicherten Person, wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad, Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 129 V 481 E. 4.2.3, vgl. auch BGE 134 V 327 E. 5.2). Wie Dr. I.____ festhielt, hat die Beschwerdeführerin unfallbedingt nur geringfügige qualitative Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit (leichte wechselbelastende körperliche Tätigkeit, ohne häufiges Treppensteigen, ohne Ersteigen von Leitern und Gerüsten, ohne knien und hocken sowie nicht ausschliesslich gehend/stehend und sitzend; UV-act. M41, vgl. UV-act. M39a). Sie ist im Vergleich zu voll leistungsfähigen Arbeitnehmern damit lohnmässig höchstens geringfügig benachteiligt und muss allenfalls mit leicht unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen (vgl. zum Ganzen Philipp Geertsen, Der Tabellenlohnabzug, in Ueli Kieser/Miriam Lendfers [Hrsg.]: Jahrbuch zum Sozialversicherungsrecht 2012, S. 139 ff.). Es rechtfertigt sich daher, den Tabellenlohnabzug auf 5 % festzulegen. Ein höherer Abzug erscheint entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin (vgl. act. G6) nicht gerechtfertigt.

4.3. Ausgehend von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit für leidensangepasste Hilfsarbeitertätigkeiten und unter Berücksichtigung eines 5%igen Tabellenlohnabzugs ergibt sich im Rahmen eines Prozentvergleichs ein nicht rentenbegründender Invaliditätsgrad von 5 % ($0 \% + [100 \% \times 5 \%]$). Wie die Beschwerdegegnerin zu Recht vorbringt (act. G8), entfaltet die – vorliegend abweichende – Invaliditätsschätzung der Invalidenversicherung (Invaliditätsgrad von 20 % [IV-act.]) gegenüber dem Unfallversicherer keine Bindungswirkung (Urteil des Bundesgerichts vom 18. September 2019, 8C_224/2019). Zudem liegt keine abgeschlossene Invaliditätsberechnung der IV-Stelle vor, zumal diese nach Erlass ihres Vorbescheids vom 30. Juni 2020 (vgl. IV-act.) für die Kosten von beruflichen Massnahmen aufkam (vgl. UV-act. K107 f.).

5.

Schliesslich ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Integritätsentschädigung zu beurteilen.

5.1. Die Integritätsentschädigung wird gemäss Art. 25 Abs. 1 UVG entsprechend der Schwere des Integritätsschadens abgestuft. Bei einem gleichen medizinischen Befund ist der Integritätsschaden für alle Versicherten gleich; er wird abstrakt und egalitär bemessen. Spezielle Behinderungen der betroffenen Person bleiben dabei unberücksichtigt (BGE 124 V 35 E. 3c, 113 V 221 E: 4b). Die Bemessung des



Integritätsschadens hängt somit nicht von den besonderen Umständen des Einzelfalls ab; es geht vielmehr um die medizinisch-theoretische Ermittlung der Beeinträchtigung der körperlichen und/oder geistigen Integrität, wobei subjektive Faktoren ausser Acht zu lassen sind (BGE 115 V 147 E. 1). Nach Art. 36 Abs. 2 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) wird die Integritätsentschädigung gemäss den Richtlinien des Anhangs 3 zur UVV bemessen. Dieser Anhang enthält eine als gesetzmässig und nicht abschliessend anerkannte Skala. Die medizinische Abteilung der Suva hat in Weiterentwicklung der bundesrätlichen Skala zusätzliche Bemessungsgrundlagen in tabellarischer Form (sogenannte Feinraster) erarbeitet. Diese Tabellen enthalten Richtwerte, mit denen die Gleichbehandlung aller Versicherten gewährleistet werden soll; sie sind mit dem Anhang 3 zur UVV vereinbar (BGE 124 V 32 E. 1c mit Hinweis).

5.2. Dr. I.____ beurteilte am 25. April 2020, eine Integritätsentschädigung sei nach Kenntnis der medizinischen Berichte nicht geschuldet. Die Entwicklung einer Femoropatellararthrose sei langfristig nicht auszuschliessen (UV-act. M41). Letztere ist jedoch – wie bereits ausgeführt (E. 2) – nicht unfallkausal und damit entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin (act. G1, G6) bei der Zusprache einer allfälligen Integritätsentschädigung nicht zu berücksichtigen. Die beim Unfall erlittene laterale Patellaluxation rechts sowie die Läsion des MPFL bzw. des Retinaculum patellae mediale waren mit gutem Ergebnis operativ behandelt worden. Aus den Akten ergeben sich keine unfallkausalen Einschränkungen, welche gemäss den einschlägigen Tabellen der Suva (Tabelle 2: "Integritätsschaden bei Funktionsstörungen an den unteren Extremitäten", Tabelle 6: "Integritätsschaden bei Gelenkinstabilitäten") zu einem Anspruch auf eine Integritätsentschädigung führen könnten. Es liegt damit keine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität vor, welche zu einem Anspruch auf eine Integritätsentschädigung führen könnte (vgl. Art. 24 Abs. 1 UVG). Ein Anspruch auf eine Integritätsentschädigung ist folglich zu verneinen.

6.

6.1. Im Sinne der vorstehenden Erwägungen ist der angefochtene Einspracheentscheid nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

6.2. Gerichtskosten sind mangels gesetzlicher Grundlage im UVG keine zu erheben (vgl. dazu Art. 61 lit. f^{bis} ATSG).

6.3. Ausgangsgemäss hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung.



7.

Da die Gerichtsschreiberin verhindert ist, wird der Entscheid für diese stellvertretend von einem mitwirkenden Richter unterzeichnet (Art. 39^{ter} Abs. 2 des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [VRP; sGS 951.1]).

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.