

# Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



---

I 2019 69

## Entscheid vom 13. November 2019

---

Besetzung

Dr.iur. Vital Zehnder, Vizepräsident  
Dr.med. Bernhard Zumsteg, Richter  
Dr.med. Urs Gössi, Richter  
MLaw Joëlle Sigrist, Gerichtsschreiberin

---

Parteien

A. \_\_\_\_\_,  
Beschwerdeführerin,  
vertreten durch Rechtsanwalt lic.iur. B. \_\_\_\_\_,

**gegen**

**C. \_\_\_\_\_ AG,**  
Vorinstanz,

---

Gegenstand

Unfallversicherung (Unfallkausalität)

## **Sachverhalt:**

**A.** A.\_\_\_\_\_ (Jg. 1959) war als Angestellte des D.\_\_\_\_\_, bei der C.\_\_\_\_\_ AG unfallversichert, als sie am 5. Juli 2018 zu Hause auf einem Stuhl stand, das Gleichgewicht verlor, herunterspringen musste und sich dabei am rechten Knie verletzte. Die Arbeitgeberin meldete den Vorfall am 4. August 2018 der Unfallversicherung.

**B.** Mit Verfügung vom 21. November 2018 stellte die C.\_\_\_\_\_ AG fest, dass \_\_\_\_\_ sie den Fall per 8. Oktober 2018 abschliesse und den Anspruch auf weitere Versicherungsleistungen ablehne. Gegen diese Einstellungsverfügung erhoben am 27. November 2018 die E.\_\_\_\_\_ AG als Krankenversicherer und am 10. Dezember 2018 A.\_\_\_\_\_ Einsprache. Am 14. Januar 2019 ergänzte der Krankenversicherer - nunmehr unter dem Rechtsträger F.\_\_\_\_\_ AG - seine Einsprache. Am 9. Mai 2019 erfolgte eine Ergänzung der Einsprache von A.\_\_\_\_\_ durch ihren Rechtsvertreter. Mit Einspracheentscheid vom 12. August 2019 wurden die Einsprachen abgewiesen.

**C.** Am 3. September 2019 lässt A.\_\_\_\_\_ gegen den Einspracheentscheid vom 12. August 2019 beim Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz fristgerecht Beschwerde erheben mit den Anträgen:

1. Der angefochtene Einspracheentscheid der C.\_\_\_\_\_ AG vom 12. August 2019 sei dahingehend abzuändern, dass diese der Beschwerdeführerin betreffend das Ereignis vom 5. Juli 2018 und den daraus resultierenden Kniebeschwerden vollumfänglich (über den 8. Oktober 2018 hinaus) die gesetzlichen Leistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung zu erbringen hat, insbesondere Heilkosten.
2. Eventualiter sei die Sache in Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheides der C.\_\_\_\_\_ AG vom 12. August 2019 zu ergänzenden Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen oder es seien selber ergänzenden Abklärungen vorzunehmen.
3. Die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung für das Einspracheverfahren zuzusprechen.
4. Unter Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

**D.** Mit Vernehmlassung vom 19. September 2019 beantragt die Vorinstanz, die Beschwerde vom 3. September 2019 sei vollumfänglich und unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdeführerin abzuweisen.

Am 29. Oktober 2019 hat das Gericht bei der Vorinstanz weitere Akten eingefordert, die am 12. November 2019 eingingen.

## **Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:**

1. Mit Schadenmeldung vom 4. August 2018 meldete die Arbeitgeberin der C.\_\_\_\_\_ AG einen Unfall der Beschwerdeführerin vom 5. Juli 2018. Sie sei zu Hause vom Stuhl aufs Knie gefallen. Verletzt sei das rechte Knie, der Meniskus sei gerissen, das Kreuzband überdehnt. Erstbehandelnder Arzt sei Dr.med. G.\_\_\_\_\_ (Facharzt für Innere Medizin), nachbehandelnder Arzt sei Dr.med. H.\_\_\_\_\_ (Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Sportarzt GOTS & DGSP). Seit dem 1. August 2018 bestehe eine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit (Vi-act. 2). Am 17. August 2018 und 17. September 2018 bestätigte die C.\_\_\_\_\_ AG die Schadenmeldung. Zu den Versicherungsleistungen könne sie noch nicht Stellung nehmen, sie kläre ihre Leistungspflicht. Aus den Schreiben geht sodann hervor, dass die C.\_\_\_\_\_ AG Versicherungsträger ist, die Schadenerledigung durch die I.\_\_\_\_\_ erfolgt (Vi-act. 7; 27).

Mit Verfügung vom 21. November 2018 teilte die C.\_\_\_\_\_ AG der Beschwerdeführerin mit, sie müsse den Fall, was die Unfallfolgen anbelange, per 8. Oktober 2018 abschliessen und den Anspruch auf weitere Versicherungsleistungen ablehnen (Vi-act. 42). Diese Beurteilung bestätigte die Vorinstanz mit dem Einspracheentscheid vom 12. August 2019 (Vi-act. 59). Die Beschwerdeführerin beantragt Versicherungsleistungen, insbesondere Heilkosten, über den 8. Oktober 2018 hinaus. Mithin ist vorliegend strittig und nachfolgend zu prüfen, ob die Vorinstanz ihre Leistungspflicht für die Zeit nach dem 8. Oktober 2018 zu Recht abgelehnt hat.

**2.1** Gemäss Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) vom 20. März 1981 werden Leistungen der Unfallversicherung bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt. Als Unfall gilt gemäss Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat.

Zudem erbringt die Versicherung ihre Leistungen auch bei Knochenbrüchen, Verrenkungen von Gelenken, Meniskusrissen, Muskelrissen, Muskelzerrungen, Sehnenrissen, Bandläsionen sowie Trommelfellverletzungen, sofern diese nicht vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen sind (Art. 6 Abs. 2

UVG) und ausserdem für Schädigungen, die dem Verunfallten bei der Heilbehandlung zugefügt werden (Art. 6 Abs. 3 UVG).

**2.2** Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat der Versicherte Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen. Ist der Versicherte infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat er Anspruch auf ein Taggeld (vgl. Art. 16 Abs. 1 UVG). Wird der Versicherte infolge des Unfalles invalid, so hat er Anspruch auf eine Invalidenrente (vgl. Art. 18 Abs. 1 UVG). Erleidet der Versicherte durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität, so hat er Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung (Art. 24 Abs. 1 UVG).

**2.3** Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 134 V 109 Erw. 2.1; BGE 129 V 177 Erw. 3.1 f.).

**2.3.1** Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht 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 des Versicherten beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiel; m.a.W. wenn der Unfall überwiegend wahrscheinlich zumindest eine indirekte Teilursache der gesundheitlichen Beschwerden ist (BGE 134 V 109 Erw. 2.1; Urteile BGer 8C\_172/2018 vom 4.6.2018 Erw. 4.2; 8C\_588/2013 vom 16.1.2014 Erw. 4.3.4; RKUV 200 Nr. 8 395 S. 317 Erw. 3; BGE 119 V 337 Erw. 1; BGE 117 V 360 Erw. 4a je mit Hinweisen).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung (im Beschwerdefall der Richter) im Rahmen der ihr obliegenden Beweismwürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat (BGE 138 V 218 Erw. 6; BGE 126 V 360 Erw. 5b mit Hinweisen). Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 177 Erw. 3.1; BGE 119 V 338 Erw. 1; BGE 118 V 289 Erw. 1b).

**2.3.2** Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt des Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 Erw. 3.2; BGE 125 V 461 Erw. 5a, je mit Hinweisen). Dabei ist es Aufgabe des Arztes, den natürlichen Kausalzusammenhang zu beurteilen, während es der Verwaltung und im Beschwerdefall dem Gericht obliegt, die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang zu beantworten (BGE 123 III 110 Erw. 2).

Die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers spielt bei organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate und natürliche Kausalität weitgehend decken (BGE 134 V 109 Erw. 2).

**2.4** Hat der Unfallversicherer seine Leistungspflicht einmal anerkannt, entfällt diese erst, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, der Gesundheitsschaden mit anderen Worten nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (status quo sine), erreicht ist (vgl. Urteil BGer 8C\_331/2015 Erw. 2.1.1; SVR 2011 UV Nr. 4 S. 12 Erw. 3.2 mit Hinweisen [8C\_901/2009]; RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 Erw. 3b).

Diesbezüglich ist festzuhalten, dass mit dem status quo sine der Gesundheitszustand bezeichnet wird, der sich bei einem schicksalsmässig verlaufenden, krankhaften Vorzustand ergibt, wenn nach einer vorübergehenden, unfallbedingten Verschlimmerung die auf einen Unfall zurückzuführende Gesundheitsschädigung vollständig abheilt und der Unfall keine natürliche Ursache des beim Versicherten vorhandenen Gesundheitsschadens mehr darstellt. Demgegenüber wird unter dem status quo ante ein unmittelbar vor dem Unfall bestehender und stabiler Vorzustand verstanden, der wieder erreicht wird, wenn die unfallbedingte Gesundheitsschädigung vollständig abgeheilt ist. Liegt ein schicksalsmässig verlaufender krankhafter Vorzustand im Sinne des status quo sine vor, schliesst dieser das Erreichen des status quo ante aus; umgekehrt kann ein status quo sine gar nie eintreten, wenn ein stabiler krankhafter Vorzustand durch einen unfallbeding-

ten Gesundheitsschaden nur temporär verschlimmert und der status quo ante wieder erreicht wird (Urteil EVGer U 135/05 vom 7.7.2005 Erw. 3.2).

**2.5** Treten im Anschluss an einen Unfall Beschwerden auf, die zuvor nicht bestanden haben, und ist davon auszugehen, dass durch den Unfall lediglich ein (zuvor stummer) Vorzustand aktiviert, nicht aber verursacht worden ist (es wurde der degenerative Vorzustand vorübergehend verschlimmert), so hat der Unfallversicherer nur Leistungen für das unmittelbar im Zusammenhang mit dem Unfall stehende Schmerzsyndrom gemäss Art. 36 Abs. 1 UVG zu erbringen. Mit dem Erreichen des Status quo sine vel ante entfällt eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden (SVR 2010 UV Nr. 4 S. 17, 8C\_181/2009 Erw. 5.4 f. mit Hinweisen; Urteile BGer 8C\_331/2015 Erw. 2.1.1; 8C\_557/2015 vom 7.10.2015 Erw. 5.2 ff.; 8C\_320/2013 vom 5.9.2013 Erw. 3.1). Steht indes aus ärztlicher Sicht fest, dass weder der Status quo ante noch der Status quo sine je wieder erreicht werden können, so spricht die Rechtsprechung von einer richtunggebenden Verschlimmerung (vgl. Rumo-Jungo/Holzer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum UVG, 4. Aufl., Zürich/Basel/Genf 2012, S. 54; Urteil BGer 8C\_212/2015 vom 10.7.2015 Erw. 2.2.1 m.H.).

**2.6** 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 Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die entsprechende Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer. Der Beweis des Wegfalls des Kausalzusammenhangs muss nicht durch den Nachweis unfallfremder Ursachen erbracht werden. Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliege oder die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei. Entscheidend ist allein, ob unfallbedingte Ursachen des Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind (Urteile BGer 8C\_523/2018 vom 5.11.2018 Erw. 3.2; 8C\_847/2008 vom 29.1.2009 Erw. 2; 8C\_126/2008 vom 11.11.2008 Erw. 2.3 und U 143/02 vom 25.10.2002 Erw. 3.2).

**2.7** Bei Taggeldern und Heilbehandlung handelt es sich nicht um Dauerleistungen. Der Versicherungsträger kann diese ohne Berufung auf einen Wiedererwägungs- oder Revisionsgrund "ex nunc und pro futuro" einstellen, wenn sich

herausstellt, dass die gesetzlichen Anspruchsvoraussetzungen gar nicht erfüllt sind, etwa weil bei richtiger Betrachtung gar kein versichertes Ereignis vorliegt (BGE 130 V 380 Erw. 2.3.1; Urteile BGer 8C\_187/2017 vom 11.8.2017 Erw. 2.3; 8C\_176/2016 vom 17.5.2016 Erw. 3.2; 8C 249/2016 vom 1.3.2017 Erw. 3.2).

**2.8** Gemäss dem in Art. 43 Abs. 1 ATSG normierten Untersuchungsgrundsatz hat der Versicherungsträger die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vorzunehmen. Diese Untersuchungspflicht gilt grundsätzlich auch im Gerichtsverfahren (Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Aufl., Art. 43 Rz. 28). Was notwendig ist, ergibt sich zum einen daraus, in welchem Umfang Abklärungen vorzunehmen sind, und zum anderen daraus, in welcher Tiefe dies der Fall ist. Zunächst sind die für die zu entscheidende Frage massgebenden Bereiche abzustecken und in der Folge ist der Sachverhalt abzuklären. Die Verwaltung als verfügende Instanz und im Beschwerdefall das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisforderungen nicht. Der Richter und die Richterin haben vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigen (BGE 138 V 218 Erw. 6; BGE 126 V 353 Erw. 5b; BGE 125 V 193 Erw. 2). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus, da es Sache des Sozialversicherungsgerichts (oder der verfügenden Verwaltungsstelle) ist, für die Zusammentragung des Beweismaterials besorgt zu sein.

Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 261 Erw. 3b; Urteil BGer 8C\_663/2009 vom 27.4.2010 Erw. 2.2). Auf ein beantragtes Beweismittel kann ohne Verletzung des Gehörsanspruches des Versicherten verzichtet werden, wenn die Verwaltung oder der Richter bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung gelangt, der Sachverhalt, den eine Partei beweisen will, sei nicht rechtserheblich oder der angebotene Beweis vermöge keine Abklärungen herbeizuführen. In der damit verbundenen antizipierten Beweiswürdigung kann kein Verstoss gegen das rechtliche Gehör nach Art. 29

Abs. 2 BV erblickt werden (BGE 122 V 157 Erw. 1.d mit Hinweis auf BGE 104 V 209 Erw. a und BGE 119 V 335 Erw. 3c je mit Hinweisen).

**2.9** Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 43 und 61 ATSG). Danach haben die beurteilenden 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.

**2.10** Zur Feststellung natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin ist die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall der Richter wesensgemäss auf Angaben ärztlicher Fachkräfte angewiesen. 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 231 Erw. 5.1). Ausschlaggebend für den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 Erw. 3a; BGE 122 V 157 f. Erw. 1c mit Hinweisen).

Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens durch die I. \_\_\_\_\_ und durch UVG-Privatversicherer eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 Erw. 1.3.4; BGE 125 V 351 Erw. 3b/bb).

Auch den Berichten versicherungsinterner Ärzte kann rechtsprechungsgemäss Beweiswert beigemessen werden, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (RKUV 1991 Nr. U 133 S. 311). Ein Anstellungsverhältnis dieser Person zum Versicherungsträger alleine lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne

Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 139 V 225 Erw. 5.2; BGE 135 V 465 Erw. 4.4 mit Hinweisen).

In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten darf und soll der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass die Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, weshalb den (unabhängigen) Fachärzten mehr Gewicht zukommt (vgl. Urteil des BGer 8C\_871/2008 vom 24.3.2009 Erw. 3.2 mit Hinweisen; BGE 135 V 465 Erw. 4.5; BGE 125 V 353 Erw. 3b/cc). Dies gilt grundsätzlich nicht nur für Hausärzte (BGE 135 V 465 Erw. 4.5), sondern auch für spezialärztlich behandelnde Medizinalpersonen (Urteile BGer 8C\_609/2017 vom 27.3.2018 Erw. 4.3.3; 8C\_180/2017 vom 21.6.2017 Erw. 4.4.2). Mit Blick auf die Verschiedenheit von Behandlungs- und Begutachtungsauftrag kann daher im Streitfall regelmässig nicht auf die Sicht des behandelnden (Fach-)Arztes abgestellt werden (vgl. statt vieler: Urteil des BGer I 701/05 vom 5.1.2007 Erw. 2 mit Hinweisen).

Eine ärztliche Beurteilung aufgrund der Akten ist nicht an sich unzuverlässig. Für die Beweistauglichkeit entscheidend ist, dass genügend Unterlagen von persönlichen Untersuchungen vorliegen (RKUV 1988 Nr. U 56 S. 371 Erw. 5b). Dem reinen Aktengutachten kann voller Beweiswert zukommen, sofern ein lückenloser Befund vorliegt, und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhaltes geht. Aktengutachten sind insbesondere dann von Belang, wenn die relevanten Befunde mehrfach und ohne wesentlichen Widerspruch bereits erhoben worden sind, aber die Zuordnung zu einer Diagnose oder der Kausalzusammenhang und das Ausmass der Behinderung verschieden bewertet werden. In diesen Fällen kann in einem Aktengutachten das Für und Wider der verschiedenen Meinungen erwogen und die überwiegende Wahrscheinlichkeit für eine bestimmte Beurteilung deutlich gemacht werden (Urteile BGer 8C\_523/2018 vom 5.11.2018 Erw. 5.2; 8C\_540/2007 vom 27.3.2008 Erw. 3.2 mit Hinweisen).

**3.** Zum Unfallhergang, der Gesundheitsschädigung, zum Verlauf sowie zur ärztlichen Beurteilung ergibt sich aus den Akten:

**3.1** Gemäss Arztzeugnis UVG vom 19. August 2018 von Dr.med. G. \_\_\_\_\_ erlitt die Beschwerdeführerin am 5. Juli 2018 einen 'Stolpersturz'. Die Erstbehandlung sei am 6. Juli 2018 erfolgt. Am 31. Juli 2018 sei ein MRT durchgeführt

worden. Als Diagnose nannte er eine Aussenmeniskushinterhornläsion am rechten Knie. Er habe die Beschwerdeführerin an den Facharzt Dr.med. H. \_\_\_\_\_ überwiesen, ggfs. sei eine Operation nötig. Die Beschwerdeführerin sei am 7. und 8. Juli 2018 sowie vom 2. bis 23. August 2018 100% arbeitsunfähig (Vi-act. 13).

Dem Arztbericht hat Dr.med. G. \_\_\_\_\_ die Behandlungseinträge aus der Krankengeschichte beigelegt (Vi-act. 14). Für die Erstbehandlung vom 6. Juli 2018 notierte er als akute Diagnose eine Knie-distorsion rechts, v.a. Innenband-/Innenmeniskusläsion. Der Unfall (Stolpersturz, dabei rechtes Knie verdreht) habe sich am 5. Juli 2018 ereignet. Sie zeige ein hinkendes Gangbild, keine Schwellung. Schmerzen v.a. lateraler Kniegelenkspalt rechts. Keine Aufklappbarkeit, keine Schublade. Ein Röntgen Knie rechts a.p. und seitlich zeige keine knöchernen Verletzung. Er gab ein Tape und vereinbarte, dass bei fehlender Besserung ein MRT durchgeführt werden solle.

**3.2** Am 31. Juli 2018 erfolgt eine MR-Untersuchung des rechten Knies bei klinischer Angabe "Stolpersturz am 05.07.18. Verdacht auf Meniskusläsion". Dr.med. J. \_\_\_\_\_ (Fachärztin Radiologie) berichtet in der Folge Dr.med. G. \_\_\_\_\_ (Vi-act. 15):

#### **Befund**

##### ***Femoropatellar***

Minimale Lateralisation der Patella. Der knorpelige Überzug patellar und femoral unauffällig, kein Knochenmarködem. Minimale ödematöse Veränderungen entlang des medialen Retinakulums. Grossvolumiger Erguss im Recessus suprapatellaris.

##### ***Mediales Kompartiment***

Bogenförmige Signalanhebung am Innenmeniskushinterhorn bis in die Pars intermedia hineinreichend mit fraglichem Kontakt zur Unterfläche. Leichte Subluxation des Vorderhorns. Ossäre Strukturen unauffällig. Es zeigt sich eine kurzstreckige Delamination des Knorpels im Bereich des distalen Femurs/dorsal. Grossvolumige mehrkammerige Baker-Zyste in loco typico mit angrenzendem Weichteilödem bei einer max. Ausdehnung von 6,4 x 3, 1 x 2, 1 cm. Ödem in der Fossa poplitea.

##### ***Laterales Kompartiment***

Deutliche Signalalterationen entlang der Sehne des M. popliteus, die ausgedünnt imponiert. Muskelödem im M. popliteus. Signalstörung des Lig. collaterale fibulare. Die Gelenkkapsel ist lateral wellenförmig verlaufend.

Komplexe Läsion des Aussenmeniskushinterhorns und Pars intermedia bei fehlender Abgrenzbarkeit der Pars intermedia mit Meniskusdislokation nach dorsal. Kräftiges angrenzendes Weichteilödem sowie Flüssigkeitskollektion.

##### ***Zentrales Kompartiment***

VKB Struktur intakt. Die VKB-Struktur kommt leicht verplumpt und signalalteriert zur Darstellung, keine komplette Diskontinuität.

Ligamenta menisco-femorale anterius und posterius. Ödem im Hoffa'schen Fettkörper. Ödem präpatellar sowie entlang des Ligamentum patellae.

#### **Beurteilung**

Läsion des Aussenmeniskushinterhorns mit nach dorsal disloziertem Meniskusan-  
teil.

Posterolateral corner injury mit Muskelödem im M. popliteus.

Bogenförmige Läsion (Grad II-III) am Innenmeniskushinterhorn.

Kurzstreckige Delamination des Knorpels im Bereich des medialen Femurs/dorsal-  
seitig.

Zerrung des VKB ohne komplette Diskontinuität.

Grossvolumiger Erguss im Recessus suprapatellaris, Ödem im Hoffa'schen Fett-  
körper sowie in der Fossa poplitea.

Ausgedehnte mehrkammerige Baker-Zyste in loco typico wie beschrieben.

**3.3** Am 2. August 2018 dokumentierte Dr.med. G.\_\_\_\_\_ als Diagnose eine Läsion Aussenmeniskushinterhorn, Baker-Zyste, Erguss am rechten Knie. Die Beschwerdeführerin habe mit Schmerzen gearbeitet, möchte nun eine AUF. Das rechte Knie sei überwärmt, geringe Schwellung, Schmerzen v.a. beim Treppen steigen. Er meldet die Beschwerdeführerin bei Dr.med. H.\_\_\_\_\_ an (Vi-act. 14).

**3.4** Dr.med. H.\_\_\_\_\_ untersuchte die Beschwerdeführerin am 23. August 2018 (Vi-act. 17), worüber er Dr.med. G.\_\_\_\_\_ gleichentags berichtete:

Diagnose:

- Komplexe Aussenmeniskus-Hinterhornläsion mit nach dorsal disloziertem und eingeschlagenem Meniskusteil am rechten Kniegelenk.
- Zusätzlich bogenförmige Läsion Grad II - III am Innenmeniskushinterhorn.
- Verdacht auf kurzstreckige Delamination des Knorpels im Bereich des medialen Femurs dorsalseitig.
- VKB-Zerrung rechtes Kniegelenk.

Als Befund dokumentierte Dr.med. H.\_\_\_\_\_ eine leichte Schwellung des rechten Kniegelenks mit entsprechender Druckdolenz über dem medialen wie auch dem lateralen Gelenkspalt. Meniskuszeichen medial und lateral positiv. VKB, HKB und Seitenbänder seien stabil. Periphere DMS und Reflexe unauffällig. Er habe die Situation, Bilder und Befunde mit der Beschwerdeführerin besprochen und ihr konservative und operative Therapiemöglichkeiten aufgezeigt, wobei in ihrem Fall die konservative Option nicht mehr in Frage komme. Für den 27. August 2018 sei eine Kniespiegelung mit Teilmenisektomie und Gelenkspülung geplant.

**3.5** Gemäss OP- & Austrittsbericht von Dr.med. H.\_\_\_\_\_ vom 29. August 2018 war die Beschwerdeführerin vom 27. bis 29. August 2018 hospitalisiert bei folgender Diagnose und Eingriff (Vi-act. 25):

**Diagnose:**

- Meniscus lateralis-Läsion rechts bei zusätzlicher Chondromalazie am medialen Femurkondylus lateralseitig zweit- bis drittgradig und freien Gelenkkörpern intra-artikulär.

- Ausgeprägte Plica medio- und lateropatellaris sowie centralis

**Arthroskopischer bzw. operativer Eingriff:**

- Arthroskopische Teilresektion des Meniscus lateralis rechts sowie
- Entfernung aller freien Gelenkkörper aus dem Kniegelenk
- Knorpelglättung am medialen Femurkondylus bei deutlicher Aufrauung und Gefahr weiterer freier Gelenkkörper.
- Resektion einer symptomatischen und ausgeprägten Plica medio- und lateropatellaris sowie zusätzlich Plica centralis.

Zu dem am 27. August 2018 erfolgten Eingriff selbst dokumentiert Dr.med. H.\_\_\_\_\_:

**1. diagnostische Arthroskopie:**

**- Suprapatellärer Rezessus und femoropatellares Gleitlager:**

Hier zeigen sich bereits einzelne freie Gelenkkörper, welche in der Schleimhaut zum Teil fixiert sind. Ausgeprägte Synovialitis und Entzündungszeichen mit Reizerguss. Medialer und lateraler Pouch leer. Retropatellare Knorpelverhältnisse sowie im patellofemorale Gleitlager unauffällig. Deutlich erschwerte Einsicht durch eine ausgeprägte Plica medialis sowie lateralis.

**- Mediales Kompartiment:**

Schürffurchen am Femurkondylus lateral bei ansonsten intaktem Meniscus medialis. Tibialseitig zeigten sich gute Knorpelverhältnisse. Im Bereich des Femurkondylus zeigt sich bei einer Flexion von 45° eine deutliche Aufrauung und zweit- bis drittgradige Chondromalazie im lateralen Bereich des Femurkondylus medialis.

**- Interkondylär:**

Hier erst erschwerte Einsicht aufgrund einer Plica centralis, welche relativ derb ist. Auch hier ausgeprägte synovialitische Zeichen mit Entzündung der Schleimhäute bei intaktem VKB und HKB.

**- Laterales Kompartiment:**

Hier zeigt sich ein deutlicher Einriss des Meniscus lateralis radiallyseitig auf Höhe des Musculus popliteus mit umgeschlagenem und eingeschlagenem dorsalem Fragment. Knorpelverhältnisse tibial und femoral intakt.

**2. arthroskopischer Eingriff:**

Eingehen mittels Meniskusstanze und Shaver und Entfernung aller kleiner freier Gelenkkörper sowie Débridement im Bereich des medialen Femurkondylus mit Knorpelshaving, sodass keine weiteren Fragmente abplatzen können. Interkondylär wird die derbe Plica centralis reseziert sowie zur besseren Übersicht eine Plica mediopatellaris und lateropatellaris. Lateralseitig Eingehen mittels Meniskusstanze und Shaver und Teilresektion des Meniscus lateralis, sodass eine relativ stabile Meniskusbasis dorsal wie auch ventral übrigbleibt. Das interkondyläre Fragment ist zum Teil komplett defekt und nur noch bindegewebig vorhanden. Ausgiebige Spülung. Entfernen aller kleinen Fragmente aus dem Gelenk und Entfernen noch störender Plicae medial und lateral. Einlage einer Redondrainage, Rückzug der Instrumente unter Sicht und Hautverschluss in Rückstichtechnik nach Donati. Steriler Wundverband mit Einbinden des Beins in eine elastische Binde.

**3.6** Am 4. September 2018 wurde dem Kreisarzt Dr.med. K.\_\_\_\_\_ (Facharzt für Chirurgie, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des

Bewegungsapparates) u.a. die Frage unterbreitet, ob der Schaden, der am 27. August 2018 operiert worden sei, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 5. Juli 2018 zurückzuführen sei (Vi-act. 18). Hierauf forderte der Kreisarzt die verschiedenen Bilder und Berichte ein.

Nach Einsicht in die medizinischen Unterlagen antwortete der Kreisarzt am 11. Oktober 2018 mit Kurzbericht, der am 27. August 2018 operierte Schaden sei nicht überwiegend wahrscheinlich auf den Unfall vom 5. Juli 2018 zurückzuführen. Die arthroskopischen Bilder zeigten, dass es sich um vorbestehende degenerative Veränderungen handle, durch den beschriebenen Unfallmechanismus könne es nicht zu den festgestellten Veränderungen kommen. Unter Berücksichtigung der minimalinvasiven Operation betrage die Rekonvaleszenzzeit bei komplikationslosem Verlauf nach der Operation ca. vier Wochen (Vi-act. 28).

**3.7** In der ärztlichen Beurteilung vom 8. November 2018 hielt der Kreisarzt fest, es sei beim Sturz vom Stuhl am 5. Juli 2018 zu einer Prellung des rechten Kniegelenkes gekommen. Die Erstbehandlung habe am Folgetag stattgefunden, Dr.med. G.\_\_\_\_\_ habe ein MRT veranlasst, das am 31. Juli 2018 durchgeführt worden sei. Es sei dabei eine Läsion des Aussen- und Innenmeniskushinterhorns festgestellt worden, darüber hinaus seien degenerative Veränderungen der Kniebinnenstrukturen des rechten Kniegelenkes diagnostiziert worden. Nach vorerst konservativer Behandlung habe Dr.med. H.\_\_\_\_\_ am 23. August 2018 eine Indikation zur Arthroskopie gestellt, die am 27. August 2018 stattgefunden habe. Es sei eine partielle, arthroskopisch assistierte Meniskektomie des Aussenmeniskus durchgeführt sowie die Unebenheiten im Bereich des medialen Femurkondylus und die freien Gelenkkörper entfernt und die Plicae reserziert worden. "Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass der Schaden, welcher zur Operation geführt hat, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht auf den Unfall vom 05.07.2018 zurückzuführen ist". Analysiere man die arthroskopischen Bilder, zeige sich, dass es sich um vorbestehende, degenerative Veränderungen handle. Auch der dokumentierte Unfallmechanismus könne nicht zu den festgestellten, im OP-Bericht dokumentierten Veränderungen geführt haben. Die Analyse der MRT-Bilder bestätige, dass im Bereich der rechten Kniekehle eine ausgeprägte Baker-Zyste vorhanden sei. Aufgrund der internationalen fachspezifischen Literatur könne eine solche mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht in dem kurzen Zeitfenster zwischen dem Unfallereignis und der Untersuchung entstehen, es handle sich um einen langjährigen Prozess, der aufgrund des erhöhten Druckes (die Flüssigkeit werde bei degenerativen Vorgängen des betroffenen Kniegelenkes produziert) im intraartikulären Raum begünstigt werde. Auch die im Kniegelenkinnenraum lokalisierten freien Gelenkkörper würden für eine degene-

rative Genese sprechen und seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht unfallkausal. Die resezierten Plicae seien Reste der im embryonalen Stadium des Kniegelenkes angelegten Stränge, die mehr oder minder persistierten. Es handle sich ebenfalls mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht um Folgen des Ereignisses vom 5. Juli 2018. Unter Berücksichtigung der minimal invasiv durchgeführten Operation betrage die postoperative Rekonvaleszenzzeit bei komplikationslosem Verlauf vier bis sechs Wochen (Vi-act. 32).

**3.8** Die Beschwerdeführerin begründet ihre Einsprache vom 10. Dezember 2018 damit, der Fallabschluss per 8. Oktober 2018 liege noch vor dem letzten Arzttermin vom 11. Oktober 2018 zu diesem Schadenereignis mit einer verordneten Physiotherapie bis ca. Ende 2018, wobei noch nicht klar sei, ob eine weiterführende Physiotherapie zur Wiederherstellung des vorherigen Zustandes notwendig sei (Vi-act. 54).

Der Einsprache legte die Beschwerdeführerin einen Bericht der Physiotherapie vom 27. November 2018 bei. Demgemäss habe mit Hilfe der Therapie die Gelenkbeweglichkeit verbessert werden können. Es bestehe noch ein Extensionsdefizit von 2-3°. Die lokale Belastbarkeit der Patientin sei noch gering. Sowohl Ausdauer als auch die Kraft im rechten Bein würden noch fehlen. Ein Krafttest (Beine rechts/links im Vergleich) habe eine Differenz von 48% ergeben, wobei die Abweichung maximal 10% entsprechen sollte. Um dieses Defizit zu verbessern sei eine weitere Therapie dringend notwendig.

**3.9** In der Einsprache vom 14. Januar 2019 macht der Krankenversicherer geltend, die Einschätzung der Vorinstanz sei falsch, wonach der adäquate Kausalzusammenhang zum Ereignis vom 5. Juli 2018 nicht gegeben sei. Im MRI-Bericht vom 31. Juli 2018 werde eine Meniskusläsion festgestellt; ersichtlich seien ebenso ein grossvolumiger Erguss sowie ein Ödem im Hoffa'schen Fettkörper. Dazu komme, dass eine Zerrung des VKB diagnostiziert werde. All dies deute auf Unfallfolgen hin.

**3.10** In einer vertrauensärztlichen Beurteilung zuhanden des Krankenversicherers verweist Dr.med. L. \_\_\_\_\_ (Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie, Vertrauensarzt SGV) am 5. Februar 2019 auf den Unfallhergang, wonach die Beschwerdeführerin am 5. Juli 2018 eine Kniegelenksdistorsion rechts bei Stolpersturz und ein massives Flexionstrauma erlitten habe mit anschliessend Schmerzen und einer Schwellung. In der Untersuchung habe sich eine Druckdolenz am medialen und lateralen Meniskus gezeigt. Das MRI vom 31. Juli 2018 habe einen grossvolumigen Erguss im recessus suprapatellaris, eine Läsion des Aussenmeniskushinterhorns sowie eine postero-laterale corner injury mit Ödem

im M. popliteus gezeigt. Zudem verweist er auf die von Dr.med. H.\_\_\_\_\_ erhobene Diagnose (vgl. oben Erw. 4.4). Aus dem OP-Bericht (vgl. oben Erw. 4.5) hebt er den Einriss des Meniskus lateralis radiallyseitig auf Höhe des M. popliteus mit umgeschlagenem und eingeschlagenem dorsalen Fragment hervor und er hält fest, in der I.\_\_\_\_\_ -Beurteilung vom 8. November 2018 werde die MRI-Untersuchung inkomplett wiedergegeben, insbesondere würden Erguss und corner injury vollständig ausgeblendet. Dr.med. L.\_\_\_\_\_ zieht das Fazit (Vi-act. 49):

Die VN erlitt bei einem adäquaten Trauma eine Verletzung am rechten Kniegelenk. Es fand sich Schwellung bei massivem Erguss, corner injury und eine Läsion am Aussenmeniskushinterhorn. Diese sind alle mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit unfallbedingt.

Bei frischen Verletzungen sind freie Fragmente häufig anzutreffen. Im vorliegenden Fall sind [sie] mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit unfallbedingt.

Bei komplikationslosem Verlauf ist bei der durchgeführten OP mit einer AUF von 6-8 Wochen, je nach beruflicher Tätigkeit zu rechnen.

**3.11** In der ergänzenden Einsprachebegründung vom 9. Mai 2019 bemängelt die Beschwerdeführerin, dass in den Akten ihr genauer Unfallbeschrieb fehle. Es müsse davon ausgegangen werden, dass dieser auch dem Kreisarzt unbekannt gewesen sei. Sie sei am besagten 5. Juli 2018 auf einem Stuhl gestanden (zwecks hochrollen eines Fenster-Rollladens). Als sie damit fertig gewesen sei und vom Stuhl habe heruntersteigen wollen, sei sie aus dem Gleichgewicht gekommen. Anstatt herunterzusteigen habe sie ungewollt quasi herunterspringen müssen. Es sei beinahe ein Sturz gewesen. Bei der Landung habe es sie in die Knie gedrückt / gestaucht wie ein Klappmesser, wobei es einen starken Schlag aufs Knie gegeben habe. Sie habe den Sprung/Sturz auch nicht stehen können, sondern sei dann noch auf die rechte Seite gefallen (Vi-act. 57).

Der Begründung legte sie eine E-Mail von Dr.med. H.\_\_\_\_\_ vom 8. Mai 2019 bei, wonach dieser die Beurteilung von Dr.med. L.\_\_\_\_\_ teile (vgl. Eingabe Vorinstanz vom 11.11.2019).

**3.12** Im Rahmen des Einspracheverfahrens verfasste der Kreisarzt am 24. Juni 2019 eine weitere ärztliche Beurteilung (Vi-act. 58). Dazu hatte er im Vorfeld telefonischen Kontakt mit dem Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin betreffend Unfallhergang. Er übernahm in der Folge den von der Beschwerdeführerin in der Einsprache vom 9. Mai 2019 dargestellten Sachverhalt (vgl. oben Erw. 4.11). Er hebt dabei hervor, die Beschwerdeführerin habe sich beim Sturz von einem Stuhl neben der Knieprellung eine Stauchung des rechten Kniegelenkes zugezogen. In der Erstuntersuchung habe der Arzt keine Schwellung feststellen können. Die Beschwerdeführerin habe nach dem Unfall erneut gearbeitet, am 2. August 2018

jedoch ein Arbeitsunfähigkeitsattest verlangt. Am diesem Tag habe Dr.med. G.\_\_\_\_\_ eine geringe Schwellung festgestellt. Am 9. August 2018 sei die Arbeitsunfähigkeit auf Wunsch der Beschwerdeführerin verlängert worden.

Im MRT-Bericht vom 31. Juli 2018 sei eine grossvolumige, mehrkammerige Baker-Zyste an der typischen Stelle mit angrenzendem Weichteilödem bei einer maximalen Ausdehnung von 6.4x3, 1x2.1 cm beschrieben. Übereinstimmend mit Dr.med. J.\_\_\_\_\_ (vgl. oben Erw. 4.2) stelle er nach eigener Analyse der MRT-Bilder kein Knochenmarködem (Bone bruise) fest.

Die diagnostizierte, ausgedehnte Baker-Zyste in der Kniekehle sei Ausdruck der länger vorliegenden Kniebinnenschäden wie z.B. Meniskusläsionen, Knorpeldefekte etc. Der ergussbedingte erhöhte Kniebinnendruck führe zu Ausstülpungen bzw. Aussackungen der Gelenkkapsel, wobei sich im hinteren Anteil des Kniegelenkes Prädilektionsstellen befänden, sodass es zu einer Ausstülpung an den typischen Stellen komme. Die Entstehung einer Baker-Zyste dauere etliche Monate bzw. Jahre. Der Verbindungsgang könne sowohl als ein Ventil als auch eine kontinuierliche Verbindung zwischen dem Kniebinnenraum und der Baker-Zyste vorhanden sein. Dies würde auch die Tatsache erklären, dass bei den klinischen Untersuchungen vor der MRT-Untersuchung vom 31. Juli 2018 kein, bzw. nur ein geringer Knieerguss (kein Hämarthros) diagnostiziert worden sei.

Die MRT-Bilder vom 31. Juli 2018 hätten sowohl einen Knieerguss als auch eine Baker-Zyste gezeigt, wie dies in der oben beschriebenen Entstehungsweise einer kontinuierlichen Verbindung zwischen dem Kniebinnenraum und der Baker-Zyste entsprechen würde.

Weiter hält der Kreisarzt fest, dass, wenn es am 5. Juli 2018 zu einer schwerwiegenden Verletzung der Kniebinnenstrukturen der Versicherten gekommen wäre, man unmittelbar nach dem Unfallereignis bzw. zeitnah zum Unfallereignis ein Hämarthros des rechten Kniegelenkes diagnostiziert hätte. Besonders dann, wenn man bedenke, dass ein Riss im Bereich des Hinterhorns des Aussenmeniskus vorhanden gewesen wäre, wäre der Hämarthros in der klinischen Diagnostik sofort aufgefallen, dies sei jedoch nicht der Fall gewesen, wie die vorliegenden Berichte belegen würden. Somit sei die Argumentation von Dr.med. L.\_\_\_\_\_ - den Knieerguss betreffend - nicht schlüssig und medizinisch nicht nachvollziehbar. Auch seine weitere Behauptung, dass bei frischen Verletzungen freie Fragmente häufig anzutreffen seien, entspreche nicht dem tatsächlichen bildmorphologischen und arthroskopischen Befund. Wäre es am 5. Juli 2018 zu einer Knochen-Knorpel-Schädigung des betroffenen Kniegelenkes gekommen, wäre es in der durchgeführten MRT-Untersuchung zwei Wochen nach dem Un-

fallereignis deutlich erkennbar und durch ein Knochenödem (Bone bruise) belegbar gewesen. Dies sei ebenfalls nicht der Fall.

Im Operationsbericht vom 27. August 2018 werde lediglich dokumentiert, dass im Recessus suprapatellaris einzelne freie Gelenkkörper vorhanden gewesen seien, die dann entfernt worden seien. Im medialen Kompartiment seien "Schürffurchen" des Femurcondylus vorhanden gewesen, die als Zeichen für die vorliegende Plica mediopatellaris zu werten seien, da diese bereits vor dem Ereignis vom 5. Juli 2018 im Kniegelenk vorgelegen hätten. Auch die deutliche Aufrauhung zweit- bis drittgradige Chondromalazie des medialen Femurcondylus, die bereits vor dem 5. Juli 2018 vorgelegen habe, sei ein Zeichen für die mögliche erhöhte Produktion der Flüssigkeit im Knie, und somit eine der Komponenten verantwortlich für die Entstehung der Baker-Zyste. Im Bereich des Aussenmeniskus sei dann das eingeschlagene Fragment in Höhe der Sehne des M. popliteus lokalisiert worden, dieses sei arthroskopisch partiell entfernt worden.

Unter Berücksichtigung dieser Argumentation könne festgehalten werden, dass die vertrauensärztliche Beurteilung von Dr.med. L. \_\_\_\_\_ nicht mit der überwiegenden Wahrscheinlichkeit die Kausalität zu dem Unfallereignis vom 5. Juli 2018 erkläre. Somit behalte die ärztliche Beurteilung vom 8. November 2018 ihre Gültigkeit.

Auch die ausführliche Schilderung des Unfallhergangs (vgl. oben Erw. 4.11) ändere an der Tatsache nichts, dass es sich bei den durch die bildgebende Diagnostik festgestellten Veränderungen, um degenerativ veränderte Strukturen des rechten Kniegelenkes handle.

Auch Dr.med. H. \_\_\_\_\_ dokumentiere, dass es sich bei den Veränderungen des rechten Aussenmeniskus um eine Läsion handelt. Die festgestellte Chondromalazie des medialen Femurcondylus mit freien Gelenkkörpern (die abgerundet seien) könne in dem kurzen Zeitfenster zwischen dem Unfallereignis (5.7.2018) und der Operation (27.8.2018) nicht entstehen. Es handle sich somit um degenerative Veränderungen, die bereits vor dem Ereignis vom 5. Juli 2018 vorhanden gewesen seien.

**3.13** Mit E-Mail vom 25. August 2019 hält Dr.med. H. \_\_\_\_\_ gegenüber dem Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin fest, es seien im Knie degenerative wie auch traumatische Probleme gefunden worden. Der Begriff 'Läsion', den der Kreisarzt nur als degenerativ deute, sei so nicht richtig ausgelegt. 'Läsion' heiße für ihn (Dr.med. H. \_\_\_\_\_) Riss / Verletzung, wobei die Aussenmeniskusverletzung seines Erachtens eher der Kniegelenksdistorsion als einem degenerativen Geschehen zuzuordnen sei (Bf-act. 3).

**4.1.1** In der mit dem Einspracheentscheid bestätigten Verfügung vom 21. November 2018 hielt die Vorinstanz fest, sie habe für die Folgen des Unfalles vom 5. Juli 2018 die gesetzlichen Versicherungsleistungen erbracht (Vi-act. 42). Aufgrund der Operation sei die Leistungspflicht neu beurteilt worden. Weiter führt sie aus, nach Gesetz und Rechtsprechung könne der Unfallversicherer Leistungen erbringen, solange nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit feststehe, dass keine Unfallfolgen mehr vorlägen. Werde ein unfallfremder Vorzustand durch einen Unfall verschlimmert oder überhaupt erst manifest, entfalle die Leistungspflicht des Versicherers, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstelle. Dies treffe zu, wenn der status quo sine vel ante erreicht sei. Nach diesen generellen Erwägungen stellte die Vorinstanz konkret fest, der Zustand, wie er sich auch ohne Unfall vom 5. Juli 2018 eingestellt hätte, sei gemäss medizinischer Beurteilung spätestens 6 Wochen nach der Operation, somit mit dem 8. Oktober 2018 erreicht.

**4.1.2** Mithin steht aufgrund dieser - mit Einspracheentscheid bestätigten - Verfügung fest, dass die Vorinstanz das Ereignis vom 5. Juli 2018 als Unfall anerkannt hat und ebenso, dass die Beschwerden zumindest teilweise (mindestens in dem Sinne, dass ein stummer Vorzustand aktiviert wurde) auf diesen Unfall zurückzuführen sind. Hat der Unfallversicherer seine Leistungspflicht einmal anerkannt, so obliegt es ihm, mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen nachzuweisen (vgl. vorne Erw. 2.6). Die Vorinstanz hat nachzuweisen, dass unfallbedingte Ursachen der Gesundheitsbeschwerden ihre kausale Bedeutung überwiegend wahrscheinlich verloren haben.

**4.1.3** Laut Vorinstanz sind sämtliche unfallbedingten Ursachen spätestens per 8. Oktober 2018 dahingefallen, nämlich sechs Wochen nach der Operation. Sie stützt sich dabei auf die versicherungsinterne medizinische Beurteilung. Damit eine Beurteilung eines versicherungsinternen Arztes beweiskräftig ist, muss sie für die streitigen Belange umfassend sein, auf allseitigen Untersuchungen beruhen, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigen, in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden sein, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchten und schliesslich müssen die Schlussfolgerungen des Experten begründet sein (BGE 134 V 231 Erw. 5.1; 125 V 351 Erw. 3a mit Hinweis).

**4.2** Die erste ausführliche ärztliche Beurteilung des Kreisarztes erfolgte am 8. November 2018 (Vi-act. 32). Er kam zusammenfassend zum Schluss, der Schaden, der zur Operation geführt habe, sei mit überwiegender Wahrschein-

lichkeit nicht auf den Unfall vom 5. Juli 2018 zurückzuführen. Und in Beantwortung der ihm gestellten Frage führte er aus, unter Berücksichtigung der minimal invasiv durchgeführten Operation betrage die postoperative Rekonvaleszenzzeit bei komplikationslosem Verlauf vier bis sechs Wochen.

**4.3** Der letzte vom Kreisarzt berücksichtigte Bericht ist der Operations- und Austrittsbericht vom 29. August 2018. In diesem vermerkt der Operateur, die klinische Abschlusskontrolle erfolge 6 Wochen postoperativ in der orthopädischen Sprechstunde; er werde dem zuweisenden Arzt berichten. Mithin hatte der Kreisarzt Kenntnis davon, dass postoperativ eine orthopädische Sprechstunde eingeplant ist. Dennoch hat er diesen Bericht nicht angefordert und nicht berücksichtigt. Seine Einschätzung der postoperativen Rekonvaleszenzzeit erfolgte allein auf der Basis eines abstrakten Erfahrungswertes und ohne Berücksichtigung des konkreten Einzelfalles, obwohl es ihm bereits in seinem Bericht vom 8. November 2018 möglich gewesen wäre, den konkreten Verlaufsbericht zu berücksichtigen.

**4.4** In ihrer Einsprache vom 10. Dezember 2018 führte die Beschwerdeführerin aus, sie habe am 11. Oktober 2018, mithin drei Tage nach Leistungseinstellung, noch einen Arzttermin gehabt und es sei weiterhin Physiotherapie verordnet worden (Vi-act. 54). Den Physiotherapiebericht legte sie der Einsprache bei (vgl. vorne Erw. 3.8). Mithin wäre es angezeigt gewesen, diese weiteren medizinischen Berichte für das Einspracheverfahren einzufordern und in einer weiteren ärztlichen Beurteilung zu berücksichtigen. Mit der Einspracheergänzung vom 9. Mai 2019 wurde der Vorinstanz zudem ein Schreiben von Dr.med. H.\_\_\_\_\_ eingereicht, in welcher dieser die Einschätzung von Dr.med. L.\_\_\_\_\_ bestätigte (E-Mail vom 8.5.2019).

**4.5** Eine weitere ärztliche Beurteilung durch den Kreisarzt erfolgte am 24. Juni 2019. Dies vor dem Hintergrund, dass der Krankenversicherer Einsprache gegen die Verfügung vom 21. November 2018 eingelegt habe und mit einer vertrauensärztlichen Beurteilung von Dr.med. L.\_\_\_\_\_ vom 5. Februar 2019 begründete (vgl. Vi-act. 58). Aus der Zusammenfassung des aktenmässigen Verlaufs erhellt, dass der Kreisarzt die Stellungnahme von Dr.med. L.\_\_\_\_\_ sowie den Beschrieb des Unfallherganges durch den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin berücksichtigt hat. Unberücksichtigt blieben aber weiterhin die seit der Operation vom 27. August 2019 ergangenen medizinischen Berichte der behandelnden Ärzte.

**4.6** Damit aber erging die medizinische Beurteilung, auf welche sich die Vorinstanz abstützte, nicht unter Berücksichtigung aller relevanten medizinischen Akten. Der Kreisarzt, auf dessen Beurteilung sich die Vorinstanz abstützt, be-

gründete den Wegfall jeglicher unfallkausaler Umstände einzig mit der Eingriffsart (minimalinvasiver Eingriff), nach welchem die Rekonvaleszenzzeit vier bis sechs Wochen betrage. Auf den konkreten Einzelfall, ging er zu Unrecht überhaupt nicht ein. Er hat offenkundig bereits in seiner ersten ausführlichen Beurteilung vom 8. November 2018 nicht alle vorhandenen medizinischen Berichte berücksichtigt, insbesondere nicht den Bericht zur bereits im August 2018 angekündigten Abschlusskontrolle. Auch mit dem Bericht des Physiotherapeuten setzt er sich nicht auseinander. Damit aber ist die medizinische Beurteilung, auf welche sich die Vorinstanz abstützt, nicht beweiskräftig. Weitere Zweifel an seiner Beurteilung werden dadurch erweckt, dass Dr.med. H. \_\_\_\_\_ der Darstellung des Kreisarztes klar widerspricht, wonach er das Wort Läsion im Sinne einer degenerativen Genese verstehe. Im Gegenteil führt Dr.med. H. \_\_\_\_\_ die Aussenmeniskusverletzung auf die erlittene Kniegelenksdistorsion zurück; dies in Bestätigung, dass das Kniegelenk auch degenerative Veränderungen zeige. Auch setzt sich der Kreisarzt nicht mit dem Vorwurf auseinander, er gehe auf den Befund einer corner injury überhaupt nicht ein. Sodann ergibt sich aus der versicherungsinternen Beurteilung nicht, worin die - zumindest teilweise - unfallbedingten Ursachen bestehen, die per 8. Oktober 2018 jegliche Bedeutung für die noch bestehenden Gesundheitsschädigungen verloren haben. Dies ist indes Voraussetzung dafür, dass deren Wegfall nachvollziehbar ist. Insoweit ist die Beurteilung nicht schlüssig in Bezug auf seine allgemein gehaltene Feststellung die Rekonvaleszenzzeit betrage vier bis sechs Wochen.

Ist der Sachverhalt indes nicht vollständig abgeklärt und bestehen an der versicherungsinternen medizinischen Beurteilung mehr als nur geringe Zweifel, so ist die Sache zur Vornahme einer versicherungsexternen Begutachtung an die Vorinstanz zurückzuweisen. Diese hat unter Berücksichtigung sämtlicher medizinischer Berichte zu beurteilen und zu begründen, per wann der Zustand, wie er sich auch ohne den Unfall vom 5. Juli 2018 eingestellt hätte, erreicht ist.

**5.1** Zusammenfassend sind der Einspracheentscheid vom 12. August 2019 und die Verfügung vom 21. November 2018 aufzuheben und die Sache zur weiteren Abklärung im Rahmen einer versicherungsexternen Fachexpertise und neuem Entscheid an die Vorinstanz zurückzuweisen.

**5.2** Es werden keine Kosten erhoben (Art. 61 lit. a ATSG).

**5.3** Die Rückweisung der Sache an die Vorinstanz zur erneuten Abklärung und neuem Entscheid (mit noch offenem Ausgang) gilt nach ständiger Praxis für die Frage der Zusprechung einer Parteientschädigung als Obsiegen der beschwerdeführenden Partei, unabhängig davon, ob die Rückweisung überhaupt

beantragt, oder ob das entsprechende Begehren im Haupt- oder Eventualantrag gestellt wird (vgl. Urteile des BGer 8C\_520/2014 vom 29.10.2014 Erw. 6; 8C\_604/2013 vom 28.12.2014 Erw. 6, je mit Hinweisen u.a. auf BGE 132 V 215 Erw. 6.1; VGE I 2014 62 vom 31.10.2014 Erw. 6.1; I 2013 41 vom 7.8.2013 Erw. 3.1).

Nachdem die beanwaltete Beschwerdeführerin im vorliegenden Verfahren obsiegt, ist ihr zu Lasten der Vorinstanz eine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 61 lit. g ATSG). Die Parteientschädigung ist in Beachtung des kantonalen Gebührentarifs für Rechtsanwälte (GebTRA; SRSZ 280.411) vom 27. Januar 1975, welcher für das Honorar im Verfahren vor Verwaltungsgericht in § 14 einen Rahmen von Fr. 300.-- bis Fr. 8'400.-- vorsieht, und unter Beachtung der in § 2 des Gebührentarifs enthaltenen Kriterien sowie in Ausübung des pflichtgemässen Ermessens auf insgesamt Fr. 2'000.-- (inkl. Barauslagen und MwSt) festzusetzen.

**5.4** Die Beschwerdeführerin beantragt eine Parteientschädigung für das Einspracheverfahren. Gemäss Art. 52 Abs. 3 ATSG werden für das Einspracheverfahren in der Regel keine Parteientschädigungen ausgerichtet. Im Entscheid BGE 130 V 570 anerkannte das Bundesgericht einen Entschädigungsanspruch im Einspracheverfahren für die obsiegende Partei, die im Falle des Unterliegens die unentgeltliche Verbeiständung beanspruchen könnte (bestätigt in BGE 132 V 200 Erw. 4.1). Die Beschwerdeführerin macht nicht geltend, die Voraussetzungen der URP seien erfüllt. Entgegen ihrer Darstellung weist das Verfahren sodann keine Besonderheiten und keine hohe Komplexität auf. Es liegen keine Schwierigkeiten vor, die sich den Parteien üblicherweise in unfallversicherungsrechtlichen Einspracheverfahren nicht stellen (vgl. Urteil BGer 8C\_90/2017 vom 14.3.2017 Erw. 4). Die Beschwerdeführerin konkretisiert denn auch nicht, inwiefern das Einspracheverfahren besonders gewesen wäre. Es besteht daher keine Veranlassung, ihr in Abweichung vom Regelfall gemäss Art. 52 Abs. 3 ATSG für das Einspracheverfahren eine Parteientschädigung zuzusprechen.

### **Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:**

1. In Gutheissung der Beschwerde werden der Einspracheentscheid vom 12. August 2019 und die Verfügung vom 21. November 2018 aufgehoben und die Sache im Sinne der Erwägungen zur weiteren Abklärung und zu neuem Entscheid an die Vorinstanz zurückgewiesen.
2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
3. Die Vorinstanz hat der obsiegenden Beschwerdeführerin für das Beschwerdeverfahren eine Parteientschädigung von Fr. 2'000.-- (inkl. Barauslagen und MwSt) zu leisten.
4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit Zustellung Beschwerde\* in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, erhoben werden (Art. 42 und 82ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht [BGG; SR 173.110] vom 17.6.2005).  
Soweit die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten nicht zulässig ist, kann in derselben Rechtsschrift subsidiäre Verfassungsbeschwerde\* erhoben und die Verletzung von verfassungsmässigen Rechten gerügt werden (Art. 113ff. BGG).
5. Zustellung an:
  - den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin (2/R)
  - die Vorinstanz (R)
  - und das Bundesamt für Gesundheit, BAG, 3003 Bern (A).

Schwyz, 13. November 2019

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Vizepräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

### **\*Anforderungen an die Beschwerdeschrift**

Die Beschwerdeschrift ist in einer Amtssprache (Deutsch, Französisch, Italienisch, Rumantsch Grischun) abzufassen und hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. In der Begründung ist in gedrängter Form darzulegen, inwiefern der angefochtene Entscheid Recht verletzt. Die Urkunden, auf die sich die Partei als Beweismittel beruft, sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat; der angefochtene Entscheid ist beizulegen.

Versand: 20. November 2019