

# Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



---

I 2022 70

## Entscheid vom 10. März 2023

---

Besetzung

Dr.iur. Vital Zehnder, Vizepräsident  
Dr.med. Bernhard Zumsteg, Richter  
Dr.med. Urs Gössi, Richter  
MLaw Manuel Gamma, Gerichtsschreiber

---

Parteien

**A.**\_\_\_\_\_,  
Beschwerdeführerin,  
vertreten durch Rechtsanwältin Dr.iur. HSG B.\_\_\_\_\_,

**gegen**

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

---

Gegenstand

Unfallversicherung (Unfallkausalität)

## **Sachverhalt:**

**A.** A.\_\_\_\_\_ (Jg. 1999) absolvierte bei der D.\_\_\_\_\_ AG in \_\_\_\_\_ eine Lehre als Köchin und war dadurch bei der C.\_\_\_\_\_ AG (nachfolgend C.\_\_\_\_\_) obligatorisch unfallversichert. Am 21. Dezember 2021 ging bei der C.\_\_\_\_\_ die Unfallmeldung UVG ein, wonach A.\_\_\_\_\_ am 20. Dezember 2021 um 14.30 Uhr einen Nichtberufsunfall erlitt, indem sie auf der Treppe mit dem linken Knie auf eine Steinkante gefallen sei. Als Verletzung wird Prellung des linken Knies, geschwollenes Knie angegeben (Vi-act. 1).

**B.** Am 28. Juni 2022 ging bei der C.\_\_\_\_\_ ein Kostengutsprache-Gesuch für eine Kniearthroskopie links (Code 80.26) sowie arthroskopische Synovektomie links (Code 80.70.10) bei Diagnose S83.7 (Verletzung mehrerer Strukturen des Knies) ein (Vi-act. 27). Der Eingriff erfolgte noch gleichentags durch Dr.med. E.\_\_\_\_\_ (FMH für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates) (Vi-act. 33).

**C.** Mit Verfügung vom 13. Juli 2022 stellte die C.\_\_\_\_\_ gestützt auf eine orthopädisch-traumatologische Aktenbeurteilung durch Dr.med. F.\_\_\_\_\_ (FMH orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Versicherungsmedizin, Vertrauensarzt SGV, SIM zertifiziert) vom 12. Juli 2022 die Versicherungsleistungen per 31. Januar 2022 ein; der status quo sine vel ante sei nach einer Kniekontusion ohne strukturell objektivierbare traumatische Schädigungen spätestens nach 6 Wochen erreicht; beim durchgeführten operativen Eingriff am 28. Juni 2022 seien rein krankheitsbedingte Schädigungen behandelt worden (Vi-act. 35 und 37). Eine am 27. Juli 2022 dagegen eingereichte und am 11. Oktober 2022 ergänzte Einsprache (Vi-act. 40 und 45) wies die C.\_\_\_\_\_ mit Einspracheentscheid vom 3. November 2022 ab (Vi-act. 47).

**D.** Am 2. Dezember 2022 lässt A.\_\_\_\_\_ beim Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Beschwerde einreichen mit den Anträgen:

1. In Gutheissung der Beschwerde sei der Einsprache-Entscheid der C.\_\_\_\_\_ vom 3. November 2022 aufzuheben und es seien der Beschwerdeführerin die gesetzlichen Leistungen gemäss UVG zu erbringen.
2. Eventuell sei in Gutheissung der Beschwerde ein gerichtliches Gutachten anzuordnen.
3. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen, zuzüglich Mehrwertsteuer, zulasten der Beschwerdegegnerin/Vorinstanz.

**E.** Mit Vernehmlassung vom 17. Januar 2023 beantragt die Vorinstanz die Abweisung der Beschwerde. Hierzu nimmt die Beschwerdeführerin am 25. Januar 2023 Stellung.

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

**1.1** 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) vom 6. Oktober 2000 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.

**1.2** Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat sie Anspruch auf ein Taggeld (vgl. Art. 16 Abs. 1 UVG). Wird sie infolge des Unfalles invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (vgl. Art. 18 Abs. 1 UVG). 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** 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.).

**1.3.1** 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 wahrschein-

lich zumindest eine indirekte Teilursache der gesundheitlichen Beschwerden ist (BGE 142 V 435 Erw. 1; BGE 134 V 109 Erw. 2.1; Urteil BGer 8C\_689/2019 vom 9.3.2020 Erw. 5.3 je mit Hinweisen).

**1.3.2** 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; Urteil BGer 8C\_582/2021 vom 11.1.2022 Erw. 9.3). Unfallfolgen sind dann organisch objektiv ausgewiesen, wenn die Untersuchungsergebnisse objektivierbar sind, d.h. reproduzierbar und von der Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten unabhängig sind. Von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen kann somit erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt wurden und die hierbei angewendeten Untersuchungsmethoden wissenschaftlich anerkannt sind (BGE 138 V 248 Erw. 5.1; Urteile BGer 8C\_756/2021 vom 10.2.2022 Erw. 4.3; 8C\_15/2021 vom 12.5.2021; Erw. 7.1 8C\_493/2021 vom 4.3.2022 Erw. 3.3.2).

**1.4** 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. BGE 146 V 51 Erw. 5.1 mit weiteren Hinweisen).

Trifft ein Unfall auf einen vorgeschädigten Körper und steht 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.). Bei einer bloss vorübergehenden Verschlimmerung eines degenerativen Vorzustandes entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers bei Eintritt des Status quo sine vel ante (vgl. 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).

**1.5** 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. 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 (BGE 146 V 51 Erw. 5.1; Urteil BGer 8C\_410/2022 vom 23.12.2022 Erw. 4.2). 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\_410/2022 vom 23.12.2022 Erw. 4.2; 8C\_608/2020 vom 15.12.2020 Erw. 5.2; 8C\_855/2018 vom 14.3.2019 Erw. 3.1; 8C\_523/2018 vom 5.11.2018 Erw. 3.2).

**1.6** 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 (Art. 61 lit. c ATSG; 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 (BGE 146 V 51 Erw. 5.1). Die blosser Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen 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 unbewiesenen 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 144 V 427 Erw. 3.2; Urteil BGer 8C\_765/2020 vom 4.3.2021 Erw. 3.2.2). 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 144 V 361 Erw. 6.5).

**1.7** 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.

**1.7.1** 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; Weber, 'Hürden' und 'Hilfen' bei der richterlichen Würdigung von medizinischen Gutachten, JaSo 2020, S. 199).

**1.7.2** 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 (Urteil BGer 8C\_587/2020 vom 5.2.2021 Erw. 3.2). Ein Anstellungsverhältnis dieser Person zum Versicherungsträger alleine lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen. Zu ergänzen ist, dass beratende Ärzte eines Versicherungsträgers, was den Beweiswert ihrer ärztlichen Beurteilung angeht, versicherungsinternen Ärzten gleichzusetzen sind (vgl. Urteil BGer 8C\_774/2020 vom 19.2.2021 Erw. 2.2). Ihren Berichten und Gutachten kommt nach der Rechtsprechung Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 Erw. 3b/ee mit Hinweis). Es bedarf 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 145 V 97 Erw. 8.5; BGE 139 V 225 Erw. 5.2; BGE 135 V 465 Erw. 4.4 mit Hinweisen).

**1.7.3** 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 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 re-

gelmässig nicht auf die Sicht des behandelnden (Fach-)Arztes abgestellt werden (vgl. statt vieler: Urteil BGer I 701/05 vom 5.1.2007 Erw. 2 mit Hinweisen).

**1.7.4** Eine ärztliche Beurteilung aufgrund der Akten ist nicht an sich unzuverlässig. Für die Beweistauglichkeit entscheidend ist, dass genügend Unterlagen von persönlichen Untersuchungen vorliegen (Urteil BGer 8C\_582/2021 vom 11.1.2022 Erw. 8.2 m.w.H.). 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 (BGE 125 V 352 Erw. 3b/ee; Urteile BGer 8C\_608/2020 vom 15.12.2020 Erw. 5.2; 8C\_523/2018 vom 5.11.2018 Erw. 5.2; 8C\_540/2007 vom 27.3.2008 Erw. 3.2 mit Hinweisen).

**2.** Zum Unfallgeschehen sowie dem Gesundheitsverlauf lässt sich den Akten was folgt entnehmen:

**2.1** Am 21. Dezember 2021 ging bei der Vorinstanz die Unfallmeldung UVG ein, wonach die Beschwerdeführerin am 20. Dezember 2021 um 14.30 Uhr ausserberuflich auf der Treppe mit dem linken Knie auf eine Steinkante gefallen sei (Vi-act. 1). Als Verletzungsart wird 'Prellung' sowie geschwollenes linkes Knie genannt. Es bestehe eine Arbeitsunfähigkeit (der letzte Arbeitseinsatz endete am 20.12.2021 um 23.20 Uhr). Die Erstbehandlung sei bei Dr.med. G. \_\_\_\_\_ (FMH Allgemeine Innere Medizin) in Küsnacht erfolgt.

**2.2** Dr.med. G. \_\_\_\_\_ dokumentierte im ärztlichen Erstbericht vom 14. Januar 2022 zur Erstbehandlung am 21. Dezember 2021, die Beschwerdeführerin sei am Vortag mit dem linken Knie auf eine Treppenkante gestürzt, Trauma infrapatellar mit nachfolgender Schwellung und Schmerz. Als objektive Befunde nennt er eine Schwellung und Dolenz infrapatellar; eine Fraktur der Patella schloss er aus. Er stellte die Diagnose: "Kniekontusion links mit traumatischer Bursitis infrapatellaris" und verordnete Mephador, Traumalix und Venugel (Vi-act. 11). Die weitere Behandlung erfolge beim Hausarzt.

**2.3.1** Am 23. Dezember 2021 suchte die Beschwerdeführerin das Spital H. \_\_\_\_\_ auf. In dessen ärztlichem Erstbericht (vom 23.12.2021) wird auf ob-

genannten Unfall verwiesen, der als "Sturz auf linkes Knie" beschrieben wird (Vi-act 13). Als allgemeine Befunde sind Schwellung und Druckdolenz mediales Knie links, vordere Schublade, Schmerzen bei Belastung erwähnt; der Röntgenbefund zeige keine Hinweise auf frische ossäre Läsionen. Als Diagnose nennt das Spital eine vordere Kreuzbandruptur. Es werden Analgesie, Ruhigstellung in Knieklett-schiene, Gehstöcke sowie ein MRI verordnet.

**2.3.2** Im Bericht vom 23. Dezember 2021 an den Hausarzt wird als Diagnose eine Kniedistorsion links mit Verdacht auf vordere Kreuzbandläsion vom 23.12.2021 genannt. Die Beschwerdeführerin habe sich notfallmässig vorgestellt mit Knieschmerzen nach Sturz aufs linke Knie. Nun habe sie Schmerzen bei Bewegung und ein Instabilitätsgefühl. Als Befunde wurden eine Schwellung medial und prätibiales Hämatom, eine Druckdolenz über dem medialen Gelenkspalt und Kollateralband erhoben; Bewegungsgrade könnten schmerzbedingt nicht eruiert werden. Ein Röntgen des linken Knies zeige keine frischen ossären Läsionen (Vi-act. 24).

**2.3.3** Am 29. Dezember 2021 erfolgte das MRI Knie links nativ bei klinischer Angabe 'Verdacht auf VKB Fraktur. Läsion VKB? Restliche Bänder intakt? Dr.med. I. \_\_\_\_\_ (FMH Radiologie und Neuroradiologie) berichtete in der Folge (Vi-act. 9):

**Befund:**

Es liegt keine Voruntersuchung zum Vergleich vor.

In den flüssigkeitsgefüllten Sequenzen lässt sich kein Knochenmarksödem der mitabgebildeten ossären Strukturen nachweisen.

Femoropatellares Kompartiment: Allenfalls diskrete Signalanhebung des Knorpels in der lateralen Patellafacette, Knorpelschaden Grad I. Leicht lateralisierte Patella. Intakte Darstellung des Retinaculum patellae bds. Kontinuitätserhaltene Darstellung der Quadrizeps - und Patellasehne.

Mediales Kompartiment: Intakter Knorpel. Intakte Darstellung des medialen Kollateralbandes. Intakter Innenmeniskus.

Laterales Kompartiment: Intakter Knorpel. Intakte Darstellung des lateralen Kollateralbandes. Intakter Aussenmeniskus.

Intakte Darstellung des vorderen und hinteren Längsbandes [recte: Kreuzbandes].

Regelrechte Darstellung der mitabgebildeten Muskulatur.

Kein Gelenkserguss.

**Beurteilung:**

- Kein Hinweis auf eine VKB-Ruptur
- Intakte Bänder und Ligamente.
- Intakte Menisci.

**2.3.4** Im Bericht des Spitals H. \_\_\_\_\_ vom 5. Januar 2022 an den Hausarzt zur Konsultation/Besprechung des MRI-Befundes desselben Tages wird als Diagnose 'Kniekontusion/Kniedistorsion Knie links vom 23.12.2021' genannt. Das

MRI zeige keine Knieinnenläsion; die Beschwerdeführerin klagt noch über deutliche Schmerzen lateral über dem Kniegelenk. Es zeigte sich eine Druckdolenz über dem lateralen Epicondylus femoris und dem Gelenkspalt und über dem lateralen Patellarand, kein Erguss, keine Bandinstabilitäten, keine Meniskuszeichen, pDMS erhalten (Vi-act. 23). Das Spital gelangte zur Beurteilung einer massiven Kontusion bzw. Distorsion. Es wurde Physiotherapie verordnet sowie Schonung nach Massgabe der Beschwerden.

**2.3.5** Eine weitere Kontrolle im Spital H. \_\_\_\_\_ erfolgte am 26. Januar 2022 (Vi-act. 25). Im Bericht an den Hausarzt wird als Diagnose "persistierende Schmerzen und Belastungsintoleranz Knie/Bein links bei: St.n. Kniekontusion/Knie-distorsion links vom 23.12.2021" genannt. Das Knie/Bein links zeigte eine allenfalls diskrete Schwellung, kein Erguss im Kniegelenk, diskrete Druckdolenz im Bereich der Wade und deutlich im Bereich der Planta pedis. pDMS distal erhalten, keine Bandinstabilitäten, keine Meniskuszeichen. Extension/Flexion 0/0/95°. Erneut wird bestätigt, dass das MRI unauffällig gewesen sei; klinisch finde sich kein eindeutiger Fokus im Bereich des Kniegelenkes. Man werde eine Ultraschalluntersuchung zum Ausschluss einer tiefen Beinvenenthrombose durchführen und ggf. ein möglich beginnendes CRPS behandeln.

**2.4.1** Am 2. Februar 2022 suchte die Beschwerdeführerin auf Zuweisung durch den Hausarzt Dr.med. E. \_\_\_\_\_ auf. Dieser stellte die Diagnose: 'Kniekontusion links am 21.12.2021 mit Kontusion des Hoffa'schen Fettkörpers und der Patella und Zerrung des medialen Seitenbandes' (Vi-act. 16). Die Beschwerdeführerin sei am 21. Dezember 2021 bei der Arbeit dreimal ausgerutscht und auf das linke Knie nach vorne anterior gestürzt. Sie habe sich notfallmässig am 23. Dezember 2021 im Spital selber vorgestellt, wo konservativ behandelt worden sei. Sie habe noch immer Schmerzen anterior und auch posterior bis in die Wade ausstrahlend. Keine Knieprobleme vor dem Unfall. Als Befund erhob er beim linken Knie eine Flexion/Extension 90/5/0°, keinen Erguss. Druckdolenz des medialen Hoffa'schen Fettkörpers, leichtes femoropatelläres Reiben, leicht schmerzhaft. Druckdolenz entlang des medialen Seitenbandes, medial jedoch stabil in Extension und 30° Flexion. Dial-Zeichen in 30 und 60° Flexion negativ. Lachman 1 mm, guter Anschlag, Pivot-Shift negativ. Dr.med. E. \_\_\_\_\_ gelangte zur Beurteilung, die Beschwerdeführerin habe sich eine dreimalige Kontusion des Hoffa'schen Fettkörpers und der Patella zugezogen, wobei die Kontusion des Hoffa'schen Fettkörpers aufgrund der vielen Schmerzrezeptoren dort sehr lange Beschwerden machen könnten. Er schlug die Weiterführung von Physiotherapie, eine Intraartikuläre Infiltration sowie zunehmende Vollbelastung und Weglassen der Stöcke und Einnahme von Ibuprofen vor.

**2.4.2** Am 8. Februar 2022 befundete Dr.med. E. \_\_\_\_\_ einen leichten Reizzustand im Sinne einer Weichteilschwellung, im Ultraschall einen geringfügigen Erguss im Rezessus suprapatellaris und eine Synovitis, ansonsten gute Beweglichkeit, gute Stabilität und keine Meniskuszeichen (Vi-act. 17). Er führte eine Infiltration mit Depotsteroid und Procaine in den Rezessus suprapatellaris durch.

**2.4.3** Anlässlich der Konsultation bei Dr.med. E. \_\_\_\_\_ berichtete die Beschwerdeführerin am 15. März 2022 über eine deutliche Besserung nach der Infiltration für gut zwei Wochen auch ohne Schmerzmedikamente. Seit etwa 10 Tagen würden die Beschwerden wieder zunehmen. Klinisch zeigte sich ein Druckschmerz im Bereich des Hoffa, ansonsten normale Beweglichkeit und gute Stabilität. Im Ultraschall fand sich noch immer ein leichter Reizerguss und etwas Synovitis. Dr.med. E. \_\_\_\_\_ führte erneut eine Infiltration (Kenacort und Procaine) durch (Vi-act. 22).

**2.4.4** Nach der Konsultation vom 24. Juni 2022 berichtete Dr.med. E. \_\_\_\_\_ (Vi-act. 34), die Infiltration habe eine deutliche Besserung gebracht, jetzt seit vier Wochen erneut Schmerzen anterior im Knie. Als Befund erhob er eine Flexion/Extension von 140/0/10°, keine Ergussbildung, eine Druckdolenz proximal am Hoffa'schen Fettkörper. Es sei eine kleine Plica palpabel, die leicht schmerzhaft sei. Lachmann 1mm, guter Anschlag, Seitenbänder stabil. Am 24. Juni 2022 wurde ebenso ein MRI des linken Knies durchgeführt, welches Dr.med. E. \_\_\_\_\_ wie folgt wiedergibt:

Menisci: Intakt.

Kreuz-, Kollateralbänder und Extensoren: Intakt. Signalsteigerungen und angrenzende Weichteilreaktion an der Insertion des Musculus vastus lateralis.

Knöcherner Strukturen und Knorpel: Kein Knochenmarködem. Intakter Knorpelüberzug.

Gelenkraum und periartikuläre Weichteile: Kein Kniegelenkerguss. Normales Signal des Hoffa'schen Fettkörpers.

Leichtes fokales Ödem im medialen Gastrocnemiuskopf, DD kleine Zerrung. Eine Spur Flüssigkeit in der Bursa semimembranosa.

Beurteilung:

- Kleine proximale Zerrung des medialen Gastrocnemiuskopfes.
- Signalsteigerungen und angrenzende Weichteilreaktion an der Insertion des Musculus vastus lateralis im Sinne eines Reizzustandes (lokale Beschwerden?).
- die Menisci sind intakt.

Dr.med. E. \_\_\_\_\_ stellte fest, die Beschwerdeführerin leide trotz konservativer Behandlung noch an denselben Beschwerden nach der Kniekontusion. Bei genauer Durchsicht der MRI-Bilder finde sich eine Hoffa Zotte, die nach cranial unter die Patella geschlagen sei und durchaus einklemmen könne. Er empfahl die Varianten Weiterführung konservativer Massnahmen oder diagnostisch/thera-

peutische Arthroskopie mit Resektion einer allfälligen Hoffa Zotte und Plica mediopatellaris.

**2.4.5** Am 28. Juni 2022 ersuchte Dr.med. E. \_\_\_\_\_ um Kostengutsprache für eine Kniearthroskopie (Vi-act. 27), welche seitens Vorinstanz infolge unvollständiger medizinischer Unterlagen abgelehnt wurde (Vi-act. 29).

Bei Operationsdiagnose "Sturz auf das anteriore Knie links am 21.12.2022 (recte: 21.12.2021) mit persistierenden va anterioren Schmerzen trotz konservativer Behandlung" sowie "Bei Impingment einer Hoffa Zotte" führte Dr.med. E. \_\_\_\_\_ am 28. Juni 2022 eine diagnostische Arthroskopie des linken Knies und Resektion einer entzündeten grossen Hoffa Zotte infrapatellär durch (Vi-act. 33). Weiter dokumentierte er im Operationsbericht:

1. Recessus suprapatellaris

Beim Einführen des Arthroskopes Entleeren von klarem Erguss. Leichte Synovitis.

2. Femoropatellargelenk

a. Patella: zentriert bei 15°, leichter lat. Overhang von 4mm, Knorpelschäden Grad 1 zentral und lateral.

Synovitis an der Patellaspitze bzw. proximaler Hoffa Fettkörper, Resektion mit dem Arthrocare.

b. Trochlea: Knorpelschäden Grad 1 zentral.

3. Mediales Kompartiment

a. Plica mediopatellaris: ohne Reibephänomene

b. Knorpel medialer Kondylus: intakt

c. Knorpel mediales Tibiplateau: Fissurierung

d. Medialer Meniskushinterhorn und Corpus: intakt

e. Mediales Meniskusvorderhorn: intakt.

4. Zentralpfeiler

a. Plica infrapatellaris: zerrissen, Resektion mit dem Shaver und Arthrocare

b. VKB: spannt sich etwas verspätet an bei 2-3mm

c. HKB: palp. unauffällig

5. Laterales Kompartiment:

a. Laterales Meniskushinterhorn: intakt

b. Lateraler Meniskuscorpus und Vorderhorn: intakt

d. Lateraler Tibiplateauknorpel: Fissurierung

e. Hiatus popliteus: leichte Synovitis

6. Seitliche Recessi: mässige Synovitis

**2.4.6** In der Verlaufskontrolle bei Dr.med. E. \_\_\_\_\_ vom 2. August 2022 berichtete die Beschwerdeführerin über einen sehr guten Verlauf; sie benötige keine Schmerzmedikation mehr. Klinisch sei das Kniegelenk praktisch abgeschwollen, die Wunden seien reizlos, die Beweglichkeit sei mit F/E 130/0/5° nahezu normal. Die Behandlung wurde abgeschlossen und der Beschwerdeführerin ab der Folgeweche eine volle Arbeitsfähigkeit attestiert (Vi-act. 42).

**3.1** Zur Prüfung ihrer Leistungspflicht holte die Vorinstanz bei Dr.med. F.\_\_\_\_\_ eine orthopädisch-traumatologische Aktenbeurteilung ein, welche dieser am 12. Juli 2022 vorgelegt hat (Vi-act. 35). Er nannte als Ereignisdatum den 20. Dezember 2021 und beschrieb das Ereignis mit: "Auf der Treppe mit dem linken Knie auf eine Steinkante gefallen". Nach Zusammenfassung des medizinischen Sachverhaltes gelangte er zur Beurteilung, die beklagten Beschwerden stünden nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in natürlichem Kausalzusammenhang zum gemeldeten Ereignis. Anlässlich der Kniekontusion links vom 20. Dezember 2021 sei es weder befundlich noch bildgebend zu strukturell objektivierbaren traumatischen Schäden gekommen. Das subjektive Schmerzempfinden nach Kontusion sei individuell verschieden und berechtige hier ab spätestens 6 Wochen nach der Kniekontusion mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht mehr, die subjektiven Beschwerden in einen überwiegend wahrscheinlichen Kausalzusammenhang zum Ereignis zu bringen. Es sei weder eine Bandläsion noch sonst eine andere objektivierbare Diagnose dokumentiert. Die durch Dr.med. E.\_\_\_\_\_ am 24. Juni 2022 [recte 28.6.2022] durchgeführte Operation habe keine Befunde gebracht, die anlässlich des Ereignisses entstanden seien bzw. sich verschlechtert hätten. Dies betreffe den Hoffa-Fettkörper in gleicher Weise wie mehrere Plicae und sämtliche Knorpelschäden sowie Synovialitiden. Es handle sich bei dem operativen Eingriff um einen krankheitsbedingten Vorgang. Der status quo sine vel ante sei nach der Kniekontusion vom 20. Dezember 2021 sechs Wochen danach wieder erreicht gewesen. Gemäss Dr.med. F.\_\_\_\_\_ seien die intraoperativen Befunde vom 26. Juni 2022 [recte 28.6.2022] ausschliesslich und überwiegend wahrscheinlich krankheitsbedingt, nämlich die Synovialitis, die Knorpelfissur Femoropatellargelenk und die Plicae. Das Unfallereignis habe auch zu keiner Verschlechterung geführt.

In der Folge verfügte die Vorinstanz am 13. Juli 2022 gestützt auf diese Aktenbeurteilung die Leistungseinstellung per 31. Januar 2022 (sechs Wochen nach Ereignis; Vi-act. 37).

**3.2** In der ergänzenden Einsprache vom 11. Oktober 2022 verwies die Beschwerdeführerin auf einen Bericht von Dr.med. E.\_\_\_\_\_ vom 7. September 2022 (Vi-act. 45). Darin nennt er als relevante Diagnose den Sturz auf das anteriore Knie links am 21.12.2021 mit persistierenden va anterioren Schmerzen trotz konservativer Behandlung, bei Impingement einer Hoffa Zotte. Der Unfall sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit die Ursache für die am 28. Juni 2022 operativ behandelten Beschwerden. Vor dem Unfall habe die Beschwerdeführerin über keine Kniebeschwerden geklagt.

Zur Aktenbeurteilung von Dr.med. F.\_\_\_\_\_ führte Dr.med. E.\_\_\_\_\_ aus, ausschlaggebend und klinisch relevant für die Arthroskopie seien die Schmerzen im Hoffa'schen Fettkörper gewesen; wie im Operationsbericht erwähnt, seien während der Arthroskopie unfallbedingte Faktoren therapiert worden. Der Kausalzusammenhang der Hoffa'schen Fettkörper mit den therapie-resistenten Schmerzen sei gegeben.

**3.3** Im Einspracheverfahren holte die Vorinstanz eine weitere Aktenbeurteilung bei Dr.med. F.\_\_\_\_\_ ein (Vi-act. 46). Dabei führte er aus:

Die Versicherte erlitt am 20.12.2021 eine Kniekontusion links. Die weiteren Befunde danach zeigten etwas mehr als eine Woche später (29.12.2021) in der MRT-Untersuchung ein unauffälliges Knie ohne jegliche Hinweise einer Traumatisierung im Hoffa-Bereich. Hierbei zeigten sich bei leicht lateralisierter Patella chondrale Knorpelschäden retropatellär.

Befundlich ist erstberichtlich am 21.12.2021 durch Dr. G.\_\_\_\_\_ eine "Kniekontusion links mit traumatisierter Bursitis infrapatellaris" dokumentiert. Ein Erstbehandlungsbericht von J.\_\_\_\_\_ mit Behandlung am 23.12.2021 nennt eine Schwellung und Druckdolenz medial am linken Knie. Somit fehlt hier rein in Bezug auf die Lokalisation bei unauffälligem Kniegelenk mit überwiegender Wahrscheinlichkeit der Nachweis einer strukturellen Läsion im anatomischen Hoffa-Bereich des linken Knies der Versicherten, vor allem auch unter Berücksichtigung des blanden MRT-Befundes. Eine Seitenbandzerrung wurde ebenfalls nicht mittels MRT und zeitnah befundlich diagnostiziert (siehe unten Dr. E.\_\_\_\_\_ am 03.02.2022).

Eine Druckdolenz des medialen Hoffa-Fettkörpers wird erstmals durch Dr. E.\_\_\_\_\_ im Bericht vom 03.02.2022 genannt, wobei das linke Knie keinesfalls äquivalent dem MRT-Befund überwiegend wahrscheinlich Traumafolgen aufwies:

*"Knie links: Flexion/Extension 90-5-0°, kein Erguss. Druckdolenz des medialen Hoffa'schen Fettkörpers, leichtes femoropatelläres Reiben, leicht schmerzhaft. Druckdolenz entlang des medialen Seitenbandes, medial jedoch stabil in Extension und 30° Flexion. Dial-Zeichen in 30 und 60° Flexion negativ. Lachman 1 mm, guter Anschlag, Pivot-Shift negativ."*

Er kommt zu dem Schluss: *"Es hat bei dieser Patientin eine dreimalige Kontusion des Hoffa'schen Fettkörpers und der Patella stattgefunden, wobei die Kontusion des Hoffa'schen Fettkörpers aufgrund der vielen Schmerzrezeptoren dort sehr lange Beschwerden machen können. Daneben besteht eine mediale Seitenbandzerrung."*

Diese erstmals erwähnte dreimalige Hoffa-Kontusion kann weder den Unterlagen entnommen werden, noch als überwiegend wahrscheinliche Ereignisfolge, erstmals 2.5 Monate nach dem Ereignis genannt, nachvollzogen werden.

Der von Dr. E.\_\_\_\_\_ am 28.06.2022 erhobene intraoperative Befund zeigte eindeutig eine grosse entzündliche Hoffa-Zotte, welche als überwiegend wahrscheinliche Ereignisfolge nicht erkannt werden kann, es handelt sich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit um eine krankhaft bedingte Kniereizung der Synovialis

bei intraoperativ klar dokumentierten arthrotischen Veränderungen mit folgendem Befund:

*"Femoropatellargelenk a. Patella: zentriert sich bei 15°, leichter lat. Overhang von 4 mm, Knorpelschäden Grad I zentral und lateral, Synovitis an der Patellaspitze bzw. proximaler Hoffa Fettkörper, Resektion mit dem Arthrocare. b. Trochlea: Knorpelschäden Grad I zentral."*

Eine beginnende bis bereits mässige vorhandene Femoropatellararthrose (Knorpelschäden) bedingt Synovitiden als bekannten Begleitbefund und erklärt den durchgeführten operativen Eingriff der Resektion einer entzündeten grossen Hoffa Zotte infrapatellär mit eindeutiger und überwiegender Wahrscheinlichkeit.

Diese Operation war medizinisch nicht nötig, um diagnostische Erkenntnisse aufgrund des erlittenen Ereignisses einer Kniekontusion zu erlangen.

Die anwaltschaftlich vorgebrachten Argumente von Schmerzen und "unfallbedingten therapierten Faktoren" vermögen den obigen Sachverhalt nicht zu verändern, fehlt doch eine fachlich nachvollziehbare und objektivierbare Begründung.

Somit besteht kein Anlass, inhaltlich von der am 12.07.2022 erstellten Beurteilung abzuweichen.

**3.4** Im angefochtenen Einspracheentscheid hielt die Vorinstanz fest, strittig sei einzig die Kausalitätsfrage; da es sich um eine medizinische Frage handle, könne auf die Beurteilung von Dr.med. F.\_\_\_\_\_ abgestellt werden. Dieser habe die umfassenden medizinischen Akten eingesehen und sei zum Schluss gelangt, es sei beim Unfall vom 20. Dezember 2021 weder befundlich noch bildgebend zu strukturell objektivierbaren traumatischen Schäden gekommen. Auch die Operation von Juni 2022 habe keine traumatischen Befunde gezeigt, es habe sich um einen krankheitsbedingten Vorgang gehandelt. Medizinische Argumente gegen diese Beurteilung würden fehlen. Dr.med. E.\_\_\_\_\_ begründe seine Kausalitätsbeurteilung mit keinem Wort; als relevant für die Arthroskopie habe er die Kontusion des Hoffa'schen Fettkörpers bezeichnet. Dr.med. F.\_\_\_\_\_ halte dem indes entgegen, dass die MRT-Untersuchung eine Woche nach dem Unfall keine Hinweise auf eine Traumatisierung im Hoffa-Bereich gezeigt habe. Eine entsprechende Kontusion sei nicht aktenkundig und die Beschwerden würden erstmals am 3. Februar 2022 erwähnt. Dass die Beschwerdeführerin vor dem Unfall beschwerdefrei gewesen sei, vermöge einen Kausalzusammenhang nicht darzulegen. Aus diesen Gründen sei das Erreichen des status quo sine vel ante nach 6 Wochen nicht zu beanstanden.

**4.1** Ihren Einspracheentscheid vom 3. November 2022 stützt die Vorinstanz im Wesentlichen - wenn nicht gar ausschliesslich - auf die Aktenbeurteilung von Dr.med. F.\_\_\_\_\_ vom 28. Oktober 2022 (Eingang bei der Vorinstanz am 31.10.2022) ab.

Aus den Akten ist nicht ersichtlich, dass die Vorinstanz der Beschwerdeführerin zu dieser Aktenbeurteilung das rechtliche Gehör gewährt hätte. Hiervon kann auch nicht ausgegangen werden, erging der Einspracheentscheid doch bereits am dritten Arbeitstag nach Eingang der Aktenbeurteilung.

**4.2** Spätestens im Einspracheverfahren (Art. 42 ATSG) hat der Unfallversicherer die allgemeinen Grundsätze des rechtlichen Gehörs zu wahren und folglich der versicherten Person oder ihrem Vertreter Einsicht in die Akten zu gewähren, auf deren Grundlage sie den Einspracheentscheid abstützt (BGE 132 V 387 Erw. 4.1; Urteil BGer 8C\_738/2014 vom 15.1.2015 Erw. 6.4). Dazu gehört, dass den Verfahrensbeteiligten wesentliche neue Beweismittel vorgängig des Entscheids zur Kenntnis gebracht werden und ihnen Gelegenheit gegeben wird, sich hierzu zu äussern. Stützt sich der Unfallversicherer auf einen im Einspracheverfahren eingeholten versicherungsinternen Arztbericht, hat er dem Versicherten Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben, wenn die Beurteilung neue entscheidungswesentliche Gesichtspunkte oder erhebliche neue Begründungselemente enthält (Urteil EVGer U 116/02 vom 10.3.2003 Erw. 1.1 m.V.a. RKUV 1998 Nr. U 309 S. 461 Erw. 4c; vgl. auch VGE I 2019 62 vom 12.12.2019 Erw. 3.3.1; VGE I 2019 11 vom 11.9.2019 Erw. 3.3.1).

**4.3** Im Ergebnis der Aktenbeurteilung vom 28. Oktober 2022 bestätigt Dr.med. F.\_\_\_\_\_ seine Aktenbeurteilung vom 12. Juli 2022 (vgl. oben Erw. 3.1 und Erw. 3.3). Indes ist sie in den Aussagen auch ausführlicher und konziser. Vor allem aber veranlasst die Aktenbeurteilung vom 28. Oktober 2022 die Beschwerdeführerin zu klaren Entgegnungen, welche so auf Basis der Aktenbeurteilung vom 12. Juli 2022 noch nicht angezeigt waren.

So fällt auf, dass Unklarheiten hinsichtlich des genauen Unfallhergangs bestehen. Dr.med. F.\_\_\_\_\_ geht von einer einfachen Kniekontusion am 20. Dezember 2021 aus und bestreitet die von Dr.med. E.\_\_\_\_\_ genannte dreimalige Kontusion. Wie die Beschwerdeführerin nun vor Verwaltungsgericht ausführt, sollen gar vier Kontusionen das linke Knie beeinträchtigt haben (drei Stürze auf das Knie während der Arbeit in der Küche und ein Sturz auf die steinerne Treppe zu Beginn der Zimmerstunde). Diese nicht unwesentliche Differenz (Differenzen bestehen auch hinsichtlich der Unfalldaten in den verschiedenen Arztberichten) hätte bereits während des Einspracheverfahrens geklärt werden können, wäre der Beschwerdeführerin das rechtliche Gehör gewährt worden. Wenn die Vorinstanz vernehmlassend festhält, es erstaune, dass die Beschwerdeführerin erstmals vor Verwaltungsgericht eine ungenügende Sachverhaltsabklärung rügt, so ist dies nicht zuletzt auf diese Gehörsverletzung zurückzuführen. Denn erst die Aktenbeurteilung vom 28. Oktober 2022 zeigte die Bedeutung auf. Zu-

dem wurde die Beschwerdeführerin selbst zum Unfallhergang gar nie befragt; die Vorinstanz stellte bislang einzig auf die Unfallmeldung der Arbeitgeberin ab.

Kommt hinzu, dass die Vorinstanz vernehmlassend die Feststellung von Dr.med. F.\_\_\_\_\_ wiederholt, wonach Dr.med. E.\_\_\_\_\_ die dreimalige Kontusion erstmals 2.5 Monate nach dem Unfallereignis erwähne. Wie die Beschwerdeführerin zu Recht ausführt, ist diese Feststellung nicht nachvollziehbar, wenn nicht geradezu falsch. Die dreimalige Kontusion wird im Bericht vom 3. Februar 2022 (nach der Konsultation vom 2.2.2022) erwähnt und damit anlässlich des ersten persönlichen Untersuchs durch den Facharzt Dr.med. E.\_\_\_\_\_ rund sechs Wochen nach dem Unfall (und damit zum Zeitpunkt, da gemäss Vorinstanz der status quo sine vel ante eintrat). Auch diese Widersprüchlichkeit hätte sich bei Wahrung des rechtlichen Gehörs noch im Einspracheverfahren klären lassen. Auf die medizinische Beurteilung von die Versicherung beratenden Ärzten kann abgestellt werden, wenn keine auch nur schon geringen Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit deren Beurteilungen bestehen (vgl. oben Erw. 1.7.2). Diese Voraussetzung ist gemäss Vorinstanz erfüllt. Wenn sie dann aber sowohl im Einspracheentscheid als auch vernehmlassend hervorhebt, es lägen keine fachärztlichen Beurteilungen im Recht, welche jener von Dr.med. F.\_\_\_\_\_ widersprächen, so ist dies nicht zuletzt darauf zurückzuführen, dass der Beschwerdeführerin das rechtliche Gehör zu dessen Aktenbeurteilung gar nicht gewährt wurde. Insofern erstaunt es wenig, dass keine kritische medizinische Auseinandersetzung mit der Aktenbeurteilung, welche dem Einspracheentscheid zugrunde liegt, vorliegt. Immerhin aber ergibt sich bereits aus den vorliegenden Akten, dass Dr.med. E.\_\_\_\_\_ am 2. Februar 2022, d.h. zu einem Zeitpunkt, da gemäss Versicherungsarzt der status quo sine vel ante eingetreten sein soll, einen klaren Befund erhoben und eine Diagnose gestellt hat. Dieser Befund und namentlich die Diagnose einer Kontusion des Hoffa'schen Fettkörpers (vgl. oben Erw. 2.4.1) beschlägt dabei denselben Bereich, wo auch der erstbehandelnde Arzt sowie das Spital Befunde dokumentierten (infrapatellar, VKB, Knie links medial, prätibial, medialer Gelenkspalt, vgl. oben Erw. 2.2 - 2.3.5), aber anders interpretierten. Wenn diese Befunde insgesamt nicht deckungsgleich sind, so heisst dies nicht zwingend, dass der Befund und die Diagnose des Fachspezialisten (Dr.med. E.\_\_\_\_\_ ) falsch sind, zumal die ersteren Befunde durch letztere Diagnose erklärt werden können und diese auch die Operationsdiagnose darstellt. Insofern besteht auch Schlüssigkeit in den Berichten der behandelnden Ärzte. Bleibt zu ergänzen, dass die Beschwerdeführerin vor Verwaltungsgericht wohl die Edition der Krankenakten der behandelnden Ärzte offeriert. Im Rahmen der Stellungnahme zur Aktenbeurteilung von Dr.med. F.\_\_\_\_\_ wird es an ihr sein, aufgrund ihrer Mitwirkungspflicht Berichte der Ärzte (namentlich etwa auch

des Hausarztes, von welchem überhaupt kein Bericht in den Akten liegt) auch aktiv beizubringen.

**4.4** Auch wenn - namentlich geringfügige - Gehörsverletzungen mitunter im Rahmen des Beschwerdeverfahrens geheilt werden können, so ist dies vorliegend nicht angezeigt. Die Differenzen und beschwerdeführerischen Vorbringen gegen die Aktenbeurteilung von Dr.med. F. \_\_\_\_\_ sind von einem Ausmass, dass es angezeigt erscheint, diese vorab im Rahmen des Einspracheverfahrens aufzulösen. In diesem Sinne erweist sich die Beschwerde als berechtigt, weshalb der angefochtene Einspracheentscheid aufzuheben und die Sache zur Gewährung des rechtlichen Gehörs der Beschwerdeführerin und weiteren notwendigen Abklärungen an die Vorinstanz zurückzuweisen ist.

**5.** Bleibt folgender Punkt anzufügen: Gemäss Verfügung vom 13. Juli 2022 endete der Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin per 31. Januar 2022. Zu jenem Zeitpunkt dauerte sowohl die Heilbehandlung als auch die Arbeitsunfähigkeit noch an.

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 oder der Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und dem leistungsbegründenden Gesundheitsschaden dahingefallen ist (BGE 130 V 380 Erw. 2.3.1; Urteil BGer 8C\_548/2019 vom 10.1.2020 Erw. 4.2.2).

Vorliegend ergibt sich weder aus der Verfügung noch aus dem Einspracheentscheid, ob die Vorinstanz die Leistungen per 31. Januar 2022 (oder später) 'ex nunc et pro futuro' einstellte oder gar erbrachte Leistungen zurückforderte (was einen Rückkommenstitel voraussetzen würde). Nicht wirklich erhellend hierzu ist eine E-Mail der Arbeitgeberin der Beschwerdeführerin vom 20. Juli 2022, worin diese die Frage der rückwirkenden Abwicklung per 1. Februar 2022 stellt und Taggelder offenbar bis 15. April 2022 bezahlt wurden.

Sofern das Gericht über alle für den Fall relevanten Akten verfügt, besteht diesbezüglich eine Unklarheit. Sollte dies zutreffen, erscheint es angezeigt, mit dem neuen Entscheid auch diese Frage zu klären.

**6.1** 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 Auferlegung der Gerichtskosten wie auch der Zusprechung einer Par-

teientschädigung als Obsiegen der beschwerdeführenden Partei, unabhängig davon, ob die Rückweisung überhaupt beantragt, oder ob das entsprechende Begehren im Haupt- oder Eventualantrag gestellt wird (vgl. BGE 137 V 210 Erw. 7.1; VGE I 2019 75 vom 16.3.2020 Erw. 6.2, je mit Hinweisen).

**6.2** Es werden keine Verfahrenskosten erhoben (Art. 61 lit. f<sup>bis</sup> ATSG).

**6.3** Nach dem Gesagten hat die beanwaltete Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG / § 74 Abs. 1 VRP). Diese 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.

## **Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird insoweit gutgeheissen, als der Einspracheentscheid vom 3. November 2022 aufgehoben und die Sache zur weiteren Abklärung und neuem Entscheid im Sinne der Erwägungen an die Vorinstanz zurückgewiesen wird.
2. Es werden keine Kosten erhoben.
3. Die Vorinstanz hat der Beschwerdeführerin 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:
  - die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin (2/R)
  - die Vorinstanz (R)
  - und das Bundesamt für Gesundheit, BAG, 3003 Bern (A).

Schwyz, 10. März 2023

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Vizepräsident:

Der Gerichtsschreiber:

### **\*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. März 2023