

# GR\_GERICHTE S 2019 120 vom 23. März 2021

GR Gerichte, 2021-03-23, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr\\_gerichte\\_S 2019 120](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr_gerichte_S_2019_120)

FR: GR\_GERICHTE S 2019 120 du 23 mars 2021

IT: GR\_GERICHTE S 2019 120 del 23 marzo 2021

## Regeste

Versicherungsleistungen nach UVG | Unfallversicherung

## Erwägungen

### E. 1

A.\_\_\_\_\_ war im Unfallzeitpunkt bei der C.\_\_\_\_\_ angestellt und im Rahmen dieser Anstellung bei der B.\_\_\_\_\_ AG obligatorisch gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert. Gemäss Schadenmeldung UVG vom 12. Oktober 2017 zog sich A.\_\_\_\_\_ am 13. August 2017 auf einer Hochtour eine Verletzung am rechten Knie zu, indem sie mit dem Steig- eisen beim anderen Fuss einhängte und dadurch stürzte.

### E. 1.1

Anfechtungsobjekt ist der Einspracheentscheid vom 9. September 2019 (Beilagen Beschwerdegegnerin [Bg-act.] 109). Gemäss Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) i.V.m. Art. 56 Abs. 1 und Art. 58 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) kann gegen Einspra-

- 12 - cheentscheide der Unfallversicherer beim Versicherungsgericht desjenigen Kantons Beschwerde erhoben werden, in dem die versicherte Person zur Zeit der Beschwerdeerhebung Wohnsitz hat. Befindet sich der Wohnsitz der versicherten Person im Ausland, so ist das Versicherungsgericht des- jenigen Kantons zuständig, in dem sich ihr letzter schweizerischer Wohn- sitz befand oder in dem ihr letzter schweizerischer Arbeitgeber Wohnsitz hat (Art. 58 Abs. 2 ATSG). Die Beschwerdeführerin lebt im Ausland. Der Sitz ihrer letzten schweizerischen Arbeitgeberin befindet im Kanton Graubünden (vgl. Bg-act. 1), weshalb die örtliche Zuständigkeit des Ver- waltungsgerichts des Kantons Graubünden gegeben ist. Dessen sachliche Zuständigkeit ergibt sich alsdann aus Art. 57 ATSG i.V.m. Art. 49 Abs. 2 lit. a des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege (VRG; BR 370.100). Damit ist die Zuständigkeit des angerufenen Gerichts zu bejahen. Als for- melle und materielle Adressatin des angefochtenen Entscheides ist die Be- schwerdeführerin vom angefochtenen Einspracheentscheid berührt und weist ein schutzwürdiges Interesse an dessen Überprüfung auf (Art. 59 ATSG). Auf die im Übrigen frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde ist somit – unter Vorbehalt nachfolgender Erwägung 1.2 – einzutreten (Art. 1 UVG i.V.m. Art. 60 und Art. 61 lit. b ATSG).

### E. 1.2

Die Beschwerdeführerin beantragt die Aufhebung des angefochtenen Ein- spracheentscheids vom 9. September 2019 (Bg-act. 109) sowie die Aufhe- bung der diesem

Entscheid zugrunde liegenden Verfügung vom 26. Oktober 2018 (Bg-act. 80). Diesbezüglich gilt es zu beachten, dass gemäss ständiger Rechtsprechung des Bundesgerichtes der Einspracheentscheid an die Stelle der zugrunde liegenden Verfügung tritt und damit alleiniger Anfechtungsgegenstand des Beschwerdeverfahrens bildet. Mit dem Erlass des Einspracheentscheids verliert die Verfügung – soweit angefochten – jede rechtliche Bedeutung (BGE 130 V 424 E.2.1.2.1; Urteil des Bundesgerichts 9C\_539/2014 vom 18. Dezember 2014 E.2.1). Soweit die Be-

- 13 - schwerdeführerin vorliegend also auch die Verfügung vom 26. Oktober 2018 anfecht, ist darauf nach dem soeben Gesagten nicht einzutreten.

## **E. 2**

Die Erstbehandlung erfolgte am 25. August 2017 durch Dr. med. D.\_\_\_\_\_ und die Nachbehandlung durch Dr. med. E.\_\_\_\_\_. Letztere hielt in ihrem Bericht vom 22. November 2017 einen Verdacht auf eine Meniskusklaision lateral rechts fest und meldete A.\_\_\_\_\_ bei fehlender Besserung mit Physiotherapie zu einer MRI-Untersuchung des rechten Knies an.

### **E. 2.1**

In formeller Hinsicht ist zunächst zu prüfen, ob eine Verletzung der Aktenführungspflicht gemäss Art. 46 ATSG vorliegt. Die Beschwerdeführerin bemängelt im Rahmen ihrer Beschwerde die ordnungsgemässe Akturierung. Der verfassungsmässige Anspruch auf Akteneinsicht verpflichtet die Behörden zu einer geordneten und übersichtlichen Aktenführung. Wenn keine korrekte Aktenführung vorgenommen werde, erschwere dies der Beschwerdeführerin die Geltendmachung ihrer Rechte. Dass sich dies negativ ausgewirkt habe, zeige die Tatsache, dass dem beratenden Arzt Dr. med. I.\_\_\_\_\_ das Kostengutsprachegesuch der H.\_\_\_\_\_ vom 16. Januar 2108 nicht vorgelegen habe, weshalb eine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör bzw. eine Umkehr der Beweislast festzuhalten sei. Die Beschwerdegegnerin äusserte sich in ihren Rechtsschriften hierzu nicht.

### **E. 2.2**

Gemäss Art. 46 ATSG sind für jedes Sozialversicherungsverfahren alle Unterlagen, die massgeblich sein können, vom Versicherungsträger systematisch zu erfassen. Art. 46 ATSG verpflichtet die Sozialversicherungsträger indes nur (aber immerhin) zur Führung eines geordneten Aktendossiers, welches allen Beteiligten erlaubt, bei einer Akteneinsicht Klarheit über die massgeblichen Akten zu gewinnen (vgl. BGE 138 V 218 E.8.1.2; Urteil des Bundesgerichts 9C\_788/2010 vom 3. Februar 2011 E.3.3). Ferner sind die Unterlagen von Beginn weg in chronologischer Reihenfolge abzulegen; bei Vorliegen eines Gesuchs um Akteneinsicht und spätestens im Zeitpunkt des Entscheids ist das Dossier zudem durchgehend zu paginieren. Ein Aktenverzeichnis ist lediglich erwünscht (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_319/2010 vom 15. Dezember 2010 E.2.2.2 mit weiteren Hinweisen).

- 14 -

### **E. 2.3**

Soweit die Beschwerdeführerin vorbringt, dass dem beratenden Arzt der Beschwerdegegnerin, Dr. med. I.\_\_\_\_\_, FMH Orthopädische Chirurgie, gewisse Akten nicht vorgelegen hätten, ist dies im Rahmen der Beweistauglichkeit der von diesem erstellten Aktenbeurteilung zu prüfen (vgl. Erwägung 7.3.1 nachstehend). Abgesehen von

diesem Einwand bringt die Beschwerdeführerin lediglich pauschal vor, dass die Akten nicht ordnungsgemäss akтуриert seien. Vorliegend ergibt sich, dass die Akten der Beschwerdegegnerin systematisch und chronologisch geführt sind. Allerdings sind die Akten nicht paginiert. Durch die unterlassene Paginierung der Akten war die Wahrnehmung des Akteneinsichtsrechtes für die Beschwerdeführerin möglicherweise etwas erschwert, nicht aber unmöglich. Eine nicht heilbare Verletzung des rechtlichen Gehörs, welche mit der Kassation des vorinstanzlichen Entscheids zu ahnden wäre, ist darin jedenfalls nicht zu erblicken (vgl. BGE 132 V 387 E.5.1; Urteil des Bundesgerichts 8C\_319/2010 vom 15. Dezember 2010 E.2.3.1). Die Beschwerdegegnerin sei aber darauf hingewiesen, dass diesbezüglich Optimierungsbedarf besteht. 3. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin die Versicherungsleistungen zur Behandlung der über den 28. Januar 2018 hinaus bestehenden Beschwerden am rechten Knie per 28. Januar 2018 mangels natürlichen Kausalzusammenhangs zu Recht eingestellt oder ob die Beschwerdeführerin auch über den 28. Januar 2018 hinaus Anspruch auf Versicherungsleistungen für die Folgen aus dem Unfall vom 13. August 2017 hat. Fraglich ist damit mit anderen Worten, ob die nach dem 28. Januar 2018 noch anhaltenden Beschwerden in einem natürlichen Kausalzusammenhang mit der beim Unfall vom 13. August 2017 erlittenen Verletzung am rechten Knie standen. Unbestritten ist vorliegend die Qualifikation des Ereignisses vom 13. August 2017 als Unfall.

- 15 -

### **E. 3**

Die MRI-Untersuchung des rechten Knies fand am 2. Dezember 2017 im Spital F. \_\_\_\_\_ statt. Dabei wurden ein grosser bis zum Knochen reichender Knorpeldefekt der gesamten lateralen Patellafacette und bis zum Knochen reichende Fissuren im Knorpel der medialen Patellafacette, ein Knorpeldefekt der lateralen Facette der Trochlea femoris und Gelenksganglien in der interkondylären Notch sowie dorsokranial des lateralen Femurkondylus festgestellt.

### **E. 4**

In der Folge wurde bei A. \_\_\_\_\_ am 29. Januar 2018 durch Dr. med. G. \_\_\_\_\_ in der H. \_\_\_\_\_ eine Kniegelenksarthroskopie rechts mit ausgedehntem Knorpeldébridement retropatellär und ventraler Femurkondylus, subtotale Synovektomie, lateraler Kapselrelease sowie Kreuzbandzystenperforation mit intraartikulärer Entleerung durchgeführt.

#### **E. 4.1**

Gemäss Art. 6 Abs. 1 UVG werden die Versicherungsleistungen, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt, bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt. Als Unfall gilt gemäss Art. 4 ATSG die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat. Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und der gesundheitlichen Schädigung ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (Urteil des Bundesgerichts 8C\_269/2017 vom 13. September 2017 E.4.1 mit Hinweis u.a. auf BGE 129 V 177 E.3.1).

#### **E. 4.2**

Als Ursache im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs gelten alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der in Frage stehende 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 einer gesundheitlichen Störung ist. Es genügt, dass er als schädigendes Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche, geistige oder psychische Gesundheit der Versicherten beeinträchtigt hat, mithin der Unfall nicht weggedacht werden kann, ohne dass die eingetretene gesundheitliche Beeinträchtigung entfiere (vgl. BGE 129 V 177 E.3.1, 119 V 335 E.1, 118 V 286 E.1b; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_689/2019 vom 9. März 2020 E.5.3)

#### **E. 4.3**

Wird durch einen Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, entfällt die einmal anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate

- 16 - Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer 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 des Bundesgerichts 8C\_423/2012 vom 26. Februar 2013 E.3.2). Trifft ein Unfall auf einen vorgeschädigten Körper und steht medizinischerseits fest, dass weder der Status quo ante noch der Status quo sine je wieder erreicht werden können, so spricht die Rechtsprechung von einer "richtungsgebenden Verschlimmerung" (Urteil des Bundesgerichts 8C\_589/2017 vom 21. Februar 2018 E.3.1.2).

#### **E. 4.4**

Treten demnach im Anschluss an einen Unfall Beschwerden auf (die zuvor nicht bestanden) und ist aber davon auszugehen, dass durch den Unfall lediglich ein (zuvor stummer) degenerativer Vorzustand aktiviert, nicht aber verursacht worden ist, so hat der Unfallversicherer bis zum Erreichen des Status quo sine vel ante Leistungen für das unmittelbar im Zusammenhang mit dem Unfall stehende Schmerzsyndrom zu erbringen. Mit dem Erreichen des Status quo sine vel ante entfällt eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden (Urteil des Bundesgerichts 8C\_816/2009 vom

#### **E. 4.5**

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage. Darüber haben die Verwaltung sowie das im Beschwerdefall angerufene Gericht nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (vgl. BGE 129 V 177 E.3.1). Dasselbe gilt für den Wegfall eines

- 17 - einmal bestehenden Kausalzusammenhangs. Während bei der Frage, ob ein Kausalzusammenhang existiert, der Versicherte die objektive Beweislast trägt, liegt die objektive Beweislast für den behaupteten Wegfall der Kausalität aufgrund des Erreichens des Status quo sine vel ante beim Unfallversicherer. Dabei hat der Unfallversicherer nicht

den Beweis für unfall- fremde Ursachen zu erbringen. Welche Ursachen (Krankheit, Geburtsge- brechen oder degenerative Veränderungen) ein nach wie vor geklagtes Leiden hat, ist an sich unerheblich. Entscheidend ist allein, ob die unfallbe- dingten Ursachen eines Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind. Ebenso wenig muss der Unfallver- sicherer den negativen Beweis erbringen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliege oder dass die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_68/2020 vom 11. März 2020 E.3.2, 8C\_840/2019 vom 14. Februar 2020 E.3.2).

## **E. 5**

Der postoperative Verlauf gestaltete sich in der Folge schleppend. Nach- dem die Kniebeweglichkeit im April 2018 immer noch stark eingeschränkt

- 3 - war, erfolgte am 16. April 2018 eine weitere MRI-Untersuchung des rechten Knies im Spital F.\_\_\_\_\_.

### **E. 5.1**

Zur Abklärung medizinischer Sachverhalte – wie der Beurteilung des Ge- sundheitszustandes sowie der Feststellung natürlicher Kausalzusammen- hänge im Bereich der Medizin – ist die rechtsanwendende Behörde auf Un- terlagen angewiesen, die ihr vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind (vgl. BGE 122 V 157 E.1b m.H.). Das Gericht hat die medi- zinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gülti- gen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) – wie alle anderen Beweismittel – frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisre- geln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzuge-

- 18 - ben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt.

### **E. 5.2**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob die- ser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchun- gen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begrün- det sind (BGE 134 V 231 E.5.1; BGE 125 V 351 E.3a m.H.). Ausschlagge- bend für den Beweiswert ist somit grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag ge- gebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 E.3a). Dennoch hat es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweis- würdigung (Art. 61 lit. c ATSG) als vereinbar erachtet, in Bezug auf be- stimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen. So kommt den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte voller Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit sprechen. Die Tatsache al- lein, dass der befragte Arzt in einem

Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 125 V 351 E.3b/ee). Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V

- 19 - 465 E.4.4; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_761/2017 vom 5. Dezember 2017 E.5.1.1). 6. Zur Beurteilung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin und der Frage der Kausalität zwischen dem Unfallereignis vom 13. August 2017 und den über den 28. Januar 2018 hinausbestehenden Beschwerden am rechten Knie liegen im Wesentlichen folgende relevanten medizinischen Unterlagen vor:

## **E. 6**

Dr. med. O. \_\_\_\_\_ vom Orthopädie Zentrum S. \_\_\_\_\_ empfahl in seinem Bericht vom 5. Juni 2018 zuhanden Dr. med. D. \_\_\_\_\_ eine erneute Operation, da die Kniebeweglichkeit verbessert werden müsse, damit die Rehabilitation stattfinden könne.

### **E. 6.1**

Gemäss Schadenmeldung vom 12. Oktober 2017 (Bg-act. 1) habe die Beschwerdeführerin am 13. August 2017 das rechte Knie verletzt, indem sie auf einer Hochtour mit dem Steigeisen beim anderen Fuss eingehängt und dadurch gestürzt sei. Als erstbehandelnder Arzt wurde der Hausarzt, Dr. med. D. \_\_\_\_\_, und als nachbehandelnde Ärztin Dr. med. E. \_\_\_\_\_ aufgeführt. Dr. med. D. \_\_\_\_\_ konnte am 25. August 2017 noch keine Diagnose stellen (vgl. Bg-act. 10).

### **E. 6.2**

Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Allgemeine Medizin, hielt in ihrem Bericht vom 22. November 2017 (Bg-act. 7) als Befund Schmerz am rechten Knie bei maximaler Flexion, kein Erguss, Lachmann negativ und McMurray negativ fest und äusserte als Diagnose den Verdacht auf eine Meniskusläsion lateral rechts. Aufgrund fehlender Besserung mit Physiotherapie meldete sie die Beschwerdeführerin zu einer MRI-Untersuchung des rechten Knies an. Ein Arbeitsunfähigkeitszeugnis wurde nicht ausgestellt.

### **E. 6.3**

Mit Bericht vom 2. Dezember 2017 (Bg-act. 15 S. 3) wurde als Ergebnis einer gleichentags durchgeführten MRI-Untersuchung des rechten Knies ein grosser bis zum Knochen reichender Knorpeldefekt der gesamten lateralen Patellafacette und bis zum Knochen reichende Fissuren im Knorpel der medialen Patellafacette, ein Knorpeldefekt der lateralen Facette der

- 20 - Trochlea femoris und Gelenkganglien in der interkondylären Notch sowie dorsokranial des lateralen Femurkondylus festgestellt.

### **E. 6.4**

Dr. med. G. \_\_\_\_\_, Chefarzt der H. \_\_\_\_\_ stellte in seinem Bericht zuhanden Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom 16. Januar 2018 (Bg-act. 54) die Diagnose von ausgeprägten Synovialganglien der Kreuzbänder in der interkondylären Notch Knie rechts mit/bei Status

nach Kniegelenksdistorsion am 10. August 2017 (recte: 13. August 2017). Er hielt fest, die beklagten Beschwerden seien aus seiner Sicht eindeutig aufgrund der grossen lobulierten zystischen Raumforderung im Interkondylärraum um die beiden Kreuzbänder gelegen. Nicht selten könne bei Kreuzbandzerrungen der Synovialschlauch einreissen und in der Folge sich dann Ganglien bilden, welche sich zu grösseren Raumforderungen entwickeln würden.

#### **E. 6.5**

Am 29. Januar 2018 wurde bei der Beschwerdeführerin eine Kniegelenksarthroskopie rechts in der H.\_\_\_\_\_ durchgeführt. Der operierende Arzt, Dr. med. G.\_\_\_\_\_, diagnostizierte in seinem Operationsbericht vom 31. Januar 2018 (Bg-act. 19) am rechten Knie retroligamentär gelegene Kreuzbandzysten, lateralisierte Patella mit Chondromalazie Grad IV, laterale Patella-facetten, trochleares Gleitlager lateral sowie lateraler Kondylus ventral und eine ausgedehnte, ausgeprägte Synovialitis.

#### **E. 6.6**

Der beratende Arzt der Beschwerdegegnerin, Dr. med. L.\_\_\_\_\_, FMH Innere Medizin, nahm am 28. Juni 2018 Stellung zur Unfallkausalität und hielt in seiner Beurteilung (Bg-act. 41) fest, im MRI vom 2. Dezember 2017 werde eine massive Retropatellararthrose mit einer Knorpelglatze der lateralen Patella Facette und eine Zyste interkondylär beschrieben. Dieser Befund sei vorbestehend und beim Unfallereignis traumatisiert worden. Solche Befunde sehe man manchmal nach früheren Patellaluxationen. Entsprechende Hinweise habe er keine sehen können. Die Operation vom 29.

- 21 - Januar 2018 sei nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit kausal mit dem Ereignis vom 13. August 2017 verknüpft.

#### **E. 6.7**

Dr. med. J.\_\_\_\_\_, Orthopädische Chirurgie FMH, nahm mit Schreiben vom 3. Juli 2018 (Bg-act. 54) zuhanden der Beschwerdeführerin Stellung und führte aus, die Retropatellararthrose sei zu keinem Zeitpunkt symptomatisch gewesen. In sämtlichen ihm zur Verfügung stehenden Berichten von Dres. med. N.\_\_\_\_\_, G.\_\_\_\_\_ und O.\_\_\_\_\_ werde immer von einer Bewegungseinschränkung sowie Schmerzen im Bereich der Kniekehle gesprochen. Solche kämen nicht von einer Femoropatellararthrose. Die Operation im Januar 2018, welche durch Dr. med. G.\_\_\_\_\_ durchgeführt worden sei, sei primär nicht wegen der Femoropatellararthrose durchgeführt worden, sondern wegen der Ganglionzyste um das Kreuzband herum. Ursächlich werde eine Synovialschlauchverletzung postuliert, welche zur Ganglionzyste geführt habe. Die jetzige Bewegungseinschränkung sei zum Teil Folge der langanhaltenden Bewegungseinschränkung vom August 2017 bis Januar 2018 und des durchgeführten Eingriffes vom Januar 2018.

#### **E. 6.8**

Dr. med. I.\_\_\_\_\_, FMH Orthopädische Chirurgie und Vertrauensarzt der Beschwerdegegnerin, führte in seiner ersten Beurteilung vom 15. Oktober 2018 (Bg-act. 77) aus, es bestünden keine Angaben zu einem allfälligen Vorzustand des rechten Kniegelenkes. Aktenkundig sei dagegen, dass bereits die allerersten Symptome keineswegs auf eine Zystenbildung hindeuten würden, sondern geradezu klassisch für eine retropatelläre Arthrose seien. Bereits die erste Magnetresonanz-Untersuchung rund dreieinhalb Monate nach dem Ereignis habe Veränderungen an der Kniescheibe und am

femoropatellären Gleitlager gezeigt, welche unmöglich Folge des beschriebenen Ereignisses sein könnten. Vielmehr seien das Ausmass und die sekundären Veränderungen der Femoro-Patellararthrose derart fortgeschritten, dass von einem jahrzehntelangen Vorzustand auszugehen sei.

- 22 - Zwar seien die Originalbilder der ersten MR-Untersuchung nicht in den Akten, doch sei es in hohem Masse unwahrscheinlich, dass innerhalb von nur dreieinhalb Monaten als Folge einer Kreuzbandzerrung Ganglionkonvolute in der beschriebenen Grösse entstanden sein sollten. Solche Ganglionzysten würden ganz selten in der beschriebenen Grösse und dazu noch multilokulär auftreten. Zudem habe das hintere Kreuzband nachweislich erst nach dem ersten Eingriff MR-tomographisch fassbare Veränderungen aufgewiesen. Hinzu komme, dass in keinem Bericht anlässlich der mehrfach durch erfahrene orthopädische Chirurgen erfolgten Untersuchungen Hinweise auf eine hintere Kreuzbandinsuffizienz vorlägen. Dem Argument, die Operationsindikation sei nicht der Femoropatellararthrose wegen gestellt worden, sei entgegengehalten, dass nebst der chronischen Reizsymptomatik mit poplitealem Druckgefühl die laterale femoropatellare Arthrose im ersten Operationsbericht sehr wohl als Indikation zur Arthroskopie genannt worden sei. Sodann sei anzumerken, dass die Zerrung von Bändern grundsätzlich zu ganglionären Neubildungen führen könne. Nebst der bereits erwähnten sehr geringen Häufigkeit dieses Phänomens sei jedoch das Ausmass der hier vorliegenden arthrotischen Veränderungen derart gross und fortgeschritten, dass die Kreuzband- bzw. die Ganglionzysten höchstens eine Nebenrolle gespielt haben dürften (Bg-act. 77 Ziff. 3). Als Diagnose hielt Dr. med. I. \_\_\_\_\_ eine traumatisierte femoropatellare Arthrose im Endstadium (°IV) des rechten Knies fest. Sodann führte er aus, der Vorzustand (Status quo sine) sei nach spätestens drei bis sechs Monaten wieder erreicht gewesen. Der Heilungsverlauf nach dem Januar 2018 sei ausschliesslich durch die Folgen des Vorzustandes geprägt gewesen (Bg-act. 77 Ziff. 4).

### **E. 6.9**

In seiner erneuten Beurteilung vom 3. September 2019 (Bg-act. 108) hielt Dr. med. I. \_\_\_\_\_ nach Kenntnis der neuen medizinischen Akten und der Bilder der MRI-Untersuchungen sowohl vom 2. Dezember 2017 als auch

- 23 - vom 16. April 2018 und der intraoperativen Bilder des Eingriffs vom 29. Januar 2018 und dessen Operationsbericht an seiner ersten Einschätzung fest und vertiefte seine Begründung. Im Wesentlichen hielt er fest, das Ereignis habe zu einer Traumatisierung der vorbestehenden, fortgeschrittenen Kniearthrose rechts geführt, welche eine Folge der chronischen Lateralisierung der Patella sei. Das Ereignis vom 13. August 2017 habe zu einer vorübergehenden Verschlimmerung der unfallfremden Faktoren geführt. Gemäss MR Befund seien dies u.a. das Ganglion dorsokranial des Femurkondylus, das Ganglion intercondylär, die Zyste an der tibialen Insertionsstelle des hinteren Kreuzbandes, der Knorpeldefekt femoropatellar, bis zum Knochen reichend der gesamten lateralen Patellafacette, bis zum Knochen reichende Fissuren im Knorpel der medialen Patellafacette, Knorpeldefekt der lateralen Facette und ein mindestens die Hälfte der Knorpeldicke betreffender Knorpeldefekt der Trochlea femoris. Am 28. Januar 2018 seien die Folgen der vorübergehenden Verschlimmerung durch die Traumatisierung der vorbestehenden Gonarthrose ausgeheilt gewesen. Mit dem Eingriff vom 29. Januar 2018 seien nur noch vorbestehende degenerative Veränderungen behandelt worden. Der Status quo sine sei somit am 27. Januar 2018 eingetreten.

## **E. 6.10**

Der RAD-Arzt, Dr. med. R.\_\_\_\_\_, Facharzt Chirurgie FMH, hielt in seiner Beurteilung vom 29. Mai 2020 (Beilagen Beschwerdeführerin [Bf-act.] 33) betreffend Unfallkausalität fest, der primäre Unfall mit den Steigeisen habe wahrscheinlich zu einer Teilläsion des vorderen Kreuzbandes geführt mit nachfolgender Ausbildung von retroligamentär liegenden Zysten. Diese könnten in nachvollziehbarer Weise die von der Beschwerdeführerin geschilderten Beschwerden verursacht haben.

## **E. 7**

In der Folge holte A.\_\_\_\_\_ beim Orthopäden Dr. med. J.\_\_\_\_\_, Medizinisches Zentrum in K.\_\_\_\_\_, eine Zweitmeinung ein. Dieser diagnostizierte eine Patella baja, eine recht ausgeprägte Tendinopathie Lig. Patellae sowie eine Gehstörung bei objektivierbarer Nervenläsion des N. tibialis. Er empfahl eine Kniegelenksarthroskopie mit Adhäsionolyse und stellte ein entsprechendes Kostengutsprache gesuch an die B.\_\_\_\_\_.

## **E. 7.1**

Die Beschwerdegegnerin stützt ihre Einspracheentscheid vom 9. September 2019 im Wesentlichen auf die Aktenbeurteilungen von Dr. med. I.\_\_\_\_\_ - 24 - vom 15. Oktober 2018 (Bg-act. 77) und vom 3. September 2019 (Bg-act. 108). So hielt sie in besagten Entscheid fest, gemäss den Aktenbeurteilungen von Dr. med. I.\_\_\_\_\_ seien die Ganglionkonvolute nicht durch das Unfallereignis vom 13. August 2017 entstanden. Die Schmerzen in der Kniekehle sowie den aufgrund dessen durchgeführten Eingriff vom 29. Januar 2018 würden sämtliche behandelnden Ärzte als durch die Ganglionkonvolute bedingt erachten. Anlässlich des Eingriffs vom 29. Januar 2018 seien nicht Unfallfolgen behandelt worden, sondern der Eingriff habe der Behandlung des Vorzustandes gedient. Die nach Ende Januar 2018 anhaltenden Beschwerden, welche gemäss den Ausführungen der Beschwerdeführerin, wie auch den behandelnden Ärzten, aufgrund der Ganglionzysten und des operativen Eingriffes vom 29. Januar 2018 bestünden, könnten daher nicht kausal auf das Unfallereignis vom 13. August 2017 zurückgeführt werden (Bg-act. 109 E.25). Demzufolge geht die Beschwerdegegnerin davon aus, dass zum Zeitpunkt der Leistungseinstellung per 28. Januar 2018 keine Unfallfolgen mehr vorlagen. Die Beschwerdeführerin bestreitet die genügende Abklärung des Sachverhaltes und bringt insbesondere vor, dass die Berichte des beratenden Arztes Dr. med. I.\_\_\_\_\_ nicht beweistauglich seien und sie weit über den Zeitpunkt der Leistungseinstellung noch unter unfallkausalen Beschwerden gelitten habe bzw. leide.

## **E. 7.2**

Nachfolgend ist damit zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht auf die Aktenbeurteilungen ihres beratenden Arztes, Dr. med. I.\_\_\_\_\_, abgestellt hat oder ob die übrigen medizinischen Akten, insbesondere die Berichte der operierenden Ärzte, Dres. med. G.\_\_\_\_\_ und J.\_\_\_\_\_, daran zumindest geringe Zweifel zu wecken vermögen (vgl. BGE 135 V 465 E.4.4).

- 25 - 7.3.1 Vorab ist festzuhalten, dass dem Einwand der Beschwerdeführerin, wonach die Ausführungen von Dr. med. I.\_\_\_\_\_ auf nicht vollständigen Unterlagen beruhen würden, nicht gefolgt werden kann. Aktenkundig ist, dass Dr. med. I.\_\_\_\_\_ bei seiner ersten Beurteilung vom 15. Oktober 2018 (Bg-act. 77) die Bilder zur MRI-Untersuchung vom 2. Dezember 2017 nicht vorgelegen haben, sondern lediglich der Bericht dazu (vgl.

Bg-act. 77 S. 7). Ebenso lag ihm offenbar ein Operationsbericht nicht vor, so hält Dr. med. I. \_\_\_\_\_ in seiner Beurteilung vom 3. September 2019 fest, dass die Akten u.a. durch den Operationsbericht ergänzt worden seien (vgl. Bg-act. 108 S. 1). Für die Beurteilung vom 3. September 2019 war Dr. med. I. \_\_\_\_\_ sodann im Besitz sämtlicher Vorakten, geht doch aus der Einleitung der besagten Beurteilung hervor, dass ihm nun sowohl die Bilder der MRI-Untersuchung vom 2. Dezember 2017 als auch vom 16. April 2018 sowie die Operationsbilder des Eingriffs vom 29. Januar 2018 zur Verfügung standen (vgl. Bg-act. 108 S. 1). Die Frage, ob er nach Kenntnis der neuen medizinischen Akten sowie nach Kenntnis der Bilder der erwähnten MRI-Untersuchungen sowie des Eingriffs an seiner ersten Beurteilung vom 15. Oktober 2018 festhalte, bejahte er und begründete seine Antwort eingehend. Der diesbezügliche Einwand der Beschwerdeführerin zielt damit ins Leere. 7.3.2 Die Beschwerdeführerin stellt zudem den Beweiswert dieser Beurteilungen in Frage, da Dr. med. I. \_\_\_\_\_ die Beschwerdeführerin nie persönlich untersucht habe. Dr. med. I. \_\_\_\_\_ war von der Beschwerdegegnerin beauftragt worden, anhand der vorliegenden medizinischen Akten seine Einschätzung zu Fragen im Zusammenhang mit dem Kausalzusammenhang und Behandlungsfehler abzugeben (vgl. Bg-act. 71 und Bg-act. 106). Bei seinen vertrauensärztlichen Beurteilungen handelt es sich somit um ein Aktengutachten. 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 Sachverhalts geht,

- 26 - mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_527/2020 vom 2. November 2020 E.3.2, 8C\_840/2019 vom 14. Februar 2020 E.4.2.1). Hier lag Dr. med. I. \_\_\_\_\_ aufgrund der oben geschilderten Aktenlage (vgl. Erwägung 7.3.1) ein lückenloser Befund vor. Er hatte im Wesentlichen nur einen an sich feststehenden medizinischen Sachverhalt zu beurteilen und lediglich zu Fragen im Zusammenhang mit dem natürlichen Kausalzusammenhang Stellung zu nehmen. Dass keine persönliche Untersuchung erfolgte, ist somit nicht zu beanstanden. 7.4.1 In Würdigung der vorstehenden Berichte (vgl. Erwägung 6) ist festzuhalten, dass die Beurteilungen des Vertrauensarztes der Beschwerdegegnerin, Dr. med. I. \_\_\_\_\_, vom 15. Oktober 2018 (Bg-act. 77) und 3. September 2019 (Bg-act. 108) angesichts der medizinischen Aktenlage sowie der MRI-Abklärung vom 2. Dezember 2017 (Bg-act. 15) – entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin – schlüssig erscheinen und nachvollziehbar begründet sind. Dr. med. I. \_\_\_\_\_ geht sowohl bei der Femoropatellararthrose als auch bei den Gelenksganglien von einem Vorzustand aus, der durch das Unfallereignis traumatisiert und vorübergehend verschlimmert worden sei. Der Status quo sine sei am 27. Januar 2018 eingetreten (Bg-act. 108 Fragen 4 und 5). Er begründet dies anhand der bildgebenden Untersuchung vom 2. Dezember 2017 (Bg-act. 15), welche eine Retropatellararthrose mit Knorpelglatze der lateralen Patellafacette, Fissuren der medialen Patellafacette sowie einen mindestens 50% der Knorpeldicke betreffenden Knorpeldefekt der lateralen Facette der Trochlea femoris ergab. So erklärt Dr. med. I. \_\_\_\_\_ gestützt auf diesen MRI-Befund, dass die Veränderungen an der Kniescheibe und am femoropatellären Gleitlager unmöglich Folge des Unfallereignisses sein könnten, da das Ausmass und die sekundären Veränderungen der Femoropatellararthrose derart fortgeschritten seien, dass von einem jahrzehntelangen Vorzustand auszugehen

- 27 - sei (Bg-act. 77 Ziff. 3). Damit begründet er seine diesbezügliche Schlussfolgerung nachvollziehbar. Im Übrigen wird diese Schlussfolgerung auch von keinem anderen Arzt in Zweifel gezogen. Im Weiteren weist der MRI-Befund vom 2. Dezember 2017 (Bg-act. 15) Gelenkganglien in der inter-kondylären Notch mit einer Grösse von maximal 15 x 17 x 21 mm sowie dorsokranial des lateralen Femurkondylus mit einer Grösse von maximal 20 x 10 x 23 mm auf. Bezugnehmend auf diesen Befund führt Dr. med. I.\_\_\_\_\_ ebenfalls nachvollziehbar aus, es sei in hohem Masse unwahrscheinlich, dass innerhalb von nur dreieinhalb Monaten als Folge einer Kreuzbandzerrung Ganglionkonvolute in der beschriebenen Grösse entstanden sein sollten (Bg-act. 77 Ziff. 3). In Übereinstimmung mit Dr. med. I.\_\_\_\_\_ hielt Dr. med. L.\_\_\_\_\_ bereits in seiner Beurteilung vom 28. Juni 2018 (Bg-act. 41) fest, dass der im MRI vom 2. Dezember 2017 beschriebene Befund einer massiven Retropatellararthrose mit einer Knorpelglatze der lateralen Patella Facette sowie einer Zyste interkondylär seines Erach-tens vorbestehend und beim Ereignis traumatisiert worden sei. Die Operation vom 29. Januar 2018 sei nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit kausal mit dem Ereignis vom 13. August 2017 verknüpft. Dr. med. I.\_\_\_\_\_ erklärt sodann auch nachvollziehbar, dass das Unfallereignis nur zu einer vorübergehenden Verschlimmerung und nicht zu einer richtungsgebenden Verschlimmerung geführt habe, indem er ausführt, dass beispielsweise auch ein Zerreißen der Ganglionzysten möglich gewesen wäre, was gemäss MRI nicht der Fall gewesen sei (Bg-act. 108 Frage 4). Im Einklang mit seinen Ausführungen liefert der MRI-Befund vom 2. Dezember 2017 (Bg-act. 15) keine Hinweise darauf. Im Weiteren erklärt Dr. med. I.\_\_\_\_\_, dass erst der anschliessende Abstieg über 1000 Höhenmeter zur faktischen Dekompensation des Kniegelenks geführt habe und nicht der eigentliche Unfall. Denn unmittelbar nach dem Ereignis hätten keine Symptome bestanden, da die Beschwerdeführerin bis zur nächsten Berghütte noch gut weiterlaufen können (Bg-act. 77 Ziff. 2 und Bg-act. 108 Frage 4). Beim

- 28 - Abstieg in sulzigem Schnee handle es sich um eine Extremlast, die auch bei weniger arthrotisch veränderten Kniegelenken akut Symptome verursachen könne (Bg-act. 108 Frage 4). Diese Schlussfolgerung ist anhand der Schilderungen der Beschwerdeführerin im Frageblatt zum Unfallhergang vom 5. Dezember 2017 (Bg-act. 10), wonach der Schnee sulzig, es steil und rutschig gewesen sei, sie nach dem Sturz noch gut bis zur Hütte weiterlaufen können und der folgende Abstieg von 1000 Höhenmeter kaum mehr möglich gewesen sei, ebenfalls einleuchtend. 7.4.2 Die Beurteilungen von Dr. med. I.\_\_\_\_\_ vom 15. Oktober 2018 (Bg-act. 77) und vom 3. September 2019 (Bg-act. 108) erfüllen demzufolge die nach der Rechtsprechung für eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage vorausgesetzten Kriterien (vgl. Erwägung 5.2 vorstehend). So berücksichtigte er sämtliche medizinischen Vorakten und begründete seine Schlussfolgerungen in nachvollziehbarer Weise. 7.4.3.1 Die Beurteilungen der behandelnden Ärzte vermögen die Einschätzungen von Dr. med. I.\_\_\_\_\_ nicht in Frage zu stellen. Nach Ansicht von Dr. med. G.\_\_\_\_\_ sind die beklagten Beschwerden eindeutig auf die grossen lobulierten zystischen Raumforderungen im Interkondylärraum um die beiden Kreuzbänder zurückzuführen. Die Ursache für die Ganglien sieht Dr. med. G.\_\_\_\_\_ offenbar im Einreißen des Synovialschlauchs, wenn er in seinem Bericht vom 16. Januar 2018 (Bg-act. 54 S. 12) ausführt, nicht selten könne bei Kreuzbandzerrungen der Synovialschlauch einreißen und es könnten sich in der Folge Ganglien bilden, welche sich zu grösseren Raumforderungen entwickeln würden. Dr. med. I.\_\_\_\_\_ setzt sich mit dieser ärztlichen Meinung auseinander. Er geht mit Dr. med. G.\_\_\_\_\_ einig, dass die Zer-

von Bändern grundsätzlich zu ganglionären Neubildungen führen könne (Bg-act. 77 Ziff. 3). Nebst dem Umstand, dass die Ganglien seiner Meinung nach bereits aufgrund der Grösse nicht durch das Unfallereignis

- 29 - entstanden sein können, begründet er zudem schlüssig und nachvollziehbar, dass nach dem Unfallereignis keine solche Kreuzbandzerrung vorgelegen habe. So hielt er in seiner Beurteilung vom 15. Oktober 2018 fest, dass das hintere Kreuzband erst nach dem ersten Eingriff MR-tomographisch fassbare Veränderungen aufgewiesen habe und in keinem ärztlichen Bericht Hinweise auf eine hintere Kreuzbandinsuffizienz vorlägen (Bg-act. 77 Ziff. 3). Der Untersucher des MRI vom 16. April 2018, Dr. T.\_\_\_\_\_, habe vergleichend zur Voruntersuchung vom 2. Dezember 2017 eine progredienten Gelenkserguss, ein durchgängiges vorderes Kreuzband, jedoch ein zunehmend aufgetriebenes signalangehobenes hinteres Kreuzband und die bereits bekannten, innerhalb des Kreuzbandes verlaufenden Ganglien beschrieben (Bg-act. 77 S. 3). Im Einklang mit den Ausführungen von Dr. med. I.\_\_\_\_\_ ergibt sich aus dem MRI-Bericht vom 2. Dezember 2017 (Bg-act. 15) sowie aus dem Operationsbericht vom 31. Januar 2018 (Bg-act. 19) ein intaktes vorderes und hinteres Kreuzband. Zudem führt Dr. med. E.\_\_\_\_\_ in ihrem Bericht vom 22. November 2017 (Bg-act. 7) einen negativen Lachmann-Test auf. Ein Einreissen des Synovialschlauchs bzw. eine Veränderung am Kreuzband, was Dr. med. G.\_\_\_\_\_ als Ursache der Ganglien sieht, ist vor der MRI-Untersuchung vom 16. April 2018 nicht aktenkundig. Eine medizinische Begründung für seine Auffassung, dass die Ganglien durch den Unfall entstanden sind, und damit für den Kausalzusammenhang liegt mangels konkreter auf das Resultat der bildgebenden Untersuchung vom 2. Dezember 2017 ausgerichteten Argumentation seitens Dr. med. G.\_\_\_\_\_ nicht vor. Im Gegensatz zu Dr. med. I.\_\_\_\_\_ setzt sich Dr. med. G.\_\_\_\_\_ denn auch nicht mit den Beurteilungen von Dr. med. I.\_\_\_\_\_ auseinander, insbesondere nicht mit seinen Aussagen, wonach die Ganglien aufgrund ihrer Grösse vorbestehend sein müssen und es zu keiner Kreuzbandschädigung gekommen sei. Gleiches gilt für die Einschätzung des RAD-Arztes, welcher der Ansicht ist, der Unfall habe wahrscheinlich zu einer Teilläsion des vorderen Kreuzbandes geführt

- 30 - mit nachfolgender Ausbildung von Zysten (Bf-act. 33). Hinzu kommt, dass Dr. med. G.\_\_\_\_\_ bezüglich Unfallhergang in der Anamnese im Bericht vom 16. Januar 2018 (Bg-act. 54) von einer Verdrehung des rechten Kniegelenks ausgeht, obwohl sowohl in der Unfallmeldung vom 12. Oktober 2017 (Bg-act. 1) als auch im Frageblatt zum Unfallhergang vom 5. Dezember 2017 (Bg-act. 10) lediglich von einem Sturz bzw. Fallen auf die rechte Seite auf das Knie die Rede ist. Seine Beurteilung vom 16. Januar 2018 (Bg-act. 54) ist nach dem Gesagten weder plausibel begründet noch einleuchtend. 7.4.3.2 Die übrigen Ärzte machen keine eigentlichen Aussagen zur Unfallkausalität, sondern halten lediglich fest, dass die Ganglien für die Schmerzen verantwortlich seien. So diagnostizierte Dr. med. N.\_\_\_\_\_, Oberarzt Orthopädie Spital F.\_\_\_\_\_, in seinem Sprechstundenbericht vom 13. Dezember 2017 (Bf-act. 4) symptomatische Gelenkganglien in der intraartikulären Notch sowie dorsocranial des lateralen Femurkondylus sowie eine wenig symptomatische Retropatellararthrose mit Knorpelglatze lateraler Patellafacette und Fissur der medialen Patellafacette. Zudem hielt er fest, dass mit hoher Wahrscheinlichkeit das Ganglion im Bereich der interkondylären Notch für die störende endgradige Flexion verantwortlich sei. Am 5. Juni 2018 beurteilt Dr. med. O.\_\_\_\_\_, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, postoperativ nach Eingriff vom 29. Januar 2018 die persistierende Störung und Einschränkung im Alltag

mit Stagnation trotz fünfmonatiger konsequenter Physiotherapie und beschreibt das mögliche Vorgehen (Bf-act. 15). Auch Dr. med. J. \_\_\_\_\_ führt in seinem Bericht vom 3. Juli 2018 (Bg-act. 54) aus, die Femoropatellararthrose sei nicht symptomatisch gewesen. Der Eingriff vom Januar 2018 sei wegen der Ganglionzyste durchgeführt worden. Beide Ärzte Dres. med. N. \_\_\_\_\_ und J. \_\_\_\_\_ äussern sich allerdings nicht dazu, ob die Ganglien vorbestehend oder durch das Unfallereignis entstanden sind. Allgemein ist festzuhalten, dass

- 31 - keiner der behandelnden Ärzte sich mit den schlüssig begründeten Ausführungen von Dr. med. I. \_\_\_\_\_ auseinandersetzt, wonach die Ganglien vorbestehend seien und der Unfall zu einer Traumatisierung und nur vorübergehenden Verschlimmerung der unfallfremden Faktoren, u.a. der Ganglien, geführt habe. Aus dem Umstand, dass ein stummer Vorzustand erst nach einem Unfallereignis symptomatisch wird, lässt sich jedoch praxisgemäss nicht auf einen unfallbedingten anspruchsbegründenden Kausalzusammenhang schliessen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_241/2020 vom 29. Mai 2020 E.6.1). Somit vermögen auch die Berichte der übrigen behandelnden Ärzte die in nachvollziehbarer Weise aufgezeigte Beurteilung und Schlussfolgerung von Dr. med. I. \_\_\_\_\_ nicht in Frage zu stellen, zumal sie auch keine massgeblichen Kausalitätsaussagen enthalten. 7.4.4 Im Weiteren ist festzuhalten, dass der Einwand der Beschwerdeführerin, wonach sie vor dem Unfallereignis vom 13. August 2017 keine Kniebeschwerden gehabt habe, zur Begründung der Unfallkausalität nicht genügt. Eine solche Argumentation beruht auf der unzulässigen Beweisregel „post hoc ergo propter hoc“. So gelten nach gefestigter bundesgerichtlicher Rechtsprechung Beschwerden nicht schon dann als durch einen Unfall verursacht, wenn sie nach diesem aufgetreten sind (BGE 119 V 335 E.2b/bb; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_355/2018 vom 29. Juni 2018 E.3.2). 7.4.5 Soweit die Beschwerdeführerin sodann geltend macht, die Beschwerdeführerin habe für die Operation vom 29. Januar 2018 Kostengutsprache erteilt, weshalb es sich klar um eine unfallbedingte Behandlung handle, kann ihr auch in diesem Punkt nicht gefolgt werden. Einem Versicherungsträger ist es unbenommen, zunächst Leistungen zu erbringen und diese sodann ohne Berufung auf einen Wiedererwägungs- oder Revisionsgrund "ex nunc et pro futuro" einzustellen, etwa mit dem Argument, bei richtiger Betrachtung liege kein versichertes Ereignis vor (BGE 130 V 380 E. 2.3.1),

- 32 - oder der Kausalzusammenhang zwischen Unfall und dem leistungsbegründenden Gesundheitsschaden sei dahingefallen. Eine solche Einstellung kann auch rückwirkend erfolgen, sofern – wie vorliegend (vgl. Verfügung vom 26. Oktober 2018 [Bg-act. 80]) – der Unfallversicherer keine Leistungen zurückfordern will (Urteil des Bundesgerichts 8C\_22/2019 vom

## **E. 8**

Aufgrund der anstehenden Nachoperation vom 2. Juli 2018 holte die B. \_\_\_\_\_ bei ihrem medizinischen Dienst eine Beurteilung ein. Gestützt auf die erfolgten Beurteilungen von Dr. med. L. \_\_\_\_\_ und Dr. med. M. \_\_\_\_\_ vom 28. Juni 2018 und 29. Juni 2018 teilte die B. \_\_\_\_\_ A. \_\_\_\_\_ mit Schreiben vom 29. Juni 2018 mit, dass weder der Eingriff vom 29. Januar 2018 noch die bevorstehende Operation vom 2. Juli 2018 überwiegend wahrscheinlich im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 13. August 2017 stünden. Mangels rechtsgenügenden Nachweises der natürlichen Kausalität würden die Versicherungsleistungen per 29. Januar 2018 eingestellt und würde auf eine Rückforderung der zuviel erbrachten Versicherungsleistungen vorläufig verzichtet werden.

### **E. 8.1**

Nach dem Grundsatz der antizipierten Beweiswürdigung ist auf die Abnahme weiterer Beweise zu verzichten, wenn ein bestimmter Sachverhalt als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten ist und wenn anzunehmen ist, dass weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern können (vgl. BGE 134 I 140 E.5.3, 124 V 90 E.4b; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_831/2019 vom 13. Februar 2020 E.3.2.1 aus dem Bereich des Arbeitslosenversicherungsrechts).

### **E. 8.2**

Vorliegend ist der medizinische Sachverhalt – wie aufgezeigt – genügend abgeklärt und die medizinischen Berichte lassen eine ausreichende Aussage über die Unfallkausalität der geklagten Kniebeschwerden rechts über den 28. Januar 2018 hinaus zu. Folglich erübrigt sich in Anwendung der antizipierten Beweiswürdigung die von der Beschwerdeführerin beantragte Einholung eines unabhängigen Gutachtens, zumal hiervon keine neuen Erkenntnisse zu erwarten sind.

### **E. 9**

Mit Schreiben vom 26. Juli 2018 nahm A.\_\_\_\_\_ dazu Stellung und reichte u.a. auch eine Stellungnahme von Dr. med. J.\_\_\_\_\_ vom 3. Juli 2018 ein, in welcher er den ablehnenden Entscheid der B.\_\_\_\_\_ für nicht nachvoll-

- 4 - ziehbar erachtete und dies entsprechend begründete. Die Nachoperation wurde in der Folge am 6. August 2018 durch Dr. med. J.\_\_\_\_\_ durchgeführt.

### **E. 9.1**

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sich aus den Akten keine Indizien gegen die Zuverlässigkeit der schlüssigen versicherungsinternen Beurteilungen des Vertrauensarztes, Dr. med. I.\_\_\_\_\_, vom 15. Oktober 2018 (Bg-act. 77) und vom 3. September 2019 (Bg-act. 108) ergeben, zumal diese insbesondere durch das Ergebnis der bildgebenden Untersuchung vom 2. Dezember 2017 (Bg-act. 15 S. 3) und durch die übrigen medizinischen Akten gestützt werden. Damit kommt dieser vertrauensärztlichen Beurteilung

- 33 - voller Beweiswert zu und die Beschwerdegegnerin hat zu Recht darauf abgestellt. Zwischen den über den 28. Januar 2018 hinaus geklagten Kniebeschwerden rechts und dem Unfallereignis vom 13. August 2017 besteht folglich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit kein natürlicher Kausalzusammenhang mehr. Demnach wurden anlässlich des Eingriffs vom 29. Januar 2018 auch keine Unfallfolgen mehr behandelt, womit die Frage nach einer durch den Eingriff vom 29. Januar 2018 erfolgten Gesundheitsschädigung für die Beurteilung der vorliegenden Beschwerde offen bleiben kann. Die Beschwerdegegnerin hat demzufolge zu Recht ihre Versicherungsleistungen für das Unfallereignis vom 13. August 2017 per 28. Januar 2018 mangels eines natürlichen Kausalzusammenhangs eingestellt. Aus diesen Gründen erweist sich der angefochtene Einspracheentscheid vom 9. September 2019 (Bg-act. 109) als rechtens, weshalb die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen ist.

### **E. 9.2**

Da keine unfallbedingten Schädigungen mehr vorliegen, erübrigt sich auch die Prüfung einer Integritätsentschädigung. 10. Gemäss aArt. 61 lit. a ATSG i.V.m. Art. 83 ATSG ist das Verfahren – vorbehaltlich der mutwilligen oder leichtsinnigen Verfahrensführung –

für die Parteien kostenlos, weshalb vorliegend keine Kosten erhoben werden. Ein Parteikostenersatz wird der obsiegenden Beschwerdegegnerin nicht zugesprochen (vgl. Art. 61 lit. g ATSG). III. Demnach erkennt das Gericht:

#### **E. 10**

Daraufhin nahm der beratende Arzt der B.\_\_\_\_\_, Dr. med. I.\_\_\_\_\_, am

#### **E. 15**

Oktober 2018 eine Aktenbeurteilung vor, worin dieser zum Schluss kam, dass die geltend gemachte Gesundheitsschädigung nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zumindest teilweise Folge des Unfalls vom 13. August 2017 gewesen sei und der Status quo sine nach spätestens drei bis sechs Monaten wieder erreicht gewesen sei. 11. Gestützt darauf erliess die B.\_\_\_\_\_ am 26. Oktober 2018 eine anfechtbare Verfügung, wonach die am 29. Januar 2018 durchgeführte Operation nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf Unfallfolgen zurückzuführen sei und die Leistungen per 28. Januar 2018 einzustellen seien. Die bisher geleisteten Heilkosten und Taggelder würden nicht zurückgefordert werden. 12. Dagegen erhob A.\_\_\_\_\_ am 23. November 2018 Einsprache. Während des Einspracheverfahrens nahm der beratende Arzt der B.\_\_\_\_\_, Dr. med. I.\_\_\_\_\_, am 3. September 2019 eine erneute Aktenbeurteilung vor, worin er an seiner bisherigen Beurteilung festhielt. In der Folge wies die B.\_\_\_\_\_ die Einsprache mit Einspracheentscheid vom 9. September 2019 ab. 13. Gegen diesen Einspracheentscheid erhob A.\_\_\_\_\_ (nachfolgend: Beschwerdeführerin) am 8. Oktober 2019 Beschwerde an das Verwaltungsgericht des Kantons Graubünden. Darin beantragte sie, der Einspracheentscheid vom 9. September 2019 und die Verfügung vom 26. Oktober 2018 seien aufzuheben und es seien die gesetzlichen Leistungen zuzusprechen und die Ausrichtung einer Integritätsentschädigung zu prüfen. Eventualiter sei ein gerichtliches Gutachten einzuholen, welches mindestens ein or-

- 5 - thopädisches Gutachten umfasse. Mit der Begutachtung sei das Universitätsspital S.\_\_\_\_\_, Klinik für Traumatologie oder das asim in Basel zu beauftragen. Zunächst brachte sie vor, sie habe einen Ordner voller UVG-Akten erhalten, die allerdings nicht ordnungsgemäss akturiert seien, weshalb sich nicht überprüfen lasse, ob die Akten vollständig seien. Wenn keine korrekte Aktenführung vorgenommen werde, erschwere dies der Beschwerdeführerin die Geltendmachung ihrer Rechte. Dass sich dies negativ ausgewirkt habe, zeige die Tatsache, dass dem beratenden Arzt Dr. med. I.\_\_\_\_\_ das Kostengutsprache gesuch der H.\_\_\_\_\_ vom 16. Januar 2018 nicht vorgelegen habe, weshalb eine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör bzw. eine Umkehr der Beweislast festzuhalten sei. Im Weiteren führte die Beschwerdeführerin im Wesentlichen aus, Dr. med. I.\_\_\_\_\_ hätten nur unvollständige Akten vorgelegen, insbesondere habe der Bericht vom 16. Januar 2018 gefehlt, was zur Unverwertbarkeit der Aktenbeurteilung führen würde. Aus diesem Bericht sowie der Beurteilung von Dr. med. N.\_\_\_\_\_ ergebe sich klar, dass unfallbedingt eine Entfernung der Synovialganglien notwendig gewesen und die Operation unfallbedingt indiziert gewesen sei. Die B.\_\_\_\_\_ habe für diese Behandlung gestützt auf den Bericht von Dr. med. G.\_\_\_\_\_ vom 16. Januar 2018 Kostengutsprache erteilt. Es handle sich damit klar um eine unfallbedingte Behandlung. Bei dieser Behandlung habe eine Schädigung stattgefunden, indem eine nicht vereinbarte Patellararthrose-Operation und insbesondere ein nicht indizierter Eingriff in Form eines Lateral-Release durchgeführt worden sei. Für die Operation der Patellararthrose habe keine Aufklärung und keine

Einwilligung vorgelegen. In der Folge sei es zu Verwachsungen im Sinne einer Arthrofibrose und weiteren Einschränkungen gekommen, die eine erneute Operation am 6. August 2018 notwendig gemacht hätten. Die beigezogenen Ärzte Dres. med. J.\_\_\_\_\_, O.\_\_\_\_ und P.\_\_\_\_ hätten alle die Notwendigkeit einer weiteren Operation bejaht. Die Operation vom 29. Januar 2018 habe zudem zu einer Nervenverletzung geführt, was unüblich sei. Dr.

- 6 - med. I.\_\_\_\_ Schluss in seiner zweiten Aktenbeurteilung, wonach mit einer Verletzung des hinteren Kreuzbandes die Ganglione nicht assoziiert seien, könne nicht nachvollzogen werden. Sodann halte Dr. med. I.\_\_\_\_ fest, dass in der Anamnese nur eine Knieverdrehung festgehalten sei „(Kein Sturz!)“. Dies sei falsch und stehe in offenem Widerspruch zur schriftlichen Unfallschilderung der Beschwerdeführerin. Dr. med. I.\_\_\_\_ mache eine einseitige Aktenbeurteilung. Es fehle ihm die notwendige Sorgfalt und Objektivität. Die Beschwerdegegnerin hätte sich nicht auf die Beurteilungen von Dr. med. I.\_\_\_\_ abstützen dürfen, nachdem diese im Widerspruch zu den Beurteilungen der behandelnden Ärzte gestanden habe und es deutliche Hinweise gegeben habe, dass Dr. med. I.\_\_\_\_ keine neutrale Beurteilung abgegeben habe. Die B.\_\_\_\_ habe den Untersuchungsgrundsatz und den Anspruch auf rechtliches Gehör verletzt, indem sie kein neutrales externes Gutachten eingeholt habe. Falls das Gericht nicht zum Schluss kommen sollte, dass die B.\_\_\_\_ über den 28. Januar 2018 leistungspflichtig sei, sei ein gerichtliches Gutachten einzuholen. Damit ergebe sich, dass die Beschwerdeführerin bei einer unfallbedingten Behandlung einen Gesundheitsschaden erlitten habe, der weitere Heilbehandlungen und eine weitere Operation notwendig gemacht habe. Die Beschwerdeführerin sei dafür gemäss Art. 10 UVG und Art. 6 Abs. 3 UVG versichert. Dementsprechend sei die B.\_\_\_\_ zu verpflichten, die weiter notwendige Heilbehandlung zu übernehmen. Sie hätte bei korrekter Prüfung des Antrages von Dr. med. J.\_\_\_\_ die Unfallkausalität bejahen müssen. Sie habe auch keine Einwände gegen die Operation bei Dr. med. J.\_\_\_\_ erhoben, weshalb sie für diese Behandlung aufkommen müsse. Auch die weiteren notwendigen Behandlungen seien unfallbedingt zu übernehmen. Der Zeitpunkt für den Fallabschluss sei noch nicht erreicht, da mit einer erheblichen Besserung gerechnet werde. Nach Abschluss der Behandlung sei der Integritätsschaden gutachterlich zu prüfen und der Beschwerdeführerin allenfalls eine Integritätsentschädigung auszurichten.

- 7 - 14. In ihrer Vernehmlassung vom 21. November 2019 beantragte die B.\_\_\_\_ (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) die Abweisung der Beschwerde. Eventualiter sei bei Einholung eines gerichtlichen Gutachtens die Schulthess Klinik in Zürich oder das asim in Basel zu beauftragen. Zur Begründung führte sie im Wesentlichen aus, Dr. med. I.\_\_\_\_ sei stets das gesamte medizinische Dossier zur Beurteilung unterbreitet worden. Insbesondere im Bericht vom 3. September 2019 nehme Dr. med. I.\_\_\_\_ auch zur Beurteilung von Dr. med. G.\_\_\_\_ Stellung, wobei er auch den Bericht vom

## **E. 16**

In ihrer Stellungnahme vom 16. Dezember 2019 vertiefte die Beschwerdegegnerin ihre bisherige Argumentation und brachte zudem vor, der Unfallhergang sei von der Beschwerdeführerin nie mit einem Verdrehen des Knies angegeben worden. Sodann handle es sich beim Schreiben von Dr. med. E.\_\_\_\_ vom 22. November 2017 um die Antworten zur ersten Untersuchung von Dr. med. D.\_\_\_\_ vom 25. August 2017. Dr. med. Q.\_\_\_\_ habe klar festgehalten, dass in neurologischer Hinsicht keine Operation empfohlen werde. Anhand sämtlicher Berichte sowie insbesondere auch der bildgebenden

Untersuchungsbefunde sei es Dr. med.

- 10 - I.\_\_\_\_\_ klar möglich gewesen, sich zum Vorliegen der Ganglien zu äußern. Soweit die Beschwerdeführerin ausführe, dass die Ganglionkonvolute durch das Ereignis vom 13. August 2017 entstanden sein sollten, da sie vorher schmerzfrei gewesen sei, so sei dem entgegen zu halten, dass die Argumentation nach der Beweisregel „post hoc ergo propter hoc“ medizinisch nicht haltbar und beweisrechtlich nicht zulässig sei.

#### **E. 17**

Mit Eingabe vom 8. Dezember 2020 reichte die Beschwerdeführerin Beilagen zum Vorzustand vor dem Unfallereignis sowie die Beurteilung des RAD-Arztes, Dr. med. R.\_\_\_\_\_, ein. Sie führte aus, der RAD-Arzt komme in seinem Gutachten klar zum Schluss, dass Folgen eines Unfallereignisses vorgelegen hätten, welche zur Operation geführt hätten. Diese sei dann ohne gültige Einwilligung der Beschwerdeführerin massiv erweitert worden. Der Beizug eines medizinischen Gutachtens erscheine somit nicht notwendig. Sodann gehe aus dem Bericht der früheren Hausärztin vom 13. November 2020 hervor, dass die Beschwerdeführerin in dieser Hausarztpraxis vom Dezember 1988 bis August 2017 betreut worden sei. In sämtlichen Konsultationen vor dem Unfallereignis sei nie die Rede von Knieschmerzen oder Knieproblemen gewesen. Die Beschwerdegegnerin bestätige ferner, dass vom 1. Januar 2017 bis zum 31. Dezember 2019 nur der Unfall vom 13. August 2017 registriert worden sei. Eine Nachfrage beim Personaldienst habe ergeben, dass die Unfallversicherung recht häufig gewechselt worden sei, weshalb die Auskunft nicht für die gesamte Beschäftigungszeit habe gegeben werden können. Es werde deshalb beantragt, beim Personaldienst die entsprechende Bestätigung einzuholen, dass kein Unfall mit Kniebeteiligung im Zeitraum seit der ersten Anstellung 1999 bis vor dem Unfall vom 13. August 2017 gemeldet worden sei. Soweit ersichtlich, zeige auch der Leistungsauszug der Krankenkasse für die Zeit vom Januar 2008 bis zum Unfallereignis keine Kniebehandlung bzw. Bildgebungen des Knies.

- 11 -

#### **E. 18**

In ihrer Stellungnahme vom 18. Februar 2021 verwies die Beschwerdegegnerin betreffend die Ausführungen zur Kausalität auf die vollständigen Akten sowie ihre bisherigen Ausführungen und führte zusätzlich aus, der Bericht von Dr. med. R.\_\_\_\_\_ vom 29. Mai 2020 vermöge keine Zweifel an den Beurteilungen von Dr. med. I.\_\_\_\_\_ zu wecken, da keine medizinischen Befunde vorlägen, die seine Behauptung einer Teilläsion des vorderen Kreuzbandes stützen würden. Zu den Ausführungen der Hausärztin Dr. med. E.\_\_\_\_\_ vom 13. November 2020 sowie dem Leistungsauszug der Krankenkasse vom 23. November 2020 sei sodann anzumerken, dass die Argumentation nach der Beweisregel „post hoc ergo propter hoc“ medizinisch nicht haltbar und beweisrechtlich daher nicht zulässig sei. Anlässlich des operativen Eingriffes vom 29. Januar 2018 seien keine Folgen des Ereignisses vom 13. August 2017 behandelt worden. Ob der operative Eingriff vom 29. Januar 2018 ein neues eigenständiges Unfallereignis darstelle, kläre sie aktuell ab. Auf die weiteren Ausführungen der Parteien in den Rechtsschriften und auf den angefochtenen Einspracheentscheid sowie auf die im Recht liegenden Beweismittel wird, soweit rechtserheblich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen. II. Das Gericht zieht in Erwägung:

#### **E. 21**

Mai 2010 E.4.3).

**E. 24**

September 2019 E.3).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.