



**POUVOIR JUDICIAIRE  
GERICHTSBEHÖRDEN**

ETAT DE FRIBOURG  
STAAT FREIBURG

**Tribunal cantonal TC  
Kantonsgericht KG**

Augustinergasse 3, Postfach 630, 1701 Freiburg

T +41 26 304 15 00

[www.fr.ch/tc](http://www.fr.ch/tc)

605 2024 71

## Urteil vom 16. April 2025

### I. Sozialversicherungsgerichtshof

Besetzung	Präsident:	Marc Boivin
	Richter:	Dominique Gross, Marc Sugnaux
	Gerichtsschreiber-Berichterstatter:	Bernhard Schaaf

Parteien	<b>A.</b> _____, <b>Beschwerdeführerin</b> , vertreten durch Rechtsanwalt Raphael O. Fankhauser
----------	---

gegen

**SCHWEIZERISCHE MOBILIAR VERSICHERUNGSGESELLSCHAFT AG,  
Vorinstanz**

Gegenstand	Unfallversicherung – Kausalität
	Beschwerde vom 11. April 2024 gegen den Einspracheentscheid vom 29. Februar 2024

## Sachverhalt

A. A. \_\_\_\_\_, geboren 1977, verheiratet, wohnhaft in B. \_\_\_\_\_, arbeitete seit dem 1. Juli 2020 als Raumpflegerin in einem Pensum von 50% bei der C. \_\_\_\_\_ AG. Sie war im Rahmen dieser Anstellung bei der Schweizerischen Mobiliar Versicherungsgesellschaft AG (Mobiliar) gegen Berufs- und Nichtberufsunfälle sowie Berufskrankheiten versichert.

Am 24. September 2020 wurde sie als Velofahrerin beim Weg zur Arbeit Opfer eines Verkehrsunfalles. Sie wurde in einem Kreisel von einem Auto angefahren und zog sich dabei eine Kontusion der Halswirbelsäule (HWS), der Brustwirbelsäule (BWS), der rechten Schulter und des rechten Beckens zu. Weitere Abklärungen ergaben an der rechten Schulter eine diskrete Unterflächenpartialruptur der Supra- und der Infraspinatussehne, eine diskrete Bursitis subacromialis und ein minimales SLAP Typ II sowie am linken Knie namentlich einen diskreten Unterflächenriss des medialen Meniskushinterhorns mit mukoider Degeneration des medialen Meniskushinterhorns und Corpus. Die Mobiliar übernahm die gesetzlichen Leistungen.

Am 23. August 2021 wurde sie am linken Knie operiert (Kniearthroskopie mit medialer Teilmenis-kektomie, Entfernung von mehreren freien Gelenkskörpern und Plicaresektion).

Mit Verfügung vom 10. Februar 2022, bestätigt durch Einspracheentscheid vom 29. Februar 2024, stellte die Mobiliar ihre Leistungen per 9. August 2021 ein, da die Beschwerden an der rechten Schulter und am linken Knie nicht mehr mit überwiegender Wahrscheinlichkeit im Zusammenhang zum Unfall seien.

B. Gegen diesen Einspracheentscheid erhebt A. \_\_\_\_\_, vertreten durch Rechtsanwalt Raphael O. Fankhauser, am 11. April 2024 Beschwerde beim Verwaltungsgericht des Kantons Bern, Sozialversicherungsrechtliche Abteilung, und beantragt sinngemäss, der Einspracheentscheid der Mobiliar sei aufzuheben und diese anzuweisen, auch nach dem 8. August 2021 Leistungen zu erbringen. Zur Begründung bringt sie vor, gemäss ihren behandelnden Ärzte sei die Kausalität auch über den 8. August 2021 hinaus gegeben.

Mit Zwischenentscheid vom 15. April 2024 erachtet sich das Verwaltungsgericht des Kantons Bern als örtlich unzuständig und überweist die Angelegenheit an das Kantonsgericht Freiburg.

Die Mobiliar bestätigt in ihren Bemerkungen vom 28. Juni 2024 ihre Ausführungen im Einspracheentscheid und beantragt die Abweisung der Beschwerde.

Die weiteren Elemente des Sachverhalts ergeben sich, soweit für die Urteilsfindung massgebend, aus den nachfolgenden rechtlichen Erwägungen.

## Erwägungen

1.

### *Eintretensvoraussetzungen*

Die Beschwerde vom 11. April 2024 gegen den Einspracheentscheid der Mobiliar vom 29. Februar 2024 ist unter der Berücksichtigung des Fristenstillstandes über die Osterfeiertage (Art. 38 Abs. 4 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1], das hier gemäss Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung [UVG; SR 832.20] zur Anwendung kommt) fristgerecht durch einen ordentlich bevollmächtigten Vertreter beim Verwaltungsgericht des Kantons Bern eingereicht worden, das diese an die zuständige Beschwerdeinstanz weitergeleitet hat. Die Beschwerdeführerin hat ein Interesse, dass das Kantonsgesicht, I. Sozialversicherungsgerichtshof, prüft, ob die Mobiliar zu Recht ihre Leistungen per 9. August 2021 eingestellt hat.

Auf die Beschwerde ist einzutreten.

2.

### *Kausalzusammenhang, Beweiswert Arztberichte*

2.1. Nach Art. 6 UVG werden die Leistungen der Unfallversicherung bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt.

Gemäss Art. 4 ATSG gilt als Unfall 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.

2.2. Der Unfallversicherer haftet für einen Gesundheitsschaden nur insoweit, als dieser in einem natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zum versicherten Ereignis steht. Das Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhanges ist eine Tatfrage und muss daher mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen werden (Urteil BGer 8C\_408/2019 vom 26. August 2019 E. 3.1 f. mit Hinweisen). Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die Wahrscheinlichste würdigt (BGE 144 V 427 E. 3.2 mit Hinweis). Dabei kommt die Formel "post hoc, ergo propter hoc", wonach eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch den Unfall verursacht gilt, wenn sie nach diesem aufgetreten ist, nicht zur Anwendung (BGE 119 V 335 E. 2b/bb, bestätigt in Urteil BGer 8C\_672/2020 vom 15. April 2021 E. 4.2 mit Hinweisen).

2.3. Praxisgemäss entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers bei einem durch den Unfall verschlimmerten oder überhaupt erst manifest gewordenen krankhaften Vorzustand erst dann, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache darstellt, der Gesundheitsschaden also nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante), oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach schicksalsmässigem Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist. 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 um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer (BGE 150 V 188 E. 4.2 mit Hinweisen).

Dabei hat der Unfallversicherer nicht den Beweis für unfallfremde Ursachen zu erbringen; entscheidend ist allein, ob die unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind. Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliege oder dass die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei (Urteil BGer 8C\_548/2019 vom 10. Januar 2020 E. 3.2 mit Hinweisen). Medizinische Erfahrungssätze können, zumindest soweit sie der herrschenden Lehrmeinung entsprechen, berücksichtigt werden (Urteil BGer 8C\_715/2016 vom 6. März 2017 E. 5.2.3 mit Hinweisen).

2.4. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtend ist und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert 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 E. 3a; 112 V 160 E. 1c). In Bezug auf Berichte von Hausärzten darf und soll der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3cc). Dies gilt auch für den behandelnden Spezialarzt und erst recht für den schmerztherapeutisch tätigen Arzt mit seinem besonderen Vertrauensverhältnis und dem Erfordernis, den geklagten Schmerz zunächst bedingungslos zu akzeptieren (Urteil BGer 9C\_337/2017 vom 27. Oktober 2017 E. 3.3.6 mit Hinweisen). Auch reine Aktengutachten sind beweiskräftig, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (Urteil BGer 8C\_518/2024 vom 23. Dezember 2024 E. 3 mit Hinweisen). Eine versicherungsexterne Begutachtung ist aber anzuordnen, wenn auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen bestehen (BGE 135 V 465 E. 4).

3.

#### *Leistungseinstellung per 9. August 2021*

Es ist streitig, ob die Mobilair zu Recht ihre Leistungen per 9. August 2021 eingestellt hat.

3.1. Die Mobilair stützte sich für ihren Entscheid auf die Berichte ihres beratenden Arztes Dr. med. D.\_\_\_\_\_, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates. Dieser hielt am 20. Juli 2021 (UV-Akten S. 148 ff.) fest, bezüglich der rechten Schulter ergäben sich aus dem MRI vom 30. Oktober 2020 ausschliesslich alterskorrelierende Befunde ohne den geringsten Hinweis auf eine akute bzw. posttraumatische Situation/Signalstörung. Es werde nicht angezweifelt, dass im Bereich des Acromioclaviculargelenks (ACG) rechts bei bestimmten Bewegungen Schmerzen empfunden würden, was theoretisch zwar einer Rockwood-Typ-I-Verletzung entspreche, aber voraussetze, dass mindestens im acromioclavicularen Band eine Zerrung stattgefunden

habe, was bildgebend (i. S. einer Signalstörung) gemäss dem MRI vom 30. Oktober 2020 nicht im ACG nachweisbar sei. Es sei bekannt, dass bei Kontusionen/Distorsionen u. ä. weder klinisch noch bildgebend nachweisbare morphologische Schädigungen in schmerzinnervierten Weichteilen entstehen können, was als Mikroverletzung bezeichnet werde. Derartige Verletzungen würden jedoch immer folgenlos und zeitnah (innerhalb sechs bis acht +/- vier Wochen) ausheilen, u. a. weil keine Strukturunterbrechung bestehe. Es sei für einen posttraumatischen Zustand atypisch bzw. mit somatischen Befunden nicht erklärbar, wenn das nicht der Fall sei bzw. eine lokale Therapieresistenz geltend gemacht werde, zumal eine eindeutige Verletzungsfolge am rechten ACG mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden könne und keine Fehlstellung vorliege oder eine belegte Komplikation bei der Heilung bekannt sei. Hinsichtlich des linken Knies sei es kaum erklärbar, wie bei einem Sturz auf die rechte Seite der linke Knieinnenraum in Mitleidenschaft gezogen werden könne. Die periartikulären Folgen – Quetschung, Kontusion der Weichteile u. ä. – seien durch die gezielte Untersuchung (10. Dezember 2021) zweifelsfrei belegt. Das vom Hausarzt angeordnete "Such-MRI" vom 11. November 2020 zeige denn auch keine überwiegend wahrscheinliche intraartikuläre Verletzungen, sondern nur degenerative Veränderungen (ohne nachweisbare oder überwiegend wahrscheinliche vorübergehende oder richtungsgebende Verschlimmerung), was bei der zeitnah dokumentierten Klinik auch nicht zu erwarten gewesen sei. Die wahrscheinlich kausale Verletzung (Signalstörung im Bereich des pes anserinus weise auf eine Kontusion hin), heile ohne spezifisch notwendige Massnahmen innerhalb von sechs bis acht Wochen (+/- vier Wochen) folgenlos aus und die ereignisbedingten initialen Schmerzen würden im Verlauf der komplikationslosen Heilung stetig abnehmen. Eine funktionelle Beeinträchtigung sei durch die Kontusion nicht zu begründen. Das im MRI vermutete ilio-tibiale Reibesyndrom sei überwiegend wahrscheinlich ereignisfremd. Zusammengefasst sei es weder hinsichtlich der Knieproblematik links noch der ACG-Problematik aus orthopädisch-traumatologischer Sicht nachvollziehbar und nicht mit klinischen oder radiologischen unfallkausalen Pathologien hinreichend erklärbar, dass eine Arbeitsunfähigkeit im angestammten Arbeitsplatz (50%-Pensum) länger als max. vier bis sechs Wochen attestiert werden könne.

Am 8. Dezember 2021 (UV-Akten S. 222 ff.) nahm der beratende Arzt erneut Stellung. Bezüglich des linken Knies äusserte er sich zur Hypothese von Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, wonach sich die Degeneration in den sieben Wochen nach dem Unfall entwickelt habe. Gemäss Dr. med. D. \_\_\_\_\_ sei es wissenschaftlich nicht in Frage gestellt, dass sich die Degeneration der Menisken ab dem mittleren Lebensalter nur sehr langsam (oft über Jahre) entwickle, was auch gelte, wenn ein traumatischer Schaden bestehe. Durch die Degeneration des Meniskusgewebes komme es meistens zur Ausbildung von Komplexrissen, während ein einmalig schädigendes Ereignis einen einzelnen und klar definierbaren radiären oder tangentialen Riss auslöse. Die Prävalenz von degenerativen Meniskusveränderungen sei ab dem mittleren Lebensalter (wie bei der Versicherten) hoch, wobei trotz im MRI nachgewiesener Meniskusläsion rund zwei Drittel asymptomatisch seien. Damit sei die von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vermutete sekundäre Degeneration hinreichend widerlegt. Auch die nachgereichten Unterlagen würden nicht eine überwiegend wahrscheinliche Kausalität des Meniskusschadens belegen. Hinsichtlich der rechten Schulter ergebe sich aus dem Bericht von Dr. med. F. \_\_\_\_\_, Fachärztin für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 20. Oktober 2021 kein Widerspruch zu seinem Aktengutachten. Die therapierefraktäre Befindlichkeit (weiterhin gleiche Schmerzen) und die Ausweitung der Beschwerden seien hinreichende Faktoren des unfallfremden Krankheitsbildes einer Chronifizierung. Ferner sei es nicht nachvollziehbar, dass weiterhin eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert werde. Eine solche lasse sich nach einer banalen Teilmeniskektomie

kaum je medizinisch hinreichend mit objektiven postoperativen Befunden länger als ca. zwei Wochen (+- eine Woche) begründen.

3.2. Die Beschwerdeführerin bringt vor, der Unfall habe ihr Leben schlagartig geändert. Aufgrund der physischen Beschwerden brauche sie Hilfe in der Haushaltsführung und leide auch an psychischen Folgen. Gemäss den Berichten ihrer behandelnden Ärzte vom 20. Oktober und 15. November 2021 sei die Kausalität zum Unfall weiterhin gegeben und durch den Unfall sei kein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt manifestiert worden. Vor dem Unfall sei sie beschwerdefrei gewesen. Ferner liege eine Verletzung des Beschleunigungsgebots vor, da die Erarbeitung des Einspracheentscheids rund zwei Jahre gedauert habe, ohne dass sich am Sachverhalt etwas geändert hätte.

3.3. Zunächst werden die Akten in Bezug auf die rechte Schulter geprüft.

3.3.1. Der Notfall des Spitals G. \_\_\_\_\_ stellte am 24. September 2020 (UV-Akten S. 138 f.) die Diagnosen einer Kontusion der HWS, der BWS, der Schulter und des Beckens rechts. Der Lokalstatus der rechten Schulter zeige eine leichte Druckdolenz über dem Humeruskopf rechts. Die Bewegung sei passiv vollumfänglich möglich. Schwere Verletzungen hätten mittels CT (Schädel/HWS/Thorax/Abdomen/Pelvis) ausgeschlossen werden können.

Gemäss dem Bericht zum MRI der rechten Schulter vom 30. Oktober 2020 (UV-Akten S. 17) lagen eine diskrete Unterflächenpartialruptur der Supra- und der Infraspinatussehne sowie eine diskrete Bursitis subacromialis und ein minimaler SLAP Typ II vor. Demgegenüber fehlte es an degenerativen Veränderungen des ACG, Frakturen sowie wesentlichen Knorpeldefekten. Aus dem Bericht zum MRI der rechten Schulter vom 10. März 2021 (UV-Akten S. 85) ergab sich im Vergleich zur Voruntersuchung eine diskrete, minimal progrediente Bursitis subacromialis sowie Hinweise auf eine diskrete Regredienz der sehr diskreten Partialrupturen der Infra- und Supraspinatussehne. Der minimale SLAP Typ II sei stationär. Ansonsten war das MRI normal. Es lagen weder degenerative oder entzündliche ACG Veränderungen noch eine Muskelatrophie vor.

Damit haben sich die diskreten Unterflächenpartialrupturen der Supra- und der Infraspinatussehne leicht zurückgebildet und wurden von der behandelnden Orthopädin auch nicht weiter erwähnt. In der Regel sind degenerative Veränderungen Ursache für eine Rotatorenmanschettenruptur (vgl. Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 269. Aufl. 2023). Die Bursitis subacromialis nahm minimal zu. Bei einer Bursitis handelt es sich um eine akute oder chronische Schleimbeutelentzündung. Sie kann zwar durch ein stumpfes Trauma entstehen, ebenso aber durch mechanische Überbelastung (z. B. bei einer Reinigungsfachkraft) oder durch degenerative Prozesse (Pschyrembel). Die minimale SLAP-Läsion Typ II war stationär und wurde von der behandelnden Orthopädin ebenfalls nicht weiter erwähnt. Demgegenüber lagen keine degenerativen Veränderungen bzw. Probleme beim ACG vor. Somit ist es nicht zu kritisieren, dass der beratende Arzt hinsichtlich der Schulter von ausschliesslich alterskorrelierenden Befunden ausging, da es keine Hinweise auf eine akute bzw. posttraumatische Situation gibt.

3.3.2. Die behandelnde Orthopädin stellte am 6. Januar 2021 (UV-Akten S. 28 f.) die Diagnose einer AC-Distorsion Rockwood I vom 24. September 2020. Persistierend seien Schmerzen in der rechten Schulter bei bestimmten Bewegungen mit einer deutlichen und expliziten Druckdolenz über dem ACG. Die forcierte Innenrotation im ACG sei schmerzhaft. Der Bewegungsumfang sei aktiv und passiv frei und die Rotatorenmanschette sei kräftig. Klinisch stehe das ACG im Vordergrund. Am 5. Mai 2021 (UV-Akten S. 114) bestätigte sie eine AC-Arthralgie nach AC-Distorsion Rockwood I vom 24. September 2020. Das MRI vom 10. März 2021 zeige gleichbleibende Befunde zum Vorbe-

richt. Es bestehe ein gutes Alignment im ACG, das nicht degenerativ verändert sei. Sie nahm eine ACG-Infiltration vor. Im Folgebericht vom 2. Juni 2021 (UV-Akten S. 118) gab sie an, aufgrund der Infiltration sei die Patientin zwei Wochen beschwerdefrei gewesen. Aktuell sei ein 50%-Pensum einigermassen möglich. Sie nahm eine zweite Infiltration vor. Am 1. Juli 2021 (UV-Akten S. 137) notierte sie, die AC-Arthralgie sei weiter rückläufig. Bei höheren Belastungen würden noch diffuse Schmerzen über dem ACG auftreten, jedoch bestand keine Druckdolenz mehr über dem ACG. Die forcierte Innenrotation sei leicht schmerzhaft. Am 20. Oktober 2021 (UV-Akten S. 202 f.) stellte sie neu die Diagnose einer Rotatorenmanschetten-Tendinopathie. Die Patientin leide weiterhin an belastungsabhängigen Schmerzen mit Druckdolenz über dem ACG sowie neu über der langen Bicepssehne. Die Schmerzen hätten sich auf die gesamte Schulter ausgedehnt. Zur versicherungsmedizinischen Beurteilung erklärte sie, ohne Vorzustand könne der Status quo ante bzw. sine nicht postuliert werden. Die Versicherte habe keinen Vorzustand im ACG bzw. in der Schulter und sie leide seit dem Unfall ohne Unterbrechung an ACG-Beschwerden rechts. Am 3. Februar und 6. April 2022 (UV-Akten S. 228 f. und S. 249) bestätigte die Fachärztin persistierende Schulterschmerzen rechts.

Eine AC-Distorsion Rockwood I zeichnet sich durch eine Distorsion des acromioclavicularen Bandes aus (Pschyrembel). Damit hatte der beratende Arzt zu Recht darauf hingewiesen, die bei bestimmten Bewegungen geltend gemachten Schmerzen im ACG würden theoretisch auf eine Rockwood I Verletzung hinweisen, was sich aber nicht mit dem MRI vom 30. Oktober 2020 bestätigen lasse. Auch aus dem MRI vom 10. März 2021 ergaben sich keine diesbezüglichen Hinweise, weshalb eine Rockwood I Verletzung verneint werden muss. Ebenso kann entgegen der behandelnden Orthopädin nicht gehört werden, in der rechten Schulter habe kein Vorzustand vorgelegen. Dies mag für das ACG korrekt sein, nicht aber für die Schulter insgesamt angesichts der vorgenannten degenerativen Veränderungen, die mit der am 20. Oktober 2021 zusätzlich diagnostizierten Tendinopathie der Rotatorenmanschette weiter zunahmen. Bei einer Tendopathie ist von einer degenerativen Veränderung auszugehen, die in der Regel durch eine Überanspruchung oder durch Mikrotraumen verursacht wird (Pschyrembel). Der Umstand, dass die Beschwerdeführerin erst seit dem Unfall an ACG-Beschwerden leidet bzw. sie davor keine Schulterbeschwerden hatte, ändert daran nichts. So genügt die Formel "post hoc, ergo propter hoc", wonach eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch den Unfall verursacht gilt, wenn sie nach diesem aufgetreten ist, nicht zur Bejahung der natürlichen Kausalität. Auch dass es zu einer Chronifizierung sowie Ausweitung der Schmerzen in der rechten Schulter gekommen ist, führt zu keiner anderen Einschätzung. Zum einen müssen die vorhandenen degenerativen Veränderungen berücksichtigt werden, zum anderen kann die weiterhin attestierte Arbeitsunfähigkeit bezüglich der rechten Schulter wie vom beratenden Arzt festgehalten nicht medizinisch begründet werden. Damit führen die Berichte der behandelnden Orthopädin nicht zu Zweifeln an den überzeugenden Ausführungen des beratenden Arztes. Zusammen mit diesem ist davon auszugehen, dass es anlässlich des Unfalls vom 24. September 2020 einzig zu einer Kontusion der rechten Schulter gekommen ist mit allfälligen Mikroverletzungen, die in der Regel spätestens nach drei Monaten folgenlos ausheilen.

3.4. Nachfolgend werden die Akten hinsichtlich des linken Knies geprüft.

3.4.1. Zunächst fällt auf, dass weder im vorerwähnten Bericht des Spitals G. \_\_\_\_\_ vom Unfalltag noch anlässlich der Einvernahme durch die Polizei am Folgetag (UV-Akten S. 44 ff.) Beschwerden am linken Knie angegeben bzw. notiert wurden. Zum ersten Mal wurden starke Schmerzen im linken Knie im Bericht des Hausarztes, Dr. med. H. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, vom 13. Oktober 2020 (UV-Akten S. 18) betreffend die Erstuntersuchung vom Vortag erwähnt. Weiter ist es gemäss dem Unfallhergang mit einem Sturz auf die rechte Seite gemäss den Angaben

im Bericht des Spitals G. \_\_\_\_\_ nicht ohne Weiteres nachvollziehbar, wie es zu Verletzungen am linken Knie gekommen ist, worauf bereits der beratende Arzt hingewiesen hatte.

Dem Bericht zum MRI des linken Knies vom 11. November 2020 (UV-Akten S. 19) ist folgende Beurteilung zu entnehmen: diskreter Unterflächenriss des medialen Meniskushinterhornes mit mukoider Degeneration des medialen Meniskushinterhornes und Corpus, Hinweise auf ein iliotibial friction Syndrom, diskrete entzündliche Veränderungen des Pes anserinus, diskretes laterales superiores Hoffa-Fettkörper-Impingement. Ansonsten war das MRI normal. Bei den Befunden wurde ferner angegeben, die Kollateralbänder, Kreuzbänder und der Gelenksknorpel seien intakt und es bestehe kein Gelenkserguss.

Dr. med. I. \_\_\_\_\_, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, diagnostizierte am 10. Dezember 2020 (UV-Akten S. 20 f.) eine Weichteilverletzung Poplitea und medialer Gastrocnemius. Als Befund nannte er Druckdolenzen über dem medialen Seitenband und dem medialen Gelenkspalt sowie eine leichte Weichteilschwellung im Bereich des Hamstrings. Der mediale Meniskustest sei unauffällig, der Kapselbandapparat sei stabil und das Kniegelenk selbst sei ebenfalls unauffällig. Das MRI vom 11. November 2020 zeige einen degenerativen Riss des medialen Meniskus und sei sonst unauffällig und es seien keine wesentlichen Verletzungen erkennbar. Er ging von einem reinen extraartikulären Geschehen aus. Es handle es sich um eine Weichteilkontusion mit anschliessender Einblutung und jetziger Vernarbung. Er bestätigte damit die Ansicht des beratenden Arztes, gemäss dem eine Kontusion der Weichteile und ein degenerativer Riss des medialen Meniskus vorlag.

3.4.2. Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, stellte am 1. Juli 2021 (UV-Akten S. 134 f.) die Diagnose einer ausgedehnten medialen Meniskusläsion bei einem Status nach Autounfall mit Distorsion des Knies und nachfolgenden Schmerzen. Das MRI zeige eine ausgedehnte mediale Meniskusläsion von der Intermediärzone bis zum Hinterhorn mit Horizontalkonfiguration und Auswulzung des rupturierten Randes. Er glaube, im Rahmen der Distorsion sei es zur Verletzung des medialen Meniskus sowie zur Zerrung des medialen Seitenbandes gekommen. In seinem Folgebericht vom 13. August 2021 (UV-Akten S. 181) diagnostizierte er eine posttraumatische mediale Meniskusläsion links bei Status nach Autounfall mit schwerer Kniedistorsion. Gemäss seinem Operationsbericht vom 23. August 2021 (UV-Akten S. 190 f.) hinsichtlich einer medialen Teilmeniskektomie sowie Plicaresektion zeigte sich ein ausgedehntes Rissssystem im Bereich des medialen Meniskushinterhornes, ein unauffälliges, aber etwas elongiertes vorderes Kreuzband, ein intaktes hinteres Kreuzband und im lateralen Kompartiment ein unauffälliger Meniskus und unauffällige Knorpelüberzüge. In seinen Berichten vom 19. Oktober, 23. November und 7. Dezember 2021 sowie vom 15. Februar 2022 (UV-Akten S. 235 ff.) bestätigte er einen zögerlichen Heilverlauf mit beklagten Schwellungen sowie belastungsabhängigen Schmerzen. Im Verlaufs-MRI (nicht in den Akten) zeige sich die horizontale Läsion des medialen Meniskus, eine kleine Knorpelschädigung und ein deutlicher Erguss unklarer Ursache. Am 29. März 2022 (UV-Akten S. 246) notierte er, seit einem Wechsel der Physiotherapie sei es zu einer deutlichen Verbesserung gekommen. Er schloss die Behandlung am 17. Mai 2022 (UV-Akten S. 256) ab. Zu diesem Zeitpunkt war neu eine linksbetonte Lumbalgie mit fraglicher ISG-Beteiligung aufgetreten.

Dr. med. E. \_\_\_\_\_ ging in seinem Erstbericht gestützt auf die Angaben der Beschwerdeführerin von einer Distorsion des linken Knies aus und vermutete, beim Unfall sei es zu einer Zerrung des medialen Seitenbandes gekommen. Jedoch findet sich für beides keine Stütze in den Akten. Vielmehr wurde im MRI vom 11. November 2020 explizit festgehalten, die Kollateralbänder seien intakt.



Der behandelnde Orthopäde ging damit von Beginn an von falschen Annahmen aus und erwähnte im August 2021 ohne weitere Begründung und entgegen den Akten eine schwere Knie-distorsion. Ferner sind die von ihm attestierten Arbeitsunfähigkeiten – selbst für eine Tätigkeit als Raumpflegerin – nicht durchwegs nachvollziehbar. Obwohl er z. B. anlässlich der Konsultation vom 29. März 2022 einzig eine leichte Druckdolenz im medialen Arthroskopieportal, eine etwas hypotrophe Muskulatur sowie ein leichtes Anlaufhinken angab, verlängerte er die vollständige Arbeitsunfähigkeit bis zum 17. Mai 2022.

Ebenso überzeugt auch sein Bericht vom 15. November 2021 (UV-Akten S. 214 f.) nicht, in dem er nicht bekannte Fragen des Rechtsvertreters beantwortet. Gemäss diesem Bericht zeige das MRI vom 11. November 2020 namentlich einen Unterflächeneinriss des medialen Meniskushinterhornes mit mukoider Degeneration. Der beschriebene Einriss des medialen Hinterhornes könne grundsätzlich Folge eines Traumas, aber auch einer mukoiden Degeneration sein. Es könne der Verdacht einer chronischen Meniskusläsion gestellt werden, andererseits sei das erste MRI erst zwei Monate nach dem Unfall durchgeführt worden und somit habe bereits die Degeneration des damals im Unfall abgerissenen Meniskusteiles stattgefunden. Anlässlich der Operation habe er eine mediale Meniskusläsion gesehen und diese als posttraumatisch beschrieben und angesehen. Die Patientin sei vor dem Unfall beschwerdefrei gewesen, weshalb vom Verlauf her klar von einer posttraumatischen Läsion auszugehen sei.

Zunächst weist der behandelnde Orthopäde korrekt darauf hin, die Meniskusläsion könne sowohl traumatischer als auch degenerativer Ursache sein, um dann aufgrund des Verlaufs und des Umstands, dass die Beschwerdeführerin vor dem Unfall beschwerdefrei gewesen war, von einer posttraumatischen Läsion auszugehen. Damit argumentiert er nach der Formel "post hoc, ergo propter hoc", die, wie bereits gesagt, nicht genügt für die Anerkennung der natürlichen Kausalität. Weiter kann seiner Sichtweise, wonach sich die im MRI festgestellte Degeneration in den wenigen Wochen seit dem Unfall entwickelt haben soll, nicht gefolgt werden. So wies der beratende Arzt in seinem zweiten Bericht gestützt auf Fachliteratur überzeugend darauf hin, dass sich die Degeneration der Menisken ab dem mittleren Lebensalter nur sehr langsam entwickle und zudem das Vorkommen von degenerativen Meniskusveränderungen ab dem mittleren Lebensalter hoch sei, selbst wenn diese oft asymptomatisch seien. Damit führen auch die Berichte des behandelnden Orthopäden nicht zu Zweifeln an den überzeugenden Ausführungen des beratenden Arztes, der sich entgegen der Beschwerdeführerin nicht nur "theoretisch" zum Fall äusserte, sondern gestützt auf die vorliegenden Akten und unter Berücksichtigung von Fachliteratur.

3.5. Somit ist sowohl in Bezug auf die rechte Schulter als auch das linke Knie die Leistungseinstellung per 9. August 2021 nicht zu kritisieren, da der Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und den weiterhin geltend gemachten Beschwerden nicht mehr gegeben ist. Daran ändern die beiden Berichte von Dr. med. J. \_\_\_\_\_, Facharzt für Anästhesiologie, vom 5. April und 12. Mai 2022 (UV-Akten S. 251 f und S. 254), bei dem die Beschwerdeführerin in der Schmerztherapie war, nichts. Dieser ging ohne weitere Begründung davon aus, die beklagten Beschwerden seien im Zusammenhang zum Unfall, was nicht genügt. Ferner ist darauf hinzuweisen, dass der beratende Arzt einzig von einem gegebenen Kausalzusammenhang während einigen Wochen bzw. maximal drei Monaten ausging. Dennoch erbrachte die Mobiliar ihre Leistungen zu Gunsten der Beschwerdeführerin während beinahe einem Jahr.

3.6. Schliesslich ist zur gerügten Verletzung des Beschleunigungsgebots festzuhalten, dass sich aus dem Dossier keine Hinweise darauf ergeben, weshalb die Behandlung der Einsprache vom 14. März 2022 dermassen lange gedauert hat. Auch die Mobiliar anerkennt die übermässig lange

Bearbeitungszeit und entschuldigte sich hierfür bereits vor der Zustellung des Einspracheentscheids mit E-Mail vom 22. Februar 2024 in aller Form bei der Beschwerdeführerin. Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin hatte seinerseits erst am 28. November 2023 (UV-Akten S. 257) und erneut am 26. Januar 2024 (UV-Akten S. 260) bei der Mobilgar hinsichtlich des Erlasses des Einspracheentscheids nachgefragt. Da die Beschwerdeführerin diesbezüglich keine Ansprüche geltend macht, erübrigen sich weitere Äusserungen zu diesem Punkt.

4.

#### *Fazit*

Zusammenfassend hat die Mobilgar zu Recht gestützt auf die Berichte ihres beratenden Arztes ihre Leistungen per 9. August 2021 eingestellt.

Es werden keine Gerichtskosten erhoben, da hier das Prinzip der Kostenlosigkeit des Verfahrens gemäss Art. 61 Bst. <sup>fbis</sup> ATSG in seiner Fassung seit dem 1. Januar 2021 weiter zur Anwendung kommt.

Die mit ihren Anträgen unterliegende Beschwerdeführerin hat keinen Anspruch auf Parteientschädigung.

#### **Der Hof erkennt:**

- I. Die Beschwerde von A. \_\_\_\_\_ wird abgewiesen.
- II. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.
- III. Es besteht kein Anspruch auf Parteientschädigung.
- IV. Zustellung.

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb einer Frist von 30 Tagen ab Erhalt beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden. Diese Frist kann weder verlängert noch unterbrochen werden. Die Beschwerdeschrift muss in drei Exemplaren abgefasst und unterschrieben werden. Dabei müssen die Gründe angegeben werden, weshalb die Änderung dieses Urteils verlangt wird. Damit das Bundesgericht die Beschwerde behandeln kann, sind die verfügbaren Beweismittel und der angefochtene Entscheid mit dem dazugehörigen Briefumschlag beizulegen. Das Verfahren vor dem Bundesgericht ist grundsätzlich kostenpflichtig.

Freiburg, 16. April 2025/bsc

Der Präsident

Der Gerichtsschreiber-Berichterstatter