



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 27. Mai 2021 (725 20 455 / 144)

Unfallversicherung

Unfallkausalität der Kniebeschwerden bejaht

Besetzung Präsident Dieter Freiburghaus, Kantonsrichter Beat Hersberger,
Kantonsrichter Jürg Pulver, Gerichtsschreiber Pascal Acrémann

Parteien **A.**____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Nikolaus Tamm, Advokat,
Spalenberg 20, Postfach 1460, 4001 Basel

gegen

Elips Versicherungen AG, Gewerbeweg 15, 9490 Vaduz, Beschwerdegegnerin, vertreten durch Reto Bachmann, Rechtsanwalt,
LISCHER ZEMP & PARTNER, Schwanenplatz 4, 6004 Luzern

Betreff Leistungen

A. Die 1963 geborene A.____ war vom 30. August 1993 bis 30. November 2019 im Alterszentrum B.____ in X.____ als Mitarbeiterin Hauswirtschaft mit einem 60 %-Pensum angestellt und bei der Elips Versicherungen AG (nachfolgend: Elips) für die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert. Am 24. November 2019 machte sie beim Spazieren einen Fehltritt und verspürte sofort Schmerzen im Bereich des linken Knies. Die erstbehandelnden Ärztinnen des Kantonsspitals C.____ diagnostizierten einen Verdacht auf eine Kniebinnenläsion links bei

Fehltritt (Austrittsbericht vom 24. November 2019). Infolge andauernder Knieschmerzen wurde am 29. November 2019 ein MRI und am 12. Dezember 2019 eine diagnostisch-therapeutische Kniegelenksarthroskopie mit transossärer Auszugsnaht durchgeführt. Nach Rücksprache mit dem beratenden Arzt verneinte die Elips mit Verfügung vom 6. Februar 2020 ihre Leistungspflicht, mit der Begründung, es liege überwiegend wahrscheinlich kein Kausalzusammenhang zwischen den Kniebeschwerden und dem Unfall vor. Der Gesundheitszustand werde nur durch degenerative Faktoren beeinflusst. Die hiergegen erhobene Einsprache hiess sie in dem Sinne teilweise gut, als sie A._____ bis 29. November 2019 (Datum MRI-Abklärung) Heilkosten- und Taggeldleistungen zusprach (Einspracheentscheid vom 23. Oktober 2020).

B. Hiergegen erhob A._____, vertreten durch Advokat Nikolaus Tamm, am 25. November 2020 Beschwerde beim Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Sie beantragte, in Abänderung des angefochtenen Einspracheentscheids sei die Beschwerdegegnerin zu verurteilen, die Leistungen über den 29. November 2019 hinaus zu erbringen. Eventualiter sei ein Gerichtsgutachten anzuordnen; unter o/e-Kostenfolge. Zur Begründung führte sie im Wesentlichen aus, dass der angefochtene Entscheid auf unzureichenden medizinischen Unterlagen beruhe.

C. Mit Vernehmlassung vom 6. Januar 2021 schloss die Elips, vertreten durch Rechtsanwalt Reto Bachmann, auf Abweisung der Beschwerde.

D. Am 26. Januar 2021 reichte die Beschwerdeführerin einen Bericht von Prof. Dr. D._____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, und Dr. med. E._____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Klinik für Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Kantonsspital C._____, vom 18. Dezember 2020 zu den Akten.

E. In ihrer Stellungnahme vom 4. März 2021 beantragte die Beschwerdegegnerin, in teilweiser Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheids sei sie zu verurteilen, über den 29. November 2019 hinaus die Heilkosten bis zum Abschluss der postoperativen Rehabilitation zu übernehmen. Bei der Verlegung der Parteikosten sei das Verhalten der Parteien angemessen zu berücksichtigen.

F. Hierzu nahm die Beschwerdeführerin am 9. März 2021 Stellung, wobei sie festhielt, dass die Beschwerdegegnerin in Anbetracht der zugestanden Sach- und Rechtslage verpflichtet sei, sämtliche vorübergehende Leistungen zu übernehmen. Der beschwerdegegnerische Antrag hinsichtlich der Kostenverlegung sei abzuweisen.

G. Mit Instruktionsverfügung vom 12. März 2021 wurde die Angelegenheit der Dreierkammer zur Beurteilung überwiesen.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1. Gemäss Art. 56 Abs. 1 und Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000, dessen Bestimmungen gemäss Art. 2 ATSG in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) vom 20. März 1981 auf die Unfallversicherung anwendbar sind, kann gegen Einspracheentscheide der Unfallversicherer beim zuständigen kantonalen Versicherungsgericht Beschwerde erhoben werden. Zuständig ist nach Art. 58 ATSG das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die versicherte Person zur Zeit der Beschwerdeerhebung ihren Wohnsitz hat. Vorliegend befindet sich dieser in Y.____, weshalb die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. a des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Einspracheentscheide der Versicherungsträger gemäss Art. 56 ATSG. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die im Übrigen frist- und formgerecht erhobene Beschwerde vom 25. November 2020 ist demnach einzutreten.

2. Streitig ist der Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin. Massgebend ist der Sachverhalt, wie er sich bis zum Erlass des angefochtenen Einspracheentscheids vom 23. Oktober 2020 entwickelt hat. Dieser Zeitpunkt bildet rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (vgl. BGE 129 V 4 E. 1.2).

3.1 Gemäss Art. 6 Abs. 1 UVG hat der Unfallversicherer in der obligatorischen Unfallversicherung, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt, die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten zu gewähren. Art. 10 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Heilbehandlung). Ist die versicherte Person infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat sie gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG Anspruch auf ein Taggeld. Dieses beträgt bei voller Arbeitsunfähigkeit 80 % des versicherten Verdienstes. Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit wird es entsprechend gekürzt (Art. 17 Abs.1 UVG). Der Anspruch entsteht gemäss Art. 16 Abs. 2 UVG am dritten Tag nach dem Unfalltag und er erlischt mit der Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit, mit dem Beginn einer Rente oder mit dem Tod der versicherten Person. Art. 18 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf eine Invalidenrente, wenn sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 % invalid ist. Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustands der versicherten Person mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV) abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG).

3.2 Der Unfallversicherer haftet für einen Gesundheitsschaden nur insoweit, als dieser in einem natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zum versicherten Ereignis steht (vgl. BGE 129 V 177, E. 3). Dabei spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers im Bereich organisch objektiv ausgewiesener Unfallfolgen praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate mit der natürlichen Kausalität deckt (vgl. BGE 134 V 109, E. 2).

3.3 Wird durch einen Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifestiert bzw. ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate 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 (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 326 E. 3b, 1992 Nr. U 142 S. 75 E. 4b, je mit Hinweisen). 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 (vgl. BGE 134 V 125 f. E. 9.5 mit Hinweisen) nachgewiesen sein. Die blossе Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalles genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (SVR 2009 UV Nr. 3 E. 2.2; RKUV 2000 Nr. U 363 S. 45 E. 2, 1994 Nr. U 206 S. 326 E. 3b, 1992 Nr. U 142 S. 75 E. 4b). 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 vorliegt oder die versicherte Person nun bei voller Gesundheit ist. Entscheidend ist allein, ob unfallbedingte Ursachen des Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 29. Januar 2009, 8C_847/2008, E. 2 mit Hinweisen).

4.1 Bei der Feststellung des Gesundheitszustands und insbesondere auch bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einer versicherten Person ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (vgl. BGE 132 V 93 E. 4 mit weiteren Hinweisen).

4.2 Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) – wie alle anderen Beweismittel – frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzu-

geben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichts ist demnach entscheidend, ob dieser 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 Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (vgl. BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

4.3 Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführliche Zusammenstellung dieser Richtlinien in BGE 125 V 352 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 469 f. E. 4.4 und 4.5). So kommt beispielsweise Berichten und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen nicht derselbe Beweiswert zu wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten. An die Beweiswürdigung sind deshalb strenge Anforderungen zu stellen, wenn ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden soll. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (vgl. BGE 135 V 470 E. 4.4 am Ende, mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts vom 26. März 2015, 8C_879/2014, E. 5.3). In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärztinnen und Ärzten darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (vgl. BGE 125 V 353 E. 3b/cc). Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des bzw. der therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes bzw. Ärztin einerseits und von Begutachtungsauftrag der amtlich bestellten fachmedizinischen Experten und Expertinnen andererseits (vgl. BGE 124 I 175 E. 4; Urteil des EVG vom 13. Juni 2001, I 506/00, E. 2b) lässt nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte bzw. Ärztinnen zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte bzw. Ärztinnen wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 25. Mai 2007, I 514/06, E. 2.2.1 mit Hinweisen).

5. Das Administrativverfahren und der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 ATSG und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben die Verwaltung und das Sozialversicherungsgericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 6. Februar 2008, 8C_163/2007, E. 3.2). Was zu beweisen ist, ergibt sich aus der Sach- und Rechtslage. Gestützt auf den Untersuchungsgrundsatz ist der Sachverhalt soweit zu ermitteln, dass über den Leis-

tungsanspruch zumindest mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit entschieden werden kann (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 7. März 2019, 9C_57/2019, E. 3.2).

6.1 Zur Beurteilung der vorliegenden Streitigkeit sind im Wesentlichen folgende ärztliche Unterlagen von Bedeutung:

6.2 Im Bericht des Instituts für Radiologie und Nuklearmedizin, Kantonsspital C.____, vom 29. November 2019 wurde festgehalten, dass das MRT des linken Knies einen radiären Meniskusriss nahe der dorsalen tibialen Anheftung des Innenmeniskus, randständige Verquellungen und mukoide Veränderungen zeige. Der laterale Meniskus sei intakt. Es bestünde eine retropatellare Arthrose mit Chondropathie bis Grad III an der Trochlea, sonst bis Grad II. Eine posttraumatische osteochondrale Läsion und ein Bone-Bruise seien nicht ersichtlich. Festzustellen sei aber ein schmaler suprapatellarer Gelenkerguss. Die Bänder seien intakt.

6.3 Am 3. Dezember 2019 diagnostizierten Dr. E.____ und der Assistenzarzt Dr. med. F.____, Klinik für Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Kantonsspital C.____, eine Wurzelläsion am Meniskushinterhorn medial links nach einem Fehltritt am 24. November 2019. Die Beschwerdeführerin zeige entsprechende Beschwerden und einen signifikanten Leidensdruck. Bei der Wurzelläsion mit manifester Meniskusextrusion sei ein operativer Eingriff angezeigt.

6.4 Im Operationsbericht vom 17. Dezember 2019 diagnostizierten die Dres. D.____ und E.____ eine Wurzelläsion am medialen Meniskushinterhorn links nach einem Fehltritt am 24. November 2019. Intraoperativ habe sich ein intakter Aussenmeniskus ohne Rissbildung gezeigt. Tibial seien die Knorpelverhältnisse grossflächig erstgradig degenerativ verändert. Femoral bestünden keine höhergradigen Degenerationen. Im medialen Kompartiment würden sich im Vorderhorn und Korpusbereich des Meniskus keine Schäden zeigen. Im Bereich des Hinterhorns bestünde ein kompletter Riss wurzelnah radiär mit basisnaher teils frischer Komponente. Femoral und tibial bestünden grossflächig erst- bis zweitgradige Degenerationen.

6.5 Am 3. Februar 2020 hielt der beratende Arzt Dr. med. Peter G.____, FMH Allgemeine Innere Medizin, fest, dass sich am Unfalltag nur ein leichter Erguss gezeigt und die konventionelle Röntgenuntersuchung keine frischen akut-traumatischen Schädigungen bestätigt habe. Intraoperativ seien nur degenerative Befunde festgestellt worden. Der operative Eingriff habe auf die Behandlung des bereits kernspintomographisch gesicherten degenerativen Vorzustands abgezielt. So zeige die Bildgebung keine akut-traumatische Schädigungen. Eine traumatische osteochondrale Läsion und ein Knochenkontusionsödem (Bone-Bruise) sowie eine Schädigung der Bandstrukturen seien explizit ausgeschlossen worden. Die MRI-Untersuchung belege, dass lediglich abnützungsbedingte Befunde vorgelegen hätten. Das Ereignis habe nicht zu einer gewaltsamen Blockierung geführt und der Fehltritt sei nicht geeignet, eine Läsion des Meniskushinterhorns zu verursachen. Das Unfallereignis könne somit lediglich als Zufalls- oder Gelegenheitsursache im Sinne einer zufälligen Manifestierung von Beschwerden betrachtet werden. Er empfahl, die Behandlungen und Untersuchungen im Rahmen der Abklärungspflicht bis zum 29. November 2019 (Datum MRI) zu übernehmen.

6.6 Am 18. Dezember 2020 nahmen die Dres. D.____ und E.____ zur Beurteilung von Dr. G.____ vom 3. Februar 2020 Stellung. Sie hielten fest, dass bei der Versicherten zweifellos eine Degeneration der Knorpelbeläge femorotibial und patellofemoral vorliegen würde. Auch der mediale Meniskus zeige gewisse degenerative Veränderungen. Bei der Verletzung handle es sich nicht um eine typische degenerative Horizontalläsion des Meniskushinterhorns. Sie sei auch nicht begrenzt auf die weiss-weisse oder die rot-weisse Zone. Es bestünde vielmehr ein wurzelnaher Radiärriss, welcher funktionell einer totalen Meniskektomie gleichkomme. Das Unfallereignis sei durchaus geeignet, einen Meniskushinterhornriss zu verursachen. Eine gewaltsame Blockierung sei nicht Voraussetzung für eine traumatische Meniskushinterhornläsion. In der Arthroskopie sei im Bereich der Risszone ein basisnahes Blutkoagel dokumentiert. Daher sei der Fehltritt durchaus als Ursache für den Meniskusriss zu sehen. Dieser könne auch ohne Bone-Bruise und ohne eine zusätzliche frischwirkende osteochondrale Läsion im MRI auftreten. Begünstigt worden sei das Akutereignis wahrscheinlich durch eine gewisse vorbestehende Schwächung des Meniskusgewebes, was aufgrund des Alters der Versicherten durchaus möglich sei.

7.1 Die Beschwerdegegnerin stützte sich im angefochtenen Einspracheentscheid vom 23. Oktober 2020 bei der Beurteilung der medizinischen Sachlage vollumfänglich auf die Aktenbeurteilung des beratenden Arztes Dr. G.____ vom 3. Februar 2020. Sie ging demzufolge davon aus, dass die Befunde mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht unfallkausaler, sondern degenerativer Natur seien. Aufgrund der am 29. November 2019 erfolgten bildgebenden Befunde sei höchstens von einer vorübergehenden Verschlimmerung auszugehen, weshalb die Versicherungsleistungen per 29. November 2019 zu terminieren seien. Wie oben (vgl. E. 4.3 hier vor) ausgeführt, sind an die Beweismwürdigung strenge Anforderungen zu stellen, wenn ein Versicherungsfall – wie hier – ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden soll. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen. Solche Zweifel an der Schlüssigkeit der Beurteilung des beratenden Arztes Dr. G.____ vom 3. Februar 2020 ergeben sich bereits aus dem Sprechstundenbericht vom 3. Dezember 2019 (vgl. E. 6.3 hiavor) und dem Operationsbericht vom 17. Dezember 2019 (vgl. E. 6.4 hiavor), in welchen von Seite der behandelnden Ärzte der Fehltritt am 24. November 2019 durchwegs als ursächlich für die Schädigung am Meniskushinterhorn erachtet wurde. Demgegenüber stellte sich Dr. G.____ auf den Standpunkt, dass sich bildgebend und intraoperativ lediglich degenerative Befunde gezeigt hätten und der Fehltritt nicht geeignet gewesen sei, eine Läsion des Meniskushinterhorns zu verursachen. Damit steht seine Beurteilung im Widerspruch zu derjenigen der behandelnden Ärzte. Bei dieser sich widersprechenden medizinischen Aktenlage gelingt es der Beschwerdegegnerin nicht, zweifelsfrei nachzuweisen, dass die Kniebeschwerden überwiegend wahrscheinlich degenerativ bedingt sind. Vielmehr wecken die Feststellungen der behandelnden resp. operierenden Fachärzte vom 3. und 17. Dezember 2019 mehr als nur geringe Zweifel an der versicherungsinternen Aktenbeurteilung des Allgemeinmediziners Dr. G.____ vom 3. Februar 2020. Bei dieser Sachlage hätte die Beschwerdegegnerin im Rahmen der ihr obliegenden Untersuchungspflicht (Art. 43 ATSG) zur Klärung der medizinischen Sachlage ergänzende Abklärungen durchzuführen müssen, was sie aber unterliess. Der angefochtene Ein-

spracheentscheid vom 23. Oktober 2020 beruht demnach auf unzureichenden medizinischen Abklärungen und ist aus diesem Grund aufzuheben.

7.2 In ihrer Stellungnahme vom 4. März 2021 anerkannte die Beschwerdegegnerin gestützt auf die in diesem Verfahren eingereichte Stellungnahme der Dres. D.____ und E.____ vom 18. Dezember 2020 die Unfallkausalität der Kniebeschwerden und bejahte über den 29. November 2019 hinaus ihre Leistungspflicht für die Kosten der Heilbehandlung. Dem ist beizupflichten, zumal ein intraoperativ visuell sichtbarer, zweifelsfreier und schriftlich beurkundeter Operationsbefund als hochwertiger Beleg für eine ereignisbedingte Schädigung zu werten ist und überdies bereits eine Teilkausalität des Ereignisses vom 24. November 2019 die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin begründet. Der neuste Bericht der behandelnden Ärzte steht mit ihren bei den Akten liegenden Berichten vom 29. November 2019, 3. und 17. Dezember 2019 im Einklang und ist unbestritten eine zuverlässige Entscheidungsgrundlage. In Anbetracht dieser Sach- und Rechtslage ist die Beschwerdegegnerin verpflichtet, über den 29. November 2019 hinaus nicht nur die Heilbehandlung zu übernehmen, sondern sämtliche vorübergehenden Leistungen auszurichten. Sie wird daher auch über den Taggeldanspruch der Beschwerdeführerin neu zu befinden haben.

8. Aus dem Gesagten folgt zusammenfassend, dass bei der Würdigung des medizinischen Sachverhalts nicht auf die Beurteilung von Dr. G.____ vom 3. Februar 2020 abgestellt werden kann. Vielmehr ist aufgrund der Beurteilungen der behandelnden Ärzte vom 3. und 17. Dezember 2019 sowie vom 18. Dezember 2020 davon auszugehen, dass die Kniebeschwerden der Versicherten überwiegend wahrscheinlich auf das Unfallereignis vom 24. November 2019 zurückzuführen sind, was die Beschwerdegegnerin zu Recht anerkannte. Demnach ist in Gutheissung der Beschwerde vom 25. November 2020 der angefochtene Einspracheentscheid vom 23. Oktober 2020 aufzuheben und die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, der Beschwerdeführerin die gesetzlichen Leistungen über den 29. November 2019 hinaus auszurichten.

9.1 Art. 61 lit. a ATSG in der bis 31. Dezember 2020, hier massgebenden Fassung hält fest, dass das Verfahren vor dem kantonalen Gericht für die Parteien kostenlos zu sein hat. Es sind deshalb für das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben.

9.2 Laut Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. Nachdem die Beschwerde gutzuheissen ist, steht der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung zu Lasten der Beschwerdegegnerin zu. In ihrer Stellungnahme vom 4. März 2021 beantragte die Beschwerdegegnerin, das Kantonsgericht habe bei der Verlegung der Parteientschädigung zu berücksichtigen, dass das vorliegende Verfahren hätte verhindert werden können, hätte die Beschwerdeführerin die Stellungnahme der Dres. D.____ und E.____ zur versicherungsmedizinischen Beurteilung vom 3. Februar 2020 bereits im Einspracheverfahren beigebracht. Dem ist entgegenzuhalten, dass sich Dr. G.____ in seinem Bericht vom 3. Februar 2020 mit den abweichenden Beurteilungen der behandelnden Ärzte vom 3. und 17. Dezember 2019 nur oberflächlich auseinandersetzte und die Widersprüche betref-

fend die Unfallkausalität der Beschwerden nicht aufzulösen vermochte. Dies hätte die Beschwerdegegnerin aufgrund der ihr obliegenden Untersuchungspflicht verpflichtet, ergänzende Abklärungen durchzuführen. Indem sie davon absah, verletzte sie den Untersuchungsgrundsatz. Vor diesem Hintergrund vermag die Beschwerdegegnerin aufgrund der Tatsache, dass die Beschwerdeführerin die behandelnden Ärzte erst am 25. November 2020 um eine Stellungnahme zur bereits am 3. Februar 2020 erstellten versicherungsmedizinischen Beurteilung ersuchte, nichts zu ihren Gunsten ableiten. Ihrem Antrag, das Verhalten der Parteien sei im Rahmen der Parteikostenverlegung angemessen zu berücksichtigen, kann daher nicht entsprochen werden. Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin hat in seiner Honorarnote vom 26. März 2021 für das vorliegende Verfahren einen Zeitaufwand von insgesamt 12 Stunden und 55 Minuten geltend gemacht, was in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen gerade noch angemessen ist. Die Bemühungen sind zu dem in Sozialversicherungsprozessen praxismässig für durchschnittliche Fälle zur Anwendung gelangenden Stundenansatz von Fr. 250.-- zu entschädigen (vgl. § 3 Abs. 1 der Tarifordnung für die Anwältinnen und Anwälte [Tarifordnung] vom 17. November 2003). Nicht zu beanstanden sind sodann die in der Honorarnote ausgewiesenen Auslagen von Fr. 45.--. Der Beschwerdeführerin ist deshalb eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 3'526.30 (12,91 Stunden à Fr. 250.-- zuzüglich Auslagen von Fr. 45.-- + 7,7 % Mehrwertsteuer) zu Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

- ://:
1. In Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid vom 23. Oktober 2020 aufgehoben und die Beschwerdegegnerin verpflichtet, der Beschwerdeführerin die gesetzlichen Leistungen über den 29. November 2019 hinaus auszurichten.
 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
 3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 3'526.30 (inkl. Auslagen und 7,7 % Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

<http://www.bl.ch/kantonsgericht>