



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 6. Mai 2021 (725 20 345 / 117)

Unfallversicherung

Status quo ante sine; Zweifel an der kreisärztlichen Beurteilung; Rückweisung an die Vorinstanz zur weiteren Abklärung

Besetzung Präsidentin Doris Vollenweider, Kantonsrichter Jgnaz Jermann, Kantonsrichterin Elisabeth Berger Götz, Gerichtsschreiberin i.V. Lena Eichenberger

Parteien A.____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Daniel Altermatt, Rechtsanwalt, Neuarlesheimerstrasse 15, Postfach 435, 4143 Dornach

gegen

Suva, Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern, Beschwerdegegnerin

Betreff Leistungen

A. Die 1965 geborene A.____ verletzte sich am 10. März 2019 anlässlich eines Unfalls das rechte Knie. Sie stand damals in einem Anstellungsverhältnis mit der B.____ GmbH in X.____ und war dadurch als Arbeitnehmerin bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva)

obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert. Die Suva erbrachte in der Folge die gesetzlichen Versicherungsleistungen. Mit Schreiben vom 13. August 2019 schloss die Suva den Fall per 25. August 2019 ab und stellte die Leistungen auf diesen Zeitpunkt ein. Sie begründete dies gestützt auf die kreisärztliche Beurteilung damit, dass der Zustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden habe, spätestens am 10. Juni 2019 wieder erreicht gewesen sei. Nachdem A.____ erklärt hatte, ihr Arzt vom Spital Y.____ könne diesen Entscheid nicht nachvollziehen, nahm die Suva weitere Abklärungen vor. Daraufhin erliess sie am 30. September 2019 eine Verfügung, mit welcher sie an ihrem Schreiben vom 13. August 2019 inhaltlich festhielt. Hiergegen liess A.____ am 31. Oktober 2019 durch Rechtsanwalt Daniel Altermatt Einsprache erheben mit dem Antrag, es seien ihr über den 25. August 2019 hinaus die gesetzlichen Versicherungsleistungen zu erbringen. Mit Einspracheentscheid vom 7. August 2020 wies die Suva die Einsprache ab.

B. Dagegen erhob A.____, weiterhin vertreten durch Rechtsanwalt Daniel Altermatt, am 14. September 2020 Beschwerde beim Kantonsgericht des Kantons Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Sie beantragte, der Einspracheentscheid vom 7. August 2020 sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, ihr über den 25. August 2019 hinaus die gesetzlichen Versicherungsleistungen auszurichten; unter Kosten- und Entschädigungsfolge. Zur Begründung brachte sie im Wesentlichen vor, dass die Beschwerdegegnerin ihre Leistungseinstellung einzig auf versicherungsinterne ärztliche Beurteilungen stützen könne. An diesen versicherungsinternen Beurteilungen würden mehr als nur geringe Zweifel bestehen. Es gelinge der Beschwerdegegnerin nicht, zweifelsfrei nachzuweisen, dass es sich vorwiegend um eine abnützungs- bzw. krankheitsbedingte Meniskusläsion handle. Auch sei festzustellen, dass die Beschwerdegegnerin zumindest bis und mit dem operativen Eingriff vom 3. Oktober 2019 die Leistungen erbringen müsse.

C. In ihrer Vernehmlassung vom 25. September 2020 beantragte die Suva die Abweisung der Beschwerde. Sie begründete ihren Antrag damit, dass keine Zweifel an der Zuverlässigkeit der kreisärztlichen Beurteilung bestehen würden, weshalb auf diese abzustellen sei. Gemäss der Kreisärztin sei der Unfallmechanismus nicht geeignet gewesen, eine Meniskusläsion zu verursachen. Beim Unfall sei es vielmehr zu einer Knieprellung mit einer vorübergehenden, jedenfalls nach drei Monaten abgeschlossenen Verschlimmerung eines degenerativen Vorzustands gekommen. Dementsprechend habe der Unfall am 25. August 2019 keine ursächliche Rolle mehr gespielt.

D. Mit Eingabe vom 8. Februar 2021 liess die Beschwerdeführerin replikweise geltend machen, dass sie im Zeitpunkt der Leistungseinstellung immer noch arbeitsunfähig gewesen sei. Zudem habe sie vor dem Unfallereignis vom 10. März 2019 keine Kniebeschwerden gehabt bzw. diese hätten sich nicht auf die Arbeitsfähigkeit ausgewirkt.

E. Die Suva verzichtete mit Schreiben vom 11. Februar 2021 auf die Einreichung einer Duplik, hielt aber an ihrem Antrag auf Abweisung der Beschwerde fest.

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 Z.____, weshalb die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft 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 der Versicherten vom 14. September 2020 ist demnach einzutreten.

2.1 Nach 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. Gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG erbringt die Unfallversicherung ihre Leistungen auch bei nachfolgenden Körperschädigungen, sofern sie nicht vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen sind: Knochenbrüche (lit. a); Verrenkungen von Gelenken (lit. b), Meniskusrisse (lit. c), Muskelrisse (lit. d), Muskelzerrungen (lit. e), Sehnenrisse (lit. f), Bandläsionen (lit. g) und Trommelfellverletzungen (lit. h). 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. Erleidet sie durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen oder geistigen Integrität, so hat sie nach Art. 24 Abs. 1 UVG Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung. Diese wird mit der Invalidenrente festgesetzt oder, falls kein Rentenanspruch besteht, bei der Beendigung der ärztlichen Behandlung gewährt (Art. 24 Abs. 2 UVG).

2.2 Die vorübergehenden Leistungen, wie Taggelder und Heilbehandlung, hat der Unfallversicherer – sofern allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen

sind – nur so lange zu gewähren, als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann. Trifft dies nicht mehr zu und ist ein Endzustand eingetreten, ist der Fall unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen mit gleichzeitiger Prüfung des Anspruches auf eine Invalidenrente und/oder eine Integritätsentschädigung abzuschliessen (Art. 19 Abs. 1 UVG). Die Einstellung der vorübergehenden Leistungen und der Fallabschluss mit der Prüfung der Rentenfrage und der Integritätsentschädigung hängen derart eng zusammen, dass von einem einheitlichen Streitgegenstand auszugehen ist (vgl. BGE 144 V 354 E. 4.2).

2.3 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt – unter anderem – voraus, dass zwischen dem versicherten Ereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Arbeitsunfähigkeit, Invalidität, Integritätsschädigung) ein natürlicher und ein adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 129 V 181 E. 3.1 und 3.2). Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis im Sinne einer Teilursache zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, das Ereignis mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiere (vgl. BGE 142 V 438 E.1, 129 V 181 E. 3.1, 119 V 337 E. 1 mit weiteren Hinweisen). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die rechtsanwendende Behörde – die Verwaltung oder im Streitfall das Gericht – im Rahmen der ihr obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen). Es ist vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste gewürdigt wird (vgl. BGE 125 V 195 E. 2, 121 V 47 E. 2a und 208 E. 6b).

2.4 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 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 (BGE 134 V 125 f. E. 9.5 mit Hinweisen) nachgewiesen sein. Die blosse 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 (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 29. Mai 2020, 8C_241/2020, E. 3, vom 19. März 2019, 8C_834/2018, E. 3, und vom 28. August 2018, 8C_421/2018, E. 3.2, in: SVR 2019 IV Nr. 9 S. 27). Der Beweis des Wegfalls des Kausalzusammenhangs muss nicht durch den Nachweis unfallfremder Ursachen erbracht werden. Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliege oder die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei. Entscheidend ist allein, ob unfallbedingte Ursachen des Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 14. Februar 2020, 8C_840/2019, E. 3.2, vom 10. Januar 2020, 8C_548/2019, E. 3.2, und vom 5. Dezember 2018, 8C_276/2018, E. 2.3, je mit Hinweisen).

2.5 Bezüglich Listenverletzungen gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG hielt das Bundesgericht in BGE 146 V 51 (E. 9.1 und 9.2) fest, wenn diese auf ein Unfallereignis im Sinne von Art. 4 ATSG zurückzuführen seien, sei der Unfallversicherer so lange leistungspflichtig, bis der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache darstelle, der Gesundheitsschaden also nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruhe. Bei fehlendem natürlichem Kausalzusammenhang zwischen einem Unfallereignis und einer Listenverletzung erübrige sich eine Prüfung der Leistungspflicht nach Art. 6 Abs. 2 UVG, jedenfalls solange kein anderes initiales Ereignis als Verletzungsursache in Frage komme. Mit dem Erreichen des Status quo sine vel ante entfällt eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden (SVR 2010 UV Nr. 31 S. 125). Solange jedoch der Status quo sine vel ante noch nicht wieder erreicht ist, hat der Unfallversicherer gestützt auf Art. 36 Abs. 1 UVG in aller Regel neben den Taggeldern auch Pflegeleistungen und Kostenvergütungen zu übernehmen, worunter auch die Heilbehandlungskosten nach Art. 10 UVG fallen. Demnach hat die versicherte Person bis zum Erreichen des Status quo sine vel ante auch Anspruch auf eine zweckgemässe Behandlung, welche operative Eingriffe umfassen kann (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 20. Juni 2012, 8C_956/2011, E. 4.2 mit Hinweisen).

3.1 Der Sozialversicherungsprozess wird vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 61 lit. c ATSG). Das Sozialversicherungsgericht hat danach von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt nicht uneingeschränkt. Er findet sein Korrelat in der Mitwirkungspflicht der Parteien (vgl. BGE 122 V 158 E. 1a, 121 V 210 E. 6c je mit Hinweisen). Im Übrigen schliesst der Untersuchungsgrundsatz die Beweislast im Sinne der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Fall der Beweislosigkeit der Entscheid zuungunsten der Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten will (BGE 115 V 142 E. 8a, 107 V 163 E. 3a). Diese Beweisregel greift Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf dem Weg der Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die überwiegende Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 138 V 221 E. 6, 117 V 264 E. 3b, je mit Hinweisen).

3.2 Für die Abklärung medizinischer Sachverhalte – wie der Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit sowie der Feststellung natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin – ist die Verwaltung bzw. das Gericht regelmässig auf Unterlagen angewiesen, die ihr vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind. Das Gericht hat diese 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 anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes 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 (BGE 134 V 232 E. 5.1, 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c).

3.3 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 ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen). Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen hingegen kommt 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 (BGE 135 V 470 E. 4.4, mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts vom 26. März 2015, 8C_879/2014, E. 5.3).

4.1 Vorliegend ist strittig und zu prüfen, ob die Suva zu Recht die gesetzlichen Versicherungsleistungen per 25. August 2019 eingestellt hat. Der strittigen Angelegenheit liegen diverse ärztliche Unterlagen zu Grunde. Im Folgenden sollen jedoch lediglich diejenigen Stellungnahmen und Berichte wiedergegeben werden, welche sich für den Entscheid als zentral erweisen.

4.2 Die erstbehandelnde Ärztin Dr. med. C.____, FMH Allgemeine Innere Medizin, diagnostizierte mit ärztlichem Zwischenbericht vom 24. April 2019 eine Kniekontusion rechts am 10. März 2019 sowie einen Verdacht auf Abrissfraktur Patella.

4.3 Die Magnetresonanztomographie (MRT) des rechten Knies und Unterschenkels vom 26. April 2019 führte zu folgender Beurteilung: Horizontalriss im Corpus bis zum Übergang vom Corpus zum Hinterhorn des Aussenmeniskus, bei Bewegungsartefakten ist eine zusätzliche radiäre Komponente nicht auszuschliessen; mässiger Kniegelenkserguss; fokaler Knorpeldefekt (ICRS III) des lateralen Tibiacondylus ohne fassbares Corpus liberum; A.e. partiell rupturierte Bakerzyste; nebenbefundlich bekannte Patella bipartita.

4.4 Am 30. April 2019 wurde ein erstes Telefoninterview mit der Beschwerdeführerin durchgeführt. Darin berichtete sie, der Arzt des Spitals Y.____ habe ihr mitgeteilt, dass die Hausärztin ihr Knie falsch behandelt und eine falsche Knieschiene gesetzt hätte. Durch das Tragen der Schiene sei es zu einer Fehlhaltung gekommen.

4.5 Mit Sprechstundenbericht vom 30. April 2019 diagnostizierte die Ärzteschaft des Spitals Y.____ betreffend das rechte Knie einen Status nach Treppensturz am 10. März 2019 mit direkter Kontusion mit/bei traumatisierter Patella bipartita sowie lateraler Meniskusläsion und freier Lappenbildung. Sie bemerkte, dass die Patientin über einen Sturz direkt auf das rechte Knie berichte und seither deutliche Schmerzen suprapatellär beim Drauftreten habe. Die Bewegung sei ausserdem deutlich eingeschränkt.

4.6 Die Ärzte des Spitals Y.____ stellten zudem mit Sprechstundenbericht vom 22. Mai 2019 das rechte Knie betreffend den Verdacht auf «Complex Regional Pain Syndrome» (CRPS). In der Beurteilung wurde festgehalten, dass keine Verbesserung durch die Physiotherapie eingetreten sei. Es seien die intraartikuläre Infiltration mit Lokalanästhetikum und Kortison erfolgt, wodurch sich im Anschluss eine deutliche Besserung der Beschwerden gezeigt habe.

4.7 Mit Sprechstundenbericht datiert vom 12. Juni 2019 des Spitals Y.____ ist die im Bericht vom 22. Mai 2019 gestellte Diagnose bestätigt worden. Im Bericht wurde ausgeführt, dass sich nun eine Verbesserung der Symptomatik nach CRPS auf der rechten Seite zeige. Die Patientin sei jedoch in ihrem Beruf weiterhin nur teileinsatzfähig. Aufgrund des komplizierten Verlaufs würde weiterhin eine Arthroskopie bei lateraler Meniskusläsion äusserst vorsichtig indiziert.

4.8 Das Spital Y.____ hielt im Bericht betreffend der MRT-Untersuchung vom 19. Juli 2019 in der Beurteilung Folgendes fest: bekannter, mittlerweile teils narbig organisierter, dislozierter horizontaler Riss des Hinterhorns des Aussenmeniskus am rechten Knie; bekannter Knorpeldefekt des lateralen Tibiaplateaus (ICRS III), der lateralen Femurkondyle (ICRS II); geringgradig progredientes subchondrales Ödem am posterolateralen Tibiaplateau; etwa konstanter mässiger Kniegelenkserguss bei etwas grössenregredienter Bakerzyste.

4.9 Im Sprechstundenbericht vom 24. Juli 2019 des Spitals Y.____ wurde zusätzlich zur bisher gestellten Diagnose eine Beschwerdepersistenz mit erneuter Verschlechterung unter Belastungssteigerung vom Juli 2019 festgehalten. Mit der Patientin seien die Optionen einer arthroskopischen Teilmeniskektomie besprochen worden. Aufgrund der deutlichen Beschwerdeprogredienz erfolge wiederum die Reduktion der Arbeitsfähigkeit auf 50 % ab dem 15. Juli 2019.

4.10 Gemäss Sprechstundenbericht vom 30. Juli 2019 des Spitals Y.____ berichtete die Patientin über eine persistierende Schmerzsituation und Einschränkung im Alltag. Sie arbeite zu 50 % bei B.____ als Logistikerin. Eine Infiltration vor mehreren Monaten habe keine signifikante Schmerzverbesserung erbracht. In der Beurteilung wurde festgehalten, dass Dr. med. D.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, zur Sprechstunde hinzugezogen worden sei. Die komplexe Situation sei von ihm ebenfalls als eine CRPS interpretiert worden.

4.11 Wie die Kreisärztin Dr. med. E.____, FMH Allgemeine Chirurgie und Traumatologie, in ihrer Stellungnahme vom 6. August 2019 ausführte, seien in der MRT keine strukturellen Läsionen nachgewiesen, die im Zusammenhang mit der Kontusion stehen würden. Zudem sei eine Kontusion nach maximal drei Monaten ausgeheilt. Sodann ist der Aktennotiz vom 6. August 2019 zu entnehmen, dass der Status quo ante sine erreicht worden sei.

4.12 Wie im Sprechstundenbericht des Spitals Y.____ vom 23. August 2019 festgehalten wurde, berichte die Patientin über eine nun deutlich verbesserte Beweglichkeit bei jedoch weiterhin bestehenden Beschwerden mit wiederkehrend auftretenden Instabilitäts- und Schnappphänomenen über der Knieaussenseite. Aktuell bestehe eine 50%ige Arbeitsfähigkeit. Gleichzeitig wurde um Wiedererwägung des Entscheids gebeten, da klar die Kausalität zum Unfallereignis bestehe. Betreffend das Schreiben der Suva vom 13. August 2019 hinsichtlich der Leistungseinstellung wurde nämlich festgehalten, dass eine Kausalität durch den Treppensturz vom 10. März 2019 und Folgen der Entwicklung einer Kniegelenksteife, Differenzialdiagnose CRPS, bestehe. In dieser Situation sei primär eine operative Versorgung klar kontraindiziert gewesen. Unter der nun deutlich verbesserten Gelenksteife, bei jedoch persistierenden Instabilitätssymptomen des Meniskuslappens, bestehe nun die Indikation zur operativen Versorgung.

4.13 In ihrer Beurteilung vom 9. September 2019 bemerkte die Kreisärztin Dr. E.____, dass die Versicherte gemäss Erstbefund der Hausärztin und den Sprechstundenberichten des Spitals Y.____ vom April 2019 an einer Knieschwellung sowie Schmerzen vor allem suprapatellär gelitten habe. Meniskuszeichen seien nicht nachgewiesen worden, insbesondere keine Blockaden. In der MRT hätten sich keine frischen Läsionen, welche auf die Kniekontusion zurückzuführen wären, gezeigt. Im Verlauf hätten die Beschwerden persistiert, sodass zwischenzeitlich ein Verdacht auf CRPS bestanden habe, wobei in allen Berichten keine Befunde dokumentiert seien, welche die Diagnose unterstützen könnten. Die beschriebene Kniegelenksteife respektive Bewegungseinschränkung habe mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in Zusammenhang mit der persistierenden Schwellung aufgrund fortgeschrittener degenerativer Veränderungen des lateralen Gelenkfachs gestanden. Die nun aktuell indizierte Kniegelenksarthroskopie stehe demnach nicht in Zusammenhang mit dem Unfall, sondern mit den vorbestehenden degenerativen Veränderungen

am lateralen Meniskus. Der beschriebene Sturz vom 10. März 2019 mit Kniekontusion sei biomechanisch nicht geeignet gewesen, eine laterale Meniskusläsion auszulösen. Es sei auch zu bemerken, dass anfangs die Symptome suprapatellar – also im anterioren Kniegelenksbereich – beschrieben worden seien. Erst seit Juli 2019 würden laterale Kniegelenksschmerzen angegeben. Sie halte an ihrer Stellungnahme vom 6. August 2019 fest. So seien die aktuell geklagten Beschwerden am rechten Kniegelenk nicht mehr mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Kontusionstrauma vom 10. März 2019 zurückzuführen, sondern auf vorbestehende degenerative Veränderungen im lateralen Kniegelenksfach. Der beschriebene Unfallmechanismus mit Kniekontusion rechts hätte zu einer vorübergehenden Verschlimmerung eines degenerativen Vorzustands über maximal drei Monate führen können.

4.14 Mit Sprechstundenbericht des Spitals Y.____ vom 30. September 2019 wurden dieselben Diagnosen wie bisher gestellt. Die Patientin beschreibe weiterhin bestehende starke lateralseitige Schmerzen. Die Kortisontherapie sei am 10. September 2019 abgeschlossen worden. Aktuell arbeite sie zu 50 % bei B.____. Als Befund wird insbesondere eine weiterhin bestehende Schwellung des Gelenks sowie positive laterale Meniskuszeichen mit provozierbarem Schnappphänomen festgehalten. Es bestehe weiterhin eine symptomatische laterale Meniskusläsion. Aufgrund des erhöhten Leidensdrucks sowie weiterhin bestehender starker Schmerzen werde die operative Sanierung mit Menisektomie des Aussenmeniskus für den 3. Oktober 2019 geplant.

4.15 Am 3. Oktober 2019 erfolgte der operative Eingriff. Wie dem Operationsbericht vom 7. Oktober 2019 zu entnehmen ist, habe am 10. März 2019 ein Distorsionstrauma stattgefunden, das zu einem symptomatischen instabilen Aussenmeniskuslappenriss geführt habe. Aufgrund einer Kniegelenkssteife, Differenzialdiagnose CRPS, habe eine operative Versorgung nicht früher stattfinden können.

4.16 Aus dem Sprechstundenbericht vom 18. November 2019 des Spitals Y.____ geht hervor, dass die erste klinische Verlaufskontrolle sechs Wochen nach der Operation stattgefunden habe. Die Patientin gebe an, bisher mit den Gehstöcken teilbelastet zu haben. Physiotherapie werde durchgeführt. Zudem sei die Arbeitsfähigkeit noch nicht gegeben.

4.17 Im Sprechstundenbericht vom 13. Januar 2020 des Spitals Y.____ wird anamnestisch festgehalten, dass die Patientin eine Besserung der Beschwerden mit jedoch noch bestehenden Restbeschwerden angebe. Insbesondere nach vermehrter Belastung habe sie Schmerzen im rechten Kniegelenk. Bezüglich des weiteren Vorgehens wurde ausgeführt, dass eine Fortsetzung der Physiotherapie empfohlen werde. Ab dem 13. Januar 2020 bis 9. Februar 2020 werde die Arbeitsfähigkeit auf einen 50%igen Arbeitsversuch festgelegt, welcher ab dem 10. Februar 2020 auf 100 % gesteigert werden soll.

4.18 Die Kreisärztin hielt in ihrer Beurteilung vom 4. März 2020 in erneuter Bestätigung ihrer Stellungnahme vom 6. August 2019 im Wesentlichen fest, dass die Kniegelenksarthroskopie der Sanierung der degenerativen Meniskusläsion gedient habe, die nicht im Zusammenhang mit der

erlittenen Kniekontusion gestanden habe. Der fachradiologische Bericht dokumentiere kein Knochenödem, auch nicht im Bereich der kontusionierten Patella bipartita. Eine Kniegelenksblockade oder Steife bei einer nachgewiesenen Kniebeweglichkeit von 90 Grad und mehr habe sich ebenfalls nicht gezeigt. Auch hätten niemals Befunde vorgelegen, die die Budapest-Kriterien für das Vorliegen eines CRPS erfüllt hätten. Spätestens bei der Verlaufskontrolle am 12. Juni 2019 seien die Unfallfolgen abgeklungen gewesen. Gehe man davon aus, dass die Kniekontusion die vorbestehende Patella bipartita traumatisiert habe, obwohl in der MRT kein entsprechendes Ödem an der Patella nachgewiesen worden sei, wären die Folgen spätestens drei Monate nach Kniekontusion abgeheilt. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit sei die Unfallkausalität entsprechend den dokumentierten Befunden vom 12. Juni 2019 spätestens nach drei Monaten nicht mehr gegeben gewesen.

5.1 Die Beschwerdegegnerin stütze sich im angefochtenen Einspracheentscheid vom 7. August 2020 bei der Beurteilung der medizinischen Sachlage auf die kreisärztlichen Beurteilungen vom 6. August 2019, 9. September 2019 und 4. März 2020 von Dr. E.____. Sie ging demzufolge davon aus, dass der Unfallmechanismus nicht geeignet gewesen sei, eine Meniskusläsion zu verursachen und es beim Unfall zu einer Knieprellung mit einer nach drei Monaten abgeschlossenen Verschlimmerung eines degenerativen Vorzustands gekommen sei. Dementsprechend habe der Unfall im Zeitpunkt der Leistungseinstellung im Beschwerdebild keine ursächliche Rolle mehr gespielt. Wie oben (vgl. E. 3.3 hiervor) ausgeführt, sind an die Beweiswürdigung 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.

5.1.1 Solche Zweifel an der Schlüssigkeit der Beurteilung der Kreisärztin Dr. E.____ liegen hier vor. So argumentiert sie, der Unfallhergang sei biomechanisch nicht geeignet gewesen, eine laterale Meniskusläsion auszulösen. Dieser Einschätzung ist entgegenzuhalten, dass bei einer Meniskusschädigung als typischer biomechanischer Ablauf ein Distorsionstrauma gilt. Ein solches wird im Operationsbericht vom 7. Oktober 2019 explizit festgehalten. Die Kreisärztin nimmt keine Stellung dazu, dass die operierenden Ärzte von einem Distorsionstrauma ausgehen. Des Weiteren ist auffällig, dass Dr. E.____ als Ursache für die Beschwerden degenerative Veränderungen bzw. ein degenerativer Vorzustand annimmt, ohne sich dabei mit einer möglichen Teilursächlichkeit des Unfalls auseinanderzusetzen. Sie ist sogar der Ansicht, dass die Kniegelenksarthroskopie einzig der Sanierung der degenerativen Meniskusläsion gedient habe. Demgegenüber ergeben sich aus sämtlichen medizinischen Berichten keinerlei Hinweise auf einen fortgeschrittenen degenerativen Vorzustand, der gleichzeitig auch eine Teilursächlichkeit des Unfalls ausschliessen würde. Die Beurteilung der Kreisärztin scheint vor diesem Hintergrund zweifelhaft.

5.1.2 Anlass zu weiteren Zweifeln ergibt sich aus dem Umstand, dass die Unfallkausalität abgesprochen wurde, als die Beschwerdeführerin mitten in der Behandlungsphase mit bestehender Arbeitsunfähigkeit und bevorstehender Operation stand. Führt man sich die verschiedenen Sprechstundenberichte des Spitals Y.____ vor Augen, fällt auf, dass der gesundheitliche Zustand der Beschwerdeführerin bis zum Zeitpunkt der Leistungseinstellung – und auch noch darüber

hinaus – symptomatisch war, sodass fraglich ist, ob tatsächlich jegliche Kausalität des Unfalls nicht mehr gegeben war. Sowohl der Bericht vom 24. Juli 2019 wie auch derjenige vom 30. Juli 2019 des Spitals Y._____ halten eine Beschwerdepersistenz mit erneuter Verschlechterung unter Belastungssteigerung fest. Sodann ergibt sich aus dem Bericht vom 23. August 2019, dass sich die Beweglichkeit zwar deutlich verbessert habe, dass jedoch weiterhin Beschwerden mit wiederkehrend auftretenden Instabilitäts- und Schnappphänomenen bestehen würden. Ferner wird in diesem Bericht um Wiedererwägung des Entscheids gebeten, da eindeutig von einer Kausalität zum Unfallereignis ausgegangen wird. Wie aus dem Sprechstundenbericht vom 30. September 2019 hervorgeht, litt die Beschwerdeführerin auch nach dem Zeitpunkt der Leistungseinstellung an starken lateralseitigen Schmerzen. Auch war ihr Kniegelenk nach wie vor geschwollen. Aufgrund eines erhöhten Leidensdrucks sowie weiterhin bestehender starker Schmerzen erfolgte schliesslich am 3. Oktober 2019 der operative Eingriff. Auch aus dem Operationsbericht können Anhaltspunkte entnommen werden, dass als Ursache der Meniskusläsion das Unfallgeschehen angesehen wird. Aufgrund des Gesagten lässt sich die streitige Kausalitätsfrage nicht abschliessend beurteilen. Damit besteht ein Defizit bei der Ermittlung des relevanten medizinischen Sachverhalts. Bei dieser Sachlage hat es die Beschwerdegegnerin unterlassen, im Rahmen der ihr obliegenden Untersuchungspflicht (Art. 43 ATSG) zur Klärung der medizinischen Sachlage ergänzende Abklärungen durchzuführen. Der angefochtene Einspracheentscheid ist somit aufzuheben und es sind weitere Abklärungen in Bezug auf die Unfallkausalität der Beschwerden vorzunehmen.

5.2 Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung kann das Sozialversicherungsgericht nicht frei entscheiden, ob es eine Streitsache an die Verwaltung zurückweist. Die Beschwerdeinstanz hat vielmehr im Regelfall selbst die nötigen Abklärungen vorzunehmen, wenn sie einen im Verwaltungsverfahren anderweitig erhobenen Sachverhalt überhaupt für gutachterlich abklärungsbedürftig hält oder wenn eine Administrativexpertise in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig ist (BGE 137 V 263 E. 4.4.1 ff.). Da die Beschwerdegegnerin den medizinischen Sachverhalt im vorliegenden Fall aber unvollständig abgeklärt hat und es nicht die Aufgabe des kantonalen Gerichts ist, im Verwaltungsverfahren versäumte Abklärungen nachzuholen, steht einer Rückweisung an die Beschwerdegegnerin unter Berücksichtigung der zitierten Rechtsprechung des Bundesgerichts nichts entgegen. Demzufolge ist die Angelegenheit zur weiteren Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Diese muss die Unfallkausalität in Bezug auf die bei der Versicherten über den 25. August 2019 hinaus bestehenden Beschwerden durch ein versicherungsexternes Gutachten abklären lassen. Gestützt auf die Ergebnisse dieser Aktenergänzung wird sie in der Folge über die strittige Leistungseinstellung neu zu befinden haben. Die Beschwerde ist in diesem Sinne gutzuheissen.

6.1 Gemäss Art. 61 lit. a ATSG in der bis Ende 2020 gültig gewesenen, hier anwendbaren Fassung (vgl. Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 21. Juni 2019) hat der Prozess vor dem kantonalen Gericht für die Parteien in der Regel kostenlos zu sein. Es sind demnach für das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben.

6.2 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend ist der Beschwerdeführerin deshalb eine angemessene Parteientschädigung zuzusprechen. Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin hat in seiner Honorarnote vom 4. März 2021 einen Zeitaufwand von 8 Stunden und 15 Minuten geltend gemacht, welcher im Umfang des noch vor Erlass des angefochtenen Einspracheentscheids geltend gemachten Aufwands von 30 Minuten inklusiv Auslagen von Fr. 4.-- zu kürzen ist. Der verbleibende entschädigungsberechtigte Zeitaufwand von 7 Stunden und 45 Minuten erweist sich in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen als angemessen. Die entsprechenden Bemühungen sind zu dem in Sozialversicherungsprozessen praxisgemäss für durchschnittliche Fälle zur Anwendung gelangenden Stundenansatz von Fr. 250.-- zu entschädigen. Der Beschwerdeführerin ist demnach für das vorliegende Beschwerdeverfahren eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 2'176.05 (7 Stunden und 45 Minuten à Fr. 250.-- und Auslagen von Fr. 83.00 zuzüglich 7,7 % Mehrwertsteuer) zu Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen.

7.1 Gemäss Art. 90 des Bundesgesetzes über das Bundesgericht (BGG) vom 17. Juni 2005 ist die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht zulässig gegen Entscheide, die das Verfahren abschliessen. Selbständig eröffnete Zwischenentscheide sind – mit Ausnahme der Zwischenentscheide über die Zuständigkeit und über Ausstandsbegehren (vgl. Art. 92 BGG) – nur mit Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten anfechtbar, wenn sie einen nicht wieder gutzumachenden Nachteil bewirken können (Art. 93 Abs. 1 lit. a BGG) oder wenn die Gutheissung der Beschwerde sofort einen Endentscheid herbeiführen und damit einen bedeutenden Aufwand an Zeit oder Kosten für ein weitläufiges Beweisverfahren ersparen würde (Art. 93 Abs. 1 lit. b BGG). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung handelt es sich bei einem Rückweisungsentscheid an den Versicherungsträger zur Aktenergänzung und anschliessenden Neuverfügung nicht um einen Endentscheid, sondern um einen Zwischenentscheid im Sinne von Art. 93 Abs. 1 BGG. Dies gilt auch für einen Rückweisungsentscheid, mit dem eine materielle Teilfrage (z.B. eine von mehreren materiellrechtlichen Anspruchsvoraussetzungen) beantwortet wird (BGE 133 V 481 f. E. 4.2).

7.2 Beim vorliegenden Rückweisungsentscheid handelt es sich somit um einen Zwischenentscheid im Sinne des BGG. Demnach ist gegen ihn eine Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht nur unter den in Art. 93 Abs. 1 BGG genannten Voraussetzungen zulässig. Ob diese erfüllt sind, entscheidet das Bundesgericht. Die nachstehende Rechtsmittelbelehrung erfolgt unter diesem ausdrücklichen Vorbehalt.

Demgemäss wird **erkannt** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, als der angefochtene Einspracheentscheid vom 7. August 2020 aufgehoben und die Angelegenheit zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird.
 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
 3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine reduzierte Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 2'176.05 (inkl. Auslagen und 7,7 % Mehrwertsteuer) zu bezahlen.