



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 4. Februar 2021 (725 20 309 / 36)

Unfallversicherung

Abweisung der Beschwerde; Eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin für die Heilbehandlungskosten der Kniebeschwerden der Beschwerdeführerin besteht mangels Kausalzusammenhangs zum Unfallereignis nicht. Was die Narben an der Hand sowie die übrigen Beschwerden anbelangt, ist die Leistungseinstellung zu Recht erfolgt, da bei der Beschwerdeführerin der sog. medizinische Endzustand eingetreten ist.

_____ Besetzung Vizepräsident Christof Enderle, Kantonsrichter Beat Hersberger, Kantonsrichter Jgnaz Jermann, Gerichtsschreiberin Olivia Reber

_____ Parteien **A.**_____, Beschwerdeführerin, vertreten durch **B.**_____

gegen

SWICA Krankenversicherung AG, Rechtsdienst, Römerstrasse 38,
8401 Winterthur, Beschwerdegegnerin

_____ Betreff Leistungen

A.1 Die 1985 geborene A._____ war in einem Teilzeitpensum beim Restaurant C._____ in X._____ angestellt und deswegen bei der SWICA Krankenversicherung AG (SWICA) unfallversi-

chert. Am 4. November 2018 erlitt die Versicherte einen Unfall, wobei sie auf ihrem Nachhauseweg von der Arbeit beim Überqueren eines Fussgängerstreifens von einem Personenwagen erfasst und nach vorne geschleudert wurde und mit der rechten Körperseite auf dem Asphalt aufschlug. Gemäss Austrittsbericht des Spitals D._____ vom 4. November 2018 wurden folgende Diagnosen gestellt: Eine contusio capitis (Schädelprellung) und eine Kontusion der rechten Schulter. Im weiteren Verlauf traten bei A._____ ausserdem Visusstörungen an den Augen und später noch Schmerzen am rechten Knie auf. Der Verdacht auf eine posttraumatische Belastungsstörung konnte nicht bestätigt werden, jedoch wurde eine Fehlverarbeitung nach Unfall mit depressiven Symptomen festgestellt.

A.2 Nachdem die SWICA nach dem Unfallereignis Versicherungsleistungen in Form von Heilbehandlungskosten und Taggeldern erbracht hatte, lehnte sie mit Verfügung vom 6. November 2019 eine weitere Leistungspflicht ab, zumal bezüglich der Beschwerden der Halswirbelsäule (HWS) mit keiner namhaften Besserung der Gesundheitsschädigung mehr gerechnet werden könne und die Kniebeschwerden rechts nur möglicherweise Folge des Unfallereignisses seien. Eine gegen diese Verfügung erhobene Einsprache von A._____ wurde mit Entscheid vom 25. Juni 2020 abgewiesen.

B. Mit Schreiben vom 30. Juli 2020 (Eingang am 27. August 2020) erhob A._____ Beschwerde beim Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht), und beantragte sinngemäss, der Einspracheentscheid vom 25. Juni 2020 sei aufzuheben und die SWICA sei zu verpflichten, ihr weiterhin die gesetzlichen Leistungen zuzusprechen. Zur Begründung brachte sie im Wesentlichen vor, sie habe bis zum Unfall vom 4. November 2018 keinerlei Beschwerden am rechten Knie gehabt. Sollte sich in Zukunft eine Operation als notwendig erweisen, seien die anfallenden Kosten durch die SWICA zu decken. Des Weiteren wolle sie die durch den Unfall zurückgebliebenen Narben an der rechten Hand durch eine plastische Operation entfernen lassen, falls diese in absehbarer Zeit nicht verheilen sollten.

C. In ihrer Vernehmlassung vom 21. September 2020 schloss die SWICA auf Abweisung der Beschwerde.

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 Abs. 1 ATSG das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die versicherte Person zur Zeit der Beschwerdeerhebung ihren Wohnsitz hat. Befindet sich der Wohnsitz der versicherten Person oder des Beschwerde führenden Dritten im Ausland, so ist das Versicherungsgericht desjenigen Kantons zuständig, in dem

sich ihr letzter schweizerischer Wohnsitz befand oder in dem ihr letzter schweizerischer Arbeitgeber Wohnsitz hat (Art. 58 Abs. 2 ATSG). Die Versicherte lebte zuletzt in Y.____ (BL) und arbeitete im Restaurant C.____ in X.____ sowie im Restaurant E.____ in Y.____, bevor sie nach Z.____ ausgewandert ist, 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 – unter Berücksichtigung des Fristenstillstandes gemäss Art. 22a Abs. 1 lit. b des Bundesgesetzes über das Verwaltungsverfahren (VwVG) vom 20. Dezember 1968 vom 15. Juli bis und mit 15. August – auch frist- und formgerecht erhobene Beschwerde der Versicherten vom 30. Juli 2020 (Eingang 27. August 2020) ist demnach einzutreten.

2. Strittig und zu prüfen ist vorliegend, ob die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen, namentlich für Heilbehandlungskosten, zu Recht per 6. November 2019 eingestellt hat. Zur Diskussion stehen insbesondere Heilbehandlungen für die Beschwerden am rechten Knie sowie für die Narbenbeseitigung an der rechten Hand der Beschwerdeführerin. Nicht mehr streitig ist hingegen, dass bezüglich der HWS-Beschwerden, der Visusstörungen sowie der psychischen Beschwerden ein Endzustand erreicht ist. Des Weiteren wird auch die Haarlosigkeit an der Schläfe von der Beschwerdeführerin im Rahmen des Beschwerdeverfahrens nicht mehr thematisiert. Schliesslich ist auch der Anspruch auf UVG-Taggelder nicht mehr streitig, zumal die Beschwerdeführerin gestützt auf die medizinischen Akten in Tätigkeiten, die nicht regelmässige Positionen in einer tiefen Hocke bedingen, wieder uneingeschränkt arbeitsfähig ist und ausserdem auch keine Taggeldleistungen fordert.

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), namentlich auf die ambulante Behandlung durch den Arzt (lit. a). 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 erlischt mit der Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit, mit dem Beginn einer Rente oder mit dem Tod der versicherten Person. Ist die versicherte Person infolge des Unfalles zu mindestens 10% invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). 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).

3.2 Der Unfallversicherer haftet für einen Gesundheitsschaden nur insoweit, als dieser in einem natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zum versicherten Ereignis steht (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 (BGE 134 V 109 E. 2).

3.3 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. Was darunter zu verstehen ist, bestimmt sich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der unfallbedingt beeinträchtigten Arbeitsfähigkeit. Die Verwendung des Begriffes "namhaft" in Art. 19 Abs. 1 UVG verdeutlicht, dass die durch weitere Heilbehandlung zu erwartende Besserung ins Gewicht fallen muss. Unbedeutende Verbesserungen genügen nicht (BGE 134 V 109 E. 4.3 mit Hinweisen). Kommt der Versicherungsträger hingegen zum Schluss, dass eine Fortsetzung der ärztlichen Behandlung nicht mehr zu einer nennenswerten Besserung führt, oder hält er eine Behandlung, die vom Versicherten oder seinem Arzt vorgeschlagen worden ist, für unzweckmässig, kann er gestützt auf Art. 48 UVG die Fortsetzung der Behandlung ablehnen. Ein Anspruch auf weitere medizinische Behandlung besteht somit nur, wenn damit eine erhebliche Besserung des Gesundheitszustandes erreicht werden kann. Hingegen verleihen weder eine weit entfernte Möglichkeit eines positiven Resultats wegen der Fortsetzung einer ärztlichen Behandlung noch ein geringfügiger therapeutischer Fortschritt, der von weiteren Massnahmen erwartet wird, Anspruch auf die Durchführung der Massnahmen. In diesem Zusammenhang muss der Gesundheitszustand der versicherten Person prognostisch und nicht aufgrund retrospektiver Feststellungen beurteilt werden (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 27. März 2014, 8C_836/2013, E. 4.3). Nicht notwendig für den Fallabschluss ist hingegen, dass keine ärztliche Behandlung mehr erforderlich ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 2. Mai 2014, 8C_888/2013, E. 4.2.2). 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).

3.4 Zur Abklärung medizinischer Sachverhalte – wie der Beurteilung des Gesundheitszustands – ist die rechtsanwendende Behörde regelmässig auf Unterlagen angewiesen, die ihr vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind (BGE 122 V 157 E. 1b mit zahlreichen weiteren Hinweisen). 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 (BGE 132 V 99 E. 4 mit Hinweisen).

3.5 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 anzugeben, weshalb es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also 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 Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit 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, 122 V 157 E. 1c).

3.6 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 351 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 465 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 351 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen). Dagegen sind bei Entscheiden gestützt auf versicherungsinterne ärztliche Beurteilungen, die im Wesentlichen oder ausschliesslich aus dem Verfahren vor dem Sozialversicherungsträger stammen, an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen, ist eine versicherungsexterne medizinische Begutachtung im Verfahren nach Art. 44 ATSG oder ein Gerichtsgutachten anzuordnen (BGE 135 V 471 E. 4.7).

4. Das Administrativverfahren und der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 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). Bleiben erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 6. Februar 2008, 8C_163/2007, E. 3.3 und vom 19. November 2007, 8C_364/2007, E. 3.2). Was zu beweisen ist, ergibt sich aus der Sach- und Rechtslage.

5. Zur Beurteilung des medizinischen Sachverhalts liegen zahlreiche ärztliche Unterlagen vor, welche vom Gericht gesamthaft gewürdigt wurden. Nachfolgend werden jedoch nur die für den vorliegenden Fall entscheiderelevanten Berichte aufgeführt.

5.1 Im Austrittsbericht des Spitals D.____ vom 4. November 2018 wurde festgehalten, dass die Versicherte anlässlich des Unfalls eine contusio capitis und eine Kontusion der rechten Schulter erlitten habe. Ein CCT und HWS habe weder eine akute intrakranielle Blutung noch eine akute Schädelbasis-, Kalotten- oder HWS-Fraktur ergeben. Es lägen eine Weichteilschwellung und ein Weichteilhämatom rechts frontal vor.

5.2 Mit Bericht vom 19. Dezember 2018 diagnostizierte die behandelnde Hausärztin, Dr. med. F.____, FMH Allgemeine Innere Medizin und Infektiologie, eine commotio capitis mit persistierenden Visusstörungen, eine Schulterprellung rechts ohne Sehnen- oder Gelenkläsion, diverse Schürfwunden im Gesicht und an der rechten Hand sowie einen Verdacht auf eine post-traumatische Belastungsstörung. Die Patientin arbeite wieder zu 50% ihres Pensums, sei aber anschliessend immer sehr erschöpft. Sie sei in der Konzentration, aber auch im Heben von Lasten und bei langem Stehen und Gehen noch eingeschränkt.

5.3 Mit Verlaufsbericht vom 6. Februar 2019 vermeldete Dr. F.____ gute Fortschritte, indem die Schmerzen im Schulter-/Nackengebiet und die Visusstörungen abgenommen und sich die kognitiven Fähigkeiten verbessert hätten. In der letzten Zeit seien zusätzlich Knieschmerzen rechts in den Vordergrund getreten, wobei aktuell weder eine Bewegungseinschränkung noch ein Behandlungsbedarf bestehe. Das Arbeitspensum habe auf 60% gesteigert werden können.

5.4 Mit Bericht vom 5. April 2019 teilte Dr. F.____ mit, dass die Beschwerdeführerin wieder zu 80% ihres alten Pensums arbeite und in den nächsten Wochen eine volle Arbeitsfähigkeit erreicht werden könne. Wegen der Knieschmerzen rechts erfolge eine Vorstellung bei Dr. med. G.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates.

5.5 Mit Konsultationsbericht vom 12. April 2019 hielt Dr. G.____ eine Irritation des Streckapparates im rechten Knie fest, entweder im Rahmen der Kontusion oder einer gewissen Fehlbelastung nach dem Unfall. Beschwerden seien vor allem im Schneidersitz und in der tiefen Hocke vorhanden.

5.6 Nachdem Dr. G.____ die Beschwerdeführerin für ein MRI des rechten Knies an die Klinik H.____ zugewiesen hatte, beurteilte Dr. med. I.____, FMH Radiologie, in ihrem Bericht vom 28. Mai 2019 die Beschwerden am rechten Knie nach dem MRI wie folgt: mediale Meniskopathie (bei) intrameniskalen Substanzdefekten und zartem Horizontalriss mit Kontakt zur Unterfläche; hypertrophe elongierte Plica mediotarsalis, perifokal leichtes Ödem des Fettkörpers; mässiger Gelenkerguss, reizfreie Patellarsehne; keine hyaline Chondropathie, kein bone bruise.

5.7 Mit Bericht vom 10. Juni 2019 stufte Dr. F.____ ihre Patientin als 100%ig arbeitsfähig ein, da in der klinischen Untersuchung in Ruhe keine Bewegungseinschränkungen seitens des

rechten Knies erkennbar seien. Die volle Arbeitsfähigkeit gelte jedoch nur, wenn die Beschwerdeführerin vom Tragen schwerer Lasten befreit wäre, was aber bei ihren beiden aktuellen Anstellungen als Serviceangestellte und Köchin nicht möglich sei.

5.8 Im weiteren Verlauf beauftragte die Beschwerdegegnerin Dr. med. J.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, mit einer spezialärztlichen Untersuchung zur Bestimmung der Arbeitsfähigkeit, des weiteren Behandlungspfades sowie der natürlichen Kausalität. Dr. J.____ diagnostizierte in seiner Kurzbeurteilung vom 18. Juni 2019 einen Auffahrunfall vom 4. November 2018 mit Weichteilverletzungen der Hände, commotio cerebri, HWS-Distorsion sowie oligosymptomatischer Meniskopathie im medialen Hinterhorn des rechten Knies. Dr. J.____ kam zusammenfassend zum Schluss, dass mangels Einschränkungen im Alltag und aufgrund des Auftretens der Probleme nur in tiefer Beugstellung betreffend Knie ein Handeln nicht notwendig sei. Bei Zunahme der Beschwerden könne primär von einer Kortisoninfiltration Besserung erwartet werden. Ein operativer Eingriff mit Meniskusnaht sei aktuell nicht notwendig. Ob dieser notwendig sein werde, hänge davon ab, welchen beruflichen Tätigkeiten die Explorandin im Ausland nachgehen wolle. Mit Vorteil sollten endgradige Flexionen bei der Arbeit vermieden werden. Für eine behinderungsangepasste Tätigkeit rein im Stehen oder Gehen oder im Sitzen mit freiem Einsatz der oberen Extremitäten könne eine 100%ige Arbeit zugemutet werden. Die Frage nach dem ursächlichen Zusammenhang der Kniebeschwerden mit dem Unfall vom 4. November 2018 könne nicht sicher beantwortet werden; es liege eine bloss mögliche Teilersache vor. Da vom rechten Knie weder Aufnahmen aus der Zeit vor dem Unfall noch zeitnah nach dem Unfall bestünden, lasse sich nicht beweisen, ob schon vor dem Unfall eine asymptomatische Meniskopathie bestanden habe, welche sich durch den Unfall verschlechtert habe, oder ob diese durch das Unfalltrauma verursacht worden sei. Für Letzteres spreche das hochenergetische Trauma, für Ersteres der Umstand, dass das rechte Knie nach dem Unfall in keinem der initialen Berichte erwähnt worden sei. Hätte die Explorandin ligamentäre Verletzungen gehabt, wäre dies klinisch in Erscheinung getreten. Es wäre sinnvoll, bei der Hausärztin nachzufragen, wann die Kniebeschwerden aufgetreten seien.

5.9 Mit Konsultationsbericht vom 19. Juni 2019 gab Dr. G.____ an, seine Patientin verspüre nach wie vor nur in tiefer Hocke oder im Schneidersitz Beschwerden im rechten Knie. Da sie in Kürze für längere Zeit nach Z.____ reise, habe er ihr in erster Linie eine konservative Behandlung mit Vermeiden der auslösenden Situationen (belastende tiefe Flexion) empfohlen. Erst wenn es zu Blockaden oder einer Zunahme der Schmerzen komme, würde er eine Kniearthroskopie mit Meniskusrefixation empfehlen.

5.10 Mit Stellungnahme vom 16. Juli 2019 brachte Dr. G.____ vor, die Beschwerdeführerin sei bis zum Unfallereignis absolut beschwerdefrei gewesen, weshalb die Unfallkausalität mit überwiegender Wahrscheinlichkeit gegeben sei. Mit Bericht vom 20. August 2019 gab Dr. F.____ an, ihre Patientin habe die Beschwerden (Schmerzen zentral im Knie) erstmals im Januar 2019 geäussert und in früheren Konsultationen nie über Knieschmerzen geklagt.

5.11 Mit Kurzstellungnahme vom 28. August 2019 gab Dr. J.____ vorerst an, dass die Meniskusverletzung mit grosser Wahrscheinlichkeit unfallbedingt sei, da aus dem Bericht der Hausärztin hervorgehe, dass die Explorandin vor dem Unfall keine Beschwerden am Knie gehabt habe. In der Folge wies die Beschwerdegegnerin Dr. J.____ auf die unbestrittene Rechtsprechung hin, wonach die Beweisregel "post hoc ergo propter hoc" im Sinne einer natürlichen Vermutung, Beschwerden müssten unfallbedingt sein, wenn eine vorbestehende Erkrankung bis zum Unfall schmerzfrei war, medizinisch nicht haltbar und beweisrechtlich daher nicht zulässig sei. Daraufhin nahm Dr. J.____ am 30. September 2019 erneut Stellung und führte aus, es sei klar festzuhalten, dass posteriore Meniskusküsläsionen sogar ohne Symptome vorhanden seien. Dies würde sicherlich dafürsprechen, dass eine Läsion vorgeherrscht hätte, ohne dass sie symptomatisch gewesen wäre. Unter dem 40. Lebensjahr könnten Verletzungen des posterioren Meniskus auch ohne ligamentäre Verletzungen auftreten. Somit schliesse das Fehlen einer solchen eine Ruptur nicht aus. Jedoch hätten die Verletzten einen bone bruise. Das MRI des Knies der Versicherten sei erst etwa sieben Monate nach dem Unfall durchgeführt worden. Dort liesse sich nach dieser Zeit kein bone bruise nachweisen. Auch liessen sich nach dieser Zeit abgeheilte Partialrupturen der Seitenbänder nicht eindeutig verifizieren. Dieses Kriterium könne somit nicht eindeutig als Beweis angewendet werden. Des Weiteren führte Dr. J.____ aus, dass die Beschwerdeführerin keine prädisponierenden Faktoren, die für eine degenerative Meniskusküsläsion sprechen würden, aufweise. Die Versicherte habe ein hochenergetisches Trauma erlitten, als sie vom Fahrzeug erfasst worden sei. Dies würde genügen, um eine Meniskusküsläsion zu verursachen. Da ein unmittelbar posttraumatisches MRI fehle, könne nicht lückenlos beantwortet werden, ob ein bone bruise oder eine Partialruptur des medialen Seitenbandes vorgelegen habe. Zusammenfassend hielt Dr. J.____ fest, dass man rein mathematisch von einer nur möglichen Unfallkausalität sprechen müsste.

5.12 Dr. med. K.____, FMH Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie sowie Handchirurgie, berichtete am 9. April 2020, die Patientin weise mehrere traumatisch bedingte Narben im Bereich der rechten Hand dorsal auf. Bei der klinischen Untersuchung hätten sich drei bis vier verbreiterte nicht dolente Narben mit zum Teil Tendenz zur Hypertrophie im Bereich des rechten Handrückens gezeigt. Die Narben seien frei verschiebbar. Es seien keine Tinelzeichen auslösbar. Die Sensibilität und Zirkulation der Finger seien normal. Die Beweglichkeit der Finger und des Handgelenks seien seitengleich. Zusätzlich weise die Beschwerdeführerin eine narbige Alopezie (Haarlosigkeit) im Bereich der rechten Schläfe auf. Neben Narbenmassage mit Narbencreme hätten sie eine Therapie mit Cica care begonnen. Zusätzlich solle die Versicherte die Narben nicht der Sonne aussetzen.

5.13 Dr. F.____ führte am 28. Juli 2020 aus, Knieschmerzen rechts seien erstmals am 7. Dezember 2018 erwähnt worden. Vor dem Unfall habe sie die Patientin seit dem 23. August 2017 viermal gesehen, dabei seien nie Knieschmerzen erwähnt worden. Leider sei ihr nicht bekannt, bei wem sich die Beschwerdeführerin vorher in hausärztlicher Betreuung befunden habe. Am 31. Januar 2019 hätten die Knieschmerzen weiterhin bestanden. Die Versicherte habe erwähnt, dass sie beim Unfall auch auf das rechte Knie gestürzt sei. Es sei eine Kniebandage verordnet worden. Bei persistierenden Schmerzen in der Konsultation vom 27. März 2019 sei die Patientin zur orthopädischen Beurteilung an Dr. G.____ überwiesen worden. Dieser habe die Diagnose einer

Kniekontusion gestellt und Physiotherapie verordnet. Aufgrund der persistierenden Schmerzen habe Dr. G._____ dann im Mai 2019 ein MRI veranlasst, das einen schräg verlaufenden Meniskuseinriss gezeigt habe. Dr. F._____ habe die Beschwerdeführerin zuletzt am 24. Mai 2019 gesehen.

6.1 Die Beschwerdeführerin macht in Bezug auf das Knie keine aktuell anfallenden Behandlungen geltend. Es gehe ihr lediglich darum, dass die Kosten durch die Versicherung gedeckt seien, falls sich in Zukunft eine Operation als notwendig erweisen sollte. Sie sei der Auffassung, dass der Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und den Knie-Beschwerden zweifellos gegeben sei, zumal sie vor dem Unfall keinerlei Beschwerden am rechten Knie gehabt habe. Gestützt auf die Beurteilungen von Dr. J._____ vom 18. Juni 2019 und vom 30. September 2019 ist jedoch festzuhalten, dass die Kniebeschwerden lediglich möglicherweise auf das Unfallereignis vom 4. November 2018 zurückzuführen sind. Dies insbesondere aufgrund der Tatsache, dass kein unmittelbar posttraumatisches MRI vorliegt und auch direkt nach dem Ereignis keine Beschwerden beklagt wurden. Die Knieschmerzen sind zeitlich verzögert zum Unfallereignis aufgetreten. Gemäss Dr. F._____ hat die Beschwerdeführerin Kniebeschwerden erstmals im Dezember 2018 resp. im Januar 2019 beklagt (vgl. E. 5.10 und 5.13 hiavor). Dementsprechend kann der Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 4. November 2018 und den Kniebeschwerden nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen werden. Auch der Umstand, dass vor dem Unfall keine symptomatischen rechtsseitigen Kniebeschwerden bestanden haben, begründet für sich alleine keine Unfallkausalität. Wie die Beschwerdegegnerin zu Recht erwähnt hat, ist die Beweisregel "post hoc ergo propter hoc" nicht zulässig. Eine gesundheitliche Schädigung gilt beweisrechtlich praxisgemäss nicht schon dann als durch den Unfall verursacht, weil sie nach diesem aufgetreten ist (Urteil des Bundesgerichts vom 4. August 2020, 8C_772/2019, E. 4.2.2 mit weiteren Hinweisen). Des Weiteren ist an dieser Stelle darauf hinzuweisen, dass auch eine übermässige Belastung wie häufiges, schweres Heben und ständiges "In-die-Hocke-Gehen" zu den möglichen Auslösern einer Meniskopathie gehören (<https://www.bauerfeind.de/de/gesundheitsdiagnose-therapie/dossier-knie-und-kniescheibe/meniskusriss/>, besucht am 1. März 2021). Meniskopathien sind häufig und oft bestehen keine Schmerzen oder Einschränkungen. Die Versicherte hat in ihrer Beschwerde selber ausgeführt, dass sie bei der Arbeit in den Restaurants oft im Schneidersitz gearbeitet habe oder in die Hocke habe gehen müssen. Auch hat sie darauf hingewiesen, dass Z._____innen für das Vorbereiten von Mahlzeiten oft in die Hocke gehen würden. Somit ist es durchaus auch möglich, dass eine übermässige Belastung die Knie-Beschwerden bei der Beschwerdeführerin ausgelöst hat. Die Beschwerdegegnerin ist jedenfalls im Ergebnis zu Recht gestützt auf die schlüssigen Ausführungen von Dr. J._____ davon ausgegangen, dass die Meniskuläsion höchstens mit dem Beweisgrad der Möglichkeit durch den Unfall vom 4. November 2018 verursacht worden ist. Weder die behandelnden Ärzte noch die Beschwerdeführerin selbst bringen etwas vor, das Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Beurteilung von Dr. J._____ zu erwecken vermöchte. Da es sich beim natürlichen Kausalzusammenhang zwischen einer Gesundheitsschädigung und einem Unfall um einen leistungsbegründenden Sachverhalt handelt, trägt die Beschwerdeführerin die Folgen der Beweislosigkeit. Eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin für Heilbehandlungskosten betreffend die Kniebeschwerden der Versicherten ist demnach zu verneinen.

6.2 Die Beschwerdeführerin macht weiter geltend, die Narben an der rechten Hand würden sie sehr stören. Dies nicht nur aus Sicht einer Frau, sondern auch weil sie als Rezeptionistin in einem fünf Sterne Hotel arbeite. Aufgrund beruflicher Anforderung sei es notwendig, diese Narben zu entfernen. Sollten die Narben in absehbarer Zeit nicht verheilen, ersuche sie das Gericht, ihrem Antrag auf Wiederherstellung durch eine plastische Operation stattzugeben. Mit der Beschwerdegegnerin ist jedoch festzuhalten, dass die Narbenbeseitigung vor allem ästhetisch motiviert ist, wofür die Unfallversicherung nicht leistungspflichtig ist. Der Beschwerdegegnerin ist auch insofern zuzustimmen, als das im vorliegenden Verfahren eingereichte Foto der Hand keinesfalls eine entstellende Wirkung der Narben zeigt. Schliesslich hat die Beschwerdeführerin gemäss Dr. K._____ durch die Narben an der Hand auch weder Einschränkungen der Handbeweglichkeit noch behandlungsbedürftige Schmerzen (vgl. E. 5.12 hiervor). Eine plastische Operation würde demnach nicht zu einer erheblichen Besserung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin führen.

6.3 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin für die Heilbehandlungskosten der Kniebeschwerden der Beschwerdeführerin mangels Kausalzusammenhangs zum Unfallereignis vom 4. November 2018 nicht besteht. Was die Narben an der Hand sowie die übrigen Beschwerden anbelangt, ist die Leistungseinstellung per 6. November 2019 zu Recht erfolgt, da bei der Beschwerdeführerin der sog. medizinische Endzustand eingetreten ist. Es ist nicht ersichtlich, mit welchen weiteren medizinischen Therapien der Gesundheitszustand noch namhaft verbessert werden sollte. Gemäss Dr. F._____ ist die Beschwerdeführerin denn auch seit dem Bericht vom 10. Juni 2019 für Tätigkeiten ohne Tragen schwerer Lasten wieder zu 100% arbeitsfähig.

7. Die Beschwerdegegnerin hat ihre Leistungen, namentlich für Heilbehandlungskosten, im Ergebnis zu Recht per 6. November 2019 eingestellt und den Fall abgeschlossen. Dementsprechend ist die Beschwerde der Versicherten abzuweisen.

8. Die Versicherte ist an dieser Stelle jedoch erneut auf Art. 11 UVV hinzuweisen, wonach die Versicherungsleistungen auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt werden. Sofern in Zukunft ein Rückfall oder eine Spätfolge des Unfalles vom 4. November 2018 auftreten sollte, kann die Beschwerdeführerin von ihrem Rückfallmelderecht Gebrauch machen. Dies gilt aufgrund des vorliegenden Entscheids aber folgerichtig nicht für die Kniebeschwerden.

9. Gemäss Art. 61 lit. a ATSG in der bis Ende 2020 gültig gewesenen, hier anwendbaren Fassung (vgl. Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 1. Januar 2021) hat der Prozess vor dem kantonalen Gericht für die Parteien kostenlos zu sein. Es sind demnach für das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben. Bei diesem Ausgang des Verfahrens wird keine Parteient-schädigung zugesprochen (Art. 61 lit. g ATSG).

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
 3. Eine Parteientschädigung wird nicht ausgerichtet.

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