

SO_GERICHTE VSBES.2021.39 vom 5. Februar 2021

SO Obergericht, 2021-02-05, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2021.39

FR: SO_GERICHTE VSBES.2021.39 du 5 février 2021

IT: SO_GERICHTE VSBES.2021.39 del 5 febbraio 2021

Erwägungen

E. 31

Oktober 2019 teilte die Beschwerdegegnerin der Versicherten mit, dass sie für die Folgen des Berufsunfalls vom 8. August 2019 aufkomme (Suva-Nr. 15). In der Folge erbrachte die Beschwerdegegnerin die gesetzlichen Leistungen (Taggeld / Heilkosten). Mit Bericht von Dr. med. E. ___ vom 19. Februar 2020 (Suva-Nr. 42) wurde die Beschwerdegegnerin darüber informiert, dass bei der Versicherten ein erneuter operativer Eingriff geplant sei. Darauf veranlasste die Beschwerdegegnerin weitere Abklärungen. Gestützt darauf stellte die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 30. Juli 2020 (Suva-Nr. 72) ihre Leistungen per 21. Februar 2020 ein, mit der Begründung, die Kniebeschwerden links seien nicht mehr unfallbedingt. Die dagegen am 11. September 2020 von der Beschwerdeführerin erhobene Einsprache (Suva-Nr. 82) wies die Beschwerdegegnerin mit Einspracheentscheid vom 5. Februar 2021 (Aktenseite [A.S.] 1 ff.) ab. 2. Gegen diesen Entscheid erhebt die Beschwerdeführerin am 3. März 2021 Beschwerde beim Versicherungsgericht des Kantons Solothurn (nachfolgend: Versicherungsgericht) und stellt folgende Rechtsbegehren (A.S. 8 ff.): 1. Der Einspracheentscheid der [Beschwerdegegnerin] vom 5. Februar 2021 sei aufzuheben. 2. Die Leistungspflicht der [Beschwerdegegnerin] für das Unfallereignis vom 8. August 2019 sei über den 21. Februar 2020 hinaus weiterhin anzuerkennen und diese sei zur Übernahme der entsprechenden gesetzlichen Leistungen zu verpflichten. Eventualiter: Die Sache sei der [Beschwerdegegnerin] zur weiteren Abklärung und Neuurteilung zurückzuweisen. 3. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen. 3. Der Präsident des Versicherungsgerichts lädt die Versicherte mit Verfügung vom 5. März 2021 (A.S. 24 f.) in das Beschwerdeverfahren bei. 4. Mit Beschwerdeantwort vom 9. April 2021 (A.S. 27 ff.) beantragt die Beschwerdegegnerin, die Beschwerde sei abzuweisen und der Einspracheentscheid sei zu bestätigen. 5. Am 4. Mai 2021 erfolgt die Replik (A.S. 36) der Beschwerdeführerin und am 12. Mai 2021 die Duplik (A.S. 40) der Beschwerdegegnerin. 6. Die Versicherte gibt innert der Frist bis 1. Juni 2021 keine Stellungnahme ab (A.S. 41 + 44). 7. Auf die Ausführungen der Parteien in ihren Rechtsschriften wird nachfolgend, soweit notwendig, eingegangen. Ansonsten wird auf die Akten verwiesen. II. 1. Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche, sachliche und funktionelle Zuständigkeit des angerufenen Gerichts, Legitimation) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten. 2. 2.1 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers gemäss Unfallversicherungsgesetz (UVG, SR 832.20) setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. 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 zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität des Versicherten beeinträchtigt hat, der Unfall mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiere (BGE 142 V 435 E. 1 S. 438, 129 V 177 E. 3.1 S. 181, 119 V 335 E. 1 S. 337, 118 V 286 E. 1b S. 289, je mit Hinweisen).

2.2 Ob zwischen einem schädigenden Ereignis oder einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall der Richter im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181, 119 V 335 E. 1 S. 338, 118 V 286 E. 1b S. 289 f., je mit Hinweisen).

2.3 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 140 V 356 E. 3.1 S. 358, 129 V 177 E. 3.2 S. 181, 123 V 98 E. 3d S. 103 f., 122 V 415 E. 2a S. 416, 121 V 45 E. 3a S. 49 mit Hinweisen).

2.4 Wird durch einen Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht länger 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, U 180/93, E. 3b). Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosser Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalles genügt nicht (BGE 117 V 359 E. 4a S. 360, 117 V 369 E. 3a S. 376; 115 V 133 E. 8b S. 142). 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 (Urteil des Bundesgerichts 8C_669/2019 vom 25. März 2020 E. 2.2, SVR 2011 UV Nr. 4 S. 12, 8C_901/2009 E. 3.2 mit Hinweisen). Mit dem Erreichen des Status quo sine vel ante entfällt eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden (Urteil des Bundesgerichts 8C_717/2020 vom 4. März 2021 E. 3, SVR 2010 UV Nr. 31 S. 125, 8C_816/2009 E. 4.3 mit Hinweisen). 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 ungekürzt 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 (Urteil des

Bundesgerichts 8C_423/2012 vom 26. Februar 2013 E. 3.2 mit Hinweisen). Anders verhält es sich, wenn der Unfall nur Gelegenheits- oder Zufallsursache ist, welche ein gegenwärtiges Risiko, mit dessen Realisierung jederzeit zu rechnen gewesen wäre, manifest werden lässt, ohne im Rahmen des Verhältnisses von Ursache und Wirkung eigenständige Bedeutung anzunehmen (a.a.O. E. 5.3 mit Hinweisen).

2.5 Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, 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 begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

2.6 Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte oder ständiger Vertrauensärzte eines Versicherungsträgers kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Bestehen jedoch auch nur geringe Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit, sind weitere Abklärungen vorzunehmen (BGE 139 V 225 E. 5.2 S. 229, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, 125 V 351 E. 3b/ee S. 353).

2.7 Sowohl das Verwaltungsverfahren wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]). Danach haben Verwaltung und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum – auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe geltenden – Grundsatz der freien Beweiswürdigung auf. Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung (BGE 132 V 393 E. 4.1 S. 400) zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360, 125 V 193 E. 2 S. 195, je mit Hinweisen) zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 134 I 140 E. 5.3 S. 148, 124 V 90 E. 4b S. 94). Bleiben jedoch 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 (Urteile des Bundesgerichts 8C_281/2018 vom 25. Juni 2018 E. 3.2.1 und 8C_715/2016 vom 6. März 2017 E. 5.1 mit Hinweis).

3.1 Im Einspracheentscheid vom 5. Februar 2021 (A.S. 1 ff.) gelangte die Beschwerdegegnerin zum Schluss, dass die Meniskusläsion bei der Versicherten degenerativer Natur sei. Sie erwog zusammengefasst und im Wesentlichen, was folgt: Der Kreisarzt Dr. med. F.____ sei in seinen Beurteilungen vom 21. Februar 2020 und vom 25. Mai 2020 zum Schluss gelangt, dass die Kontusionsfolgen ohne nachweisbare traumatische Läsion nach einigen Tagen abgeheilt gewesen seien. Das Ereignis vom 8. August 2019 habe am linken Knie zu keiner strukturellen Läsion geführt. Der Unfallmechanismus sei nicht geeignet gewesen, den diagnostizierten Innenmeniskusriss zu verursachen. Nach Einsicht in den Bericht von Dr. med. G.____ vom 1. September 2020 habe der Kreisarzt mit Beurteilung vom 10. November 2020 an seiner Einschätzung

festgehalten. Mit überzeugender Begründung gelange der Kreisarzt zum Schluss, dass die geklagten Kniebeschwerden links nicht (mehr) auf das Ereignis vom 8. August 2019 zurückzuführen seien. Die Tatsache, dass die Versicherte in der Lage gewesen sei, bis zur Operation vom 1. Oktober 2019 weiterzuarbeiten, spreche eindeutig gegen eine traumatische Ursache des Meniskusschadens. Aus dem Umstand, dass die Beschwerdegegnerin die Kosten der Operation vom 1. Oktober 2019 zu Unrecht übernommen habe, vermöge die Einsprecherin nichts zu ihren Gunsten abzuleiten. Die Annahme eines Status quo ante vel sine am 21. Februar 2020 sei nicht zu beanstanden.

3.2 Die Beschwerdeführerin führt in ihrer Beschwerde (A.S. 8 ff.) zusammengefasst und im Wesentlichen aus, die Kniebeschwerden links seien weiterhin unfallbedingt. Die Beschwerdegegnerin sei der Ansicht, dass die Operation vom 1. Oktober 2019 unfallkausal gewesen sei, ansonsten sie die Kosten im Zusammenhang mit dem Unfallereignis bis zum 21. Februar 2020 nicht übernommen hätte. Einzig der versicherungsinterne Arzt Dr. med. F.____ sei der Ansicht, dass bei der Versicherten eine durch Abnutzung entstandene Verletzung (Meniskusriss) vorliege. Sowohl Dr. med. G.____ als auch Dr. med. E.____ seien klar der Ansicht, dass auch die zweite operative Behandlung mit der ersten Operation und dem durch den Unfall verursachten Meniskusriss zu tun habe. Auch Dr. med. F.____ bestreite nicht, dass die zweite Operation notwendige Folge der ersten Operation gewesen sei, halte er doch fest, dass der Radiärriss «Folge der durchgeführten Operation mit gemäss OP-Bericht zu lockerer Naht» gewesen sei. Wenn also die Behandlung vom 13. März 2020 medizinisch unbestritten mit der ursprünglichen Operation vom 1. Oktober 2019 zusammenhänge, so müsse auch die zweite operative Behandlung (und weitere vergangene und allenfalls folgende, künftige Behandlungen) als unfallkausal angenommen und von der Beschwerdegegnerin übernommen werden. Die Beschwerdegegnerin stütze ihren Entscheid einzig auf die Ausführungen von Dr. med. F.____, dem versicherungsinternen Arzt. Sowohl Dr. med. G.____ als auch Dr. med. E.____ hätten übereinstimmend festgehalten, dass eindeutig keine Abnutzungsverletzung, sondern eine klar unfallbedingte Verletzung vorliege. Dr. med. F.____ Einschätzung beruhe einzig auf Aktenstudium, während Dr. med. E.____ die Versicherte auch tatsächlich behandelt habe. Dr. med. F.____ verweise grösstenteils auf allgemeine Ausführungen in Lehrbüchern und nicht einschlägige Beispiele, ohne auf den Einzelfall einzugehen, und stütze seine Einschätzungen massgeblich auf einen angeblich «eindeutigen MRI-Befund». Ein MRI-Bild könne eine Einschätzung «vor Ort» nicht ersetzen. Dr. med. F.____ Ausführungen seien widersprüchlich: Einerseits werde vorgebracht, dass der Radiärriss Folge der ersten Operation sei. Andererseits soll aber bereits bei der Bilddokumentation anlässlich der ersten operativen Behandlung ein beginnender Radiärriss zu erkennen gewesen sein. Ebenfalls sei nicht klar, welche Bedeutung Dr. med. F.____ dem Radiärriss beimesse, wenn er einmal davon spreche, dieser sei häufig Folge von degenerativen Veränderungen, dann aber festhalte, ein Radiärriss habe bei der ersten Operation nicht vorgelegen. Ferner halte er fest, «die anamnestische Angabe, dass die Versicherte auf dem linken Kniegelenk abgedreht habe ist (...) auch nicht durch die handschriftlichen Angaben der Versicherten zum Ereignis belegt». Im darauffolgenden Satz werde dann davon gesprochen, dass die Versicherte handschriftlich angegeben habe, dass sie als Reaktion «das linke Knie weggedreht habe». Entgegen den Ausführungen von Dr. med. F.____ sei eine isolierte Meniskusklausion durch das Unfallereignis sehr wohl möglich und in der medizinischen Lehre anerkannt. In vorliegenden Fall sei neben dem ohnehin erfüllten Unfallbegriff durch den Meniskusriss auch eine unfallähnliche Körperschädigung im Sinne von Art. 6 Abs. 2 lit. c UVG gegeben.

Diese werde von der Suva allerdings gar nicht erst geprüft. 3.3 Die Beschwerdegegnerin macht in ihrer Beschwerdeantwort (A.S. 27 ff.) zusammengefasst und im Wesentlichen geltend, dass sie die Versicherungsleistungen zu Recht per 21. Februar 2020 eingestellt habe. Es habe mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen werden können, dass spätestens zu diesem Zeitpunkt keine organischen Unfallfolgen mehr vorgelegen hätten. Die Versicherte habe am 8. August 2019 eine Kniekontusion und nicht eine Kniedistorsion erlitten. Wenn der Vertrauensarzt der Beschwerdeführerin Dr. med. G.____ in seinem Bericht vom 1. März 2021 von einem Verdrehtrauma ausgehe, so beruhe seine Einschätzung auf falschen Prämissen. Laut kreisärztlicher Einschätzung sei die Operation vom 1. Oktober 2019 nicht unfallkausal gewesen. Aus dem Umstand, dass sie, die Beschwerdegegnerin, die Kosten der Operation vom 1. Oktober 2019 zu Unrecht übernommen habe, vermöge die Beschwerdeführerin nichts zu ihren Gunsten abzuleiten. Werde das Vorliegen eines Unfalls bejaht, falle die Unfallkausalität im Verlauf jedoch weg, so sei keine subsidiäre Prüfung nach Art. 6 Abs. 2 UVG vorzunehmen. 3.4 In ihrer Replik vom 4. Mai 2021 (A.S. 36) widerspricht die Beschwerdeführerin, dass Dr. med. G.____ von falschen Prämissen ausgehe. Dr. med. G.____ gehe nicht alleine von einer Kontusion aus, sondern von einer Kontusion mit Distorsion. Durch den Aufprall des Stücks Beton gegen das Knie der Versicherten habe sich diese eine Kontusion zugezogen, durch den Vorgang sei das Knie im Sinne einer Distorsion abgedreht worden. 3.5 In ihrer Duplik vom 12. Mai 2021 (A.S. 40) weist die Beschwerdegegnerin darauf hin, dass die Versicherte eine Kniekontusion und keine Kniedistorsion erlitten habe. Nach eigenen Angaben habe sie das Knie weggedreht. Das Knie wegrehen sei nicht dasselbe wie das Knie verdrehen. So sei anlässlich der Erstbehandlung vom 21. August 2019 denn auch eine Kniekontusion links (Schlag aufs linke Knie) diagnostiziert worden. 4. 4.1 Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin mit Einspracheentscheid vom 5. Februar 2021 ihre Leistungen im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 8. August 2019 zu Recht per 21. Februar 2020 eingestellt hat. Zur Beurteilung sind im Wesentlichen die folgenden medizinischen Unterlagen relevant: 4.1.1 Verlaufseintrag C.____ vom 21. August 2019 (Suva-Nr. 66): Gemäss Verlaufseintrag hat die Versicherte folgende Angaben gemacht: Vor zwei Wochen habe sie beim Schleifen auf der Arbeit ein Stück Beton abbekommen, es sei ihr aufs Knie gefallen. Es habe ihr nicht stark wehgetan. Seither habe sie Schmerzen (mit und ohne Belastung) im Gelenkspalt. Strecke sie das Knie ganz durch, habe sie das Gefühl, etwas blockiere. In den letzten zwei Wochen hätten sich die Beschwerden überhaupt nicht verbessert. Objektiv wurde Folgendes festgehalten: Nicht gerötet, nicht geschwollen, nicht überwärmt, kein Gelenkserguss, Druckdolenz medial und lateral im Gelenkspalt, vordere und hintere Schublade negativ, Mc Murray bds negativ, keine klaffenden Seitenbänder. Die Beurteilung lautete: «Schlag auf linkes Knie». 4.1.2 Verlaufseintrag C.____ vom 4. September 2019 (Suva-Nr. 66): Dem Verlaufseintrag ist zu entnehmen, dass die Versicherte folgende Angaben gemacht hat: Die Schmerzen seien fast weg, aber beim Kuppeln habe sie immer noch Probleme. Objektiv wurde Folgendes festgehalten: Keine Schwellung, Rötung oder Überwärmung, Druckdolenz im medialen Gelenkspalt, kein Gelenkserguss palpabel. Es wurde ein MRI Knie links am 6. September 2019 verordnet. 4.1.3 Bericht H.____ vom 6. September 2019 (Suva-Nr. 13), MRT Knie links, Dr. med. I.____, Facharzt für Radiologie FMH,: Im Bericht betreffend MRT des linken Kniegelenks wurde folgender Befund erhoben: Vorderes Kompartiment: Zentrierte Patella. Intakter Retropatellarknorpel, der gegenüberliegende anteriore kondyläre Knorpelüberzug sei ebenfalls erhalten. Mediales Kompartiment: Intaktes reizloses mediales Kollateralband. Der Innenmeniskus weise im

Hinterhorn intrameniskale Signalaufhellungen auf, die die Basis knapp erreichten. Der Knorpelüberzug sei minimal verschmälert. Keine Osteophyten, die angrenzenden ossären Strukturen wiesen kein Ödem auf. Laterales Kompartiment: Intakte reizlose laterale Bandstrukturen. Normaler Aussenmeniskus. Der Knorpelüberzug sei minimal verschmälert. Die angrenzenden ossären Strukturen wiesen kein Ödem auf. Interkondylär: Intaktes vorderes und hinteres Kreuzband. Geringfügiges Ödem im Hoffa-Fettkörper unmittelbar dorsal, eher inferior der Patella lateralseitig. Intakte Patellasehne und distale Quadrizepssehne, normales suprapatelläres Fat-pad. Daraufhin wurde folgende Beurteilung abgegeben: Umschriebenes Ödem im Hoffa-Fettkörper lateralseitig, unmittelbar neben der Patella dorsal der Patellasehne, wahrscheinlich im Rahmen eines Impingements. Intrameniskale Strukturalteration im Innenmeniskushinterhorn, die Basis knapp erreichend, suspekt auf einen unvollständigen schrägen Einriss. Geringer Gelenkserguss. 4.1.4 Bericht vom 2. Oktober 2019, Dr. med. E.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, über die Operation vom 1. Oktober 2019 (Suva-Nr. 2): Im Operationsbericht betreffend Kniearthroskopie wurden ein Innenmeniskusriss (linkes Knie vom 7. August 2019) sowie ein traumatisierter Hoffa mit Impingement diagnostiziert und Folgendes festgehalten: Im medialen Gelenkabschnitt unauffällige Knorpelflächen der Femurkondyle und des Tibiaplateaus. Der Innenmeniskus weise im Hinterhorn einen Unterflächenriss auf und lasse sich dort problemlos in den Gelenkspalt hervorluxieren. Minimale Auffaserungen der Innenmeniskusschneide im Bereich der Pars intermedia. Interkondylär regelrecht inserierende Kreuzbänder mit intaktem synovialen Überzug, welche bei der Hakenuntersuchung fest seien. Hypertrophe Plica infrapatellaris und Hoffa-Hypertrophie. Im lateralen Gelenkabschnitt unauffällige Knorpelflächen der Femurkondyle und des Tibiaplateaus. Der Aussenmeniskus habe eine glatte Ober- und Unterfläche mit zarter Schneide und regelrechtem Popliteusschlitz. Er lasse sich an keiner Stelle mit dem Tasthaken hervorluxieren. Über den frei entfaltbaren lateralen Rezessus Eingehen in den oberen Rezessus. Hypertrophe Plica mediopatellaris. Hoffa-Hypertrophie mit Impingement zwischen lateraler Patellafacette und Trochlea. Medial kein Impingement. Bei der Funktionsüberprüfung setze die Patella bei ca. 30° lateral auf und sei ab ca. 60° zentral geführt. Eingehen mit einer Diamantraspel und Anfrischen des Innenmeniskusrisses. Anschliessend Einbringen einer Naht mit guter Zugwirkung und Verschluss des Unterflächenrisses. Bei der abschliessenden Hakenuntersuchung sei der Meniskus fest. Resektion der hypertrophen Plica infrapatellaris und des Hoffas bis zur Patellaspitze. Von hier aus Resektion der Hoffa-Hypertrophie, welche ein Impingement zwischen Patella und Trochlea verursacht habe. 4.1.5 Austrittsbericht Dr. med. E.____ vom 4. Oktober 2019 (Suva-Nr. 3): Im Austrittsbericht wurde als Diagnose «Innenmeniskus linkes Knie vom 7. August 2019» aufgeführt und zum Verlauf Folgendes festgehalten: Wegen anhaltender Schmerzen und verminderter Belastbarkeit sei die Indikation zum Eingriff (Arthroskopie linkes Knie in Oberschenkelblutsperre mit Naht des Innenmeniskushinterhornes und partieller Resektion des Hoffas sowie Injektion von PRP) gestellt worden. Intraoperativ instabiles Hinterhorn des Innenmeniskus durch Unterflächenriss. 4.1.6 Konsultationsbericht Dr. med. E.____ vom 11. November 2019 (Suva-Nr. 16): Nach Bestätigung der Diagnose «Innenmeniskusriss linkes Knie vom 7. August 2019» nahm Dr. med. E.____ im Konsultationsbericht folgende Beurteilung vor: Sehr guter Verlauf nach Arthroskopie des linken Kniegelenkes mit Naht des Innenmeniskushinterhornes. Das linke Knie sei äusserlich reizlos und schon sehr gut beweglich. Die geschilderten Beschwerden seien normal. 4.1.7 Konsultationsbericht Dr.

med. E.____ vom 16. Dezember 2019 (Suva-Nr. 24): Nach Bestätigung der Diagnose «Innenmeniskusriss linkes Knie vom 7. August 2019» nahm Dr. med. E.____ im Konsultationsbericht folgende Beurteilung vor: Sehr guter Verlauf nach Arthroskopie des linken Kniegelenkes. In Abhängigkeit von der Belastung würden noch eine Schwellneigung und Beschwerden an der Innenseite des linken Kniegelenkes angegeben. Rund zehn Wochen nach der Operation seien die beklagten Beschwerden noch normal. 4.1.8 Konsultationsbericht Dr. med. E.____ vom 17. Januar 2020 (Suva-Nr. 26): Nach Bestätigung der Diagnose «Innenmeniskusriss linkes Knie vom 7. August 2019» nahm Dr. med. E.____ im Konsultationsbericht folgende Beurteilung vor: Anhaltende Beschwerden und verminderte Belastbarkeit nach Arthroskopie des linken Kniegelenkes. Bei der Untersuchung enggradiges Beugedefizit sowie positive Innenmeniskuszeichen. Die Beweglichkeit habe sich im Vergleich zur Untersuchung vom 16. Dezember 2019 verschlechtert. Die erneut positiven Innenmeniskuszeichen könnten einer Reruptur des Innenmeniskus entsprechen. Es erfolge eine Überweisung zum MRI des linken Kniegelenks. 4.1.9 Bericht MR-Kniegelenk links vom 24. Januar 2020, J.____, Dr. med. K.____, Fachärztin für Radiologie und Neuroradiologie, J.____ (Suva-Nr. 35): Im Bericht betreffend MR des Kniegelenks wurde folgender Befund erhoben: Wenig Kniegelenkserguss. Femoropatellares Gelenkskompartiment: Normaler Patellastand. Regelrecht im femoralen Gleitlager zentrierte Patella. Intakter Knorpel femoropatellar. Mediales femorotibiales Gelenkskompartiment: Status nach Naht des Innenmeniskushinterhorns mit verklebter Ruptur. Kein Hinweis auf eine Reruptur. Intakter Knorpel. Laterales femorotibiales Gelenkskompartiment: Intakter Aussenmeniskus. Intakter Knorpel. Intaktes vorderes und hinteres Kreuzband. Intakte Kollateralbänder. Intakte Quadriceps- und Patellarsehne. Status nach Resektion des Hoffa-Fettkörpers mit signalalteriertem dorsalem Anteil des Hoffa-Fettkörpers hinweisend auf eine aktivierte Arthrofibrose. Reizlose Plica suprapatellaris. Signalalterierte Plica infrapatellaris über dem VKB. Die Radiologin gab darauf folgende Beurteilung ab: Diffuse Arthrofibrose des Hoffa-Fettkörpers infrapatellar und dorsal. Signalalterierte Plica infrapatellaris über dem VKB. Keine Reruptur des Innenmeniskus. 4.1.10 Konsultationsbericht Dr. med. E.____ vom 31. Januar 2020 (Suva-Nr. 38): Im Konsultationsbericht diagnostizierte Dr. med. E.____ eine «Arthrofibrose linkes Knie» und einen «Innenmeniskusriss linkes Knie vom 7. August 2019» und nahm folgende Beurteilung vor: Bei reizlosem Lokalbefund und bisher sehr gutem Verlauf erneute Verschlechterung der Beschwerden des linken Kniegelenks. Im MRI des linken Kniegelenks vom 24. Januar 2020 diffuse Arthrofibrose des Hoffa-Fettkörpers infrapatellar und dorsal. Signalalterierte Plica infrapatellaris über dem VKB. Keine Reruptur des Innenmeniskus. Diese Befunde bestätigten die anhaltenden Beschwerden der Versicherten und belegten einen refixierten Innenmeniskus. 4.1.11 Bericht vom 16. Februar 2020, C.____, über die Notfallkonsultation (Suva-Nr. 41): Im Bericht wurde folgende Anamnese erhoben: Vor zwei Wochen sei beim Schleifen auf der Arbeit ein Stück Beton abgekommen und ihr aufs Knie gefallen. Es habe ihr nicht stark weh getan, aber seither habe sie Schmerzen im Gelenkspalt. Die Schmerzen habe sie, wenn sie gar nichts mache oder nach Belastung. Wenn sie das Knie ganz durchstrecke, habe sie das Gefühl, dass etwas blockiere. In den letzten zwei Wochen hätten sich die Beschwerden überhaupt nicht verbessert. Anschliessend wurde folgende Beurteilung abgegeben: Distorsion linkes Knie mit Innenmeniskusriss und Gelenkerguss. Procedere: Indikation zur KAS mit Naht des Innenmeniskus am 1. Oktober 2019. 4.1.12 Konsultationsbericht Dr. med. E.____ vom 19. Februar 2020 (Suva-Nr. 42): Im Konsultationsbericht diagnostizierte

Dr. med. E. ___ eine «Arthrofibrose linkes Knie nach Innenmeniskusnaht vom 1. Oktober 2019» und nahm folgende Beurteilung vor: Unverändert reizloser Lokalbefund bei belastungsabhängigen Beschwerden. In Ruhe keine Probleme. Schon unter geringer Belastung Schmerzzunahme und Schwellung des linken Kniegelenkes. Im MRI des linken Kniegelenkes Nachweis einer Arthrofibrose des Hoffa's bei intakter Naht des Innenmeniskushinterhornes. Eine Operation sei für den 13. März 2020 terminiert. 4.1.13 Bericht von Dr. med. E. ___ über die Operation vom 13. März 2020 (Suva-Nr. 46): Im Operationsbericht wurde eine Arthrofibrose linkes Knie nach Innenmeniskusnaht vom 1. Oktober 2019 mit Reruptur des Innenmeniskushinterhornes diagnostiziert und Folgendes erwogen: Wegen Verletzung des Innenmeniskus des linken Kniegelenkes wurde am 1. Oktober 2019 das Innenmeniskushinterhorn genäht. Ausserdem partielle Resektion des Hoffas wegen Traumatisierung. Nach glattem postoperativem Verlauf und während der Nachbehandlung keine Besonderheiten. Bei Aufnahme der normalen Belastung zunehmende Beschwerden an der Innenseite des Kniegelenkes beim Treppensteigen und auf unebenem Boden. Wegen der anhaltenden Probleme sei am 24. Januar 2020 ein MRI des linken Kniegelenks angefertigt worden. Es sei eine diffuse Arthrofibrose mit signalalterierter Plica dem vorderen Kreuzband anliegend ohne Anhalt für eine Reruptur des Innenmeniskus diagnostiziert worden. Im medialen Gelenkabschnitt unauffällige Knorpelflächen der Femurkondyle und des Tibiaplateaus. Im Innenmeniskushinterhorn zeige sich im Bereich der Naht ein Radiärriss. Der Innenmeniskus lasse sich mit dem Tasthaken in den Gelenkspalt hervorluxieren. Bei der Überprüfung der Naht sei diese gelockert und lasse sich mitsamt einem Anker hervorluxieren. Der Anker mit angehängtem Nahtmaterial werde mit der Faszange gefasst. Bei Zug an dem Faden lasse sich der zweite Anker nicht bergen. Der Faden und der Anker würden reseziert. Im Bereich des Radiärrisses werde das Hinterhorn des Innenmeniskus geglättet und angeglichen. Anfrischen der Rupturstelle mit der Diamantraspel. Einbringen von zwei Nähten, welche den Meniskus gut an der Kapsel refixierten. Interkondylär ausgedehnte Vernarbung mit einem Zyklops, welcher bei Streckung des Gelenkes einklemme. Der Narbenstrang liege dem vorderen Kreuzband auf und lasse sich bis zum Hoffa verfolgen. Beide Kreuzbänder inserierten ansonsten regelrecht und seien bei der Hakenuntersuchung fest. Im lateralen Gelenkabschnitt unauffällige Knorpelflächen der Femurkondyle und des Tibiaplateaus. Der Aussenmeniskus habe eine glatte Ober- und Unterfläche mit zarter Schneide und regelrechter Popliteusschlitz. Er lasse sich mit dem Tasthaken an keiner Stelle hervorluxieren. Über den frei entfaltbaren lateralen Rezessus Eingehen in den oberen Rezessus. Ausgedehnte parapatellare Vernarbung sowie Vernarbungen im oberen Rezessus. Die retropatellare Gelenkfläche und der Knorpel der Trochlea seien unauffällig. 4.1.14 Austrittsbericht Dr. med. E. ___ vom 16. März 2020 (Suva-Nr. 47): Im Austrittsbericht wurden eine Arthrofibrose linkes Knie nach Innenmeniskusnaht vom 1. Oktober 2019 mit Reruptur des Innenmeniskushinterhornes sowie ein Innenmeniskusriss linkes Knie vom 7. August 2019 diagnostiziert und Folgendes festgehalten: Wegen anhaltender Schmerzen und Bewegungseinschränkung sei die Indikation zum Eingriff (Arthroskopie linkes Knie mit Arthrolyse und erneuter Naht des Innenmeniskushinterhornes am 13. März 2020) gestellt worden. Intraoperativ Re-Ruptur des Innenmeniskushinterhornes sowie ausgedehnte Arthrofibrose mit Impingement. 4.1.15 Konsultationsbericht Dr. med. E. ___ vom 1. Mai 2020 (Suva-Nr. 62): Im Konsultationsbericht wurden die Diagnosen der Arthrofibrose linkes Knie nach Innenmeniskusnaht vom 1. Oktober 2019 mit Reruptur des Innenmeniskushinterhornes sowie Innenmeniskusriss linkes Knie vom 7. August 2019

bestätigt und folgende Beurteilung abgegeben: Inzwischen sehr guter Verlauf nach Arthroskopie des linken Kniegelenkes mit erneuter Naht des Innenmeniskushinterhornes und Narbenresektion. 4.1.16 Bericht Dr. E.____ vom 2. Mai 2020 (Suva-Nr. 63). Dr. med. E.____ bestätigte in seinem Bericht die gestellten Diagnosen «Arthrofibrose linkes Knie nach Innenmeniskusnaht vom 1. Oktober 2019 mit Reruptur des Innenmeniskushinterhornes und Innenmeniskusriss linkes Knie vom 7. August 2019». Er erwog, alle Beschwerden, die Eingriffe und die Arbeitsunfähigkeit seien aus orthopädischer Sicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit Folgen des Unfalles vom 7. August 2019. Die Beurteilung sei durch den Ausschluss einer Re-Ruptur im MRI vom 24. Januar 2020 erschwert worden, aber allein die gesicherte Arthrofibrose sei als Komplikation einer Arthroskopie als Ursache für anhaltende unfallbedingte Beschwerden bekannt und führe immer wieder zu erneuten Arthroskopien. 4.2 4.2 Sowohl die Beschwerdeführerin als auch die Beschwerdegegnerin legten die Angelegenheit mehrere Male ihren versicherungsinternen Ärzten (Dr. med. G.____ bei der Beschwerdeführerin, Dr. med. F.____ bei der Beschwerdegegnerin) vor. Die Stellungnahmen / Beurteilungen werden nachfolgend zusammengefasst wiedergegeben: 4.2.1 Stellungnahme Dr. med. F.____ vom 21. Februar 2020 (Suva-Nr. 39): Die Beschwerdegegnerin legte die Angelegenheit ihrem Versicherungsmediziner vor. Die Frage, ob der Unfall mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu zusätzlichen strukturellen Läsionen am linken Knie geführt habe, wurde verneint. Die Frage, ob insbesondere der Schaden, welcher operiert worden sei, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall zurückzuführen sei, wurde verneint und zur Begründung ausgeführt: Horizontale, degenerative Läsion, kein geeigneter Pathomechanismus. Die Frage, ab wann Unfallfolgen im Beschwerdebild mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine Rolle mehr spielten, wobei der Einfluss der Operation ausser Acht zu lassen sei, wurde wie folgt beantwortet: Bei fehlenden unfallspezifischen Befunden und auch im MRI ohne Hinweis auf ein Trauma einige Tage. 4.2.2 Beurteilung Dr. med. F.____ vom 25. Mai 2020 (Suva-Nr. 68): Die Beschwerdegegnerin legte die Angelegenheit erneut ihrem Versicherungsarzt vor. Dr. med. F.____ erklärte in seiner Beurteilung, dass anlässlich des geltend gemachten Ereignisses keine objektivierbaren, nachvollziehbaren Verletzungen am linken Kniegelenk ausgewiesen seien und dass die am 1. Oktober 2019 durchgeführte Operation ausschliesslich der Sanierung vorbestehender anlagebedingter bzw. degenerativer Befunde gedient habe. Zur Begründung führte er Folgendes aus: Aus keinem der medizinischen Dokumente gehe hervor, wo genau am Kniegelenk die Versicherte von einem Betonstück getroffen worden sei. Eine erste Arztkonsultation sei erst zwei Wochen nach dem Ereignis erfolgt, ein Arbeitsausfall habe nicht resultiert. Anlässlich der Erstkonsultation seien keine objektivierbaren Verletzungszeichen dokumentiert worden. Festgehalten werde, dass es der Versicherten nicht stark weh getan habe; bei der Konsultation am 4. September 2019 seien die Schmerzen sogar fast weg gewesen. Die Beschwerden würden unabhängig von der Belastung angegeben. In vorliegendem Fall liege mit dem am 6. September 2019 vorgenommenen Kernspintomogramm der Befund einer drittgradigen Degeneration vor: Mukoid-degenerative Areale, welche sich als eine Kollektion von mukopolysaccharider chondraler Grundsubstanz in gestresstem fibrokartilaginärem Meniskusgewebe ausdehnten, erreichten die Meniskusoberfläche. Für Traumafolgen, insbesondere eine Kontusion in Form einer oberflächlichen Weichteilschwellung oder Bonebruise, gebe es keinen Hinweis. Die degenerativen Veränderungen des Meniskus könnten sich für den Betroffenen unbemerkt entwickeln und würden häufig als Nebenbefund in asymptomatischen Patienten

gefunden. Abgesehen davon, dass die von Dr. med. E.____ gemachte Angabe zum Unfallgeschehen nicht nachvollziehbar ausgewiesen sei und der behauptete unfallkausale Zusammenhang der vorgefundenen Befunde im MRI einer post hoc, ergo propter hoc Behauptung entspreche, müsse der Meniskusschaden gar nicht zu wesentlichen Beschwerden geführt haben. Der von Dr. med. E.____ erstellte Untersuchungsbefund sei in sich widersprüchlich und stehe auch im Widerspruch zum vorliegenden MRI. Es werde einerseits festgehalten, dass keine Schwellung am Kniegelenk vorliege, und in Folge, dass eine deutliche Kapselschwellung bestünde. Wie die positiven Innenmeniskuszeichen medial bei Druckdolenz über dem medialen Gelenkspalt erhoben worden seien, sei ebenfalls nicht ersichtlich – eine Druckdolenz medial begründe noch keine Meniskusläsion. Die anamnestische Angabe, dass die Versicherte auf dem linken Kniegelenk abgedreht habe, sei durch keine echtzeitliche Anamnese und auch nicht durch die handschriftlichen Angaben der Versicherten zum Ereignis belegt. Von der Versicherten werde handschriftlich angegeben, dass sie als Reaktion das linke Knie weggedreht habe. Beim Wegdrehen eines Kniegelenks aus einer Gefahrenzone werde das kontralaterale Kniegelenk als Standbein belastet und nicht das betroffene Kniegelenk, da dieses bei Belassen auf dem Stand nicht weggedreht / weggezogen werden könne. Die Annahme von Dr. med. E.____, dass die Versicherte das betroffene Kniegelenk als Standbein belastet habe, widerspreche einer natürlichen Abwehrreaktion (Reflexbewegung), um das Kniegelenk aus dem «Gefahrenbereich» zu bringen. Eine zusätzliche Belastung des betroffenen Kniegelenks als Standbein würde bedeuten, dass die Versicherte das Kniegelenk im «Gefahrenbereich» belassen hätte. Weder in der klinischen Untersuchung noch im MRI hätten objektivierbare unfallbedingte Befunde in Form von Rötung, Schwellung, Hämatom etc. erhoben werden können. Der bildmorphologisch in vorliegendem Fall sich typisch degenerativ bedingt darstellende kernspintomografische Befund habe somit überwiegend wahrscheinlich schon vor dem Ereignis bestanden. Rupp et al. würden eine Degeneration als Ursache eines Meniskusschadens als die Regel, die Verletzung als die Ausnahme beschreiben. Zusammenfassend sei Folgendes festzuhalten: Bei der Meniskusläsion im Hinterhorn handle es sich um einen typisch degenerativen Befund mit horizontaler Läsion, welcher bis an die Unterfläche reiche. Dieser sei nicht unfallbedingt und als Zufallsbefund im Rahmen der Beschwerdeabklärung zu sehen. Die hypertrophe Plica mediopatellaris und Hoffa-Hypertrophie sei anlagebedingt. Die Beschwerden resultierten mit überwiegender Wahrscheinlichkeit aus dem Impingement des hypertrophen Hoffa-Fettkörpers zwischen lateraler Patella und Trochlea.

4.2.3 Stellungnahme Dr. med. F.____ vom 6. Juli 2020 (Suva-Nr. 71): Auf erneute Vorlage der Angelegenheit hielt Dr. med. F.____ an der Beurteilung vom 25. Mai 2020 fest.

4.2.4 Stellungnahme Dr. med. G.____ vom 1. September 2020 (Suva-Nr. 86): Beim Unfallereignis vom 8. August 2019 sei die Versicherte erst gut 26jährig gewesen. Schon daraus lasse sich folgern, dass an und für sich keine degenerativen krankheitsbedingten relevanten Probleme bestanden hätten. Solche seien auch nicht ausgewiesen. Auch zeigten sich keine pathologischen Befunde, welche ein angeborenes Leiden oder Folgen von einem früheren (vor dem 8. August 2019 stattgefunden) Unfall ausweisen würden. Es habe sich gezeigt, dass zuwider der vorgängigen MRI-Befundung eindeutig eine Reruptur des Innenmeniskus (schräger radiärer Riss) vorhanden gewesen sei. Ein horizontaler Riss sei nie beschrieben worden. Der intraoperative Befund habe also nicht mit dem vorgängigen MRI übereingestimmt. Die Sicht anlässlich einer arthroskopischen Intervention liefere bessere Befunde als ein MRI. Auch habe sich zuwider dem MRI ein Zyklus gezeigt. Dieser sei reseziert worden. Das

weise eigentlich auf eine Läsion des VKB hin. Allerdings sei weder in den MRI noch intraoperativ im Jahr 2019 solches beschrieben worden. Erst anlässlich der Operation 2020 sei dies festgestellt worden. Im Operationsbericht vom 13. März 2020 werde ein Radiärriss im medialen Meniskus beschrieben, klar im Sinne einer Re-Ruptur. Dass das erwiesene Unfallereignis keine Läsion bewirkt habe, vermöge die Beschwerdegegnerin nicht auf objektivierbare Weise zu widerlegen. Der gerissene Meniskus habe eine gute Qualität gehabt, so dass die Therapie durch Meniskusnaht möglich gewesen sei. Eine gute (d.h. nicht generativ veränderte) Struktur des Meniskus sei unabdingbare Voraussetzung dafür, dass der Riss genäht werden könne. Ohne vorbestehende Probleme und ohne degenerative, abnützungs- oder krankheitsbedingte pathologische Befunde am linken Knie habe sich die Versicherte am 8. August 2019 einen Unfall zugezogen (Kontusion mit Distorsion). Es sei in Übereinstimmung mit dem Ereignis und den angegebenen persistierenden Beschwerden ein radiärer Riss des Innenmeniskus festgestellt worden. Dessen Qualität sei gut gewesen, so dass der Riss am 1. Oktober 2019 arthroskopisch mit einer Meniskusnaht versorgt werden können. Ohne neues Ereignis seien in der Folge wiederum persistierende Schmerzen aufgetreten. Die Abklärung (insbesondere bei der intraoperativen Befundung anlässlich der zweiten arthroskopischen Intervention am 13. März 2020) hätten ergeben, dass sich die Meniskusnaht gelöst habe (Re-Ruptur), weil der «Anker» nicht gehalten habe. Damit sei der bekannte, zuvor genähte Riss wieder bestehend gewesen. Er sei wieder mit einer Meniskusnaht versorgt worden.

4.2.5 Stellungnahme Dr. med. F. ___ vom 10. November (Suva-Nr. 97): Bezüglich der Behauptung von Dr. med. E. ___, dass «nie ein horizontaler Riss beschrieben worden sei» werde auf den eindeutigen MRI-Befund hingewiesen und auf die ausführliche Beurteilung vom 25. Mai 2020. Dr. med. E. ___ berücksichtige den Pathomechanismus nicht. Eine Kontusion als Ursache für eine Verletzung des Meniskus sei nur geeignet, wenn dies zu entsprechenden Begleitverletzungen in Form von Frakturen und / oder Zerreissungen des Kapselbandapparats führen würde, was vorliegend nachweislich nicht der Fall sei. Der Radiologe, welcher ausführe, «Der Innenmeniskus weist im Hinterhorn intrameniskale Signalanhebungen auf, die die Basis knapp erreichen», beschreibe zweifelsfrei eine horizontale Läsion. Diese Läsion zeige sich nach dem operativen Eingriff vom 1. Oktober 2019 im MRI vom 24. Januar 2020 deutlich vergrössert mit nunmehr multiplen bis an die Unterfläche reichenden Läsionen. In der intraoperativen Bilddokumentation vom 1. Oktober 2019 habe sich ein ausgefranster Bereich des Innenmeniskus mit erkennbarer Tendenz eines beginnenden Radiärrisses gezeigt. Der im Operationsbericht beschriebene Unterflächenriss habe aus der horizontalen Läsion resultiert, welche schräg bis zur Unterfläche laufe. In der intraoperativen Bilddokumentation vom 13. März 2020 finde sich neu ein Radiärriss im Bereich der am 1. Oktober 2019 durchgeführten Naht. In diesem Bereich weise der Meniskus grossflächig oberflächliche Unregelmässigkeiten auf. Zudem bestehe eine lappenförmige Läsion. Die intercondylär nunmehr beschriebenen ausgedehnten Vernarbungen mit einem Zyklops seien ebenfalls Folge der vorausgegangenen Operation, da dieser initial anlässlich der Operation vom 1. Oktober 2019 nicht vorhanden gewesen seien. Zudem sei bezüglich Radiärriss festzuhalten, dass der Radiärriss zweifelsfrei anhand der MRI und intraoperativen Dokumentation am 1. Oktober 2019 nicht vorhanden gewesen sei. Dieser sei Folge der durchgeführten Operation mit gemäss Operationsbericht zu lockerer Naht. Der geltend gemachte Pathomechanismus sei nicht geeignet, eine isolierte Verletzung des medialen Meniskus zu verursachen. Die Versicherte sei mit 26 Jahren jung. Dies schliesse jedoch degenerativen Veränderungen der

Meniskusmatrix mit daraus resultierender horizontaler Läsion, welche bis an die Unterfläche reiche, nicht aus. Die Radiärläsion sei häufig eine Folge von degenerativen Veränderungen im Bereich des Meniskus. Vorliegend habe anlässlich der ersten Operation eine typisch degenerative Ausfransung des Meniskusrandes bestanden. Eine Radiärläsion habe damals noch nicht bestanden. Diese sei Folge der am 1. Oktober 2019 durchgeführten Operation mit in diesem Bereich auch sichtbarem Nahtmaterial. Die horizontale Läsion des Innenmeniskus sei als Zufallsbefund im Rahmen der Abklärung von Schmerzen im Bereich des Kniegelenks nach direktem Kontusionstrauma zu werten.

4.2.6 Stellungnahme Dr. med. G. ___ vom 1. März 2021 (Suva-Nr. 125): Die Versicherte sei beim Unfallereignis vom 8. August 2019 erst gut 26jährig gewesen. Schon daraus lasse sich folgern, dass keine degenerativen krankheitsbedingten relevanten Probleme bestanden hätten. Die beiden MRI und die beiden Operationsberichte mit den dargelegten Befunden wiesen aus, dass keine nennenswerten pathologischen Befunde im Sinne von Degeneration / Abnutzung / Krankheit bestünden. Die MRI-Bilder offenbarten makellose Knorpelverhältnisse sowie einen ebenso unauffälligen, nicht fehlgebildeten, zarten, vitalen, Innenmeniskus – bis auf den Riss. Der Ablauf des Ereignisses vom 8. August 2019 werde immer gleich dargestellt: Bei der stehenden Versicherten prallte ein Stück Beton an ihr linkes Knie, deswegen dieses Knie abgedreht. Daher liege es auf der Hand, von einer Kontusion des linken Knies im Stehen und damit Belasten des linken Beines, dadurch Knie-Verdrehtrauma, auszugehen. Die Qualität des Meniskus sei gut gewesen, was Voraussetzung gewesen sei, den Riss nähen zu können. Das Ausmass der Schädigung sei erst im Rahmen der Arthroskopie ersichtlich geworden. Der intraoperative Befund habe nicht mit dem vorgängigen MRI übereingestimmt. Auch zeigte sich zuwider dem MRI ein Zyklops interkondylär. Die Behandlungen vom 2019 wie auch jene vom 2020 stünden im direkten Zusammenhang mit dem Unfall vom 8. August 2019. Die Behandlung mit der neuerlichen arthroskopischen Intervention im Jahre 2020 sei im Rahmen einer Komplikation der Behandlung von 2019 (resp. des Unfalls vom 8. August 2019) erfolgt. Die Komplikation sei die Re-Ruptur des zuvor genähten Innenmeniskus gewesen.

5. Da sich die Beschwerdegegnerin in ihrem Einspracheentscheid vom 5. Februar 2021 im Wesentlichen auf die ärztlichen Beurteilungen des Kreisarztes Dr. med. L. ___ vom 21. Februar 2020 und vom 25. Mai 2020 stützte, ist zunächst zu prüfen, ob auf diese abgestellt werden kann.

5.1 Vorab ist festzuhalten, dass der Umstand, wonach Dr. med. F. ___ seine Beurteilung ausschliesslich auf Grund der vorliegenden Akten abgegeben und die Versicherte nicht selbst untersucht hat, dem Beweiswert seiner ärztlichen Beurteilung nicht entgegensteht. Dr. med. F. ___ standen die Akten der Beschwerdegegnerin zur Verfügung, welche den medizinischen Sachverhalt umfassend dokumentieren und einen lückenlosen, von den behandelnden Ärzten erhobenen klinischen und radiologischen Befund enthalten. Eine reine Aktenbeurteilung des natürlichen Kausalzusammenhangs, wie sie hier erfolgte, ist daher zulässig (s. Urteile des Bundesgerichts 8C_608/2020 vom 15. Dezember 2020 E. 5.2 und 8C_46/2019 vom 10. Mai 2019 E. 3.2.1. Auch der Umstand, dass Dr. med. F. ___ nicht über einen orthopädischen Facharztstitel verfügt, vermag für sich alleine noch nicht dazu zu führen, dass seinen Beurteilungen zum vornherein der Beweiswert abzuerkennen wäre, auch wenn der vorliegende Sachverhalt im orthopädischen Fachgebiet anzusiedeln ist. Die Ärzte der Beschwerdegegnerin sind nach ihrer Funktion und beruflichen Stellung Fachärzte im Bereich der Unfallmedizin. Da sie ausschliesslich Unfallpatienten, unfallähnliche Körperschädigungen und Berufskrankheiten diagnostisch beurteilen und therapeutisch begleiten, verfügen sie – unabhängig von ihrem ursprünglich erworbenen

Facharztstitel – über besonders ausgeprägte traumatologische Kenntnisse und Erfahrungen (Urteil des Bundesgerichts 8C_59/2020 vom 14. April 2020 E. 5.2). 5.2 Dr. med. F.____ geht in seiner Beurteilung zunächst auf das Ereignis vom 8. August 2019 ein, wobei er ausführt, das durch die Versicherte geschilderte Geschehen sei nicht geeignet gewesen, die beschriebene Meniskusläsion hervorzurufen. Es ist nachvollziehbar, dass der Kreisarzt in Bezug auf das Ereignis vom 8. August 2019 von einer Kniekontusion und nicht von einer Knie-distorsion ausgeht. In der Unfallmeldung vom 3. Oktober 2019 (Suva-Nr. 1) wurde angegeben, die Beschwerdeführerin sei zusammengezuckt, habe ausweichen wollen und habe sich dabei ihr Knie verdreht. Um u.a. den genauen Hergang zu klären, bat die Beschwerdegegnerin die Beschwerdeführerin am 8. Oktober 2019, einen Fragebogen auszufüllen (Suva-Nr. 4). In ihrer Antwort vom 14. Oktober 2019 (Suva-Nr. 8) schilderte die Versicherte den Vorfall wie folgt: «Beim Schleifen ist ein Betonstück ans Knie als Reaktion habe ich das Knie weg gedreht». Dieser Aussage ist grundsätzlich Beweiswert zuzumessen, handelt es sich dabei doch um die erste direkt von der Beschwerdeführerin stammende Darstellung und damit um eine «Aussage der ersten Stunde», die in der Regel unbefangener und zuverlässiger ist, als spätere Darstellungen, die bewusst oder unbewusst von nachträglichen Überlegungen versicherungsrechtlicher oder anderer Art beeinflusst sein können (BGE 121 V 45 E. 2a S. 48; Urteile des Bundesgerichts 8C_940/2015 vom 19. April 2016 E. 6.3 und 8C_762/2016 vom 18. Januar 2017 E. 5.3.2). Dasselbe gilt für den Bericht über die Erstbehandlung im C.____ vom 21. August 2019, wo der Versicherten ein «Schlag auf linkes Knie» diagnostiziert worden war. Auf diesen echtzeitlichen Bericht ist abzustellen. Mit den echtzeitlichen Dokumentationen deckt sich dann auch der von Dr. med. F.____ beschriebene Pathomechanismus. Den echtzeitlich verfassten Berichten nach dem Ereignis vom 8. August 2019 sind keine Hinweise zu entnehmen, wonach sich eine Distorsion ereignet hätte. Eine solche wird erstmals im Bericht des C.____, der vom 16. Februar 2020 datiert ist (Suva-Nr. 41), erwähnt. Dieser Bericht, welcher gemäss Datierung erst am 16. Februar 2020 und damit mehrere Monate nach der Konsultation verfasst worden ist, kann jedoch nicht als echtzeitlich qualifiziert und auf die darin gestellte Diagnose (deshalb) nicht abgestellt werden. Zudem ist auch inhaltlich auf Grund der Beschreibung des Unfallhergangs (der Versicherten sei «beim Schleifen auf der Arbeit ein Stück Beton abgekommen und ihr aufs Knie gefallen») nicht erkennbar, warum von einer Distorsion ausgegangen wurde. Zutreffend ist auch die Feststellung von Dr. med. F.____, dass keine nachweisbare traumatische Läsion vorlag. Für seine Einschätzung, dass die Kontusionsfolgen ohne nachweisbare traumatische Läsion nach einigen Tagen abgeheilt gewesen seien, spricht auch der Umstand, dass die Versicherte nach dem Ereignis im August 2019 weiterhin ihrer Arbeit nachgehen konnte und erst rund zwei Wochen später einen Arzt aufsuchte. Im Übrigen entspricht es der medizinischen Erfahrung, dass Traumata ohne strukturelle Schädigungen von Sehnen, Bändern und Knochen etc., wie das bei Distorsionen und Zerrungen der Fall ist, normalerweise innert relativ kurzer Zeit folgenlos abheilen und sich die damit verbundenen Schmerzen gänzlich zurückbilden (s. Urteil des Versicherungsgerichts Solothurn VSBES.2021.8 vom 23. April 2021 E. II. 6.1). Bei der Frage, wie lange sich eine bestimmte durch einen Unfall erlittene Verletzung auf den Gesundheitszustand auswirkt, darf auch auf Erfahrungssätze abgestellt werden (s. dazu Urteil des Bundesgerichts 8C_715/2016 vom 6. März 2017 E. 5.2.3, unter Hinweis auf BGE 126 V 183 E. 4c S. 189 f.). Die Einschätzung des Kreisarztes vermag auch auf Grund der medizinischen Fachliteratur einzuleuchten. Gemäss der medizinischen Fachliteratur kann jegliche Bewegung und Belastung des Kniegelenkes innerhalb physiologischer Grenzen

[für einen Meniskusriss] nicht ursächlich sein. Die unfallbedingte Läsion ist nur möglich, wenn die physiologischen Bewegungs- und Belastungsgrenzen überschritten werden. Dann müssen jedoch auch schützende Strukturen wie der Kapselbandapparat mitgeschädigt werden. Meniskusschäden sind somit nur in Begleitung nachweisbarer Kapselbandschäden zu erwarten (Alfred Schönberger / Gerhard Mehrrens / Helmut Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 9. Aufl., Berlin 2017, S. 655 f.). Im vorliegenden Fall wurden in der MRT-Untersuchung vom 6. September 2019 keine Bandläsionen festgestellt. Da sich aus den vorliegenden Umschreibungen betreffend das Ereignis vom 8. August 2019 weder eine unphysiologische Bewegungsrichtung noch ein Überschreiten der physiologischen Bewegungsmöglichkeiten ableiten lässt, ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin eine direkte Kniekontusion durch den Aufprall auf das linke Knie erlitten hat, welche nicht geeignet ist, eine mediale Meniskusläsion zu bewirken (vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C_81/2017 vom 2. März 2017 E. 5.3). Damit deckt sich auch die Feststellung von Dr. med. F.____, wonach die Läsion des Innenmeniskus als Zufallsbefund im Rahmen von Abklärungen von Schmerzen im Bereich des Kniegelenks nach direktem Kontusionstrauma zu werten sei. Wie Dr. med. F.____ zu Recht ausführt, steht auch das junge Alter der Versicherten einer degenerativen Schädigung nicht entgegen. Mit zunehmendem Lebensalter erfährt die Beschaffenheit des Meniskusgewebes Veränderungen, die bei zeitgerechter Entwicklung nicht als krankheitswertig aufzufassen sind. Etwa ab dem 20. Altersjahr beginnt eine Verarmung der Chondrozyten, einhergehend mit fokalen, kleinstteiligen Fissuren und inhomogener Färbung der Matrix (Schönberger / Mehrrens / Valentin, a.a.O., S. 654 f.). Dr. med. F.____ setzt sich in seiner Beurteilung eingehend mit den Vorakten sowie den (bildgebenden) Befunden auseinander. Letztere sind klar und lassen keinen Deutungsspielraum offen. Dr. med. F.____ gelangt zu schlüssigen Ergebnissen, die er in nachvollziehbarer Weise herleitet. Sein Bericht ist in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtend. Dr. med. F.____ setzt sich mit der Frage einer allfälligen Unfallkausalität auseinander und verneint diese mit Hinweis auf die medizinische Lehre. Mit sorgfältiger und überzeugender Begründung gelangte er zum Schluss, dass die geklagten Kniebeschwerden nicht (mehr) auf das Ereignis vom 8. August 2019 zurückzuführen sind. Ebenso nachvollziehbar ist, dass am 21. Februar 2020 der status quo ante vel sine vorlag. Seine Einschätzung ist daher grundsätzlich geeignet, eine hinreichende Grundlage für die Anspruchsbeurteilung zu bilden. 6. 6.1 Da es sich bei der Beurteilung von Dr. med. F.____ um eine versicherungsinterne Stellungnahme handelt, sind ergänzende Abklärungen bereits dann notwendig, wenn die übrige Aktenlage, insbesondere die Stellungnahmen der behandelnden Ärzte, auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der kreisärztlichen Feststellungen zu wecken vermögen (vgl. E. II. 2.6 hiervor). Nachfolgend ist zu prüfen, ob die übrigen medizinischen Akten an der Einschätzung von Dr. med. F.____ zumindest geringe Zweifel zu erwecken vermögen. 6.2.1 Dabei ist im Wesentlichen auf die Einschätzungen von Dr. med. G.____ und Dr. med. E.____ einzugehen. 6.2.2 Bereits die Gegenüberstellung der Ausführungen von Dr. med. F.____ einerseits sowie Dr. med. E.____ und Dr. med. G.____ andererseits zeigt, dass Dr. med. F.____ die Kausalität anhand verschiedener Umstände (wie dem Unfallverlauf und dem Verletzungsbild) verneinte. Demgegenüber beschränkten sich die Dres. E.____ und G.____ im Wesentlichen auf die pauschale (mehrfach wiederholte) Aussage, die Verletzung sei unfallbedingt, ohne dafür aber eine eingehende, differenzierte und nachvollziehbare Begründung zu liefern. Dass das jugendliche Alter der Versicherten einer degenerativen

Veränderung nicht entgegensteht, wurde bereits erwähnt, ebenso, dass auf den Pathomechanismus, wie ihn Dr. F.____ erwähnt, abzustellen ist. Nicht gefolgt werden kann der Argumentation, dass die Beschwerdegegnerin auch für die Kosten im Zusammenhang mit der Operation vom 13. März 2020 leistungspflichtig sei, nachdem diese eine Folge der Operation vom 1. Oktober 2019 darstelle. Aus dem Umstand alleine, dass die Beschwerdegegnerin die Kosten der Operation vom 1. Oktober 2019 übernommen hat, vermag sich nichts zu ihren Lasten abzuleiten. Auch wenn der Unfallversicherer durch die Ausrichtung von Heilbehandlung und Taggeld eine Leistungspflicht anerkannt hat, so darf er seine Leistungen ex nunc et pro futuro einzustellen, wenn der der Kausalzusammenhang zwischen Unfall und Gesundheitsschaden dahingefallen ist, ohne dazu über einen Rückkommenstitel in Form einer Wiedererwägung oder einer prozessualen Revision verfügen zu müssen (vgl. BGE 130 V 380 E. 2.3.1 S. 384; Urteil des Bundesgerichts 8C_22/2019 vom 24. September 2019 E. 3). Als Zwischenfazit ist somit festzuhalten, dass die übrigen medizinischen Akten am Beweiswert der Einschätzung des Kreisarztes Dr. med. F.____ keine auch nur geringen Zweifel hervorzurufen vermögen. Zudem ist festzuhalten, dass es sich bei der Argumentation der Dres. E.____ und G.____, es handle sich bei den Befunden um Folgen des geltend gemachten Ereignisses, um einen unzulässigen «Post-hoc-ergo-propter-hoc-Schluss» (zu deutsch: danach, also deswegen) handelt (BGE 119 V 335 E. 2b/bb S. 341 f.; Urteile des Bundesgerichts 8C_267/2019 vom 30. Oktober 2019 E. 7.2.2 und 8F_11/2017 vom 30. November 2017 E. 5.2).

7. 7.1 Soweit die Beschwerdeführerin rügt, die Beschwerdegegnerin prüfe erst gar nicht, ob durch den Meniskusriss auch eine unfallähnliche Körperschädigung im Sinne von Art. 6 Abs. 2 lit. c UVG gegeben sei, ist darauf zu verweisen, dass kein Raum für eine Leistungserbringung unter dem Aspekt einer unfallähnlichen Körperschädigung bleibt, wenn das Vorliegen eines Unfalls bejaht wird, dann die Unfallkausalität im Verlauf jedoch wegfällt (vgl. BGE 146 V 51 E. 9.1 S. 70). Ebenso verhält es sich, wenn der Versicherer seine Leistungspflicht anerkennt, die Abklärungen aber in der Folge ergeben, dass der festgestellte Meniskusriss keine Folge des Unfalls bildet (a.a.O., E. 9.2 S. 70 f.). Diese Konstellation liegt hier vor.

7.2 Soweit die Beschwerdeführerin verlangt, es seien weitere Abklärungen zu tätigen, ist dieser Antrag abzuweisen, da von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen keine neuen wesentlichen Erkenntnisse zu erwarten sind (vgl. E. II. 2.7 hiervor).

8. 8.1 Es ist somit zusammenfassend davon auszugehen, dass der gesundheitliche Zustand der Versicherten, wie er sich vor dem Ereignis vom 8. August 2019 präsentierte, spätestens am 21. Februar 2020 wieder erreicht war. Es ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen mit Einspracheentscheid vom 5. Februar 2021 per 21. Februar 2020 eingestellt hat.

8.2 Damit ist der Einspracheentscheid vom 5. Februar 2021 zu bestätigen und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

8.3 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

8.4 Grundsätzlich ist das Verfahren kostenlos. Von diesem Grundsatz abzuweichen, besteht im vorliegenden Fall kein Anlass.

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