

SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2013/44 vom 20. Januar 2014

Sg Versicherungsgericht, 2014-01-20, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2013_44

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2013/44 du 20 janvier 2014

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2013/44 del 20 gennaio 2014

Regeste

Art. 6 UVG: Versicherungsinterner Aktenbericht für die Beantwortung der Frage des Dahinfallens der natürlichen Unfallkausalität nicht beweiskräftig. Rückweisung zu einer weiteren medizinischen Abklärung (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 20. Januar 2014, UV 2013/44).

Erwägungen

E. 1

1.1 Die Beschwerdegegnerin legte im angefochtenen Einspracheentscheid die rechtliche Voraussetzung des für eine Leistungspflicht des Unfallversicherers erforderlichen natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen Unfall und in dessen Folge eingetretener Gesundheitsschädigungen (Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [UVG; SR 832.20]; BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen) zutreffend dar. Darauf ist zu verweisen. Der kumulativ vorausgesetzte adäquate Kausalzusammenhang (vgl. dazu BGE 129 V 181 E. 3.2) hat bei physischen Unfallfolgen gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung (BGE 118 V 291 f. E. 3a; vgl. BGE 117 V 365 unten E. 5d/bb, mit Hinweisen auf Lehre und Rechtsprechung). Bei einmal gegebener Unfallkausalität entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also letzterer nur noch auf unfallfremden Tatsachen beruht. Wenn vor dem Unfall ein krankhafter bzw. degenerativer Vorzustand vorhanden war, stellt sich sodann insbesondere die Frage nach dem Erreichen des Status quo sine vel ante (SVR 2009 UV Nr. 3 S. 9, 8C_354/2007, E. 2.2). Ebenfalls richtig gibt die Beschwerdegegnerin wieder, dass das Dahinfallen der kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein muss. Die blosse Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht (SVR 2011 UV Nr. 4 S. 12, 8C_901/2009, E. 3.2 mit Hinweisen).

1.2 Die Beurteilung des natürlichen Kausalzusammenhangs erfolgt aufgrund der Feststellungen bei den medizinischen Untersuchungen und ist Aufgabe des Arztes oder der Ärztin. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten oder der Expertin begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens ist grundsätzlich weder dessen Herkunft noch die Bezeichnung der eingereichten oder in

Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 232 E. 5.1, BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen). 1.3 Der Sozialversicherungsprozess ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach haben die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 125 V 195 E. 2, BGE 122 V 158 E. 1a, je mit Hinweisen; vgl. auch BGE 130 I 183 f. E. 3.2). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinn der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheidung zuungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesenen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Da es sich beim Dahinfallen der kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (SVR 2011 UV Nr. 4 S. 12, 8C_901/2009, E. 3.2 mit Hinweisen). Die genannte Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 138 V 222 E. 6, BGE 117 V 264 E. 3b, je mit Hinweisen; RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 E. 3b).

E. 2

2.1 Laut Schadenmeldung vom 3. Juli 2012 stolperte die Beschwerdeführerin am 14. Juni 2012 beim Überqueren eines Fussgängerstreifens über den Randstein und knickte mit dem rechten Fuss seitlich ein (act. K1). Der damalige Hausarzt der Beschwerdeführerin, Dr. D.____, stellte als Diagnose eine OSG-Distorsion bei Supinationstrauma rechts. Drei Jahre zuvor hatte die Beschwerdeführerin bereits einmal ein Supinationstrauma erlitten (act. M3 ff.). 2.2 Vorliegend anerkannte die Beschwerdegegnerin grundsätzlich ihre Leistungspflicht bezüglich des Unfalls vom 14. Juni 2012 und erbrachte entsprechende Versicherungsleistungen (Heilkosten- und Taggeldleistungen). Laut Einspracheentscheid vom 2. Juli 2013 erachtete sie jedoch die Kausalität zwischen den fortdauernd geklagten Beschwerden im Bereich des rechten Fusses und dem erlittenen Unfall lediglich bis 31. August 2012 als gegeben und stellte demnach ihre Leistungen per diesem Datum ein. Streitig ist, ob die vorgenannte Leistungseinstellung zu Recht erfolgte. Diese Frage wird von der Beschwerdegegnerin hauptsächlich gestützt auf die Beurteilung ihres beratenden Arztes Dr. F.____ bejaht (act. M6). Die Beschwerdeführerin macht demgegenüber geltend, der medizinische Sachverhalt sei damit zu wenig abgeklärt. Pract. med. G.____ sowie Dr. E.____ würden die über den Zeitpunkt der Leistungseinstellung hinausgehenden Heilbehandlungen als unfallkausal einstufen.

E. 3

3.1 Für die Annahme unfallkausaler somatischer Restfolgen wird im Regelfall eine strukturelle Läsion als objektivierbares Korrelat verlangt. Als objektiviert gilt eine solche Läsion, wenn sie durch einen entsprechenden radiologischen Untersuchungsbefund erhoben wird. Die am 15. Juni 2012 von Dr. C.____ durchgeführte MRI-Untersuchung des OSG zeigte als organisches und unbestrittenermassen einer OSG-Distorsion bzw. einem Supinationstrauma entsprechendes Substrat eine Zerrung des Ligamentum fibulotalare

anterius und geringgradig auch fibulotalare posterius sowie fibulocalcaneare. Ansonsten war das Kernspintomogramm des rechten Sprunggelenk- und Fusswurzelbereichs sowie auch des Mittelfussbereichs normal; speziell ohne Fraktur und ohne weitergehende Weichteilverletzungen (act. M1). Die ebenfalls durch Dr. C. ___ durchgeführte MRI-Untersuchung des rechten Vorfusses vom 12. September 2012 brachte eine Fusion der Interphalanganalgelenke IV und V, wahrscheinlich anlagebedingt, hervor. Ansonsten wurde jedoch ein normales Mittelfuss- und Vorfuss-Skelett ohne Frakturnachweis und letztlich ohne morphologisch fassbare Schmerzursache erhoben (act. M2). Am 30. November 2012 wurde die Beschwerdeführerin durch Dr. E. ___ untersucht. Als klinische Befunde erhob dieser eine Druckdolenz über den Peronealsehnen, im Sinus tarsi und zwischen den Köpfchen III und IV plantarseitig, nicht jedoch im OSG-Bereich. Die OSG-Beweglichkeit sei soweit auch gut mit einer Dorsalexension von über 20° bei gestrecktem und 30° bei gebogenem Knie. Bei diesen Bewegungsübungen bestünden keine Schmerzen. Zwischen Zehe IV und V bestehe eine Hyposensibilität, d.h. lateral vom Dreier und medial vom Vierer. Zu seiner MRI-Untersuchung hielt Dr. E. ___ sodann im entsprechenden Untersuchungsbericht vom 4. Dezember 2012 fest, es sei lediglich auffällig, dass der Sinus tarsi, wo das Ligamentum interosseum liege, sehr klein sei und eine Vernarbung zeige. Das LFTA (= Ligamentum fibulotalare anterius) sei zwar gezerrt, aber vorhanden. Das Spring Ligament sei ebenfalls vorhanden. Es bestehe sodann weder eine Impingement Situation noch eine Ode (= Osteochondrosis dissecans). Als Diagnosen stellte er schliesslich ein Morton Neurom III, IV rechts nach Supinationstrauma, einen Verdacht auf ein Sinus tarsi-Syndrom rechts sowie eine leichte Tendovaginitis der Peronealsehnen. Beurteilend hielt Dr. E. ___ schliesslich fest, bei der Beschwerdeführerin finde man eigentlich drei Symptomenkomplexe, wobei das Morton Neurom relativ eindeutig sei. Hingegen zeige sich ein etwas aussergewöhnlich dünner und schmaler Sinus tarsi, der ebenfalls druckdolent sei und am meisten Schmerzen mache. Am OSG selbst könnten keine Schmerzen ausgelöst werden, sodass wahrscheinlich eben nicht das Gelenk schuld sei, d.h. kein posttraumatisches Impingement vorhanden sei. Somit sei im ersten Schritt nur das Morton infiltrierte worden. In einem zweiten Schritt werde nun auch noch der Sinus tarsi infiltrierte, um die Vernarbung und damit auch die Schmerzen zu lösen (act. M3).

3.2 Laut Untersuchungsbericht von Dr. E. ___ ist davon auszugehen, dass die anfänglich radiologisch erhobene Bänderzerrung im Bereich des OSG folgenlos verheilt ist und gegenteiliges auch von der Beschwerdeführerin nicht explizit geltend gemacht wird. Eine diesbezügliche Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin über den Leistungseinstellungszeitpunkt hinaus steht mithin nicht zur Diskussion. Ebenfalls unbestritten ist offensichtlich, dass das Morton Neurom - als eigentlich ebenfalls struktureller Gesundheitsschaden - keine Unfallfolge darstellt (vgl. dazu Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 2013, 264. Aufl. Berlin 2012, S. 1359, 1458, unter "Morton-Neuralgie" bzw. "Neurom"; Roche Lexikon Medizin, 5. Aufl. München 2003, S. 1245, 1320, unter "Morton-Neuralgie" bzw. "Neurom"). In der Einsprache vom 21. Mai 2013 erklärte die Beschwerdeführerin ausserdem, dass das Morton Syndrom nicht das Problem ihrer Beschwerden gewesen sei (act. K8). Diskutiert wird hingegen in den medizinischen Akten, ob der - insbesondere auch von der Beschwerdeführerin als zentral dargestellte (act. K8, act. G 5) - Schmerz im Bereich des Sinus tarsi auf das Unfallereignis vom 14. Juni 2012 zurückzuführen ist.

3.3 Dr. F. ___ betrachtet in seiner Beurteilung vom 21. Februar 2013 einen Kausalzusammenhang zwischen dem Sinus tarsi-Schmerz und dem Unfallereignis vom 14. Juni 2012 lediglich als möglich, nicht jedoch als überwiegend wahrscheinlich. Zur Begründung führt er an, eine

Infiltration am 7. Dezember 2012 in den Sinus sei mit Beschwerdefreiheit quittiert worden. Da der Sinus nicht verletzt worden sei, sei auch keine Unfallkausalität zu begründen (act. M6). Dr. E.____ hält demgegenüber in seiner Stellungnahme vom 17. September 2013 fest, dass es sich primär um ein Unfallgeschehen handle, da der Sinus tarsi bzw. das Syndrom und die Einklemmung eindeutig vom Unfall her kämen, was auch in der Literatur bekannt sei. Es seien nun die Infiltration des Sinus tarsi sowie eine Röntgenkontrolle geplant. Der Sinus tarsi stehe für ihn im Vordergrund und sei als Folgeerscheinung nach einem Supinationstrauma eindeutig bekannt (act. G 5.2).

3.4 Bei der Würdigung des Aktenberichts von Dr. F.____ ist zu beachten, dass es sich hierbei um eine versicherungsinterne ärztliche Stellungnahme handelt. Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. 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; bestätigt in Urteil des Bundesgerichts vom 23. November 2012, 8C_592/2012, E. 5.3).

3.5 Von Dr. F.____ offensichtlich nicht in Abrede gestellt wird, dass neben unfallfremden Prozessen gerade auch Traumen bzw. Verletzungen als Ursache von Schmerzen im Sinus tarsi in Frage kommen. Wie gesagt, erlitt die Beschwerdeführerin am 14. Juni 2012 eine OSG-Distorsion bei Supinationstrauma (act. M3 ff.). Explizit diese Unfalldiagnose bzw. dieser Unfallmechanismus wird von Dr. E.____ sowie in der Literatur (vgl. Roche Lexikon Medizin, a.a.O., S. 1707) als bekannte Ursache eines Sinus tarsi-Syndroms angeführt. Nicht ohne weiteres nachvollzogen werden kann sodann die Feststellung von Dr. F.____, der Sinus tarsi sei nicht verletzt worden. Immerhin erhob Dr. E.____ anlässlich seiner MRI-Untersuchung vom 4. Dezember 2012 im Bereich des Sinus tarsi eine strukturelle Auffälligkeit, indem er den Sinus tarsi, wo das Ligamentum interosseum liege, als sehr klein bezeichnete und beim Sinus tarsi eine Vernarbung feststellte. Für die rechtsanwendende Behörde bzw. das Gericht lässt sich gestützt auf die gegebene Aktenlage nicht abschliessend beurteilen, ob es sich beim MRI-Befund von Dr. E.____ mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit um eine Folge des Unfalls vom 14. Juni 2012, eine Spätfolge eines früheren Unfalls oder um eine unfallfremde Gesundheitsschädigung handelt. In der Beurteilung von Dr. F.____ findet sich zumindest keine Auseinandersetzung mit dem Befund von Dr. E.____. Zu diesem Punkt sind mithin weitere Abklärungen erforderlich, zumal Dr. E.____ das Sinus tarsi-Syndrom in seiner Stellungnahme vom 17. September 2013 ausdrücklich als vom Unfall herkommend bezeichnete und die medizinischen Akten damit gegensätzliche fachärztliche Auffassungen enthalten. Auch mit der Argumentation der Beschwerdegegnerin im angefochtenen Einspracheentscheid, bezüglich des Sinus tarsi liege lediglich eine Verdachtsdiagnose vor, welche nicht ausreiche, um eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin auszulösen, lässt sich das Dahinfallen einer Unfallkausalität nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachweisen (vgl. Th. Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrecht, 3. Aufl. Bern 2003, S. 451 f.) bzw. keine zusätzliche Klarheit hinsichtlich Beurteilung des medizinischen Sachverhalts herstellen. Zwar ist in einer Verdachtsdiagnose grundsätzlich nur eine mögliche organische Ursache zu sehen, welche den Beweisanforderungen im Sozialversicherungsrecht nicht genügt (Locher, a.a.O., S. 452 f.). Allerdings kann die fragliche Verdachtsdiagnose im Zeitpunkt ihrer Erwähnung bzw. der Untersuchung vom 30. November 2012 durch Dr. E.____ in dem Sinn verstanden werden, als im damaligen Zeitpunkt noch keine Klarheit darüber bestand, ob die Schmerzen tatsächlich vom Sinus

tarsi herrühren würden. So fand nämlich die Infiltration des Sinus tarsi erst am 7. Dezember 2012 statt (act. M4). Darüber besteht jedoch offensichtlich inzwischen - wie auch von Dr. F.____ bestätigt (act. M6) - Klarheit, womit wiederum noch die Frage zu prüfen ist, ob der Sinus tarsi unfallkausal verändert ist. 3.6 Als untauglich erweist sich schliesslich im konkreten Fall auch der Hinweis der Beschwerdegegnerin auf den Begriff "post hoc ergo propter hoc". Allgemein vermag dieser zwar juristisch gesehen nichts über eine allfällige Unfallkausalität auszusagen (vgl. dazu A. Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2. Aufl. Bern 1989, S. 460 N 1205; SVR 2009 UV Nr. 13 S. 52, 8C_590/2007, E. 7.2.4 mit Hinweisen). Doch ist in Bezug auf den konkreten Fall zu berücksichtigen, dass die Beschwerdeführerin am 14. Juni 2012 einen Unfall durchmachte, der zu einem Sinus tarsi-Syndrom führen kann, über den 31. August 2012 hinaus unter Schmerzen im Bereich der Sprunggelenke gelitten hat und angesichts der vorliegenden medizinischen Akten Zweifel an der Schlüssigkeit der Feststellung von Dr. F.____ bestehen, der Sinus tarsi sei anlässlich des Unfalls vom 14. Juni 2012 nicht verletzt worden. Die blosse zeitliche Abfolge stellt nur in solchen Fällen einen ungenügenden Beweis dar, in denen das Vorliegen einer strukturellen Verletzung mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit verneint werden kann. Im konkreten Fall trifft dies, wie gesagt, nicht zu. 3.7 Nach dem Gesagten lässt die medizinische Aktenlage nicht darauf schliessen, dass das Unfallereignis vom 14. Juni 2012 mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit per 31. August 2012 jede - auch nur teilweise - kausale Bedeutung hinsichtlich der darüber hinaus von der Beschwerdeführerin geklagten Fussbeschwerden rechts verloren hat. Die Sache ist daher zu einer unabhängigen spezialärztlichen Beurteilung der Unfallkausalität der ab 1. September 2012 geklagten Beschwerden an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

E. 4

4.1 Im Sinne der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Aufhebung des Einspracheentscheids vom 2. Juli 2013 teilweise gutzuheissen und die Streitsache zu ergänzender Abklärung im Sinn der Erwägungen und anschliessend neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. 4.2 Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Eine Parteientschädigung ist der nicht durch einen Rechtsanwalt vertretenen Beschwerdeführerin nicht zuzusprechen. Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP entschieden: 1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid vom 2. Juli 2013 aufgehoben und die Streitsache zu ergänzenden medizinischen Abklärungen im Sinn der Erwägungen und anschliessend neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. 2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

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