

SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2014/2 vom 17. August 2009

Sg Versicherungsgericht, 2009-08-17, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2014_2

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2014/2 du 17 août 2009

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2014/2 del 17 agosto 2009

Regeste

Art. 6 UVG: Verneinung einer unfallbedingten Knietotalprothesenlockerung, insbesondere wegen fehlender Tangierung des Knies durch den Unfall. Überwiegend wahrscheinlich infektbedingte Prothesenlockerung (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 6. Februar 2015, UV 2014/2). Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider (Vorsitz), Versicherungsrichter Joachim Huber, Versicherungsrichterin Marie Löhner; Gerichtsschreiberin Della Batliner. Entscheid vom 6. Februar 2015 in Sachen A. ____, Beschwerdeführer, vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Christof Steger, Kriessernstrasse 40, 9450 Altstätten, gegen Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva), Fluhmattstrasse 1, Postfach 4358, 6002 Luzern, Beschwerdegegnerin, betreffend Versicherungsleistungen Sachverhalt:

Erwägungen

E. 1

1.1 Die Beschwerdegegnerin legt im angefochtenen Einspracheentscheid die Bestimmung über die Leistungspflicht des Unfallversicherers nach Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) zutreffend dar. Gleiches gilt in Bezug auf die Ausführungen über die gemäss Art. 6 Abs. 1 UVG geltende Voraussetzung des natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfallereignis und dem Gesundheitsschaden (BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen). Darauf ist zu verweisen. Zu ergänzen ist, dass die Beschwerdegegnerin nur für jene Folgen haftet, die mit dem Unfall auch adäquat kausal zusammenhängen (vgl. BGE 129 V 181 E. 3.2, 117 V 359). Bei physischen Unfallfolgen hat allerdings die Adäquanz gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung (BGE 118 V 291 f. E. 3a). Während es Aufgabe des Arztes ist, den natürlichen Kausalzusammenhang zu beurteilen, obliegt es dem Gericht, die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang zu beantworten (BGE 123 III 110). 1.2 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 die Herkunft eines Beweismittels 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 Hinweis). Auch den Berichten versicherungsinterner Ärzte kann rechtsprechungsgemäss Beweiswert beigemessen werden, sofern sie schlüssig erscheinen,

nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (RKUV 1991 Nr. U 133 S. 312 f. E. 1b).

E. 2

Streitig und zu prüfen ist, ob zwischen der Lockerung der rechtsseitigen Knie-TP und dem Unfall vom 17. August 2009 ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Diese Frage wird von der Beschwerdegegnerin insbesondere gestützt auf die Beurteilung von Dr. H.____ vom 29. Januar 2013 (Suva-act. 106) verneint.

E. 3

3.1 Der Umstand, dass Dr. H.____ seine Beurteilung ausschliesslich aufgrund der Akten abgegeben und den Beschwerdeführer nicht selbst untersucht hat, steht dem Beweiswert seiner Beurteilung nicht entgegen (vgl. dazu RKUV 1988 Nr. U 56 S. 371 E. 5b; Urteile des Bundesgerichts [bis 31. Dezember 2006 Eidgenössisches Versicherungsgericht, EVG] vom 1. Februar 2010, 8C_792/2009, E. 5, und vom 26. Januar 2010, 8C_833/2009, E. 5.1). Dr. H.____ legt die Anamnese ("Sachlage nach Akten") bzw. die Ergebnisse der im konkreten Fall durchgeführten ärztlichen Untersuchungen lückenlos dar. Nicht in Frage zu stellen ist ausserdem seine Fachkompetenz. Die Ärzte der Abteilung Versicherungsmedizin der Suva 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 über besonders ausgeprägte traumatologische Kenntnisse und Erfahrungen. Im Verhältnis zu den Allgemeinpraktikern kommt ihnen eine spezialärztliche Stellung zu, wobei diese neben überwachenden und korrigierenden auch beratende Funktionen umfasst (Urteil des Bundesgerichts vom 3. Oktober 2008, 8C_510/2007, E. 7.5.4). Auch die Beurteilung der Ärzte der Abteilung Versicherungsmedizin ist jedoch nach den allgemeinen Grundsätzen der Schlüssigkeit, Nachvollziehbarkeit, Widerspruchsfreiheit sowie des Fehlens von Indizien, welche gegen die Zuverlässigkeit der spezialärztlichen Beurteilung sprechen, zu beurteilen (vgl. Erwägung 1.2).

E. 3.2

3.2.1 Dr. H.____ diskutiert in seiner Beurteilung zunächst die für die Ursächlichkeit einer Gesundheitsschädigung massgebenden Kriterien des Unfallmechanismus, der Unfalldiagnose bzw. der rechtzeitig erhobenen Befunde und der subjektiv geltend gemachten Beschwerden. Dies in dem Sinne, dass in der Regel nur ein vom Unfall betroffener Körperteil eine Verletzung zeitigen kann. Massgebende Verletzungen führen sodann zu Schmerzen, welche unmittelbar im Anschluss an den Unfall oder zumindest unfallnah auch im entsprechenden Umfang wahrgenommen und im Rahmen einer ärztlichen Untersuchung diagnostiziert werden.

3.2.2 Dr. H.____ erklärt in Darlegung der Akten schlüssig und zutreffend, dass am 17. August 2009 mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (vgl. dazu Th. Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 3. Aufl. Bern 2003, S. 451 f.) kein Unfallereignis mit einer natürlich kausalen Schädigung des rechten Knies stattgefunden hat. In der Schadenmeldung vom 25. August 2009 ist als betroffener Körperteil das rechte Hüftgelenk vermerkt (Suva-act. 0). In einer Notiz der Beschwerdegegnerin über ein Telefongespräch mit dem Beschwerdeführer vom 26. August 2009 ist - wenn auch unter dem Zusatz "etc." - übereinstimmend eine Hüftprellung erwähnt. Weiter sprach der Beschwerdeführer insbesondere vom Hauptproblem, teure Medikamente zu sich nehmen zu müssen (Suva-act.

1). Angesichts dessen, dass der Beschwerdeführer in einem weiteren Telefongespräch vom 25. September 2009 wieder "nur" erklärte - die Beschwerden seien besser geworden, auch wenn er noch ein bisschen Schmerzen habe, und in die Physio gehe er wegen der Hüfte noch nicht (Suva-act. 4) - ist anzunehmen, dass er nach dem Unfall insbesondere Hüftbeschwerden wahrgenommen hatte. In Anbetracht der von Dr. D.____ am 20. November 2009 diagnostizierten Beckenfraktur (Suva-act. 7) ist dies auch nachvollziehbar. Im Arzteugnis UVG vom 4. September 2009 diagnostizierte Dr. C.____ rechtsseitige Kontusionen des Thorax, des Ellbogens sowie des Beckens und erhob als Befunde ein Hämatom am rechten Ellbogen und am Becken rechts sowie einen Thoraxkompressionsschmerz (Suva- act. 3). Das rechte Knie wurde aber auch hier nicht erwähnt, obwohl angesichts der offensichtlichen Betroffenheit verschiedener Körperteile davon auszugehen ist, dass der Beschwerdeführer umfassend untersucht worden war. Dr. H.____ weist ausserdem nachvollziehbar darauf hin, dass beim Beschwerdeführer angesichts seiner Hämophilie mit Sicherheit auch am Knie ein Hämatom nachweisbar gewesen wäre, wenn er sich beim Unfallereignis eine Kniekontusion zugezogen hätte. Schliesslich bezog sich auch Dr. D.____ in seinem Bericht vom 20. November 2009 nicht auf das rechte Knie (Suva-act. 7). Insofern stimmt die dargelegte Aktenlage mit der eigenen Unfallschilderung des Beschwerdeführers in einer E-Mail vom 21. Februar 2012 überein. Er sei auf die rechte Seite/Brust gefallen. Da er sich sofort eine hohe Dosis Faktor VIII gespritzt habe, sei nur ein Bluterguss am rechten Ellbogen sichtbar gewesen. Die Brust und das Becken hätten geschmerzt, aber von aussen sei keine Verletzung sichtbar gewesen (Suva-act. 84/2). Ärztliche Untersuchungen bzw. Beschwerden bezüglich des rechten Knies sind erst ab Januar 2010, also rund ein halbes Jahr nach dem Unfall, aktenmässig dokumentiert (vgl. Suva-act. 9 ff., 83 und 106, S. 9). Dr. I.____ hat den Beschwerdeführer am 25. Januar 2010 wegen Knieschmerzen rechts untersucht, eine Knieschwellung und -überwärmung erhoben und diese als chronische Blutung beurteilt (Suva-act. 83). Je grösser der zeitliche Abstand zwischen dem Unfall und dem Auftreten der gesundheitlichen Beeinträchtigungen ist, desto strengere Anforderungen sind an den Wahrscheinlichkeitsbeweis des natürlichen Kausalzusammenhangs zu stellen. Angesichts des zeitlichen Ablaufs im vorliegenden Fall kann höchstens die Möglichkeit eines Zusammenhangs angenommen werden. In Anbetracht des Gesagten liegen massgebende Indizien für das Fehlen einer damals zusätzlich zur Thorax-, Ellbogen-, Hüft- bzw. Beckenverletzung erfolgten Knieverletzung vor. Auch aus der Begründung des Beschwerdeführers, die echtzeitliche Nichterwähnung von Kniebeschwerden sei damit zu erklären, dass diese gegenüber den sehr starken Schmerzen im Becken im Hintergrund gestanden hätten, lässt sich keine überwiegend wahrscheinliche Tangierung des rechten Knies ableiten. Im Einzelfall ist es zwar denkbar, dass sich eine strukturelle Verletzung im Ereigniszeitpunkt nicht derart schmerzhaft zeigt, dass sie wahrgenommen wird, oder bei Erleiden mehrerer Verletzungen zunächst der schwersten Verletzung am meisten Beachtung geschenkt wird, und die ärztliche Feststellung damit in beiden Fällen erst in einem späteren Zeitpunkt erfolgt. Wie bereits erwähnt, tritt jedoch im Regelfall eine massgebende Verletzung im Anschluss an den Unfall oder zumindest unfallnah mit den entsprechenden Schmerzen und Funktionseinschränkungen zutage und wird von ärztlicher Seite auch erkannt. Dr. H.____ weist zudem schlüssig darauf hin, dass eine Überlagerung eines unfallbedingten Gesundheitsschadens im Bereich des rechten Knies durch die Beckenkontusion mit vorderer unverschobener Beckenringfraktur angesichts dessen, dass der Beschwerdeführer anlässlich des Telefongesprächs vom 25. September 2009 von einer Besserung der

Beschwerden und nur noch wenigen Schmerzen berichtet habe (Suva-act. 4), kaum möglich sei (Suva-act. 106, S. 16).

3.2.3 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die einleitend in Erwägung 3.2.1 genannten und von Dr. H.____ diskutierten Kausalitätskriterien im konkreten Fall mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit gegen eine Unfallkausalität der gelockerten rechtsseitigen Knie-TP sprechen.

3.3 Diese Beurteilung wird besonders auch dadurch gestützt, dass im vorliegenden Fall entscheidende Hinweise für eine bestimmte unfallfremde Ursächlichkeit vorliegen.

3.3.1 In den Operationsberichten der Uniklinik Balgrist vom 12. Januar 2011 (Suva-act. 77) und 25. März 2011 (Suva-act. 75) wurde die Diagnose einer septischen Lockerung gestellt, nachdem sich in den intraoperativen Proben vom 12. Januar 2011 ein kultureller Nachweis von vergrünenden Streptokokken (*Granulicatella para-adiacens*) ergeben hatte (Suva-act. 76). Laut Bericht der J.____ vom 21. September 2010 war bereits bei einem intraoperativen Abstrich vom 1. September 2010 in der Anreicherung Wachstum von *Granulicatella para-adiacens* festgestellt worden (Suva-act. 92). Nachfolgend hatte Dr. F.____ in seinem Bericht vom 5. Oktober 2010 davon gesprochen, dass in Anbetracht der gegebenen Sachlage von einer Infektsituation ausgegangen werden müsse (Suva-act. 71). Laut Dr. H.____ ist die häufige Ursache einer schleichenden Implantatlockerung ein so genannter low-grade Infekt. Mit dem Begriff low-grade Infektion sei eine chronisch verlaufende Minimal-Infektion gemeint, die zum Beispiel in den Grenzflächen zwischen einer Prothese und dem umgebenden Knochen auftreten könne. Dr. H.____ prüft das Bestehen eines low-grade Infekts bzw. die Vereinbarkeit der vorliegenden Sachlage mit einer infektbedingten Prothesenlockerung. Dies nachvollziehbarerweise anhand der Bildmorphologie, der Laborwerte und der Bakteriologie.

3.3.2 Dr. H.____ analysiert zunächst die Röntgenbilder der Uniklinik Balgrist vom 18. Februar 2010. Die Aufnahmen würden im seitlichen Strahlengang eine Migration des femoralen Prothesenstiels nach ventral, begleitet von einer Periostreaktion über der ventralen Kortikalis, zeigen. Dr. F.____ schreibe sodann in ihrem Bericht vom 7. Juli 2010 von einem "deutlichen" Schwingungsraum des tibialen Sterns mit deutlicher Arosion der anterioren Femurkortikalis (Suva-act. 12). Er, Dr. H.____, erachte die ursprüngliche Kortikalis auf der Ventralseite des Femurschafts in ihrer Stärke um die Hälfte gemindert. Dorsal des femoralen Prothesenstiels finde sich ein Hohlraum, der das ursprüngliche Lager des femoralen Prothesenstiels darstelle. Dieser grosse Hohlraum sei biomechanisch nicht durch eine stattgehabte Fissur zu erklären. Es handle sich um eine Prothesenmigration, die über einen längeren Zeitraum stattgefunden habe und nicht die Folge eines Akutereignisses sei. Der Befund sei dagegen vereinbar mit einer septischen Lockerung. Im ap-Strahlengang sei ebenfalls eine kortikale Reaktion in der Umgebung des Prothesenschafts zu erkennen. In dieser Ebene sei der Schaft nach lateral gewandert. Nach bildmorphologischen Kriterien sei die Reaktion der Femurkortikalis mit einer Infektion vereinbar. Auch der Saum um die Kortikalisschrauben, die anlässlich der Wechseloperation vom Mai 2008 eingebracht worden seien, spreche für eine Lockerung, die mit einer Infektion vereinbar sei. Die restlichen Abbildungen würden seine Ausführungen verdeutlichen. Auf einer Abbildung sei ausserdem der Lysesaum um die Schrauben besser erkennbar. In Bezug auf den Bericht über die computertomographische Untersuchung vom 12. April 2010 (vgl. Suva-act. 10) stellt Dr. H.____ sodann fest, dass darin eine geographische Osteolysezone von 2,4 x 1,2 x 1,7 cm Grösse im Bereich des rechten Schienbeinkopfs beschrieben werde. Auch dieser Befund sei vereinbar mit einer Infektion. Ergänzend fügt er an, dass der von den Ärzten der Uniklinik Balgrist am 23. August 2010 angeblich gegenüber dem Beschwerdeführer verwendete

Ausdruck - seine Prothese "schwimme" (vgl. Suva-act. 14) - vermuten lasse, dass sich im Interface zwischen Prothesenstiel und Knochen Flüssigkeit befinde. Mit hoher Wahrscheinlichkeit handle es sich dabei um infizierte Flüssigkeit. - Dr. H.____ legt seinen Standpunkt einer eine infektbedingte Prothesenlockerung ausweisenden Bildmorphologie mit einlässlicher Begründung nachvollziehbar und überzeugend dar. Er erläutert konkret, auf welchen Befunden seine Schlussfolgerung basiert, wobei insbesondere auffällt, dass die einzelnen Befunde ein übereinstimmendes Bild abgeben. Es liegen keine Anhaltspunkte vor, die geeignet wären, Zweifel an seiner Beurteilung zu begründen. Dabei ist zu beachten, dass ein Infekt beim Beschwerdeführer eine medizinisch belegte Tatsache darstellt (vgl. Erwägung 3.3. und nachfolgende Erwägung 3.3.2), womit bereits ein beweiskräftiger Anhaltspunkt für eine infektbedingte Prothesenlockerung vorliegt. Im Übrigen ist zu wiederholen, dass bereits die Uniklinik Balgrist von einer solchen ausgegangen ist und die Beurteilung von Dr. H.____ die Diagnose der Klinik nochmals bestätigt. Es liegen damit zwei im Einklang stehende ärztliche Beurteilungen vor. 3.3.3 Dr. H.____ räumt ein, dass die Explantation der gelockerten Prothese erst im Januar 2011 erfolgt sei (vgl. dazu Suva-act. 76 f.). Untersuchungen des Knies und die Diagnose einer Knie-TP-Lockerung waren demgegenüber bereits ab Januar 2010 durchgeführt worden (Suva-act. 83) bzw. im April 2010 bekannt (Suva-act. 11). Angesichts dieser langen Latenzzeit und der Annahme, dass eine Infektion zur TP-Lockerung geführt haben soll, äussert sich Dr. H.____ richtigerweise auch zur Frage, weshalb die Explantation der gelockerten Prothese erst im Januar 2011 erfolgt ist. Es könnte argumentiert werden, dass sich die Infektion erst im weiteren Verlauf manifestiert habe - beispielsweise nach der Stichinzision (vgl. Suva-act. 20) - und dass die Infektion nicht ursächlich für die Prothesenlockerung sei. Dr. H.____ entkräftet diese Argumentation, indem er gestützt auf die medizinischen Akten nachvollziehbar begründet, dass die Entzündungsparameter im Januar 2010 bereits stark erhöht gewesen seien. In seinem Bericht vom 3. September 2010 sprach Dr. D.____ von einer Weichteilschwellung, die sich zwischenzeitlich über der Tibia entwickelt habe und die verdächtig für ein Serom/Hygom sei. Er erklärte, dass eine low-grade Infektion nie sicher ausgeschlossen werden könne (Suva-act. 19). Die Feststellung von Dr. H.____, die nachfolgende Stichinzision sei offensichtlich erfolgt, um eine mögliche, zu diesem Zeitpunkt bereits bestehende Infektion abzuklären, überzeugt. Für eine seit längerem, vor dem Zeitpunkt der Punktion/Inzision (entgegen dem von Dr. H.____ angeführten Datum 1. Oktober 2010 dürfte diese wohl am 1. September 2010 stattgefunden haben; vgl. dazu Suva-act. 72/7, 73/2 f.) bestehende aktive Infektion spricht sodann laut ihm das Ergebnis der Laboruntersuchung vom 25. Januar 2010, welches einen um mehr als das Zehnfache erhöhten CRP-Wert (57.5 mg/l) - dies sei ein Entzündungsparameter - ausweise (Suva-act. 72/10). Dr. I.____ widersprach dieser Feststellung nicht (act. G 9.1). Aus der medizinischen Literatur kann zwar nicht gefolgert werden, dass der konkrete CRP-Wert den CRP-Grenzwert um das zehnfache übersteigen soll (vgl. dazu Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch 2013, 264. Aufl. Berlin 2012, S. 426, wo von einem Referenzbereich von 10 mg/l ausgegangen wird; Roche Lexikon, Medizin, 5. Aufl. München 2003, S. 374; http://flexikon.doccheck.com/de/C-reaktives_Protein, abgerufen am 5. Dezember 2014). Dennoch ist von einer massgeblichen CRP-Erhöhung auszugehen. Am 4. Oktober 2010 lag der CRP-Wert nur noch bei 21 mg/l, jedoch ebenfalls über dem Grenzwert (Suva-act. 72/1, 72/10). Am 14. Oktober 2010 erhöhte sich der CRP-Wert wieder auf 49.7 mg/l (Suva-act. 72/4). Diese Schwankungen begründete Dr. H.____ einleuchtend mit der dem Beschwerdeführer nach der Punktion/Inzision verabreichten Antibiose (vgl. Suva-act. 20,

24). bzw. der 10 Tage vor der Bestimmung gestoppten Antibiotikatherapie (vgl. dazu Pschyrembel, a.a.O., S. 110; Roche Lexikon, a.a.O., S. 92; vgl. Suva-act. 62). Am 4. Oktober 2010 war beim Beschwerdeführer in der Schulthess Klinik ausserdem ein ebenfalls einer Infektsituation entsprechender, sezernierender Pseudotumor über der Tuberositas Tibiae rechts diagnostiziert worden (Suva-act. 24).

3.3.4 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass aufgrund der medizinischen Akten sowie gestützt auf die überzeugenden Ausführungen von Dr. H.____ im Zeitpunkt der Diagnose der Knie-TP-Lockerung ein Infekt vorlag, der auf eine infektbedingte Prothesenlockerung schliessen lässt. Mit dem Infekt liegt eine nachvollziehbare Ursache für eine Knie-TP-Lockerung vor, welche eine unfallbedingte TP-Lockerung mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ausschliessen lässt.

E. 4

Anderslautende ärztliche Beurteilungen, welche die Beurteilung von Dr. H.____ in Frage zu stellen vermöchten, liegen keine vor.

4.1 Dr. D.____ hielt in seinem Überweisungsbericht vom 22. April 2010 an Dr. F.____ fest, seines Erachtens handle es sich hier um eine primär nicht erkannte periprothetische Fissur, welche dann zur Lockerung geführt habe. Dafür spreche, dass der Beschwerdeführer drei Monate vorher (vor dem Unfall) beschwerdefrei gewesen sei und die Röntgenbilder vom 15. Mai 2009 auch keine Osteolysen gezeigt hätten (Suva-act. 11). In seinem Bericht vom 16. Januar 2009 hatte Dr. D.____ bestätigt, dass das aktuelle Röntgenbild eine korrekte Lage der Prothesen ohne Lockerung gezeigt habe (Suva-act. 93). Hinsichtlich der Osteolysen ist zunächst anzufügen, dass intraoperativ beim Knie-TP-Wechsel rechts vom 22. Mai 2008 immerhin auf riesige Osteolysen hingewiesen worden war (Suva-act. 91). Damit steht zumindest die Frage im Raum, ob die Osteolysen bei der fraglichen Operation gänzlich gestoppt und wieder aufgebaut werden konnten. Ein Bericht betreffend die Röntgenuntersuchung vom 15. Mai 2009 oder ein unmittelbar postoperativ erstelltes Versorgungsbild, welche nunmehr das Nichtvorhandensein von Osteolysen zeigen würden, ist den Akten nicht beigelegt (vgl. auch in Suva-act. 106/3 nicht anamnestisch festgehalten, Suva-act. 106/11). Die Aussagen von Dr. D.____ erfolgten sodann zu Beginn des Abklärungsprozesses unter Annahme einer Unfallkausalität betreffend die Kniebeschwerden des Beschwerdeführers und wurden nachfolgend durch die verschiedenen Abklärungen bzw. entsprechenden Ergebnisse betreffend Infekt überholt. Nachdem sich eine Weichteilschwellung entwickelt hatte, stellte auch Dr. D.____ fest, dass eine low-grade Infektion nie ganz ausgeschlossen werden könne, und punktierte den Befund, um einen bakteriologischen Abstrich zu gewinnen (Suva-act. 19). Dr. H.____ hält sodann in seiner Beurteilung schlüssig fest, dass es sich bei der von Dr. F.____ im Bericht vom 7. Juli 2010 (Suva-act. 12) in der Anamnese angeführten intraoperativ beschriebenen Fissur des distalen Femurs, die mit einer Schrauben-Osteosynthese versorgt worden sei, um eine intraoperative Fissur infolge des Prothesenwechsels im Mai 2008 handle. Die von Dr. D.____ erwogene perioprothetische Fissur nach dem Unfallereignis vom 17. August 2009 werde dagegen nicht erwähnt. Der Satz von Dr. F.____, die Situation, insbesondere femoral, sei kritisch, sodass an eine spontane Perforation/Fraktur zu denken sei, bezieht sich schliesslich auf ein Risiko, das sich noch nicht verwirklicht hat.

4.2 Die von Dr. I.____ in ihrem Bericht vom 14. April 2014 dargestellte Kausalitätskette - Unfall; eine danach echtzeitlich nicht sofort erkannte Verletzung im Beckenbereich; eine damit vermutungsweise verbundene Fehl- oder Überbelastung; eine daraus resultierende Lockerung der Knie-TP; hieraus wiederum ausgelöste chronische Kniegelenksblutungen, die als Risikofaktor für den Protheseninfekt denkbar sind - kann nur als möglicher, jedoch

nicht überwiegend wahrscheinlicher Sachverhalt gelten (act. G 9.1). Nur vermutete oder denkbare Kausalitäten vermögen den im Sozialversicherungsrecht geltenden Anforderungen an den Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nicht zu genügen (Th. Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 3. Aufl. Bern 2003, S. 451 f.). Dr. H.____ widerlegt im Übrigen in seiner Beurteilung vom 22. Mai 2014 überzeugend die Schlüssigkeit der von Dr. I.____ beschriebenen Kausalitätskette, indem er bereits deren Ausgangspunkt - die mit der Beckenfraktur verbundene Überlastung - als nicht nachvollziehbar betrachtet. Schmerzbedingt führe die vorliegend erlittene vordere Beckenringfraktur (undislozierte Schambein- und Sitzbeinfraktur) zur Schonung des gleichseitigen, hier rechten Beins, weil die Frakturen den vorderen Abschnitt der rechten Beckenhälfte betroffen hätten. Die zu beurteilende, gelockerte Knieprothese sei im rechten Kniegelenk implantiert gewesen. Es sei damit zu erwarten, dass auch die rechtsseitige Knieendoprothese eher entlastet als überlastet worden sei (act. G 13). Dr. H.____ ist als Fachorthopäde befähigt, Fragen des Bewegungsapparates zu beantworten, wohingegen Dr. I.____ als Hämatologin diesbezüglich wohl keine Fachkenntnisse mitbringt. 4.3

Auszuschliessen ist sodann mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit eine Unfallkausalität im Sinne einer unfallabhängigen Infektion. In seiner E-Mail vom 21. Februar 2012 schilderte der Beschwerdeführer, er sei auf einen Teppich gestürzt, sei warm angezogen gewesen, es sei nur am Ellbogen ein Hämatom sichtbar gewesen und Schürfwunden habe er keine gehabt (Suva-act. 84/2). Dr. D.____ bestätigte in seinem Bericht vom 3. September 2010 zudem, dass die Weichteilschwellung über der Tibia nicht offen gewesen sei (Suva-act. 19). Dr. H.____ zieht aus dieser Aktenlage den überzeugenden Schluss, dass primär am Kniegelenk keine äusseren Verletzungen sichtbar gewesen seien. Es habe keine Eröffnung der Haut stattgefunden, durch welche Keime in die Tiefe hätten gelangen können. Ebenfalls aktengemäss hält er fest, dass äusserlich sichtbare Veränderungen im Bereich des rechten Knies in deutlichem Abstand zum inkriminierten Unfallereignis aufgetreten seien (vgl. Suva-act. 19: Weichteilschwellung; Suva-act. 20: aprikosengrosses Hygrom, Schwellung; Suva-act. 24: Pseudotumor) und im Übrigen durch das Unfallereignis selber auch nicht erklärbar wären (vgl. Erwägung 3.2; act. G 106). Im Zeitpunkt der von Dr. F.____ im Bericht vom 5. Oktober 2010 erwähnten sezernierenden Wunde im Bereich des Pseudotumors (Suva-act. 24) war schliesslich ein Infekt bereits nachgewiesen (vgl. dazu Erwägung 3.3.1 f.). In seiner Beurteilung vom 22. Mai 2014 (act. G 13) weist Dr. H.____ ausserdem zutreffend darauf hin, dass auch Dr. I.____ von einem höchstwahrscheinlich nicht von aussen durch die Haut eingedrungenen Infekt ausgehe (vgl. act. G 9.1).

E. 5

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass in den Akten - abgesehen von der zeitlichen Abfolge des Unfalls vom 17. August 2009 und der nachfolgenden Knieschmerzen rechts - keine richtungweisenden Anhaltspunkte zu finden sind, welche eine mehr als nur mögliche Unfallkausalität der Knie-TP-Lockerung als gegeben erscheinen lassen. Vielmehr liegen bedeutende Hinweise für eine infektbedingte TP-Lockerung vor. Die Beweisführung, dass Gesundheitsschädigungen unfallbedingt sein müssen, weil sie nach dem Unfall aufgetreten sind ("post hoc ergo propter hoc"), ist nach ständiger Rechtsprechung für sich allein nicht ergiebig (vgl. U. Kieser, ATSG-Kommentar, 2. Aufl. Zürich 2009, N 43 f. zu Art. 4; A. Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2. Aufl. Bern 1989, S. 460 N 1205; BGE 119 V 341 f. E. 2b/bb; SVR 2009 UV Nr. 13 [8C_590/2007], S. 52, E. 7.2.4;). Mit der in jeder Hinsicht überzeugenden Beurteilung von Dr. H.____ steht mit dem Beweisgrad der

überwiegenden Wahrscheinlichkeit fest, dass zwischen den ab Januar 2010 aktenkundigen Kniebeschwerden rechts mit nachfolgender Einsetzung einer Revisionsprothese und dem Unfallereignis vom 17. August 2009 kein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Demgemäss ist ein Anspruch des Beschwerdeführers auf diesbezügliche Leistungen der Beschwerdegegnerin abzuweisen.

E. 6

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP entschieden: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

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