

SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2016/7 vom 6. November 2017

Sg Versicherungsgericht, 2017-11-06, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2016_7

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2016/7 du 6 novembre 2017

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2016/7 del 6 novembre 2017

Regeste

Art. 43 Abs. 1 ATSG: Verletzung des Gehörsanspruchs bzw. des Mitwirkungsrechts des Beschwerdeführers in Bezug auf ein von der Beschwerdegegnerin im Einspracheverfahren eingeholtes Gutachten ihres beratenden Arztes verneint; es handelt sich dabei nicht um ein Gutachten im Sinne von Art. 44 ATSG. Beweiswert eines Gutachtens eines beratenden Arztes der Beschwerdegegnerin (Objektivität, Befangenheit?). Art. 6 UVG: Prüfung der Unfallkausalität von Kniegelenksbeschwerden anhand verschiedener Anhaltspunkte (zeitlicher Ablauf, Befunde und Diagnosen bzw. radiologische Untersuchungsergebnisse im Zusammenhang mit dem Kniegelenk) (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 6. November 2017, UV 2016/7).

Erwägungen

E. 1

Anfechtungsgegenstand des vorliegenden Verfahrens bildet der Einspracheentscheid vom 13. Januar 2016 (act. 45). Dem Einspracheentscheid liegt die Verfügung vom 15. September 2014 zu Grunde (act. 21) und dieser ging wiederum das formlose Leistungsablehnungsschreiben vom 8. Mai 2014 (act. 11) voraus. In der Verfügung wurde zwar einzig eine Leistungseinstellung per 1. August 2014 - ohne exakte Trennung von Malleolarfraktur und Kniegelenksbeschwerden - bestimmt, welche grundsätzlich die anfängliche Anerkennung von Unfallfolgen und im weiteren Verlauf deren Dahinfallen infolge Heilung bedingt (vgl. ALEXANDRA RUMO-JUNGO/ANDRÉ PIERRE HOLZER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrechts, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2012, S. 54). Und auch im Verfügungssachverhalt wurde in Bezug auf die Behandlungen am Knie missverständlich von einer Ablehnung "weiterer Leistungen" gesprochen. Damit übereinstimmend stellte der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin in der ergänzenden Einsprachebegründung (act. 26) und nachfolgend auch in der Beschwerde (act. G 1) den Hauptantrag, der Beschwerdeführerin seien in Bezug auf die Gelenksbeschwerden am rechten Knie bzw. den Unfall vom 10. Januar 2014 über den 1. August 2014 hinaus Leistungen aus der Unfallversicherung zu erbringen. Im Einspracheentscheid erkannte die Beschwerdegegnerin hingegen eindeutig nur bezüglich der Sprunggelenkfraktur rechts auf eine Leistungseinstellung (hier mit Datum per 13. Juli 2015 gemäss letzter dokumentierter Kontrolluntersuchung in der Klinik für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates des KSSG, act. 40) und wies die Einsprache, "soweit darüber hinausgehend" und damit offensichtlich soweit Leistungen bezüglich der Gelenksbeschwerden am rechten Knie beantragt wurden, von Beginn weg ab. Dies lässt auch die Begründung des Einspracheentscheids erkennen. Gleichermassen hatte die

Beschwerdegegnerin bereits im formlosen Schreiben vom 8. Mai 2014 festgestellt, dass sie für die beklagten Kniegelenksbeschwerden mangels überwiegend wahrscheinlicher Unfallkausalität keine Leistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung erbringen werde. Trotz des obgenannten Hauptantrags des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin in der ergänzenden Einsprachebegründung und der Beschwerde ist denn auch angesichts seiner jeweiligen Argumentation ohne Zweifel anzunehmen, dass im vorliegenden Beschwerdeverfahren unter den Verfahrensparteien nur streitig sein kann und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin in Bezug auf die Kniegelenksbeschwerden rechts im Zusammenhang mit dem Sturzereignis vom 10. Januar 2014 leistungspflichtig ist bzw. ob ein Kausalzusammenhang überhaupt jemals gegeben war.

E. 2

Am 1. Januar 2017 sind die revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) in Kraft getreten. Gemäss Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 werden Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor deren Inkrafttreten ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt. Vorliegend finden daher, nachdem ein Ereignis aus dem Jahr 2014 zur Debatte steht, die bis 31. Dezember 2016 gültigen Bestimmungen Anwendung.

E. 3

Eine Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt voraus, dass die geltend gemachten Kniegelenksbeschwerden rechts zum Unfallereignis vom 10. Januar 2014 in einem natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang stehen (vgl. Art. 6 Abs. 1 UVG; BGE 129 V 181 E. 3.1 f.; RUMO-JUNGO/HOLZER, a.a.O., S. 53 ff.). Für die Beantwortung der Tatfrage nach dem Bestehen natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin ist das Gericht in der Regel auf Angaben ärztlicher Experten oder Expertinnen angewiesen. Die Frage nach adäquaten Kausalzusammenhang ist demgegenüber eine Rechtsfrage, die vom Gericht nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln zu beurteilen ist (BGE 129 V 181 E. 3.1, 123 III 110, 112 V 3; PVG 1984 Nr. 82, 174). Bei physischen Unfallfolgen spielt indessen die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der aus dem natürlichen Kausalzusammenhang sich ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle (BGE 118 V 291 f. E. 3a, 117 V 365 mit Hinweisen; SVR 2000 Nr. 14 S. 45). 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 bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Fachperson begründet und nachvollziehbar sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrage gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 134 V 232 E. 5.a, 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen). Ob ein natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist, beurteilt sich nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit; die blossе Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1 mit Hinweisen, 117 V 360 E. 4a mit Hinweisen; THOMAS LOCHER/THOMAS GÄCHTER, Grundriss des

Sozialversicherungsrechts,

E. 4

4.1 Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin macht in Bezug auf die Gutachten von Dr. G.____ vom 14. August und 27. September 2015 (act. 41 f.) zunächst eine Verletzung des Gehörsanspruchs geltend. Gemäss Art. 43 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) prüft der Versicherungsträger die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein. Bei der Prüfung der Begehren darf er auch den Sachverstand versicherungsinterner bzw. beratender medizinischer Fachpersonen einbeziehen. Bei diesen von beratenden Fachpersonen erstellten Stellungnahmen handelt es sich indessen nicht um Gutachten im Sinne von Art. 44 ATSG; diese Bestimmung ist auf die Berichte beratender Fachpersonen nicht anwendbar (vgl. BGE 136 V 117, 135 V 258 f. E. 3.4.1). Die Beschwerdegegnerin hält mithin in der Beschwerdeantwort vom 23. März 2016 zutreffend fest, dass im vorliegenden Fall keine Mitwirkungsrechte der Beschwerdeführerin verletzt worden sind. Die Beschwerdeführerin erhielt im Übrigen vor Erlass des Einspracheentscheids vom 13. Januar 2016 (act. 45) das rechtliche Gehör, indem ihr die Gutachten von Dr. G.____ vom 14. August und 27. September 2015 (act. 41 f.) mit der Möglichkeit zur Vernehmlassung zugestellt wurden (act. 43).

E. 4.2

4.2.1 Weiter spricht der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin den Gutachten von Dr. G.____ den Beweiswert mit der Begründung ab, dieser sei befangen und voreingenommen gewesen, indem er in seinen Gutachten von seinen bisherigen Kurzbeurteilungen vom 2. Mai 2014 (act. 9), 14. August 2014 (act. 19) und 12. September 2014 (act. 20) nicht habe abweichen können, ohne dass er sich zu diesen zwingend in Widerspruch gesetzt hätte. Es sei offensichtlich und wohl auch der Beschwerdegegnerin völlig klar gewesen, dass Dr. G.____ wenn irgend möglich an seiner vorgefassten Meinung festhalten werde.

4.2.2 Hinsichtlich Berichten und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen bzw. beratender Ärzte und Ärztinnen von Versicherungen gilt der Grundsatz, dass ein Anstellungs- bzw. Vertragsverhältnis dieser Personen zum Versicherungsträger alleine nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen lässt (BGE 125 V 353 E. 3b/ee). Auch aus Art. 6 Ziff. 1 der Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten (EMRK; SR 0.101) folgt nicht, dass solche Stellungnahmen in jedem Fall unbeachtlich wären. Diese Bestimmung gibt keinen formellen Anspruch auf eine versicherungsexterne Begutachtung, wenn Leistungsansprüche streitig sind. Erachtet das Sozialversicherungsgericht die rechtserheblichen tatsächlichen Entscheidungsgrundlagen bei pflichtgemässer Beweiswürdigung als schlüssig, darf es den Prozess ohne Weiterungen - insbesondere ohne Anordnung eines externen Gerichtsgutachtens - abschliessen. In solchen Fällen sind an die Beweiswürdigung jedoch strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen beratender Ärzte und Ärztinnen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 470 E. 4.4, 122 V 162 f. E. 1d).

4.2.3 Für eine Voreingenommenheit oder Befangenheit müssten sich aus den Gutachten von Dr. G.____ objektive Anhaltspunkte ergeben. Im Umstand allein, dass Dr. G.____ vor der Erstellung seiner Gutachten vom 14. August und 27. September 2015 bereits die drei Kurzbeurteilungen vom 2. Mai 2014 (act. 9), 14. August (act. 19) und 12. September 2014 (act. 20) abgegeben hat, kann kein objektiver Anhaltspunkt gesehen werden. Es ist nichts

Aussergewöhnliches, wenn ein Versicherungsträger während des Verwaltungsverfahrens mit zusätzlichem Einspracheverfahren mehrmals mit Fragen an den beratenden Arzt oder die beratende Ärztin gelangt; insbesondere dann, wenn neue Akten eingereicht werden und der beratende Arzt oder die beratende Ärztin - wie im konkreten Fall - gefragt wird, ob sich daraus neue Erkenntnisse ergeben würden (act. 19), wenn ein neuer Unfall passiert ist und nach den darauf zurückführenden Unfallfolgen gefragt wird (act. 20), oder wenn der beratende Arzt zunächst nur Kurzbeurteilungen abgegeben hat und in einem nachfolgenden Einspracheverfahren um eine umfassende, ausführliche Beurteilung des Schadenfalls ersucht wird (act. 41). Vom Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin wird in keiner Weise dargetan, inwiefern die Beurteilungen von Dr. G.____ nicht neutral und sachlich gewesen sein sollten. Die Berechtigung eines solchen Vorwurfs ist denn auch bezüglich des Gutachtens nicht ersichtlich. Aus der Tatsache, dass ein beratender Arzt oder eine beratende Ärztin nach vorherigen Kurzbeurteilungen ein ausführliches Gutachten erstellt, in welchem er oder sie sich mit den massgebenden medizinischen Fragen eingehender auseinandersetzt und zum selben Ergebnis wie zuvor gelangt, kann jedenfalls nicht der Vorwurf abgeleitet werden, es habe nicht von der früheren Beurteilung abgewichen werden wollen. Genauso gut kann darin ein Hinweis auf die Zuverlässigkeit der ärztlichen Beurteilung gesehen werden.

4.3 Widersprechen Berichte behandelnder Ärzte und Ärztinnen dem von der Verwaltung eingeholten Gutachten, ist die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlichen bestellten fachmedizinischen Experten andererseits zu beachten (BGE 124 I 175 E. 4; Urteil des Bundesgerichts vom 13. Juni 2001, I 506/00). Ein medizinisches Administrativ- oder Gerichtsgutachten kann nicht stets dann in Frage gestellt und zum Anlass weiterer Abklärungen genommen werden, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben aber Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige - und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende - Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 27. Mai 2008, 9C_24/2008, E. 2.3.2, 27. November 2006, I 663/05, E. 2.2.2, 2. August 2006, U 58/06, E. 2.2 in fine, und 13. März 2006, I 676, E. 2.4). Es sind mithin in jeder ärztlichen Konstellation Anhaltspunkte zu beachten, die die Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen als nicht schlüssig erscheinen lassen (vgl. BGE 135 V 470 E. 4.5 f.; vgl. auch Urteile des Bundesgerichts vom 1. Oktober 2013, 4A_172/2013, E. 3.3 mit weiteren Hinweisen, 12. Februar 2010, 8C_907/2009, E. 1.1., und 27. Mai 2008, 9C_24/2008, E. 2.3.2).

4.4 Schliesslich ist darauf hinzuweisen, dass auch reine Beurteilungen bzw. Gutachten aufgrund der Akten, wie sie vorliegend von Dr. G.____ erstellt wurden, beweiskräftig sein können, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich fest stehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (Urteil des Bundesgerichts vom 18. Juni 2014, 9C_196/2014, E. 5.1.1).

4.5 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass kein Anlass besteht, den Beurteilungen von Dr. G.____, insbesondere dessen Gutachten vom 14. August und 27. September 2015 (act. 41 f.), von vornherein jegliche Aussagekraft abzuspochen. Massgebend ist, dass die Überprüfung der Beweiskraft sämtlicher Akten bzw. die gesamte Beweiswürdigung auf die überwiegend wahrscheinliche Beantwortung der materiell-rechtlichen Frage ausgerichtet ist, ob zwischen dem Unfall vom 10. Januar 2014 und den von der Beschwerdeführerin geklagten Kniegelenksbeschwerden rechts ein

natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Unter diesem Aspekt gilt es nachfolgend sowohl den Beweiswert der Beurteilungen bzw. Gutachten von Dr. G.____ als auch die Berichte der behandelnden Ärzte der Beschwerdeführerin zu überprüfen.

E. 5

5.1 Dr. G.____ hat in seinen Beurteilungen vom 2. Mai 2014 (act. 9) und 14. August 2014 (act. 19) sowie im Gutachten vom 14. August 2015 (act. 41/24 ff.) insbesondere auf die lange Latenzzeit von rund zehn Wochen bis zur erstmaligen Dokumentation von Kniegelenksbeschwerden rechts nach dem Unfallereignis hingewiesen und diesen zeitlichen Ablauf als Anhaltspunkt gegen eine Unfallkausalität gewertet. 5.2 Dr. G.____ hält sachverhaltsmässig zutreffend fest, dass die Beschwerdeführerin laut ärztlichem Zeugnis von Dr. D.____ vom 23. April 2014 (act. 8) erstmalig bei einer Konsultation vom 23. März 2014 zusätzlich zur - hier unstrittigen - OSG- und Ellbogenproblematik auch über Kniegelenksbeschwerden rechts geklagt habe. Weder in der Unfallmeldung UVG vom 10. März 2014 (act. 1) noch im Erstbericht der Zentralen Notfallabteilung des KSSG vom 13. Januar 2014 (act. 3) wurden das Knie oder das Kniegelenk erwähnt. Es fanden weder diesbezügliche Untersuchungen noch Therapien statt. Die Behandlung richtete sich ausschliesslich auf das rechte OSG. Ausserdem ist festzuhalten, dass in der Zentralen Notfallabteilung des KSSG - neben der diagnostizierten Malleolarfraktur - auch die Befunde einer diffusen Dysästhesie am rechten Unterschenkel mediallyseits sowie am Oberschenkel mediallyseits (vorbestehend) erhoben wurden. Die Untersuchungen fokussierten sich offenbar nicht nur auf das OSG rechts, sondern auf das ganze rechte Bein. Daraus ist abzuleiten, dass Kniegelenkschmerzen oder zumindest äussere Gesundheitsschäden im Bereich des rechten Knies, sofern sie vorhanden gewesen wären, wohl aufgefallen und thematisiert worden wären. Zwar hielt Dr. D.____ im obgenannten ärztlichen Zeugnis fest, die Beschwerdeführerin habe erklärt, dass die Knieschmerzen schon unmittelbar nach der Malleolarfraktur rechts aufgetreten seien; sie habe diese jedoch immer als Folge der Malleolarfraktur betrachtet (act. 8). Es erscheint nicht abwegig, dass eine verunfallte Person zunächst einer schwerwiegenderen strukturellen Verletzung mehr Beachtung schenkt als Schmerzen, welche nicht unmittelbar den strukturell verletzten Körperteil betreffen; dies vor allem dann, wenn letztere mit der Verletzung in einem Zusammenhang stehen könnten. Letztlich bleibt jedoch die Erklärung der Beschwerdeführerin lediglich eine Behauptung, welche sich zumindest anhand der vorliegenden Akten nicht bestätigen lässt. Deren Glaubhaftigkeit ist - wie von Dr. G.____ festgehalten - insofern fraglich, als die Beschwerdeführerin vor dem 23. März 2014 mehrmals und regelmässig ihren Hausarzt Dr. D.____ konsultiert (vgl. act. 10), diesem aber offensichtlich nie über Kniebeschwerden berichtet hatte. Auch wenn die Beschwerdeführerin angeblich die Knieschmerzen nicht einer eigentlichen Knieverletzung, sondern zunächst der Malleolarfraktur zuordnet hat, wäre zu erwarten gewesen, dass sie Dr. D.____ die verschiedenen, sich ihr bemerkbar gemachten Beschwerden beschreibt. 5.3 Es liegt mithin einzig die subjektive Angabe der Beschwerdeführerin vor, welche dem Wahrscheinlichkeitsbeweis nicht zu genügen vermag. Der zeitliche Zusammenhang stellt einen bedeutsamen Umstand im Rahmen der Kausalitätsbeurteilung dar. So erscheint es offensichtlich, dass eine beim Unfall erlittene Verletzung im Regelfall zu Schmerzen führt und unmittelbar im Anschluss an den Unfall oder zumindest unfallnah auch wahrgenommen und im Rahmen einer ärztlichen Untersuchung beschrieben wird. Die Anforderungen an den Beweis des natürlichen Kausalzusammenhangs im Grad der Wahrscheinlichkeit sind strenger, je grösser der zeitliche Abstand zwischen dem Unfall und

dem Eintritt bzw. der Objektivierung einer Schädigung ist (RKUV 1997 Nr. U 275 S. 191 E. 1c; Urteil des Bundesgerichts vom 26. September 2008, 8C_102/2008, E. 2.2). Dieser Grundsatz ist insbesondere in denjenigen Fällen zu beachten, in welchen nach einer längeren Latenzzeit radiologisch nur Befunde erhoben werden konnten, welche - wie im vorliegenden Fall - keiner eindeutigen frischen Verletzung wie einer Fraktur oder ligamentären Ruptur entsprechen (vgl. act. 8, 16, 29), sondern verschiedene Ursachen - traumatische, degenerative oder krankhafte - haben können (vgl. dazu nachfolgende Erwägung 6).

5.4 Der Einwand des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin in der Einsprache vom 16. Oktober 2014 (act. 24/4) - es komme nicht selten vor, dass ein Unfall mehr oder weniger lang nach Abschluss der Heilbehandlung neue gesundheitliche Störungen verursache; für solche Spätfolgen sei der Unfallversicherer gemäss Art. 11 UVV leistungspflichtig - ist zwar im Grundsatz nicht in Abrede zu stellen. Spätfolgen schliessen jedoch begrifflich an ein bestehendes Unfallereignis bzw. an eine erlittene Unfallverletzung an (vgl. dazu RUMO-JUNGO/HOLZER, a.a.O., S. 78), wofür der zeitliche Ablauf im konkreten Fall gerade nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit spricht.

5.5 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass Dr. G.____ in seinen Beurteilungen vom 2. Mai 2014 (act. 9) und 14. August 2014 (act. 19) sowie im Gutachten vom 14. August 2015 (act. 41/24 ff.) aufgrund der obigen Sachlage - der rund zehnwöchigen Latenzzeit bis zur erstmaligen Erwähnung von Kniegelenksbeschwerden rechts - zum überzeugenden Ergebnis gelangte, der zeitliche Ablauf spreche nicht für eine überwiegend wahrscheinliche Kausalität zwischen den Kniegelenksbeschwerden rechts und dem Unfallereignis vom 10. Januar 2014.

E. 6

6.1 Einen massgebenden Anhaltspunkt für die Beurteilung des Vorliegens traumatischer Kniegelenksbeschwerden bilden sodann die Befunde und Diagnosen bzw. radiologischen Untersuchungsergebnisse, welche bei der Beschwerdeführerin im Zusammenhang mit dem rechten Kniegelenk erhoben worden sind und welche grundsätzlich als Ursache der Kniegelenksbeschwerden in Frage kommen. Nach einer Auflistung der vollständigen, d.h. lückenlosen Anamnese, befasste sich Dr. G.____ mit diesen im orthopädisch-chirurgischen Gutachten vom 14. August 2015 (act. 41) ausführlich und umfassend, indem er deren grundsätzliches Bestehen und bei Bejahung deren Ursächlichkeit - insbesondere deren Kausalität zum Unfallereignis vom 10. Januar 2014 - beurteilte. Diese Vorgehensweise erscheint logisch und überzeugend und ergibt einen Gesamtüberblick über die Möglichkeiten und Wahrscheinlichkeiten allenfalls vorliegender unfallkausaler Kniegelenksverletzungen.

6.2 Im Zentrum der Frage nach einer beim Unfall vom 10. Januar 2014 im Bereich des rechten Kniegelenks erlittenen Verletzung steht der am 29. März 2014 durch Dr. E.____ erhobene Befund einer ausgedehnten epimetaphysären flächigen Osteodystrophie des Tibiaplateaus posteromedial und ventral akzentuiert (act. 8).

6.2.1 Dr. G.____ stellt nicht das Vorliegen eines auffälligen Befundes als Schmerzverursacher an sich in Frage, sondern konkret das Vorliegen einer Osteodystrophie, indem er darlegt, dass der Begriff "Osteodystrophie des Tibia-Plateaus" im vorliegenden Fall unzutreffend gewählt sei. Die Bezeichnung Osteodystrophie wird laut Dr. G.____ - und wie auch der medizinischen Literatur zu entnehmen ist (vgl. dazu PSCHYREMBEL, Klinisches Wörterbuch, 266. Aufl. Berlin 2014, S. 1558; ROCHE LEXIKON, Medizin, 5. Aufl. München 2003, S. 1379; ALFRED M. DEBRUNNER, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl. Bern 2005, S. 476, 478) - unter orthopädischen Gesichtspunkten bei klar zu beschreibenden Erkrankungen benutzt: renale Osteodystrophie, Osteodystrophia fibrosa

generalisata, Osteodystrophia deformans. Weitere Formen seien bekannt. Keine dieser Veränderungen habe bei der Beschwerdeführerin nachgewiesen werden können; der Hausarzt habe auf telefonische Rückfrage hin ausdrücklich bestätigt, dass keine sonstigen Erkrankungen bekannt seien. Vor diesem Hintergrund hält Dr. G. ___ weiter fest, dass in Anlehnung an die Definition von Dr. I. ___ vom 18. Juli 2014 (act. 29) nur von einer Signalalteration des Knochenmarks im Sinne eines Ödems gesprochen werden sollte (act. G 41/23). Die Ausführungen von Dr. G. ___ erscheinen ohne Weiteres schlüssig und nachvollziehbar, zumal auch Dr. H. ___ im Kostenübernahmegesuch vom 17. Juli 2014 (act. 15) sowie die Ärzte des KSSG im Untersuchungsbericht vom 17. Juli 2014 (act. 16/3) von einem Knochenmarksödem im ventralen Tibiakopfbereich als wahrscheinlichster Ursache der anhaltenden Kniegelenksbeschwerden bzw. einem Knochenmarksödem der proximalen Tibia sprechen.

6.2.2 Dr. G. ___ interpretiert sodann auf den MRI-Bildern vom 29. März 2014 die Ödemlokalisierung anders als Dr. E. ___ (act. 8) und die Ärzte des KSSG (act. 16/3). Diese seien von einer Signalveränderung im epimetaphysären Bereich ausgegangen, was bedeute, dass von einer Veränderung nur der Bereich des die Gelenkflächen tragenden Anteils des Schienbeins (Epiphyse) und die Zone der ehemaligen Wachstumsfuge (Metaphyse) betroffen gewesen wären. Tatsächlich zeigten aber die MRI-Aufnahmen vom 29. März 2014 (act. 8) und die MRI-Kontrolluntersuchung durch Dr. I. ___ vom 18. Juli 2014 (act. 29) auch eine eindeutige Beteiligung des oberen Bereichs des Schienbeinschafts. Die korrekte Lokalisationsangabe müsse also lauten: epi-meta-dia-physäre Signalveränderung (act. 41/22).

6.2.3 Nach der grundsätzlichen Würdigung bzw. Einordnung des am 29. März 2014 mittels MRI erhobenen Befundes einer ausgedehnten epimetaphysären flächigen Osteodystrophie als epi-meta-dia-physäre Signalveränderung bzw. Signalalteration des Knochenmarks im Sinne eines Ödems (vgl. Erwägung 6.2.1 f.) stellte Dr. G. ___ die Frage nach einer allfälligen Verursachung desselben und mangels Vorliegens einer strukturellen Verletzung sowie angesichts des beschriebenen Unfallmechanismus (Sturz auf Treppe [act. 1]) nachvollziehbar die Frage nach einer von der Beschwerdeführerin anlässlich des Unfalls vom 10. Januar 2014 erlittenen Kontusions- oder Distorsionsverletzung. Ödeme können gemäss medizinischer Literatur krankheits- oder traumatisch bedingt sein (vgl. PSCHYREMBEL, a.a.O, S. 1525; ROCHE LEXIKON, a.a.O., S. 1352 f.). Laut Auffassung von Dr. G. ___ spricht die am 29. März 2014 vorgefundene Verteilung der Signalveränderungen im Schienbeinkopfbereich nicht für eine Kontusion oder Distorsion. In einem solchen Fall wäre eine sofortige/primäre Beteiligung vorwiegend in der oberen Hälfte der Epiphyse in irgendeinem der Bereiche in ausgeprägter Form flächig zu erwarten gewesen. Die ausgewählten MRI-Schnitte aus der Untersuchung vom 29. März 2014 würden aber eine Beteiligung "fernab" von der Epiphyse zeigen. Die primären Signalveränderungen fänden sich im Bereich der ehemaligen Wachstumsfuge sowie des darunter liegenden Anteils der Diaphyse. Aus diesem Grunde komme eine Distorsion als Ursache für die vorgefundenen Signaländerungen nicht in Frage, zumal eine knöcherne Verletzung oder unfallbedingte Schädigung der Binnenstrukturen des rechten Kniegelenks nicht beklagt oder nachgewiesen worden seien. Im Falle einer Kontusion oder Prellung wäre eine äussere Verletzung unter Beteiligung der Hautschichten zu erwarten gewesen; dies sei aber eindeutig nicht der Fall gewesen, wie sich aus dem Befundbericht des KSSG vom 13. Januar 2014 (act. 3) ergebe (vgl. dazu nachfolgende Erwägungen 6.2.4 f.). Auch der nachbehandelnde Hausarzt Dr. D. ___ habe offensichtlich weder äusserlich erkennbare Folgen einer Verletzung am Kniegelenk rechts gesehen noch von der Beschwerdeführerin berichtet bekommen (act. 5, 8, 14). Dr. G. ___ zeigt unter

Berücksichtigung der vorliegenden Anamnese schlüssig auf, weshalb im Falle der Beschwerdeführerin ein traumatisches Ödem nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit angenommen werden kann (act. 41/23 f.). Dr. G.____ hat Befunde genannt, welche für ein traumatisches Ödem sprechen würden und dargelegt, dass solche im vorliegenden Fall nicht erhoben werden können. Dies sowie der Umstand, dass das Auftreten von Schmerzen erst mehrere Wochen nach dem Unfall dokumentiert wurden (vgl. Erwägung 5) lassen seine Schlussfolgerung ohne weiteres überzeugend erscheinen. Im Übrigen hat auch Dr. I.____ im MRI-Untersuchungsbericht vom 18. Juli 2014 als Befund ein Ödem "unklarer Ätiologie" erhoben (act. 29). Wie Dr. G.____ in seiner Beurteilung vom 12. September 2014 dazu richtig feststellt (act. 20), war somit auch der Radiologe nicht in der Lage, die Ursache des Ödems anzugeben.

6.2.4 Zur Verwendung des von den Ärzten des KSSG in den Untersuchungsberichten vom 17. Juli 2014 (act. 16) und 20. Mai 2015 (act. 32) konkret benutzten Begriffs "Bone bruise" (bone = Knochen; bruise = Prellung) führte Dr. G.____ ergänzend in Übereinstimmung mit der medizinischen Literatur aus, dass diese in irgendeiner Weise eine von aussen auf den Schienbeinkopf einwirkende Gewalt bedinge. Beim Bone bruise gehe man davon aus, dass nicht nur eine Wassereinlagerung in einem bestimmten Knochenabschnitt vorliege, sondern es auch durch Stoss oder Druck von aussen (Kontusion/Distorsion) zu Brüchen der Mikrostruktur im Schwammknochenbereich in der Nachbarschaft des Knochenmantels gekommen sei (vgl. dazu PSCHYREMBEL, a.a.O., S. 308). Folgerichtig kam Dr. G.____ auch hinsichtlich eines Bone bruise - übereinstimmend mit der Schlussfolgerung betreffend Knochenmarksödem bzw. Kontusion oder Distorsion - zum überzeugenden Ergebnis, dass äussere Einwirkungen auf das rechte Kniegelenk im vorliegenden Fall durch nichts bewiesen worden seien, sondern allenfalls spekulativ vermutet werden könnten (act. 41/31 f.).

6.2.5 Im Ergänzungsbericht vom 27. September 2015 zum orthopädisch-chirurgischen Gutachten vom 14. August 2015 (act. 42/4) wies Dr. G.____ schliesslich auf die aktenmässig dokumentierte Tatsache hin, dass im Mai 2015 selbst das Erscheinungsbild eines Bone bruise unklarer Ursache (vgl. act. 29: Ödem unklarer Ätiologie) verschwunden gewesen sei und die Ärzte des KSSG deshalb im Untersuchungsbericht vom 20. Mai 2015 (act. 32/2) kein klinisches Korrelat für die angegebenen Beschwerden festgestellt hätten. Laut MRI-Untersuchungsbericht vom 11. Mai 2015 (act. 34) zeigte sich Dr. E.____ am selben Tag eine weitestgehende restitutio ad integrum mit annähernd vollständiger Rückbildung der ehemals ausgedehnten epimetaphysären flächigen Osteodystrophie des Tibiaplateaus posteromedial und ventral akzentuiert. Ausserdem hielten die Ärzte des KSSG im Untersuchungsbericht vom 20. Mai 2015 (act. 32/2) fest, dass die Schmerzen bei der Beschwerdeführerin im rechten Kniebereich persistieren würden, der klinische Befund allerdings bis auf eine diffuse Druckdolenz unauffällig sei. Bereits in den MRI-Bildern vom 18. Juli 2014 (act. 29) und der klinischen Untersuchung der Ärzte des KSSG vom 21. Juli 2014 (act. 17/2) hatte sich der Befund des Bone Bruise tibial im Vergleich zu den Voraufnahmen vom 29. März 2014 (act. 8) regredient gezeigt. Mit dem Umstand, dass sich das ursprünglich für die Schmerzen verantwortlich gemachte Knochenmarksödem zurückgebildet hatte, von der Beschwerdeführerin hingegen weiterhin Kniebeschwerden beklagt worden und die Kniebeschwerden damit zeitlich nicht mehr deckungsgleich mit dem Knochenmarksödem waren, wird ein Zusammenhang der Schmerzen mit dem Ödem überhaupt in Frage gestellt.

6.2.6 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass aufgrund der verlässlichen und überzeugenden Erwägungen von Dr. G.____ in der am 29. März 2014 radiologisch erhobenen Osteodystrophie bzw. in dem von ihm als Knochenmarksödem definierten

Befund mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit keine im Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 10. Januar 2014 stehende traumatische Verletzung zu sehen ist. Die weiteren ärztlichen Beurteilungen vermögen weder seine Schlussfolgerung zu widerlegen bzw. mit dem Beweiswert der überwiegenden Wahrscheinlichkeit eine Unfallverletzung nachzuweisen noch deren Beweiswert zu schmälern und einen weiteren Abklärungsbedarf zu rechtfertigen. Die Formulierung von Dr. D.____ im Überweisungsschreiben an das KSSG vom 30. Juni 2014 - seines Erachtens "könne" die Osteodystrophie sehr wohl in Zusammenhang mit dem Unfall stehen (act. 14/2) - kommt lediglich einer Vermutung gleich. Eine solche vermag jedoch nicht den im Sozialversicherungsrecht geltenden Anforderungen an den Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu genügen (vgl. LOCHER/GÄCHTER, a.a.O., § 70 N. 58 f.). Hinzu kommt, dass Dr. D.____ keine medizinisch fundierte Begründung liefert, worauf er seine Vermutung abstützt. Dr. H.____ erachtete es sodann im Kostengutsprachege such vom 17. Juli 2014 als naheliegend, dass das Knochenmarksödem im Rahmen einer traumatischen Knochenkontusion zu interpretieren sei, die sich die Beschwerdeführerin anlässlich ihres Treppensturzes zugezogen habe. Eine andere Ursache sei für ihn nicht plausibel, zumal seit dem Unfall vom 10. Januar 2014 kein weiteres Trauma stattgefunden habe (act. 15). Abgesehen davon, dass die Formulierung "naheliegend" ebenfalls nur im Sinne einer denkbaren, nicht aber überwiegend wahrscheinlichen, Variante verstanden werden kann, vermag auch die Begründung von Dr. H.____ dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nicht zu genügen. Der alleinige Ausschluss eines anderen Unfalls vermag insbesondere in denjenigen Fällen nicht zu genügen, in denen - wie im vorliegenden Fall - Gesundheitsschäden zur Diskussion stehen, welche regelmässig auch krankheits- oder degenerativ bedingt sein können. Andernfalls würde man sich mit dem blossen Anschein des Beweises bzw. mit der blossen Möglichkeit begnügen. In derselben Weise kann auch der blossen Erklärung der Ärzte des KSSG im Bericht vom 17. Juli 2014 - die von der Patientin geäusserten Kniegelenksbeschwerden auf der rechten Seite und das in der MRI-Bildgebung sichtbare Knochenmarksödem der proximalen Tibia seien mit der Traumaanamnese und dem Unfallhergang wohl in Zusammenhang zu bringen (act. 16/3) - kein Beweiswert beigemessen werden, der für die Annahme eines überwiegend wahrscheinlichen Sachverhalts ausreicht. Im Übrigen stellen gerade die Traumaanamnese (insbesondere der zeitliche Ablauf) sowie der Unfallhergang im konkreten Fall keine überzeugenden Begründungen dar.

6.3 Laut Untersuchungsbericht der Ärzte des KSSG vom 17. Juli 2014 hatte die Beschwerdeführerin anlässlich der Untersuchung vom 16. Juli 2014 von intermittierenden Schwellungszuständen und einer belastungsabhängigen Schmerzsymptomatik berichtet, was mit einem posttraumatischen komplexen regionalen Schmerzsyndrom (= CRPS; synonym verwendete Bezeichnungen: Reflexdystrophie, Sudeck-Syndrom, Algodystrophie; PSCHYREMBEL, a.a.O., S. 1914) in Zusammenhang gebracht werden könnte (act. 16/3).

6.3.1 Beim CRPS handelt es sich um ein Schmerzsyndrom, welches - wie auch von Dr. G.____ mit Hinweis auf die medizinische Literatur beschrieben (act. 41/26 f.) - anerkanntermassen als sekundäre Folge ("Zweitschlag") eines Traumas (unter anderem nach Knochentraumen, Kontusionen mit oder ohne trabekuläre Mikrofrakturen und Distorsionen) auftreten kann. Genannt werden aber auch zahlreiche weitere nicht traumatische Ursachen (vgl. dazu auch DEBRUNNER, a.a.O., S. 695 ff.). Der von den Ärzten des KSSG aufgezeigte Zusammenhang basierte lediglich auf den subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin und wurde entsprechend als Möglichkeit formuliert. Abgesehen von einem diskreten Kniegelenkserguss wurden weder

auffällige, CRPS-typische Befunde erhoben noch wurde ein CRPS als Verdachtsdiagnose in den Bericht aufgenommen (vgl. DEBRUNNER, a.a.O., S. 695 f.; Diagnose anhand Budapest-Kriterien gemäss Konsensuskonferenz aus dem Jahr 2006, abrufbar unter https://www.crps-netzwerk.org/cms/wp-content/uploads/2014/12/diagnose_crps_kriterien.pdf). In der von den Ärzten des KSSG in die Wege geleiteten MRI-Untersuchung durch Dr. I.____ vom 18. Juli 2014 wurde sodann offenbar keine CRPS-Symptomatik festgestellt; ein CRPS bzw. dafür typische radiologische Befunde (vgl. dazu act. 41/10: im Stadium II überwiegend feinfleckige, teils zusammenfliessende Signalreduktionen des Knochenmarks auf den T1-gewichteten Aufnahmen sowie eine Signalerhöhung auf den T2-gewichteten Bildern; vgl. auch DEBRUNNER, a.a.O., S. 696; PSCHYREMBEL, a.a.O., S. 1914) wurden im entsprechenden Untersuchungsbericht nicht festgehalten (vgl. act. 29). Dr. G.____ wies in seinem Gutachten bezüglich der CRPS-typischen Symptome ausserdem darauf hin, dass es bei der Beschwerdeführerin offensichtlich nicht zu einer massgeblichen Muskelmassenverminderung am rechten Bein gekommen sei. Im Bericht vom 23. Juli 2014 (act. 17) werde von den Ärzten des KSSG angegeben, dass die Muskelkraft am rechten und linken Oberschenkel seitengleich entsprechend M5 sei. Das gelte auch für die Kraft im Unterschenkelbereich für Heben und Senken des Fusses. Auch im letzten Untersuchungsbericht des KSSG vom 20. Mai 2015 (act. 32) sei von einer Muskelmassenverminderung am rechten Bein keine Rede gewesen (act. 41/28). Angesichts der dargelegten Sachlage zog Dr. G.____ den überzeugenden Schluss, dass zu keinem Zeitpunkt die klinischen Symptome eines CRPS mit blasser, marmorierter bis zyanotischer und mangeltemperierter Haut sowie auch bildtechnisch erkennbaren Strukturveränderungen der Gewebe beschrieben bzw. nachgewiesen worden seien (act. 41/29). 6.3.2

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass mangels Vorliegens ein CRPS als Ursache für die Kniegelenksbeschwerden und damit auch als sekundäre Folge einer Unfallverletzung ausser Betracht fällt. Von Dr. G.____ wurde im Falle der Beschwerdeführerin ein CRPS als Folge des Unfalls vom 10. Januar 2014 gar nicht erörtert, was angesichts einer überwiegend wahrscheinlich fehlenden initial erlittenen Verletzung (vgl. dazu Erwägungen 5 f.) folgerichtig ist. 6.4 Obwohl der Unfallversicherer bei Verneinung eines überwiegend wahrscheinlich unfallbedingten Gesundheitsschadens grundsätzlich nicht darüber hinaus den Beweis für unfallfremde Ursachen erbringen muss (vgl. dazu RKUV 1994 Nr. U 2006 S. 329 E. 3b), ist in der Bestimmung eines konkreten unfallfremden Gesundheitsschadens selbstverständlich ein aufschlussreicher, gegen einen unfallbedingten Gesundheitsschaden sprechender Umstand zu sehen. So erläuterte Dr. G.____ in seinem Gutachten ausführlich unter Hinweis auf die medizinische Literatur, dass er das zeitweilige Vorliegen einer sogenannten transitorischen Osteoporose - dokumentiert durch die MRI-Bilder vom 29. März 2014 und die späteren Kontrollen im KSSG - als überwiegend wahrscheinlich ansehe (act. 41/31). Radiologisch erheben liessen sich bei der Beschwerdeführerin ausserdem am 29. März 2014 (act. 8) und am 11. Mai 2015 (act. 34) eine unbestrittenermassen degenerative und damit unfallunabhängige Meniskopathie Grad I sowie eine minimalste Reiz-Synovialitis und ein diskreter Reizzustand der Popliteussehne, am 11. Mai 2015 neu auch des Insertionsbereichs des kontinuierterhaltenden vorderen Kreuzbandes. Dr. G.____ bezeichnete auch diese als unfallfremd, was angesichts der überwiegend wahrscheinlichen Verneinung einer am 10. Januar 2014 erlittenen Knieprellung sowie des Umstands, dass sich offenbar über ein Jahr nach dem Unfall neue Reizzustände entwickelt haben, schlüssig erscheint. Das Gesagte - fehlende primäre Verletzung, zeitlicher Ablauf - gilt auch in Bezug auf die mehr als sechs Monate nach dem Unfall vom 10. Januar 2014 im MRI vom 18. Juli

2014 zur Darstellung gekommene vermehrte Flüssigkeit in der Bursa infrapatellaris profunda, vereinbar mit einer Bursitis (= Schleimbeutelentzündung), und den unmittelbar dorsal angrenzenden flüssigkeitshaltigen Hoffa-Fettkörper (act. 29/1). Eine diesbezügliche sekundäre Unfallkausalität wird denn auch weder von Dr. G.____ noch in den weiteren medizinischen Akten diskutiert.

E. 7

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sich - wie von Dr. G.____ angenommen sowie schlüssig und sorgfältig begründet - aus den Akten keine Anhaltspunkte für eine überwiegend wahrscheinlich natürliche Unfallkausalität der erstmals von der Beschwerdeführerin am 23. März 2014 gegenüber ihrem Hausarzt Dr. D.____ beklagten Kniegelenksbeschwerden rechts ergeben. Auch der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin legt weder in der Beschwerde vom 12. Februar 2016 (act. G 1) noch in der Replik vom 3. Mai 2016 (act. G 5) materiell-rechtlich dar, worin er eine Unzulänglichkeit der Ausführungen von Dr. G.____ bzw. dessen Verneinung einer Kausalität zwischen den geklagten Kniegelenksbeschwerden rechts und dem Unfallereignis vom 10. Januar 2014 begründet sieht. Der Beschwerdeführerin steht damit kein Leistungsanspruch gegenüber der Beschwerdegegnerin wegen unfallkausaler Kniegelenksbeschwerden rechts zu.

E. 8

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist der Einspracheentscheid vom 13. Januar 2016 nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Die Beschwerdeführerin hat bei diesem Verfahrensausgang keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP 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.