

SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2017/50 vom 8. Mai 2019

Sg Versicherungsgericht, 2019-05-08, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2017_50

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2017/50 du 8 mai 2019

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2017/50 del 8 maggio 2019

Regeste

Art. 6 UVG, Art. 10 UVG, Art. 19 UVG: Einstellung der Heilbehandlungsleistungen durch die Beschwerdegegnerin; Prüfung der Unfallrestfolgen im Leistungseinstellungszeitpunkt und der Frage, ob durch die Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustands zu erwarten ist (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 8. Mai 2019, UV 2017/50).

Erwägungen

E. 1

Zwischen den Parteien umstritten und nachfolgend zu prüfen ist die Rechtmässigkeit der Leistungseinstellung der Beschwerdegegnerin ab dem 31. Dezember 2016. Die Beschwerdeführerin beantragt insbesondere über diesen Zeitpunkt hinaus zu erbringende Versicherungsleistungen für Heilbehandlungen (vgl. act. G 16). Die Ausrichtung von Taggeldern über das Leistungseinstellungsdatum hinaus, wird zu Recht nicht beansprucht, nachdem die Beschwerdeführerin seit dem 2. Mai 2016 wieder zu 100% arbeitsfähig ist und folglich bereits mehrere Monate vor der Leistungseinstellung keine Taggelder mehr bezogen hat (act. G 7.11).

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 15. 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 2016 zur Diskussion steht, die bis 31. Dezember 2016 gültigen Bestimmungen Anwendung.

E. 3

3.1 Die versicherte Person hat Anspruch auf die zweckmässige Behandlung von Unfallfolgen (Art. 10 UVG). Anspruchsvoraussetzung für Heilbehandlung zulasten der Unfallversicherung bildet die Unfallkausalität. Eine Leistungspflicht besteht demnach nur für Gesundheitsschäden, die natürlich und adäquat kausal mit einem versicherten Unfallereignis zusammenhängen (ALEXANDRA RUMO-JUNGO/ANDRÉ PIERRE HOLZER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2012, 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 dem 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 30). Bei physischen Unfallfolgen hat indessen die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der aus dem natürlichen Kausalzusammenhang sich ergebenden Haftung des Unfallversicherers gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung (BGE 118 V 291 f. E. 3a, 117 V 365 mit Hinweisen; SVR 2000 UV Nr. 14 S. 45).

3.2 Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, 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 Fachperson begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweis). Auch den Berichten versicherungsinterner Ärzte und Ärztinnen kann rechtsprechungsgemäss Beweiswert beigemessen werden, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen. Auf das Ergebnis versicherungsinterner ärztlicher Abklärungen - zu denen die Beurteilungen der beratenden Ärzte und Ärztinnen der Beschwerdegegnerin gehören - kann nicht abgestellt werden, wenn auch nur geringe Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen (BGE 139 V 229 E. 5.2, 135 V 469 f. E. 4.4 und 471 E. 4.7; Urteil des Bundesgerichts vom 16. September 2014, 8C_385/2014, E. 4.2.2; SVR 2018 IV Nr. 4 S. 12 E. 3.1). Die Rechtsprechung erachtet sodann Aktengutachten als zulässig, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind. Voraussetzung ist ein lückenloser Untersuchungsbefund, damit der Experte bzw. die Expertin imstande ist, sich aufgrund der vorhandenen Unterlagen ein lückenloses Bild zu verschaffen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 27. Juni 2012, 8C_681/2011, E. 4.1 mit Hinweisen; PVG 1996 Nr. 89 265 E. 3b; RKUV 1993 Nr. U 167 S. 95). Angesichts der obigen Darlegungen sprechen keine formellrechtlichen Gründe gegen den Einbezug der Aktenbeurteilungen von Dr. H. ___ vom 4. Januar 2017 (UV-act. 56) und Dr. K. ___ vom 11. Januar 2017 (UV-act. 57). Ob letztlich auf die Aktenbeurteilungen abgestellt werden kann, ist im Rahmen der nachfolgenden materiellrechtlichen Beurteilung bzw. Beweiswürdigung zu prüfen.

3.3 Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. 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 blosse Möglichkeit nunmehr fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht (Urteil des Bundesgerichts vom 4. November 2016, 8C_594/2016, E. 2.2 mit Hinweis).

3.4 Der Sozialversicherungsprozess ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach hat 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 130 I 183 E. 3.2, 125 V 195 E. 2, 122 V 158 E. 1a mit Hinweisen). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst eine Beweislast im Sinn der Beweisführungslast

begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien die Beweislast nur insofern, als im Fall der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Beim Nachweis des Dahinfallens jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens handelt es sich um eine leistungsaufhebende Tatfrage. Die entsprechende Beweislast liegt demnach - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 46 E. 2 mit Hinweisen, 1994 Nr. U 206 S. 328 E. 3b mit Hinweisen; RUMO-JUNGO/ HOLZER, a.a.O., S. 4, 79). Selbstverständlich greift die genannte Beweisregel erst dann Platz, wenn die Verwaltung und - im Beschwerdefall - das Gericht dem Untersuchungsgrundsatz rechtsgenügend nachgekommen sind bzw. 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, 117 V 264 E. 3b, je mit Hinweisen; RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 E. 3b).

E. 4

Die Beschwerdegegnerin anerkannte anfangs ihre Leistungspflicht bezüglich des Unfalls vom 29. Januar 2016, bei dem die Beschwerdeführerin unbestrittenermassen eine Ruptur des Ligamentum collaterale medial Knie links erlitten hat (act. G 7.5 ff., 7.16, 7.22, act. G 7 III. Ziff. 3). Entgegen der zunächst im Spital C.____ neben der Seitenbandläsion diagnostizierten Innenmeniskusverletzung links (UV-act. 44, 55) liessen sich bei der Arthroskopie vom 11. Februar 2016 keine frischen Meniskusschäden, sondern ausgewallte Menisci bei gleichzeitig bestehenden Chondrokalkinosen im lateralen und medialen Kompartiment feststellen. Trotzdem wurde am linken Knie eine mediale und laterale Teilmeniscectomie durchgeführt, welche gemäss Beurteilung von Dr. K.____ vom 11. Januar 2017 der Beseitigung der überstehenden Meniskusanteile diene (UV-act. 57). Weiter wurden bei der Operation das beim Unfall verletzte mediale Seitenband rekonstruiert und eine Resektion der Plica infrapatellaris Knie links vorgenommen (act. G 7.6; UV-act. 56). Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin bestreitet nicht, dass es sich bei der Chondrokalkinose - wie von Dr. H.____ (act. G 7.9, UV-act. 56) und Dr. K.____ (UV-act. 57) in Übereinstimmung mit der medizinischen Literatur festgestellt (vgl. PSCHYREMBEL, Klinisches Wörterbuch, 267. Aufl. Berlin 2017, S. 329; ROCHE LEXIKON, Medizin, S. 325; ALFRED M. DEBRUNNER, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl. Bern 2005, S. 594, 1087) - um einen krankheits- und nicht traumatisch begründeten Gesundheitsschaden handelt (vgl. act. G 7, Ziff. 22). Auch bezüglich der Resektion der Plica infrapatellaris wird keine Behandlung einer Unfallverletzung geltend gemacht.

E. 5

5.1 Im Zeitpunkt der Leistungseinstellung (31. Dezember 2016) war die Beschwerdeführerin zwar wieder voll arbeitsfähig (seit dem 2. Mai 2018), litt jedoch immer noch unter behandlungsbedürftigen belastungsabhängigen Kniebeschwerden links. Nachfolgend ist deren Ursächlichkeit bzw. Zusammenhang mit dem Unfall vom 29. Januar 2016 zu prüfen. Im Rahmen der Kausalitätsprüfung sind insbesondere der postoperative Gesundheitszustand und damit die radiologischen Untersuchungsergebnisse nach der Arthroskopie vom 11. Februar 2016 von wesentlicher Bedeutung (vgl. dazu BGE 134 V

121 E. 9, 134 V 232 E. 5.1 mit Hinweisen, 117 V 363 E. 5d/aa; SVR 2007 UV Nr. 25 S. 81 E. 5.4 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts vom 7. August 2008, 8C_806/2007, E. 8.2 mit zahlreichen Hinweisen). 5.2 Anlässlich der Konsultation von Dr. E.____ am 3. Juni 2016, d.h. knapp vier Monate nach der Kniegelenksarthroskopie, erklärte sich die Beschwerdeführerin mit dem Verlauf zufrieden. Sie berichtete gemäss Konsultationseintrag im Verlaufsbericht vom 12. Dezember 2016 nur noch über leichte Beschwerden beim Pes anserinus, wo sich bei der klinischen Untersuchung eine entsprechende leichte Druckdolenz erheben liess (UV-act. 55). Eine weitere Konsultation folgte am 7. Dezember 2016, wobei die Beschwerdeführerin über vermehrte Kniegelenksbeschwerden links innenseitig unter Belastung seit Oktober 2016 berichtete. Dr. E.____ veranlasste darauf eine MRI-Untersuchung (UV-act. 55). Im MRI der Radiologie O.____ vom 9. Dezember 2016 zeigten sich ein geringfügiger Reizerguss, eine degenerative Ausfransung des moderat degenerierten Aussenmeniskushinterhornansatzes, eine ansonsten reguläre Darstellung beider Menisci bei Status nach Shaving, derzeit ohne klinisch relevanten Riss, eine 5 x 5 mm messende osteochondrale Läsion (Chondropathie Grad III) im ventralen Abschnitt der Belastungszone des medialen Tibiaplateaus, Zeichen einer Überlastung der postero-medialen Gelenkkapsel des Pes anserinus, eine diskrete Baker-Zyste und ein narbig veränderter femoraler Ansatz des ansonsten intakten Innenbandes (act. G 7.16). In der Röntgenuntersuchung vom 29. August 2017 durch Dr. L.____ und Dr. M.____ konnte sodann wieder eine Chondrokalzinose ausgemacht werden (act. G 7.22). In der gleichentags durchgeführten MRI-Untersuchung (act. G 7.22) konnte schliesslich ein vernarbt mediales Kollateralband bei Status nach Naht und Fixation mittels Storz-Anker im medialen Femurcondylus - unstreitig eine Unfall- bzw. Operationsfolge (vgl. dazu auch DEBRUNNER, a.a.O., S. 86) -, festgestellt werden, jedoch kein neuer abgrenzbarer Meniskusriss (act. G 7.22).

E. 6

6.1 Dr. K.____ anerkannte in seiner Beurteilung vom 11. Januar 2017 eine unfallbedingte vorübergehende Verschlimmerung der krankhaft bedingten Chondrokalzinose (UV-act. 57). Die Aussage des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin in Ziff. 11 der Beschwerdeergänzung (act. G 7) - Dr. K.____ sei zur Auffassung gelangt, dass der Status quo sine nach vorübergehender Verschlimmerung der Chondrokalzinose längst nicht erreicht sei - wird jedoch von der Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort vom 18. Dezember 2017 (act. G 12) richtigerweise als unzutreffend bezeichnet. Dr. K.____ hielt nämlich fest, dass der "Status quo sine [...] längst erreicht" sei (UV-act. 57). Konkrete Hinweise, welche seine Beurteilung in Frage stellen würden, lassen sich insbesondere den vorliegenden radiologischen Untersuchungsberichten nicht entnehmen. Eine durch den Unfall verursachte richtunggebende Verschlimmerung der Chondrokalzinose wird jedenfalls nirgends diskutiert (vgl. dazu RUMO-JUNGO, a.a.O., S. 54; Kommentar zum schweizerischen Sozialversicherungsrecht, UVG, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Hrsg. von MARC HÜRZELER/UELI KIESER, Bern 2018, Art. 6 N 54). Die hernach auch in der Röntgenuntersuchung vom 29. August 2017 ausgemachte Chondrokalzinose wurde im Übrigen von Dr. L.____ in seiner Stellungnahme vom 19. Oktober 2017 (act. G 16.1) überwiegend wahrscheinlich nicht als Schmerzursache betrachtet. Die Chondrokalzinose sei insbesondere im Bereich des lateralen Kompartiments vorhanden, wo die Beschwerdeführerin beschwerdefrei sei (vgl. dazu Befunde im Sprechstundenbericht von Dr. L.____ und Dr. M.____ vom 30. August 2017; act. G 7.22).

E. 6.2

6.2.1 Der Pes anserinus, bei welchem am 9. Dezember 2016 kernspintomographisch eine Gesundheitsschädigung objektiviert werden konnte (act. G 7.16), befindet sich zwar - wie das mediale Kollateralband - auf der Innenseite des Unterschenkels unterhalb des Kniegelenks. Je grösser aber der zeitliche Abstand zwischen dem Unfall und dem Auftreten der gesundheitlichen Beschwerden ist, desto strengere Anforderungen sind an den Wahrscheinlichkeitsbeweis des natürlichen Kausalzusammenhangs zu stellen (RKUV 1997 Nr. 275 S. 191 E. 1c). Die Latenzzeit zwischen dem Zeitpunkt des Unfallgeschehens und der erstmaligen Erwähnung der fraglichen Beschwerdesymptomatik im Zusammenhang mit der Konsultation von Dr. E.____ am 3. Juni 2016 (UV-act. 55) beträgt rund fünf Monate, was vielmehr auf ein unfallunabhängiges Krankheitsbild, als auf eine sekundäre Unfallfolge hindeutet. Damit kann allerdings höchstens die Möglichkeit eines Zusammenhangs zwischen dem Unfallereignis vom 29. Januar 2016 und den erst im Juni 2016 aufgetretenen Beschwerden im Bereich des Pes anserinus angenommen werden. Hinzu kommt, dass von solchen Beschwerden explizit nur anlässlich der Konsultation vom 3. Juni 2016 die Rede gewesen ist. Bei der Konsultation vom 7. Dezember 2016 klagte die Beschwerdeführerin zwar ebenfalls über innenseitige Kniegelenksbeschwerden links, angeblich waren diese jedoch erst im Oktober 2016 aufgetreten. Laut Sprechstundenbericht von Dr. L.____ und Dr. M.____ vom 30. August 2017 (act. G 7.22) waren sie ausserdem im Bereich des genähten medialen Seitenbandes distal lokalisiert und wurden nicht mit dem Pes anserinus in Zusammenhang gebracht (vgl. dazu auch nachfolgende Erwägung 4.6). Ein Befund mit Hinweis auf eine Pes anserinus-Problematik wurde dazu anlässlich der Konsultation vom 7. Dezember 2016 auch nicht mehr erhoben (UV-act. 55).

6.2.2 Die Bezeichnung "Überlastung" der postero-medialen Gelenkkapsel des Pes anserinus im MRI-Untersuchungsbericht vom 12. Dezember 2016 (UV-act. 7.16) fügt sich in obige Beurteilung ein. Mit einer Überbelastung wird in der Regel ein Krankheitsgeschehen definiert, bei welchem der Körper bzw. der Körperteil eines Menschen über eine gewisse Zeit unphysiologisch, d.h. nicht den normalen Lebensvorgängen entsprechend, beansprucht wird, wodurch es zu einer Gesundheitsstörung, beispielsweise einer Entzündung, kommt. Eine traumatische Gesundheitsstörung tritt demgegenüber definitionsgemäss plötzlich auf (vgl. Unfallbegriff in Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 820.1]).

6.2.3 Die Beschwerdeführerin hält fest, dass weder Dr. H.____ noch Dr. K.____ begründet hätten, weshalb die Chondrokalzinose überwiegend wahrscheinlich für die Beschwerden über dem Pes anserinus verantwortlich sei (vgl. Beschwerdeergänzung vom 23. Oktober 2017 [act. G 7 IV. Ziff. 22]). Was sie damit sagen möchten, ist nicht nachvollziehbar. Denn es ist nicht erkennbar, inwiefern die beiden Gesundheitsschäden in einem Zusammenhang stehen könnten oder stehen müssten und somit nur ein solcher gegen eine Unfallkausalität der Beschwerden über dem Pes anserinus sprechen würde. Wie selbst der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin zutreffend bemerkt, ergibt sich bereits angesichts der verschiedenen Lokalisationen kein Zusammenhang. Beide Gesundheitsschäden liessen sich im Falle der Beschwerdeführerin radiologisch erheben, sind jedoch - was ihre Entstehung angeht - voneinander unabhängig. Während zu einer Chondrokalzinose eine Ablagerung von Kalziumphosphat in Knorpelgewebe führt (vgl. PSCHYREMBEL, a.a.O., S. 329), ist für die Pes anserinus-Problematik offensichtlich eine Überlastung verantwortlich.

6.2.4 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Beschwerden über dem Pes anserinus, sofern sie denn überhaupt noch bestehen, entgegen der Auffassung des Rechtsvertreters der

Beschwerdeführerin mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit keine direkte oder indirekte Unfallfolge sind. 6.3 Anlässlich der Konsultation von Dr. L.____ und Dr. M.____ am 29. August 2017 klagte die Beschwerdeführerin sodann über leichte Beschwerden im Bereich des genähten Seitenbandes distal. Im Sprechstundenbericht vom 30. August 2017 (act. G 7.22) weisen die Ärzte jedoch mit keinem Wort auf eine mit dem vernarbten medialen Kollateralband verbundene Beschwerdesymptomatik hin. Allerdings erhoben sie klinisch eine spürbare kleine Verhärtung im Bereich des Ansatzes des medialen Kollateralbandes, welche sie im Sprechstundenbericht als Fadenrest deuteten (act. G 7.22). Laut Stellungnahme von Dr. L.____ vom 19. Oktober 2017 kann es dadurch grundsätzlich zu einer Reizung der medialen Strukturen kommen (act. G 16.1). Vor diesem Hintergrund wäre es also denkbar, dass die von der Beschwerdeführerin im Bereich des medialen Seitenbandes geklagten Schmerzen noch auf den Unfall bzw. die Operation der Unfallverletzung zurückzuführen sind. Die im Sprechstundenbericht zusätzlich verwendete Formulierung "ggf" (gegebenenfalls) zeigt zwar auf, dass ein Fadenrest lediglich vermutet wurde, weshalb ein Fadengranulom im linken Knie nach Naht MCL auch nur als Verdacht erwähnt wurde (act. G 7.22). Angesichts der von Dr. L.____ und Dr. M.____ im Sprechstundenbericht beschriebenen möglichen Verifizierung der Symptomatik durch eine intraartikuläre Infiltration (act. G 7.22) ist jedoch nicht ausgeschlossen, dass durch die Vornahme weiterer medizinischer Abklärungen sekundäre Unfallfolgen nachgewiesen werden könnten. Solange von weiteren medizinischen Abklärungen entscheidungswesentliche neue Erkenntnisse zu erwarten sind, die einen überwiegend wahrscheinlichen Sachverhalt ergeben könnten, hätte die Beschwerdegegnerin grundsätzlich die Pflicht, diese durchzuführen. Erst nach Abschluss dieser Abklärungen wäre sie ihrer Untersuchungspflicht rechtsgenügend nachgekommen (vgl. Erwägung 3.4). Wie die nachfolgenden Erwägungen zeigen, konnte die Beschwerdegegnerin jedoch im konkreten Fall von weiteren Untersuchungen absehen.

E. 7

7.1 Wie bereits erwähnt, hat die versicherte Person gemäss Art. 10 Abs. 1 UVG nur Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen. Bezüglich der Einstellung der Heilbehandlungsleistungen ist demnach zu prüfen, ob im Leistungseinstellungszeitpunkt (31. Dezember 2016) von einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung zu erwarten war (Art. 19 Abs. 1 UVG). Trifft dies nicht mehr zu, ist der Fall unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen (u.a. Heilbehandlung) mit allfälliger anschliessender Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung abzuschliessen (BGE 134 V 109 E. 4.1).

7.2 Was unter einer namhaften Besserung des Gesundheitszustands zu verstehen ist, umschreibt das Gesetz nicht näher. Mit Blick darauf, dass die soziale Unfallversicherung ihrer Konzeption nach auf die erwerbstätigen Personen ausgerichtet ist, wird sich dies namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit diese unfallbedingt beeinträchtigt ist, bestimmen. Die Verwendung des Begriffs "namhaft" in Art. 19 Abs. 1 UVG verdeutlicht, dass die durch (zweckmässige) Heilbehandlung im Sinne von Art. 10 Abs. 1 UVG erhoffte Besserung ins Gewicht fallen muss und eine unbedeutende Besserung ebenso wenig genügt wie die blosser Möglichkeit einer Besserung (Urteil des Bundesgerichts vom 19. Februar 2008, U 394/06, E. 4.3 mit Hinweisen und Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG] vom 12. Juni 2009, 8C_25/09, E. 4.1.1 mit Hinweisen; BGE 134 V 115 E. 4.3; RUMO-JUNGO/HOLZER, a.a.O., S. 144). Nach der Rechtsprechung ist die Frage der

namhaften Besserung des Gesundheitszustands prospektiv bezogen auf den Zeitpunkt der Leistungseinstellung zu prüfen (Urteil des Bundesgerichts vom 28. Juni 2010, 8C_58/2010, E. 2.2 und Urteil des EVG vom 20. Mai 2005, U 244/04, E. 3.1 mit Hinweisen, publ. in: RKUV 2005 Nr. U 557 S. 388). Grundlage für die Beurteilung dieser Rechtsfrage bilden in erster Linie die ärztlichen Auskünfte zu den therapeutischen Möglichkeiten und zur Krankheitsentwicklung, die in der Regel unter dem Begriff "Prognose" erfasst werden. 7.3 Im konkreten Fall ergeben sich aus den Akten keine Hinweise auf einen Bedarf weiterer Heilbehandlungen über das Leistungseinstellungsdatum hinaus. Dagegen spricht zunächst die bereits seit dem 2. Mai 2016 andauernde 100%-ige Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin. Weiter sind im Verlaufsbericht von Dr. E.____ und Dr. J.____ vom 12. Dezember 2016 bezüglich der Konsultation vom 7. Dezember 2016 keine bedeutsamen Befunde beschrieben (act. G 7.7). In seiner Beurteilung vom 19. Oktober 2017 hielt Dr. L.____ (vgl. act. G 16.1) sodann fest, dass ein Handlungsbedarf erst gegeben sei, wenn der Leidensdruck der Beschwerdeführerin derart ausgeprägt sei, dass sie eine erneute Operation wünsche. Der von Dr. L.____ beschriebene künftig mögliche Sachverhalt - eine Operation könne durchaus notwendig werden, falls die Beschwerden durch eine weitere Reizung mit der Zeit zunehmen würden - wäre, wie die Beschwerdegegnerin in der Verfügung vom 18. Januar 2017 zutreffend festgestellt hat (UV-act. 39), im Rahmen eines Rückfalls (Art. 11 UVV) zu prüfen. Ein Rückfallsrecht bzw. die Prüfung einer Rückfallkausalität räumt die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin auch für den von Dr. K.____ im Bericht vom 11. Januar 2017 beschriebenen Fall ein, dass die Operationsschraube Beschwerden verursachen würde und herausgenommen werden müsste (UV-act. 57; act. G 12 Ziff. 20). Im Übrigen ist darauf hinzuweisen, dass ein unfallbedingter Behandlungsbedarf nach Erreichen grundsätzlicher medizinischer Stabilität (Endzustand) an sich (und unter gewissen in Art. 21 UVG umschriebenen Voraussetzungen) nur bei rentenbeziehenden Versicherten zu Leistungsansprüchen führen könnte.

E. 8

Nach dem Gesagten ist anhand der vorliegenden Akten davon auszugehen, dass die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen zu Recht per 30. Oktober 2016 eingestellt hat.

E. 9

Im Sinne der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Bestätigung des angefochtenen Einspracheentscheids vom 15. Mai 2017 abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Eine Parteientschädigung fällt bei diesem Verfahrensausgang ausser Betracht. 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.