



Fall-Nr.: UV 2016/44
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: UV - Unfallversicherung
Publikationsdatum: 19.03.2018
Entscheiddatum: 19.03.2018

Entscheid Versicherungsgericht, 19.03.2018

Art. 6 UVG: Dahinfallen der Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin bzw. Verneinung überwiegend wahrscheinlicher Unfallfolgen per Leistungseinstellungsdatum mangels Unfallbetroffenheit des linken Knies (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 19. März 2018, UV 2016/44).

Entscheid vom 19. März 2018

Besetzung

Versicherungsrichterinnen Christiane Gallati Schneider (Vorsitz),

Michaela Machleidt Lehmann und a.o. Versicherungsrichterin

Lisbeth Mattle Frei; Gerichtsschreiber Markus Lorenzi

Geschäftsnr.

UV 2016/44

Parteien

A.____,

Beschwerdeführerin,



St.Galler Gerichte

vertreten durch Fürsprecher Marco Büchel, LL.M., K & B Rechtsanwälte,
Freudenbergstrasse 24, Postfach 213, 9240 Uzwil,

gegen

Helsana Unfall AG, Recht & Compliance, Zürichstrasse 130, 8600 Dübendorf,

Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Versicherungsleistungen

Sachverhalt

A.

A.a A.____ (nachfolgend: Versicherte) war als Vorsorgegeberaterin der B.____ bei der Helsana Versicherungen AG (nachfolgend: Helsana) gegen die Folgen von Unfällen versichert, als sie am 11. Februar 2012 beim Skifahren stürzte (act. K1). Die Versicherte suchte am selben Tag die Klinik C.____ auf, wo sie durch Dr. med. D.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Sportmedizin SGSM, untersucht wurde. Dr. D.____ stellte die Diagnose "Status nach Knie-distorsion und Verdacht auf Kontusion im Bereich des Beckenrings rechts" (act. M2) und wies die Versicherte für eine MRI-Untersuchung des rechten Knies der Radiologie E.____, Diagnosezentrum F.____, zu. Die am 13. Februar 2012 durchgeführte MRI-Untersuchung ergab eine undislozierte fissurale subchondrale Fraktur an der Hinterkante des medialen Tibiaplateaus Notch-nahe, einen kleinen feinen radiären Riss am freien inneren Rand des medialen Meniskushinterhorns und einen Zustand nach deutlicher Zerrung bis leichter interstitieller Teilläsion des suprakondylären Sehnenursprungs des medialen Gastrocnemiuskopfs. Im Übrigen zeigte sich das MRI regelrecht (act. M1). Gestützt auf dieses Untersuchungsergebnis diagnostizierte Dr. D.____ im Bericht vom 15. Februar 2012 über die Sprechstunde vom 14. Februar 2012 eine nicht dislozierte Hinterkantenfraktur am medialen Plateau sowie eine traumatisierte tiefe LWS-Arthrose und hielt ausserdem fest, dass die Beschwerden gut mit den



bildgebenden Befunden vereinbart werden könnten. Menisken und Bänder seien intakt. Dr. D.____ veranlasste eine konservative Therapie mit Antiphlogistika im Bereich des Rückens und einer antalgischen Therapie und verordnete eine Physiotherapie. Ausserdem sollte sich die Versicherte schonen und Gehstöcke benutzen. Dr. D.____ schrieb die Versicherte ab 11. Februar 2012 zu 100% arbeitsunfähig (act. M2 f., M5). Mit ärztlichem Zwischenbericht vom 15. Mai 2012 hielt er fest, dass der Heilungsverlauf günstig sei, die Versicherte nur noch etwas Restbeschwerden im Kniegelenk habe und in der Physiotherapie sei, eine weitere Kontrolle nur bei Beschwerderesistenz geplant sei und die Versicherte die Arbeit ab 26. März 2012 wieder aufgenommen habe (act. M6, vgl. auch act. M4 f. und act. K7). Die Helsana hatte für den Unfall vom 11. Februar 2012 Heilkosten- und Taggeldleistungen erbracht. Mit Schreiben vom 9. August 2012 teilte sie der Versicherten den Fallabschluss per 24. April 2012 mit, nachdem sie seither wegen des Unfallereignisses vom 11. Februar 2012 nicht mehr in Behandlung sei. Die Rechnungen würden bis zum genannten Datum übernommen (act. K11).

A.b Inzwischen hatte die Versicherte am 1. August 2012 in einem Fragebogen der Helsana zum aktuellen Stand einen anhaltenden Schmerz im linken Knie angegeben (act. K10). Auf Zuweisung von Dr. D.____ fand am 13. August 2012 in der Radiologie E.____ eine MRI-Untersuchung des linken Knies der Versicherten statt, welche eine degenerativ bedingte interstitielle Binnensignalalteration des Innenmeniskus basisseitig am Hinterhorn, allerdings ohne Nachweis eines eigentlichen Einrisses zeigte. Weiter kamen auf Höhe des medialen Menisco-femorale Recessus an der Innenseite des äusserlich intakten MCL (Ligamentum collaterale mediale) ein Ossifikat, dorsal an diese knöcherne Struktur angrenzend eine Zyste (DD: Bursitis, Ganglionzyste), eine dysplastische Formgebung der Patella Typ II nach Wiberg, eine mässige femoro-patelläre Chondropathie (Grad I-II) und nebenbefundlich eine mässig flüssigkeitshaltige Baker-Zyste loco-classico zur Darstellung (act. M8). Im Bericht vom 27. August 2012 über die MRI-Besprechung mit der Versicherten vom 16. August 2012 stellte Dr. D.____ die Diagnose "Knie links: St. n. Innenbandverletzungen mit Entzündungsreaktion evt. Meniskusläsion" und hielt fest, dass das MRI eine mögliche Meniskusverletzung zeige, diese jedoch nicht ganz eindeutig sei. Die angrenzende kleine Zyste wäre allenfalls ein Hinweis auf die Verletzung. Ansonsten sei das Knie in gutem Zustand. Dr. D.____ führte am 16. August 2012 eine Infiltration durch (act. M9, vgl. auch act. M10). Nachdem diese zu keiner Besserung der Situation geführt hatte, empfahl er eine Arthroskopie



und bei einer Bestätigung des Meniskusbefundes eine Teilmeniskektomie (act. M12). Am 10. September 2012 stellte er bei der Helsana ein entsprechendes Kostengutsprache gesuch (act. K19). Am 28. September 2012 führte Dr. D.____ bei der Versicherten eine Arthroskopie durch, stellte die Diagnose einer medialen Meniskusruptur Knie links und nahm eine mediale Teilmeniskektomie vor (act. M15, vgl. auch act. M16 f.).

A.c Mit Schreiben vom 10. September 2012 legte die Helsana den Schadenfall ihrem beratenden Arzt, Dr. med. G.____, Praktischer Arzt FMH, FA manuelle Medizin FMH, FA Vertrauensarzt FMH, zur Beantwortung der Frage der Unfallkausalität der erhobenen Diagnose vor (act. M11). Dr. G.____ bejahte in seiner Beurteilung vom 14. September 2012 die Unfallkausalität (act. M13), worauf die Helsana für die Arthroskopie vom 28. September 2012 sowie die nachfolgende Arbeitsunfähigkeit Heilkosten- und Taggeldleistungen erbrachte (act. K17).

A.d Am 2. November 2012 konsultierte die Versicherte wegen eines erneuten Klickens und Schmerzen medial im linken Knie Dr. D.____, welcher die Versicherte wieder einer MRI-Untersuchung in der Radiologie E.____ zuwies (act. M18). Die am 5. November 2012, vergleichend zur kernspintomographischen Voruntersuchung des linken Kniegelenks vom 13. August 2012 durchgeführte Untersuchung ergab keine Anhaltspunkte für einen Rezidivriss an der medialen Meniskus-Rests substanz oder für eine zwischenzeitlich neu aufgetretene laterale Meniskusruptur, brachte jedoch eine im Verlauf neu aufgetretene flächenhafte Chondropathie akzentuiert zentral an der Belastungszone des Condylus medialis (DD: Chondropathie Grad III; Chondromalazie) sowie einen neu erkennbaren Reizzustand des linken Kniegelenks mit mässigem Erguss suprapatellär und auf Höhe des Hialtus popliteus, begleitet von einer leichten oberflächlichen Synovialitis an der Hoffa-Spitze und mit etwas vermehrt flüssigkeitshaltiger Baker-Zyste loco-classico hervor. Die leichte flächenhafte femoro-patelläre Chondropathie (Grad I) bei dysplastischer Formgebung der Patella Typ II nach Wiberg, das Ossikel an der Innenseite des MCL sowie die dorsal davon gelegene Zyste (DD: Ganglion, Bursa) zeigten sich unverändert (act. M19). Dr. D.____ ging in Anbetracht dieses Untersuchungsergebnisses am ehesten von einer persistierenden Entzündungsreaktion im Bereich der Plica-Entnahmestelle aus (act. M20).



St.Galler Gerichte

A.e Am 13. November 2012 holte die Versicherte bei Dr. med. I.____, Facharzt FMH für Orthopädie, Orthopädie C.____ in K.____ eine Zweitmeinung ein, dem sich gemäss Untersuchungsbericht vom 22. November 2012 postoperativ ein korrekt resezierter Meniskus und eine neu aufgetretene Chondromalazie am medialen Kondyl zeigte. Er erachtete die Belastungsschmerzen mit diesem Befund hinreichend geklärt (act. M22). Die Versicherte liess sich fortan durch Dr. I.____ behandeln (act. K18).

A.f Mit Schreiben vom 4. Dezember 2012 legte die Helsana den Schaden Dr. G.____ mit der Frage nach der Unfallkausalität der erhobenen Diagnose vor (act. M23). Dr. G.____ betrachtete in seiner Beurteilung vom 7. Dezember 2012 den protrahierten Heilverlauf durch eine beginnende Knorpelveränderung (beginnende Arthrose) begründet und diese durch das Ereignis vom 11. Februar 2012 und die notwendig gewordene Operation erklärbar (act. M24).

A.g Anlässlich eines Telefongesprächs mit der Helsana vom 1. März 2013 gab die Versicherte an, dass beide Knie vom Unfall vom 11. Februar 2012 betroffen gewesen seien. Jedoch habe sie wegen des Bruchs am rechten Knie Schmerztabletten bekommen und dadurch das linke Knie nicht gespürt (act. K19).

A.h Nachdem Dr. I.____ in einem ärztlichen Zwischenbericht vom 3. Juli 2013 den Behandlungsabschluss am 27. März 2013 und die Wiederaufnahme der Arbeit seit 18. Oktober 2012 angegeben hatte (act. M26), teilte die Helsana der Versicherten mit Schreiben vom 31. Juli 2013 den Fallabschluss per 10. Juli 2013 (Beendigung der Physiotherapie, vgl. act. M27) mit (act. K21).

A.i Am 9. August 2013 wurde bei der Versicherten wegen eines erneuten Sturzes mit Kniestorsion links auf Zuweisung von Dr. I.____ eine MRI-Untersuchung in der Radiologie L.____ durchgeführt (act. M29), welche ein leichtes Reizknie mit Subluxation des medialen Restmeniskus zeigte. Der am 13. August 2013 von der Versicherten konsultierte Dr. I.____ betrachtete laut Sprechstundenbericht vom 19. August 2013 die Beschwerden durch den MRI-Befund begründet. Ein neuer Meniskusriss sei nicht vorhanden und somit eine nochmalige Arthroskopie und Meniskusoperation nicht sinnvoll (act. M30). Am 30. August 2013 erklärte der von der Helsana zum Fallabschluss per 10. Juli 2013 befragte Dr. G.____, dass die am 9. August 2013



St.Galler Gerichte

erhobene Diagnose überwiegend wahrscheinlich unfallkausal sei (act. M31 f.), worauf die Helsana der Versicherten mit Schreiben vom 5. September 2013 die Übernahme der weiteren Heilbehandlungskosten zusicherte (act. K22).

A.j Am 10. Dezember 2013 wurde das linke Knie der Versicherten durch PD Dr. med. M.____, Kniechirurgie der Klinik N.____, beurteilt. Er diagnostizierte mediale Knieschmerzen bei Gelenkspaltverschmälerung und Status nach Kniearthroskopie mit medialer Teilmenishektomie extern im September 2012 bei medialer Meniskusläsion sowie eine Insertionstendinopathie des Pes anserinus links, stellte klinisch eine Varusstellung fest und empfahl vor einer Umstellungsosteotomie das Ausschöpfen der konservativen Massnahme (act. M33). Der von der Helsana erneut angefragte Dr. G.____ verneinte gestützt auf diese Aktenlage in einer Beurteilung vom 6. Januar 2014 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit einen stationären Gesundheitszustand. Falls die konservativen Massnahmen nicht ausreichen sollten, müsste nach einer bildgebenden Knieachsenbeurteilung allenfalls eine Umstellungsosteotomie diskutiert werden. Damit sei eine namhafte Besserung unter Umständen noch möglich (act. M35). Am 4. März und 17. April 2014 wurden bei der Versicherten in der Radiologie der Klinik N.____ mit einem Orthoradiogramm und einer CT-Untersuchung die Beinachsen gemessen (act. M37, M39). Gestützt auf diese Untersuchungsergebnisse diagnostizierte PD Dr. M.____ im Sprechstundenbericht vom 22. April 2014 mediale Knieschmerzen bei Gelenkspaltverschmälerung und Status nach Kniearthroskopie mit medialer Teilmenishektomie extern im September 2012 bei medialer Meniskusläsion und Insertionstendinopathie des Pes anserinus links und erklärte einen effektiven Varus des linken Knies als gegeben (act. M40). Nach Einreichung eines Kostengutsprache gesuchs bei der Helsana (act. K29) führte PD Dr. M.____ am 18. Juni 2014 bei der Versicherten bei einer medialen Varusgonarthrose mit 3° Varus und ausgeschöpften konservativen Massnahme eine mediale open-wedge Valgisationsosteotomie Tibiakopf links durch (act. M43). Nach der Operation war die Versicherte wieder zu 100% arbeitsunfähig (vgl. act. K35, M44). Am 11. August 2014 liess die Versicherte durch ihre Arbeitgeberin eine Rückfallmeldung einreichen (act. K37). Anlässlich seiner Verlaufskontrollen vom 11. Dezember 2014 und 4. Juni 2015 bzw. in den entsprechenden Berichten diagnostizierte PD Dr. M.____ schwach persistierende mediale Knieschmerzen links bei muskulärer Dysbalance bei Status nach open-wedge Valgisationsosteotomie Tibiakopf links vom 18. Juni 2014 bei



St.Galler Gerichte

medialen Knieschmerzen mit Gelenkspaltverschmälerung und Status nach Kniearthroskopie mit medialer Teilmeniskektomie extern September 2012 (act. M50, M54). Am 4. Juni 2015 äusserte er die Möglichkeit, das Gelenk nochmals zu arthroskopieren, um allenfalls die Narbenplatten zu lösen und gleichzeitig die Metallentfernung durchzuführen (act. M54).

A.k In einer Beurteilung vom 23. Februar 2015 zuhanden der Helsana hatte Dr. G.____ den Heilverlauf als natürlich protrahiert bezeichnet, was durch die primäre Verletzung nachvollziehbar sei (act. M51 f.). In einer weiteren Stellungnahme vom 6. August 2015 nannte er den Heilverlauf den Erwartungen entsprechend normal und hielt fest, dass der stationäre Gesundheitszustand im Moment als erreicht definiert werden könne. Die vorgesehene Metallentfernung und eine allfällige Narbenexzision würden den Zustand nicht mehr wesentlich verbessern können (act. M55). Am 16. Februar 2015 hatte die Helsana der Versicherten eine Kostenbeteiligung an ihr Fitnessabonnement zugesichert (act. K45).

A.l Am 26. August 2015 unterbreitete die Helsana den Schadenfall mit verschiedenen Fragen und mit der Aufforderung, diese nur betreffend das linke Knie der Versicherten zu beantworten, ihrem beratenden Arzt, Prof. Dr. med. O.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH (act. M56). Gestützt auf dessen Beurteilungen vom 4. September und 26. Oktober 2015 (act. M57 f.) teilte die Helsana der Versicherten mit Verfügung vom 3. November 2015 mit, dass ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen dem Ereignis vom 11. Februar 2012 und der Problematik des linken Knies nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt sei. Entgegenkommenderweise und ohne Präjudiz werde auf eine Rückforderung der bisherigen Aufwendungen für das linke Knie bis und mit 4. Juni 2015 (Datum der Verlaufskontrolle bzw. des entsprechenden Berichts von PD Dr. M.____ [act. M54]) verzichtet. Weitere Behandlungen für das linke Knie, insbesondere die vorgesehene Metallentfernung mit eventuell erneuter Arthroskopie, gingen nicht zu Lasten der Helsana (act. K51).

B.

Die gegen diese Verfügung erhobene Einsprache vom 23. Dezember 2015 (act. K60) wurde mit



Einspracheentscheid vom 26. Mai 2016 abgewiesen (act. K62).

C.

C.a Gegen diesen Einspracheentscheid erhob die Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführerin), vertreten durch Rechtsanwalt M. Büchel, Oberuzwil, mit Eingabe vom 28. Juni 2016 Beschwerde mit dem Antrag, die Verfügung vom 3. November 2015 sowie der Einspracheentscheid vom 26. Mai 2016 seien aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, die gesetzlichen Leistungen aus der Unfallversicherung auch hinsichtlich des linken Knies zu erbringen. Eventualiter sei ein gerichtliches Gutachten erstellen zu lassen, unter Kosten- und Entschädigungsfolge (act. G 1). Rechtsanwalt Büchel legte der Beschwerde ein Schreiben von Dr. D. ___ vom 23. Juni 2016 bei (act. G 1.2).

C.b In der Beschwerdeantwort vom 30. August 2016 beantragte die Helsana (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) die Abweisung der Beschwerde (act. G 3).

C.c In der Replik vom 29. September 2016 bekräftigte der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin seinen Beschwerdeantrag (act. G 5).

C.d Mit Duplik vom 28. Oktober 2016 hielt die Beschwerdegegnerin ihrerseits an ihrem Antrag auf Abweisung der Beschwerde fest (act. G 7).

Erwägungen

1.

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 2012 zur Debatte steht, die bis 31. Dezember 2016 gültigen Bestimmungen Anwendung.



2.

2.1 Am 20. Februar 2012 liess die Beschwerdeführerin der Beschwerdegegnerin durch ihre Arbeitgeberin einen Skiunfall vom 11. Februar 2012 melden (act. K1). Unbestritten ist, dass sich die Beschwerdeführerin bei besagtem Unfall insbesondere eine undislozierte fissurale subchondrale Fraktur an der Hinterkante des medialen Tibiaplateaus des rechten Knies zugezogen (act. M1 ff.) und die Beschwerdegegnerin dafür Versicherungsleistungen (Heilkosten- und Taggeldleistungen) erbracht hat. Die Verletzung im Bereich des rechten Knies wurde konservativ behandelt und der Schadenfall konnte seitens der Beschwerdegegnerin infolge einer wiedererlangten 100%igen Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin ab 26. März 2012 sowie der Beendigung der Heilbehandlung seit 24. April 2012 abgeschlossen werden (act. K11). Die beim Skiunfall vom 11. Februar 2012 erlittene Knieverletzung rechts bzw. Unfallrestfolgen davon sind damit nicht Inhalt des vorliegenden Beschwerdeverfahrens. Am 1. August 2012 vermerkte die Beschwerdeführerin in einem Fragebogen der Beschwerdegegnerin über den aktuellen Stand einen anhaltenden Schmerz im linken Knie (act. K10), worauf verschiedene ärztliche Untersuchungen - klinische und radiologische - sowie Behandlungen (u.a. act. M8 ff., act. M29 f., act. M37 ff.), insbesondere die Arthroskopie mit Teilmeniskektomie durch Dr. D. ___ vom 28. September 2012 (act. M15), folgten. Unbestrittenermassen erfolgte durch die Beschwerdegegnerin zunächst auch für die Knieproblematik links eine Leistungsanerkennung bzw. die Ausrichtung von Versicherungsleistungen (Heilkosten- und Taggeldleistungen).

2.2 Anfechtungsgegenstand des vorliegenden Beschwerdeverfahrens bildet der Einspracheentscheid vom 26. Mai 2016 (act. K62). Diesem liegt die Verfügung vom 3. November 2015 zugrunde (act. K51), mit welcher die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht für weitere Heilbehandlungen des linken Knies über den 4. Juni 2015 hinaus verneinte. Die Leistungsablehnung begründete sie damit, dass zwischen dem Skiunfall vom 11. Februar 2012 und der Knieproblematik links kein natürlicher Kausalzusammenhang bestehe. Von einer Rückforderung der bis zum 4. Juni 2015 erbrachten Leistungen hat die Beschwerdegegnerin abgesehen. Die Beschwerdeführerin beantragt beschwerdeweise über das Datum des 4. Juni 2015 hinaus Versicherungsleistungen für das linke Knie.



2.3 Gestützt auf Art. 6 Abs. 1 UVG hat der Unfallversicherer bei Vorliegen eines Unfalls (vgl. dazu Art. 4 des Bundesgesetzes über die Sozialversicherung [ATSG; SR 830.1]) für einen Gesundheitsschaden nur insoweit Leistungen zu erbringen, als dieser in einem natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zum versicherten Ereignis steht (BGE 129 V 181 E. 3.1 ff. mit Hinweisen; 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 und 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; 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).

2.4 Der im Sozialversicherungsrecht herrschende Untersuchungsgrundsatz (BGE 125 V 195 E. 2, 122 V 158 E. 1a, je mit Hinweisen; vgl. auch BGE 130 I 183 f. E. 3.2) schliesst die 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. Während bei der Frage, ob ein Kausalzusammenhang überhaupt jemals gegeben ist, die versicherte Person beweisbelastet ist, trägt die Beweislast für einen behaupteten Wegfall jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens die Unfallversicherung. Selbstverständlich greift die vorgenannte 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 - die blosser Möglichkeit genügt nicht (BGE 138 V 222 E. 6, 117 V 264 E. 3b, je mit Hinweisen; RKUV 2000 Nr. U 363 S. 46 E. 2, 1994 Nr. U 206 S. 328 E. 3b, je mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts vom 6.



St.Galler Gerichte

August 2008, 8C_101/2008, E. 2.2; RUMO-JUNGO/HOLZER, a.a.O., S. 4, 55, 79; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. Zürich 2015, N 46 ff. und N 59 ff. zu Art. 43 ATSG; THOMAS LOCHER/THOMAS GÄCHTER, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 4. Aufl. Bern 2014, § 70 N. 56).

2.5 Der Umstand, dass die Beschwerdegegnerin zunächst Leistungen bezüglich der Knieproblematik links erbracht hat und im angefochtenen Einspracheentscheid (act. K62) bzw. der diesem zugrunde liegenden Verfügung vom 3. November 2015 (act. K51) eine Leistungseinstellung vornahm, welche sie mit dem Nichtvorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs der Knieproblematik links zum Unfallereignis vom 11. Februar 2012 begründet und damit aussagt, es habe eigentlich zu keiner Zeit ein natürlicher Kausalzusammenhang bestanden, ändert an der in Erwägung 2.4 dargestellten Beweislastverteilung nichts. Im vorliegenden Fall ist die Frage der Rechtmässigkeit der Leistungseinstellung per 4. Juni 2015 zu prüfen, womit die Beschwerdegegnerin beweisbelastet ist (vgl. dazu SZS 2017, S. 658). Gemäss BGE 130 V 380 hat der Unfallversicherer bei Leistungseinstellungen die Möglichkeit, die durch Ausrichtung von Heilbehandlung und Taggeld anerkannte Leistungspflicht mit Wirkung ex nunc et pro futuro ohne Berufung auf den Rückkommenstitel der prozessualen Revision (Art. 53 Abs. 1 ATSG) oder der Wiederwägung (Art. 53 Abs. 2 ATSG) einzustellen, d.h. den Fall mit der Begründung abzuschliessen, ein versichertes Ereignis liege - bei richtiger Betrachtungsweise - gar nicht vor. Wie von der Beschwerdegegnerin im angefochtenen Einspracheentscheid (act. K62, Erw. 7) festgehalten, muss dies auch für die Leistungs-voraussetzung des natürlichen Kausalzusammenhangs gelten. Dies bedeutet, die Beschwerdegegnerin ist frei, für die Zukunft eine nochmalige materiellrechtliche Kausalitätsprüfung vorzunehmen und gestützt darauf zu einem anderen Schluss zu gelangen. Nachdem die Beschwerdegegnerin - wie gesagt - keinerlei Rückforderungsansprüche geltend macht, gilt es mithin im vorliegenden Verfahren die Frage zu prüfen, ob sie für über den 4. Juni 2015 hinaus dauernde Heilbehandlungen des linken Knies leistungspflichtig ist.

3.

3.1 Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch



die beklagten 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, 125 V 352 E. 3a mit Hinweis). Den Berichten versicherungsinterner bzw. beratender Ärzte und Ärztinnen kann rechtsprechungsgemäss gleichfalls Beweiswert beigemessen werden, sofern sie schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 135 V 467 ff. E. 4 und 125 V 353 f. E. 3b/ee, je mit Hinweisen; RKUV 1991 Nr. U 133 S. 312 f. E. 1b). Auch ärztliche Beurteilungen aufgrund der Akten, wie sie vorliegend von Prof. O.____ (vgl. act. M57 f.) und von Dr. G.____ erstellt wurden (vgl. act. M13, M32, M35, M55), sind nicht an sich unzuverlässig, 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 oder die Expertin imstande ist, sich aufgrund der vorhandenen Unterlagen ein lückenloses Bild zu verschaffen (PVG 1996, 265 E. 3b; RKUV 1988 Nr. U 56 S. 371).

3.2 Während die Beschwerdegegnerin gestützt auf die Beurteilungen ihres beratenden Arztes Prof. O.____ davon ausgeht, die natürliche Kausalität zwischen den gesundheitlichen Störungen im Bereich des linken Knies und dem Unfallereignis vom 11. Februar 2012 sei nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, wendet der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin ein, an der Schlussfolgerung von Prof. O.____ bestünden angesichts dessen, dass Dr. G.____, ebenso beratender Arzt der Beschwerdegegnerin, in seinen Beurteilungen in Bezug auf das linke Knie von Unfallfolgen ausgehe, erhebliche Zweifel.

4.

4.1 Tatsächlich finden sich in den Beurteilungen von Dr. G.____ vom 14. September 2012 (act. M13) und 30. August 2013 (act. M32) auf die Fragen, ob die erhobenen Diagnosen heute noch sicher überwiegend wahrscheinlich oder möglicherweise



zumindest teilweise in einem natürlichen Kausalzusammenhang zum Ereignis vom 11. Februar 2012 stünden bzw. ob unfallfremde Faktoren vorhanden seien, die Antworten, ja, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit, und nein, es seien keine unfallfremden Faktoren vorhanden. Den Antworten von Dr. G.____ kann allerdings für die Kausalitätsbeurteilung hinsichtlich der Gesundheitsproblematik im linken Knie nur dann Beweiswert beigemessen werden, wenn sie sich mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auf das linke Knie beziehen. In Übereinstimmung mit Prof. O.____ und der Beschwerdegegnerin kann davon nicht ausgegangen werden, womit auf die obgenannten Beurteilungen von Dr. G.____ zum Vornherein nicht abgestellt werden kann (vgl. nachfolgende Erwägungen 4.2, 4.3.1, 4.3.3). Bezüglich der Aussage von Dr. G.____ in der Beurteilung vom 7. Dezember 2012 (act. M24) - die Knorpelveränderung sei durch das Ereignis vom 11. Februar 2012 und durch die notwendig gewordene Operation erklärbar - ist ebenso zweifelhaft, ob sie sich auf das linke Knie bezieht. Selbst in diesem Fall wäre indes die Beweiskraft der diesbezüglichen Kausalitätsbeurteilung in Frage gestellt (vgl. dazu nachfolgende Erwägungen 4.3.2, 5.2.1).

4.2 Zunächst fällt allgemein auf, dass die Beschwerdegegnerin in ihren Schreiben betreffend Fallvorlage an Dr. G.____ vom 10. September 2012 (act. M11), 4. Dezember 2012 (act. M23) und vom 28. August 2013 (act. M31) im Sachverhalt nur die ursprüngliche Unfalldiagnose bezüglich des rechten Knies (nicht dislozierte Hinterkantenfraktur am medialen Tibiaplateau) aufgeführt hat und das linke Knie erst im letztgenannten Schreiben unter der Rubrik "Heilverlauf, OP, usw." erscheint. Wie von der Beschwerdegegnerin in der Duplik vom 28. Oktober 2016 zu Recht angenommen, ist es aufgrund des Gesagten bereits zweifelhaft, ob Dr. G.____ bewusst zwischen dem rechten und linken Knie unterschieden hat und sich seine Antworten nur auf das linke Knie beziehen. Nachdem er nach dem natürlichen Kausalzusammenhang der erhobenen Diagnose zum Ereignis vom 11. Februar 2012 gefragt wurde, erscheint es folgerichtig, dass sich seine Antwort auf das rechte Knie bzw. die diesbezüglich von der Beschwerdegegnerin im Sachverhalt angeführte Diagnose bezogen hat.

4.3



4.3.1 In der Beurteilung vom 14. September 2012 (act. M13) nennt Dr. G.____ unter "Auszug medizinische Akten" lediglich das MRI-Untersuchungsergebnis des rechten Knies vom 13. Februar 2012 (act. M1), obwohl ein erstes MRI vom linken Knie am 13. August 2012 angefertigt worden war (act. M8). Die Anamnese als wichtiger Baustein für die ärztliche Beurteilung ist damit in Bezug auf das hier zu prüfende linke Knie bzw. auf ein für die Feststellung von traumatischen Verletzungen bedeutsames radiologisches Untersuchungsergebnis unvollständig. Insbesondere aber angesichts der von Dr. G.____ angeführten Begründung einer überwiegend wahrscheinlichen Unfallkausalität - es sei ein klares Unfallereignis gegeben und in der Bildgebung sei eine klare strukturelle Verletzung sichtbar, welche mit dem Ereignis korreliere - wird offenkundig, dass er mit dieser Schlussfolgerung nicht das linke Knie gemeint haben kann. So lässt sich - in Übereinstimmung mit der Anamnese von Dr. G.____ - einzig dem MRI des rechten Kniegelenks vom 13. Februar 2012 eine strukturelle Verletzung, konkret eine nicht dislozierte subchondrale Fraktur an der Hinterkante des medialen Tibiaplateaus, entnehmen, demgegenüber im MRI-Untersuchungsbericht des linken Kniegelenks vom 13. August 2012 eine "degenerativ" bedingte interstitielle Binnensignalalteration des Innenmeniskus basisseitig am Hinterhorn, allerdings ohne Nachweis eines eigentlichen Einrisses, ein Ossifikat auf Höhe des medialen Menisco-femoralel Recessus an der Innenseite des äusserlich intakten MCL, eine Zyste und eine mässig femoro-patelläre Chondropathie (Grad I-II) genannt werden - somit alles Gesundheitsschäden, die teils explizit als nicht traumatisch bedingt bezeichnet wurden, im Regelfall nicht traumatischer Natur sind und auch von Prof. O.____ nicht als traumatypisch strukturelle Verletzungen bezeichnet werden. In diesem Sinne erwog dieser in seiner Beurteilung vom 4. September 2015 überzeugend, dass eigentlich nur das rechte Knie gemeint sein können (act. M57). Dies selbst wenn Dr. G.____ in der Beurteilung vom 14. September 2012 als medizinisches Akteurum das Kostengutsprachege such vom 4. September 2012 betreffend Arthroskopie und Teilmeniskektomie links aufgeführt (act. M13).

4.3.2 In seiner Beurteilung vom 7. Dezember 2012 (act. M24) führte Dr. G.____ in der Anamnese das MRI vom 13. August 2012 gleichermassen nicht auf, nahm jedoch zumindest auf das nach der Kniearthroskopie links mit medialer Teilmeniskektomie vom 28. September 2012 (act. M15) erhobene MRI-Ergebnis des linken Knies vom 5. November 2012 (act. M19) Bezug, indem er den entsprechenden Bericht von Dr. I.____



vom 22. November 2012 anführte. Im MRI des linken Knies zeigte sich ein korrekt reserzierter Meniskus und eine (vergleichend zur kernspintomographischen Voruntersuchung des linken Kniegelenks vom 13. August 2012 [vgl. act. M19] neu aufgetretene Chondromalazie am medialen Kondyl. Die Aussage von Dr. G.____ zum Heilverlauf - dieser sei protrahiert und offenbar durch eine beginnende Knorpelveränderung (beginnende Arthrose) erklärbar - lässt erkennen, dass er selbst von einem degenerativen Zustand und damit höchstens von einem sekundären unfallkausalen Gesundheitsschaden - in Form einer beginnenden Arthrose - ausgeht. Einem solchen muss eine primäre strukturelle Unfallverletzung (beispielsweise eine intraartikuläre strukturelle Verletzung, eine Meniskusverletzung) vorausgegangen sein (vgl. dazu ALFRED M. DEBRUNNER, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl. Bern 2005, S. 581; PSCHYREMBEL, Klinisches Wörterbuch, 267. Aufl. Berlin 2017, S. 152 f.). Diese Voraussetzung ist allerdings, wie bereits erwähnt, nur in Bezug auf das rechte Knie (Tibiakopffraktur), nicht aber bezüglich des linken Knies (vgl. betreffend Meniskusläsion und Knorpelveränderung bzw. Chondropathie nachfolgende Erwägung 5.2.1) ausgewiesen.

4.3.3 Dass Dr. G.____ in seiner Schlussfolgerung des überwiegend wahrscheinlichen Vorliegens von Unfallfolgen und der Verneinung unfallfremder Faktoren keine sorgfältige Unterscheidung zwischen rechtem und linkem Knie vorgenommen hat, wird auch aus seiner Begründung in der Beurteilung vom 30. August 2013 (act. M32) offenkundig, wonach er von einer durchgehenden Brückensymptomatik und einer primär klaren intraartikulären strukturellen Verletzung ausgeht und die festgestellte Gonarthrose (vgl. dazu act. M29: Chondropathie im medialen Kompartiment Grad III, vgl. auch act. M43: mediale Varusgonarthrose) als Folge der Meniskusresektion und der erlittenen Tibiakopffraktur bezeichnet. Wie von Prof. O.____ in seiner Beurteilung vom 4. September 2015 (act. M57) zutreffend festgehalten, notierte Dr. G.____ in der Anamnese initial Verhältnisse am rechten Kniegelenk und nachfolgend medizinische Unterlagen, welche das linke Knie betreffen. Von Brückensymptomen kann selbstredend nur bei Vorliegen eines sachlichen Zusammenhangs zwischen der ursprünglichen Unfallverletzung und dem zur Diskussion stehenden Gesundheitsschaden gesprochen werden. Eine intraartikuläre strukturelle Verletzung bzw. eine Tibiakopffraktur erlitt die Beschwerdeführerin beim Unfall vom 11. Februar 2012 unbestrittenermassen gerade im rechten Knie (act. M1); im Bereich des linken



Kniegelenks kam eine solche radiologisch nicht zur Darstellung (vgl. act. M8, M29) und wurde von den behandelnden Ärzten entsprechend auch nie diagnostiziert (vgl. act. M16 f., M20, M22, M25, M38, M40, M48). Dafür wurde die Gonarthrose, welche Dr. G.____ mit der am rechten Knie erlittenen Tibiakopffraktur in einen Zusammenhang setzt, im linken Knie erhoben. Dr. G.____ stellt mithin Kausalzusammenhänge her, welche zweifelsfrei nicht vorhanden sein können.

4.4 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass bezüglich der Beurteilungen von Dr. G.____ vom 14. September 2012 (act. M13), 7. Dezember 2012 (act. M24) und 30. August 2013 (act. M32) nicht uneingeschränkt erkennbar ist, dass er bewusst die Aktenlage in Bezug auf das linke Knie von derjenigen des rechten Knies abgegrenzt hätte bzw. sich seine Bejahung einer überwiegend wahrscheinlichen Unfallkausalität, die Verneinung von unfallfremden Faktoren und seine Feststellung, die Knorpelveränderung sei durch das Ereignis vom 11. Februar 2012 erklärbar, explizit auf das linke Knie beziehen würden. Seine Kausalitätsbeurteilung vom 7. Dezember 2012 (act. M24) würde sodann auch in Bezug auf das linke Knie nicht überzeugen. Für die im konkreten Fall zu prüfende Frage einer über das Datum vom 4. Juni 2015 hinaus dauernden Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin für allfällige Unfallfolgen im Bereich des linken Knies müssen die Beurteilungen von Dr. G.____ als unzulänglich, d.h. ohne genügenden Beweiswert, bezeichnet werden.

5.

5.1 Im Gegensatz zu Dr. G.____ wurde Prof. O.____ von der Beschwerdegegnerin ausdrücklich zum natürlichen Kausalzusammenhang zwischen der Knieproblematik links und dem Unfallereignis vom 11. Februar 2012 befragt. In seinen Beurteilungen vom 4. September und 26. Oktober 2015 (act. M57 f.) nimmt er ausführlich zu dieser Frage Stellung, indem er sich auf die im Rahmen der Beurteilung einer Unfallkausalität massgebenden Beurteilungskriterien - die ursprünglich gestellte Unfalldiagnose als massgebender Ausgangspunkt für traumatische Folgeschäden und den zeitlichen Ablauf - bezieht. Dies in dem Sinne, dass in der Regel nur ein vom Unfall betroffener verletzter Körperteil nachfolgende Beschwerden zeitigen kann, massgebende Verletzungen im Regelfall zu Schmerzen führen sowie unmittelbar im Anschluss an den



Unfall oder zumindest unfallnah auch im entsprechenden Umfang wahrgenommen und im Rahmen einer ärztlichen Untersuchung beschrieben werden.

5.2

5.2.1 Prof. O.____ stellt in seinen Beurteilungen zutreffend fest, dass die Beschwerdeführerin zumindest aktenkundig erstmalig am 1. August 2012 im Fragebogen der Beschwerdegegnerin betreffend den aktuellen Stand einen anhaltenden Schmerz im linken Knie angegeben hat (act. K10). Im Bericht von Dr. D.____ vom 15. Februar 2012 betreffend die Notfallsprechstunde vom 11. Februar 2012 (act. M2) und die Sprechstunde vom 14. Februar 2012, im Sprechstundenbericht vom 21. März 2012 (act. M4), aber auch in den von Dr. D.____ ausgestellten Arztzeugnissen UVG vom 13. März 2012 (act. M3) und 9. Mai 2012 (act. M5), wurden bezüglich des linken Knies weder Angaben der Beschwerdeführerin notiert noch Befunde und Diagnosen erhoben oder Therapien veranlasst. Die in der Radiologie E.____ am 13. Februar 2012 durchgeführte MRI-Untersuchung hatte ebenfalls nur das rechte Knie umfasst (act. M1). Je grösser der zeitliche Abstand zwischen dem Unfall und dem Auftreten der gesundheitlichen Beeinträchtigung ist, desto unwahrscheinlicher wird der natürliche Kausalzusammenhang zum Unfallereignis (RKUV 1997 Nr. U 275 S. 191 E. 1c). Im konkreten Fall ist von einem rund halbjährigen Intervall zwischen dem Unfallereignis (11. Februar 2012) und der aktenmässig dokumentierten Meldung von Beschwerden im linken Knie auszugehen. Dieser zeitliche Ablauf ist nachvollziehbar als Hinweis gegen eine Unfallkausalität zu werten. Dies insbesondere im konkreten Fall, in welchem zunächst verdachtsweise radiologisch (act. M9) und am 28. September 2012 bestätigend arthroskopisch (act. M15) ein Gesundheitsschaden wie eine Meniskusläsion erhoben wurde, der - wie von Prof. O.____ in seiner Beurteilung vom 4. September 2015 in Übereinstimmung mit der medizinischen Literatur festgehalten - häufig degenerativer Natur ist. Ein traumatischer Meniskusriss ist dagegen vergleichsweise selten (vgl. dazu DEBRUNNER, a.a.O., S. 1056 ff.; PSCHYREMBEL, a.a.O., S. 1146; ROCHE LEXIKON, Medizin, 5. Aufl. München 2003, S. 1204; LEITLINIEN DER ORTHOPÄDIE, Hrsg. von der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie und dem Berufsverband der Ärzte für Orthopädie, 2. erweiterte Aufl. Köln 2002, S. 141). Entsprechend war im Bericht über die MRI-Untersuchung des linken Knies vom 13. August 2012 eine "degenerativ" bedingte



interstitielle Binnensignalalteration des Innenmeniskus basisseitig festgehalten worden (act. M8). Von einer traumatischen Ursache der zudem genannten Chondropathie ist ebenfalls nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auszugehen. Auch bei ihr handelt es sich im Regelfall um eine Erkrankung (vgl. PSCHYREMBEL, a.a.O., S. 329; DEBRUNNER, a.a.O., S. 1047 ff.; ROCHE LEXIKON, a.a.O., S. 326; vgl. überdies Erwägung 4.3.2). Selbst wenn angenommen würde, Dr. G.____ beziehe sich in seiner Aussage in der Beurteilung vom 7. Dezember 2012 (act. M24) - die Knorpelveränderung sei durch das Ereignis vom 11. Februar 2012 und durch die notwendig gewordene Operation erklärbar - auf das linke Knie, könnte darin keine überwiegend wahrscheinliche primäre strukturelle Unfallverletzung gesehen werden. Prof. O.____ weist in seiner Beurteilung vom 4. September 2015 (act. M57, S. 3) überzeugend auf die Fragwürdigkeit dieses Postulats hin. Besonders wenn das MRI des linken Kniegelenks vom 13. August 2012 für die versicherungsmedizinische Beurteilung herangezogen werde, sei festzustellen, dass die Knorpelveränderungen anfänglich nicht vorhanden gewesen seien. So erscheint es logisch, dass ein Knorpelschaden im Regelfall bereits bei der ersten radiologischen Untersuchung vom 13. August 2012 sichtbar gewesen wäre, wäre er beim Unfall entstanden. Im entsprechenden Untersuchungsbericht ist zwar von einer femoro-atellären Chondropathie die Rede (act. M8), anlässlich der anschliessenden Knieoperation links vom 28. September 2012 zeigten sich jedoch die Knorpel in allen Kompartimenten unauffällig (vgl. act. M15). Im Weiteren wurde sowohl im MRI-Untersuchungsbericht vom 5. November 2012 (act. M19) als auch von Dr. G.____ im Vergleich zum Untersuchungsergebnis vom 13. August 2012 von einer neu aufgetretenen Chondropathie gesprochen. Prof. O.____ weist sodann in seinen Beurteilungen vom 4. September und 26. Oktober 2015 (act. M57 f.) auf die weiteren bei der Beschwerdeführerin radiologisch erhobenen Gesundheitsschäden - eine kleine Baker-Zyste (vgl. act. M8 f.), aber vor allem auf die vorbestandene und am 18. Juni 2014 operativ korrigierte Varuskomponente der Beinachsen bzw. Varusgonarthrose hin (vgl. act. M37 ff., act. M43, act. M45), welche - wie von ihm überzeugend festgestellt - eine auf degenerativem Boden entstandene Pathologie am medialen Meniskus zement-tieren (vgl. dazu DEBRUNNER, a.a.O., S. 612, 618).

5.2.2 Der Einwand der Beschwerdeführerin in der Einsprache vom 23. Dezember 2015, sie habe nicht erst am aktenkundigen Datum vom 1. August 2012 auf



Kniebeschwerden links hingewiesen, sondern spätestens seit April 2012 bzw. dem Absetzen der Analgetika (vgl. dazu nachfolgende Erwägung 5.2.3) explizit immer die Schmerzen am linken Knie moniert, ergibt sich aus den Akten nicht und stellt einzig eine Angabe der Beschwerdeführerin dar, welche als ausreichender Beweis nicht zu genügen vermag. Tatsache ist, dass eine Klage bezüglich Kniebeschwerden links keinen Eingang in die vor dem 1. August 2012 erstellten ärztlichen Untersuchungsberichte und Arztzeugnisse UVG von Dr. D.____ gefunden hat. Die Annahme, dieser habe im Rahmen der Anamneseerhebung angegebene Kniebeschwerden links irrtümlicherweise oder gar bewusst nicht notiert, ist in keiner Weise belegt. So darf in der Regel von der ärztlichen Wahrnehmung von Klagen des Patienten sowie von der Richtigkeit und der Vollständigkeit einer ärztlichen Berichterstattung ausgegangen werden. Im Übrigen hatte die Beschwerdeführerin selbst anlässlich eines Telefongesprächs mit der Beschwerdegegnerin zur Standortbestimmung vom 23. März 2012 keine Angaben zum linken Knie gemacht (act. K7). Auch mit act. G 1.2 kann der Beweis, dass Schmerzen im linken Knie bereits früher Thema waren, nicht erbracht werden. Dr. D.____ bestätigt in seinem Bericht das von der Beschwerdeführerin Dargelegte nicht (Hinweis auf linkes Knie erst am 9. August 2012; Rest aus Sicht der Beschwerdeführerin).

5.2.3 Auch die weiteren Begründungen in der Beschwerde vom 28. Juni 2016 (act. G 1) - der Beschwerdeführerin sei zunächst eine sechswöchige absolute Bettruhe verordnet worden; zudem habe sie Schmerzmittel eingenommen, wodurch ihr die Schmerzen im linken Knie nicht aufgefallen seien; mit zunehmender Belastung seien die Schmerzen im linken Knie aufgetreten, diese seien jedoch nie richtig abgeklärt worden, weil die anderen Verletzungen im Vordergrund gestanden hätten - vermögen eine halbjährige Latenzzeit bis zur Dokumentation bzw. bis zum Auftreten von Schmerzen nicht zu begründen. Prof. O.____ weist in seiner Beurteilung vom 26. Oktober 2015 (act. M58) zutreffend und schlüssig darauf hin, dass die Beschwerdeführerin gemäss Arztbericht von Dr. D.____ vom 21. März 2012 (act. M14) bereits zu diesem Zeitpunkt keine Schmerzmittel mehr eingenommen hatte. Da könne nicht vermutet werden, dass am linken Knie nur deshalb keine Symptome verspürt worden seien, weil diese allenfalls durch die Analgetika-Einnahme kaschiert worden wären. Wie von Prof. O.____ stichhaltig festgestellt, vergingen bis zum 1. August 2012 rund vier Monate ohne Einnahme von Schmerzmitteln, während denen sich eine



Knieverletzung links hätte erkennbar machen müssen und die Beschwerdeführerin zu einer ärztlichen Konsultation bewegt hätte. Der Umstand, dass die Beschwerdeführerin bereits seit 26. März 2012 wieder zu 100% ihrer Arbeit nachgegangen ist (act. M4 ff.), stützt die vorangehenden Überlegungen. Die Unfallverletzung am rechten Knie war schliesslich nicht derart schwerwiegend, dass sie nicht auch die Berücksichtigung bzw. die Differenzierung einer Beschwerdesymptomatik am linken Knie erlaubt hätte.

5.3 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass anhand der in jeder Hinsicht überzeugenden Beurteilungen von Prof. O. ___ vom 4. September und 26. Oktober 2015 davon auszugehen ist, dass beim Unfall vom 11. Februar 2012 nicht überwiegend wahrscheinlich eine Unfallbeteiligung des linken Knies mit Verletzungsfolge stattgefunden hat und die erstmals am 1. August 2012 dokumentierten Knieschmerzen links bzw. die nachfolgend im Bereich des linken Knies ärztlich erhobenen Befunde überwiegend wahrscheinlich unfallfremder Natur sind. Demgemäss ist ein Anspruch der Beschwerdeführerin auf diesbezügliche Leistungen der Beschwerdegegnerin über das Datum der Leistungseinstellung (4. Juni 2015) hinaus abzuweisen.

6.

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG).

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Es werden keine Gerichtskosten erhoben.