



Fall-Nr.: UV 2012/48
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: UV - Unfallversicherung
Publikationsdatum: 30.08.2019
Entscheiddatum: 25.04.2013

Entscheid Versicherungsgericht, 25.04.2013

Art. 6 Abs. 1 UVG. Die fehlende Auseinandersetzung mit der Ätiologie der osteochondralen Läsion und einer allfälligen Fehl- oder Überlastungsproblematik lassen Zweifel an der Vollständigkeit des Medas-Gutachtens aufkommen, weshalb eine nähere Prüfung der natürlichen Kausalität angezeigt erscheint. Rückweisung zur ergänzenden Abklärung (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 25. April 2013, UV 2012/48).

Präsident Martin Rutishauser, Versicherungsrichterin Marie Löhner,
Versicherungsrichter Joachim Huber; Gerichtsschreiberin Della Batliner

Entscheid vom 25. April 2013

in Sachen

A.____,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Rechtsanwältin lic. iur. Bettina Surber, Oberer Graben 44,
9000 St. Gallen,

gegen

Helsana Unfall AG, Postfach, 8081 Zürich Helsana,

Beschwerdegegnerin,

betreffend



Versicherungsleistungen

Sachverhalt:

A.

A.a A.____ (nachfolgend: Versicherte) war seit 1. August 1997 als diplomierte Krankenschwester im B.____ arbeitstätig und dadurch bei der Helsana Versicherungen AG (nachfolgend: Helsana) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert, als sie am 18. November 2007 im Dunkeln vor der Haustüre ihres Hauses auf Eis ausrutschte und sich am linken Fussgelenk verletzte (act. K 1). Die Helsana erbrachte Taggeldleistungen und kam für die Heilungskosten auf (act. K 4, 10, 18, 23, 24, 25).

A.b Eine vom erstbehandelnden Arzt Dr. med. C.____, Innere Medizin FMH, veranlasste Kernspintomografie Rückfuss/oberes Sprunggelenk (OSG) links vom 28. November 2007 führte zum Schluss, dass der Befund vereinbar sei mit einer vorbestehenden, jetzt traumatisierten Knochenzyste (act. M 1, 4). Im Kantonsspital St. Gallen, Klinik für Orthopädische Chirurgie, wurde mit Berichten vom 10. Dezember 2007, vom 18. Dezember 2007 und vom 16. Januar 2008 ebenfalls eine traumatisierte Taluszyste links diagnostiziert (act. M 2, 3, 5). Am 15. Februar 2008 wurden in der Klinik Stephanshorn eine diagnostische OSG-Arthroskopie links, eine arthroskopische Impingement-Resektion und eine Taluszysten-Ausräumung nach Malleolus medialis-Osteotomie: Spongioplastik mit Fremdspongiosa durchgeführt, am 2. Mai 2008 erfolgte die Metallentfernung (act. M 7, 8, 10, 11).

A.c Das Arbeitsverhältnis der Versicherten wurde am 18. April 2008 mündlich und am 21. April 2008 schriftlich auf den 31. August 2008 gekündigt (act. K 9, 12). Vom 16. März bis 9. April 2009 wurde eine BEFAS-Abklärung durch die IV-Stelle des Kantons St. Gallen durchgeführt (act. K 26, 27).

A.d Mit Bericht vom 26. November 2008 diagnostizierte Dr. med. D.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, eine Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt (ICD-10: F 43.22; act. M 17). Seit Juni 2008 fanden ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Gespräche bei ihm statt. Vom 13. Oktober bis 5. Dezember 2008 wurde eine ambulante psychosomatische Rehabilitation in der Klinik



St.Galler Gerichte

E.____ durchgeführt und bei Austritt eine Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht von 50% bis ca. 31. Januar 2009 attestiert (act. M 19). Mit Bericht vom 6. Januar 2010 beantwortete Dr. D.____ die von der Helsana am 16. Dezember 2009 gestellten Fragen, wobei er neben der Anpassungsstörung mit Angst und Depression gemischt (ICD-10: F 43.22) auch eine sonstige somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F 45.8) diagnostizierte (act. M 25, 26). Auf Nachfrage der Helsana erfolgte am 29. Januar 2010 eine detaillierte Berichterstattung in Bezug auf die sozialpsychiatrische Anamnese (act. M 27, 28).

A.e Mit Bericht vom 23. Februar 2010 sah Dr. med. F.____, Spezialarzt Orthopädie FMH, radiologisch eine stufenlos konsolidierte mediale Malleolarosteotomie und im MRI eine osteochondrale Läsion des Talus medial sowie eine Tendinopathie der Tibialis posterior Sehne als gegeben an (act. M 30).

A.f Mit psychiatrischem Consiliargutachten vom 29. Juni 2010 diagnostizierte G.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, eine leichte bis mittelgradige depressive Störung, welche zu einer 30%-igen Einschränkung in einer den körperlichen Leiden adaptierten Tätigkeit führe, wobei die Störung zwei Jahre nach dem Unfall erheblich mehr von den psychosozialen Faktoren abhängig sei (act. M 31).

A.g Mit polydisziplinärem Gutachten vom 13. September 2010 wurde über die Untersuchung der Versicherten bei der Medizinischen Abklärungsstelle (Medas) Ostschweiz berichtet (act. M 32).

A.h Am 30. September 2010 stellte die Helsana die Leistungseinstellung per gleichem Datum (Heilbehandlungen, Taggelder) in Aussicht, verneinte einen Anspruch auf Integritätsentschädigung und gewährte der Versicherten das rechtliche Gehör (act. K 48). Mit Eingabe vom 20. Oktober 2010 nahm der damalige Rechtsvertreter der Versicherten, Rechtsanwalt lic.iur. Paul Rechsteiner, St. Gallen, Stellung und beantragte, es seien die Arztberichte von Dr. F.____ vom 23. Februar 2010 und von Dr. D.____ vom 6. Januar 2010 vorzulegen und Gelegenheit zur Stellungnahme einzuräumen. Zudem seien der Versicherten die Leistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung weiterhin zu gewähren und eventualiter eine Oberbegutachtung vorzunehmen und gestützt auf diese die Leistungspflicht der Versicherung neu zu



St.Galler Gerichte

prüfen; unter Kosten- und Entschädigungsfolgen (act. K 50). Am 8. November 2010 reichte der Rechtsvertreter der Versicherten den Bericht von Dr. F.____ vom 26. Oktober 2010 ein, wonach eine osteochondrale Läsion des Talus medial links gemäss MRI 2010 persistiere (act. K 54). Mit Schreiben vom 24. November 2010 nahm er Stellung zum Bericht von Dr. D.____ (act. K 55).

A.i Am 3. Dezember 2010 verfügte die Helsana die Einstellung ihrer Leistungen (Heilbehandlungen und Taggelder) per 30. September 2010; überdies könne kein Integritätsschaden ausgemacht werden (act. K 57).

B.

Die dagegen erhobene Einsprache vom 5. Januar 2011 (act. K 62) mit ergänzender Eingabe vom 21. Juni 2011 (mit Bericht vom 10. Juni 2011 der Uniklinik Balgrist; act. K 68) wurde mit Einspracheentscheid vom 5. April 2012 (act. G 1.1; K 70) abgewiesen.

C.

C.a Mit Eingabe vom 15. Mai 2012 (act. G 1) liess die Versicherte durch Rechtsanwältin lic. iur. Bettina Surber, St. Gallen, Beschwerde erheben mit dem Antrag, der Einspracheentscheid vom 5. April 2012 sei aufzuheben und es seien ihr Leistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung rückwirkend ab 1. Oktober 2010 zu gewähren. Eventualiter sei der Einspracheentscheid vom 5. April aufzuheben und die Helsana anzuweisen, ein Obergutachten in Auftrag zu geben und gestützt auf dieses Gutachten neu zu entscheiden; unter Kosten- und Entschädigungsfolgen. Mit Beschwerdeergänzung vom 9. Oktober 2012 (act. G 9) hielt die Rechtsvertreterin nur noch am Hauptantrag fest und brachte zur Begründung im Wesentlichen vor, dass sich die Meinungen der Gutachterin und von Dr. F.____ widersprächen. Da beide Fachärzte auf dem Gebiet der Orthopädie seien, könne nicht ohne Weiteres auf die Beurteilung der Gutachterin abgestellt werden. Diese habe sich nicht mit der von Dr. F.____ und der Uniklinik Balgrist gestellten Diagnose einer osteochondralen Läsion auseinandergesetzt und sei zu den Differenzen in den Beurteilungen nicht befragt worden, weshalb das Gutachten unvollständig und die Glaubwürdigkeit zu bezweifeln sei. Zudem stellte die



St.Galler Gerichte

Rechtsvertreterin den Beweisantrag, dass bei Dr. F.____ ein aktueller Bericht über den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin einzuholen sei.

C.b Mit Beschwerdeantwort vom 8. November 2012 (act. G 11) schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde. Zur Begründung verwies sie auf ihren Einspracheentscheid vom 5. April 2012 und führte insbesondere an, die Aussagen von Dr. F.____ seien sehr wohl in das Medas-Gutachten eingeflossen. Dem Gutachten komme volle Beweiskraft zu.

C.c Mit Schreiben vom 7. Dezember 2012 verzichtete die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin auf eine Replik (act. G 13).

Erwägungen:

1.

Anfechtungsgegenstand des vorliegenden Verfahrens bildet der Einspracheentscheid vom 5. April 2012 (act. G 1.1). Streitig ist, ob die Versicherungsleistungen (Taggelder, Heilungskosten), welche von der Beschwerdegegnerin im Anschluss an das Unfallereignis vom 18. November 2007 ausgerichtet wurden, auf den 30. September 2010 eingestellt werden durften.

2.

2.1 Nach Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) werden Leistungen der Unfallversicherung bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt. Anspruchsvoraussetzung für jegliche Leistungen der Unfallversicherung bildet die Unfallkausalität. Eine Leistungspflicht des Unfallversicherers besteht demnach nur für Gesundheitsschäden, die natürlich und adäquat kausal mit einem versicherten Unfallereignis zusammenhängen (Alexandra Rumo-Jungo, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 3. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2003, S. 42 ff.). Während es Aufgabe der Ärztin oder des Arztes ist, den natürlichen Kausalzusammenhang zu beurteilen, obliegt es dem Gericht, die Frage nach dem adäquaten



Kausalzusammenhang zu beantworten (BGE 125 V 456; 123 III 110; 112 V 30). 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). Im Bereich klar ausgewiesener organischer Unfallfolgen im Sinn von nachweisbaren strukturellen Veränderungen (ein organisches Substrat konnte mit bildgebenden Untersuchungsmethoden [Röntgen, Computertomogramm, EEG] nachgewiesen werden) spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der aus dem natürlichen Kausalzusammenhang sich ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle (vgl. BGE 117 V 359, E. d/bb, unten, mit Hinweisen auf Lehre und Rechtsprechung ;118 V 286, E. 3a). Sie ist bei ausgewiesener natürlicher Kausalität ohne weiteres zu bejahen (BGE 127 V 102 E. 5b/bb; 123 V 98 E. 3b; 118 V 286 E. 3a; 117 V 359 E. 5d/bb mit Hinweisen).

2.2 Wird durch einen Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (status quo ante), oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustands auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (status quo sine), erreicht ist (vgl. zum Ganzen RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328f. E. 3b, mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts vom 11. Juni 2007, U 290/06 E. 3.3). Das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens muss mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blossе Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die entsprechende Beweislast nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 46 E. 2 mit Hinweisen; BGE 117 V 261 E. 3b). Dabei muss jedoch nicht etwa der Beweis für unfallfremde Ursachen erbracht werden. Welche Ursachen ein nach wie vor geklagtes Leiden hat, ob es Krankheitsursachen, ein Geburtsgebrechen oder degenerative Veränderungen sind, ist unerheblich. Denn es ist nicht so, dass der Unfallversicherer bei einmal bejahter Unfallkausalität so lange haftet, als er unfallfremde Ursachen nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachzuweisen vermag.



Entscheidend ist allein, ob unfallbedingte Ursachen eines Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahin gefallen sind (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328f. E. 3b).

2.3 Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Danach haben die urteilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen und alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. 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 Fachperson begründet sind (BGE 125 V 351, E. 3a mit Hinweis). Erachtet das Sozialversicherungsgericht die rechtserheblichen tatsächlichen Entscheidungsgrundlagen bei pflichtgemässer Beweiswürdigung als schlüssig, darf es den Prozess ohne Weiterungen - insbesondere ohne Anordnung eines Gerichtsgutachtens - abschliessen (RKUV 1997 Nr. U 281 S. 281 E. 1a).

3.

3.1 Die Kernspintomografie Rückfuss/OSG links vom 28. November 2007 zeigte eine bis ca. 1,5 cm im maximalen Durchmesser grosse zystische Strukturalteration im Talus medial, mit ausgedehnter Signalstörung perifokal im Talus, mit Signalsteigerung in den T2-gewichtet fettgesättigten Sequenzen und Signalverlust in den T1-gewichteten Sequenzen, im Sinn einer Traumatisierung dieser Knochenzyste bzw. eines Knochenmarködems/Bone bruise um die Knochenzyste herum. Die Kontur der Talusrolle schein im Bereich der zystischen Veränderung ebenfalls leicht imprimiert. Die übrigen ossären Strukturen im Rückfuss links seien kernspintomografisch normal, ebenso die periartikulären Weichteile und die ligamentären Strukturen. Der Befund sei vereinbar mit einer vorbestehenden, jetzt traumatisierten Knochenzyste (act. M 1, 4).



3.2 Am 15. Februar 2008 führte Dr. med. H.____, Spezialarzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, bei Diagnose einer posttraumatischen Taluszyste medial links sowie eines antero-medialen Kapselimpingements des OSG links eine diagnostische OSG-Arthroskopie links, eine arthroskopische Impingement-Resektion sowie eine Taluszysten-Ausräumung nach Malleolus medialis-Osteotomie (Spongiosaplastik mit Fremdspongiosa) durch (act. M 7). Am 2. Mai 2008 erfolgte die Metallentfernung (act. M 11). Am 4. August 2008 berichtete Dr. H.____ über eine weiterhin erhebliche Beeinträchtigung der Belastbarkeit der linken unteren Extremität. Mit Hinweis auf die (sich nicht in den Akten befindliche) MRI-Berichtskopie (MRI vom 17. Juni 2008) äusserte Dr. H.____, dass zum jetzigen Zeitpunkt wieder Fehlbelastungsbeschwerden im Bereich der Plantaraponeurose und der Achillessehne einerseits, aber auch typische Symptome eines Sinus tarsy Syndroms andererseits beständen. Ein Teil der Beschwerden dürfte wohl auch auf das nachgewiesene Knochenmarködem zurückzuführen sein (act. M 14).

3.3 Gemäss Bericht vom 25. Februar 2009 und 7. August 2009 konnte PD Dr. med. I.____, Spezialarzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, für die persistierenden Schmerzen der Beschwerdeführerin am Innenknöchel links keine Therapiealternative anbieten (act. M 23, 24).

3.4 Am 23. Februar 2010 berichtete Dr. F.____ über eine radiologisch stufenlos konsolidierte mediale Malleolarosteotomie und im MRI eine osteochondrale Läsion des Talus medial sowie Tendinopathie der Tibialis posterior Sehne. Die Beschwerden seien grösstenteils durch die osteochondrale Läsion des Talus bedingt. Die einzige Behandlungsmöglichkeit bestehe in einer erneuten Reoperation, wobei die Beschwerdeführerin bei Verdacht auf Somatisierung kein idealer Kandidat dafür sei. Die Prognose sei dementsprechend schlecht (act. M 30).

3.5 Im Medas-Gutachten vom 13. September 2010 wurden in somatischer Hinsicht die Diagnosen einer schmerzhaften Bewegungseinschränkung am linken OSG sowie eines beidseitigen Fersensporn (radiologisch nachweisbar, klinisch symptomlos) gestellt. Es handle sich um eine sogenannte osteochondrale Läsion an der medialen Talusschulter des linken Sprunggelenks. Unter diesem Überbegriff seien unterschiedliche Krankheitsbilder zu subsumieren. Dazu gehöre die sogenannte primäre osteochondrale



Läsion, als deren Ursache ein vaskuläres Defizit, aber auch genetische endogene und bakteriell-infektiöse Faktoren eine Rolle spielen könnten. Für diese Annahme sprächen zum Einen ein beidseitiges Auftreten, eine familiäre Häufung und zum Anderen eine Koinzidenz mit anderen Knochennekrosen. In der Mehrzahl der Fälle der osteochondralen Läsionen am Sprungbein liessen sich die Faktoren von einer traumatischen (unfallbedingten) sogenannt sekundären Ursache nicht abgrenzen. In der Literatur werde der Anteil osteochondraler Läsionen am Sprungbein nach Distorsion mit verschiedenen Angaben erwähnt. Osteochondrale Läsionen an der medialen Talusschulter sollen zwischen 64% und 82% auf ein Trauma zurückzuführen sein. Es werde dem Trauma aber keine alleinige Verantwortung für die Entstehung, sondern nur eine ätiologische Beteiligung zugesprochen. Die osteochondralen Läsionen würden bei verschiedenen ätiologischen Faktoren nach Erreichen eines hypothetischen Schwellenwerts in eine gemeinsame Endstrecke münden. Mit Stadium V beschrieben Loomer et. al. 1993 die Existenz von subchondralen Zysten. Nach Berndt & Harty würden subchondrale Zysten mit dem Stadium I und II eingeteilt. Bei der Versicherten handle es sich um eine subchondrale Zyste an der medialen Talusschulter, welche retrospektiv bereits auf dem Röntgenbild vom 9. Februar 2005 (Orthopädie am Rosenberg) erkennbar sei. Ob es sich dabei um eine Folge der ersten, etwa im Herbst 2003 erfolgten Sprunggelenkdistorsion handle, sei nicht sicher auszumachen, aber durchaus wahrscheinlich, zumal im Szintigramm keine Beidseitigkeit erkennbar sei. Des Weiteren sei zu bedenken, dass die Beschwerdeführerin nach dem Trauma etwa im Jahr 2003 über einige Jahre beschwerdefrei gewesen sei und keine Unterlagen über eine Behandlungsnotwendigkeit in dieser Zeit vorlägen. Sollte die Ursache der später diagnostizierten Taluszyste am linken Sprunggelenk im Trauma etwa aus dem Jahr 2003 liegen, so sei hypothetisch anzunehmen, dass ohne das Trauma vom 18. November 2007 die Beschwerdeführerin beschwerdefrei und die Taluszyste asymptomatisch geblieben sein könnte und es immer noch wäre. Andererseits sei es durchaus möglich, dass auch ohne Trauma früher oder später Beschwerden hätten eintreten können. Als Folge dieser Überlegungen sei wahrscheinlich, dass es sich beim Ereignis vom 18. November 2007 um die Traumatisierung einer vorbestehenden Taluszyste primär oder sekundär (als Folge des Unfalls etwa 2003) handle. Unter dieser Annahme, dürfte bei einem schicksalsmässigem Verlauf des Leidens mit der



Notwendigkeit einer Operation und der postoperativen Rekonvaleszenz nach etwa zwei Jahren zumindest teilweise (ca. zu 50%) und spätestens ab Begutachtungszeitpunkt vollständig der gleiche Zustand wie beim schicksalsmässigen Verlauf erreicht sein.

3.6 Am 26. Oktober 2010 beurteilte Dr. F.____ das bidisziplinäre Gutachten der Medas als gesamthaft nicht schlüssig und zum Teil fehlerhaft. Die gestellte Diagnose bezüglich des linken OSG sei unvollständig, zumal die gemäss MRI 2010 persistierende grosse osteochondrale Läsion des Talus und eine Tendinose der Tibialis posterior Sehne nicht erwähnt würden. Die Gutachter sprächen von einer wahrscheinlichen Traumatisierung der vorbestehenden Taluszyste statt von einer osteochondralen Läsion des Talus medial. Im MRI 2007 werde von einer Knochenzyste gesprochen und im MRI 2010 werde eine osteochondrale Läsion, also eine Schädigung des Knorpels und des Knochens, beschrieben. Die Behauptung, eine Knochenzyste ende bei schicksalsgemäßem Verlauf in einem Knochenknorpelschaden, sei nicht korrekt. Die orthopädische Gutachterin gehe von einem geheilten Zustand des Talus aus, wobei die Ausführungen nicht präzise seien. Tatsache sei, dass eine osteochondrale Läsion gemäss MRI 2010 persistiere. Diese schränke die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit unfallbedingt ein. Eine Einschränkung in einer adaptierten Tätigkeit liege nicht erst zwei Jahre nach dem Unfall, sondern bereits vorher nicht mehr vor. Zudem fänden sich Widersprüche bei der Arbeitsfähigkeitsbeurteilung in der angestammten Tätigkeit als Krankenpflegerin (act. K 54).

3.7 Im von der Beschwerdeführerin während des Einspracheverfahrens eingereichten Bericht vom 10. Juni 2011 (act. K 68) erwähnte Dr. med. J.____, Uniklinik Balgrist, dass sich beim Röntgen des linken Fusses dp/seitlich vom 9. Juni 2011 unverändert zur Voruntersuchung eine sichtbare osteochondrale Läsion im Bereich des medialen Talus und beginnende arthrotische Veränderungen im Sinn osteophytärer Anbauten zeigten. Gemäss der klinischen Untersuchung könnte die osteochondrale Läsion an der medialen Talusschulter durchaus weiterhin für die Beschwerden der Beschwerdeführerin verantwortlich sein. Diskrepant hierzu seien die ausgeprägten, vor allem auch nächtlichen Schmerzen und das komplett fehlende Ansprechen auf die intraartikuläre Infiltration. Dennoch sei eine genauere Beurteilung der Läsion angezeigt. Je nach Befund wäre dann doch ein operatives Vorgehen zu diskutieren, obwohl keine



sichere Voraussage gemacht werden könne. Differentialdiagnostisch könne an neuropathische Schmerzen gedacht werden.

4.

4.1 Für die Annahme unfallkausaler somatischer Restfolgen werden im Regelfall eine strukturelle Läsion bzw. eine schlecht verheilte strukturelle Läsion als objektivierbares Korrelat verlangt. Für die nach der Operation vom 15. Februar 2008 bzw. seit Einstellung der Leistungen (30. September 2010) persistierenden Beschwerden sind der medizinischen Aktenlage verschiedene Erklärungsansätze zu entnehmen. Dr. H.____ geht von Fehlbelastungsbeschwerden im Bereich der Plantaraponeurose und der Achillessehne einerseits, aber auch von typischen Symptomen eines Sinus tarsi Syndroms andererseits aus, wobei er einen Teil der Beschwerden auch mit dem nachgewiesenen Knochenmarködem begründete. Die Plantaraponeurose (auch Aponeurosis plantaris; vgl. <http://de.wikipedia.org/wiki/Aponeurosis_plantaris>, abgerufen am 6. März 2013) ist eine Sehnenplatte im Bereich der Fusssohle. Erkrankungen in diesem Bereich können in einem Fersensporn oder einer Plantarfasziitis begründet sein. Entsprechend fand sich im Röntgenbild vom 7. Juni 2010 beidseitig ein Fersensporn von ca. 5 mm Längsdurchmesser. Nach Ansicht von Dr. F.____ bestehen gemäss MRI eine osteochondrale Läsion des Talus medial sowie eine Tendinopathie der Tibialis posterior Sehne. Die Beschwerden seien grösstenteils durch die osteochondrale Läsion des Talus bedingt. Gleicher Meinung ist Dr. J.____, wobei ein Röntgenbild vom 9. Juni 2011 neben der osteochondralen Läsion im Bereich des medialen Talus auch beginnende arthrotische Veränderungen im Sinn osteophytärer Anbauten zeige. Im Medas-Gutachten vom 13. September 2010 wird ebenfalls grundsätzlich von einer osteochondralen Läsion und einem Fersensporn ausgegangen. Insofern handelt es sich dabei eindeutig um organische Substrate, die als Ursache der geklagten Beschwerden im linken Fuss in Erwägung zu ziehen sind. Zu prüfen ist daher im Folgenden, inwieweit dieses organische Substrat durch den Unfall vom 18. November 2007 verursacht wurde oder inwieweit der Unfall darauf eingewirkt hat. In Frage kommen eine durch den Unfall verursachte organische Gesundheitsschädigung, eine richtunggebende Verschlimmerung eines degenerativen Vorzustands oder ein durch den Unfall lediglich ausgelöster (nicht verursachter) oder vorübergehend verschlimmter degenerativer Vorzustand. Beim Unfall als



Auslösefaktor interessiert im Weiteren die Frage, ob der Beschwerdeschub noch andauert bzw. bis zu welchem Zeitpunkt er andauert hat (vgl. dazu RKUV 2000 Nr. U 378 S. 190, E. 3).

4.2 Zum Fersensporn ist den medizinischen Akten lediglich aus der Diagnoseliste des Medas-Gutachtens vom 13. September 2010 etwas zu entnehmen, nämlich dass dieser beidseits radiologisch nachweisbar, aber klinisch symptomlos sei. Beim Fersensporn handelt es sich um eine Exostose am Ursprung der kleinen Fussmuskeln oder um einen Überlastungsschaden infolge Senkung des Fussgewölbes (Roche Lexikon Medizin, 5. Auflage München 2003, S. 969 unter "Kalkaneussporn"; zur Exostose vgl. S. 578). Das beidseitige Auftreten spricht eher für eine unfallfremde Ursache.

4.3 Hinsichtlich der osteochondralen Läsion finden sich in den Akten unterschiedliche medizinische Beurteilungen, wobei insbesondere die Überzeugungskraft des Medas-Gutachtens vom 13. September 2010 im Raum steht. In diesem wird mit Verweis auf die Literatur festgehalten, osteochondrale Läsionen an der medialen Talusschulter seien zwischen 64% und 82% auf ein Trauma zurückzuführen, wobei dem Trauma keine alleinige Verantwortung für die Entstehung, sondern nur eine ätiologische Beteiligung zugesprochen werde. Diese Feststellung spricht grundsätzlich eher für die Schlussfolgerung, dass die osteochondrale Läsion mit überwiegender Wahrscheinlichkeit durch ein Trauma entstanden ist, zumal dieser isolierten Feststellung keine weiteren Erläuterungen über deren Ätiologie im vorliegenden Fall bzw. über einen allfälligen Vorzustand der Beschwerdeführerin und das jeweilige Ausmass an der Beteiligung folgen. Insbesondere lässt sich eine Teilkausalität aufgrund des Hinweises auf die ätiologische Beteiligung eines Traumas gerade nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausschliessen. Die mehrheitlich traumatische Ursache posteromedialer osteochondraler Läsionen lässt sich auch in einem Artikel von Horisberger/Leumann/Walcher/Valderrabano finden, wobei hier zusätzlich auf einen Zusammenhang mit fokaler Überbelastung im Rahmen eines Pes planovalgus und einer chronischen OSG-Instabilität hingewiesen wird (Osteochondrale Läsionen am Sprunggelenk – ein Review für Sportärzte, Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin, Jahrgang 62, Nr. 6 (2011), S. 143 ff.; auch unter: <<http://www.aerztekammer-bw.de/10aerzte/20fortbildung/20praxis/47sportmedizin/1106.pdf>>, abgerufen am: 6. März



2013). Eine Fehl- oder Überbelastungsproblematik wird im Medas-Gutachten jedoch überhaupt nicht thematisiert. Auch mit dem Bericht vom 4. August 2008 (act. M 14) und den von Dr. H.____ darin postulierten Fehlbelastungsbeschwerden sowie deren allfällige Unfallkausalität setzt sich das Gutachten nicht auseinander. Während die Entstehung der subchondralen Zyste am ehesten auf ein Trauma im Jahr 2003 zurückgeführt wird (diese sei retrospektiv bereits auf dem Röntgenbild vom 9. Februar 2005 erkennbar gewesen), findet sich im Medas-Gutachten keine Auseinandersetzung mit der Frage, ob ein Trauma (entweder das nicht näher beschriebene Ereignis auf dem Weg zur Arbeit an einer Treppe im Jahr 2003 oder der Unfall vom 18. November 2007) oder ein degenerativer Vorzustand die nun persistierende osteochondrale Läsion ausgelöst hat. Dass die osteochondralen Läsionen - wie im Medas-Gutachten behauptet - bei verschiedenen ätiologischen Faktoren nach Erreichen eines hypothetischen Stellenwerts in eine gemeinsame Endstrecke - nämlich im Stadium V, subchondrale Zyste - münden sollen, erscheint insofern nicht nachvollziehbar und wenig überzeugend, als die osteochondrale Läsion im MRI vom Jahr 2007 (act. M 1) nicht sichtbar gewesen war, erstmals im Bericht von Dr. F.____ vom 23. Februar 2010 erwähnt wurde und unbestrittenermassen nach wie vor persistiert. Die fehlende Auseinandersetzung mit der Ätiologie der osteochondralen Läsion, einer allfälligen Fehl- oder Überlastungsproblematik sowie die überzeugende Würdigung von Dr. F.____, dass die Gutachterin zu Unrecht von einem geheilten Zustand des Talus ausgehe und in der Diagnoseliste die persistierende 1cm grosse im MRI 2010 festgestellte osteochondrale Läsion des Talus medial nicht erwähne, lassen in der Tat Zweifel an der Vollständigkeit des Medas-Gutachtens aufkommen. Nachdem sich auch Dr. J.____ für eine genauere Beurteilung der osteochondralen Läsion ausgesprochen und je nach Befund ein operatives Vorgehen für diskutabel gehalten hat, wäre eine nähere Prüfung der natürlichen Kausalität angezeigt gewesen, weshalb eine Rückweisung der Sache sinnvoll erscheint. Dr. J.____ empfiehlt hierzu ein Arthro-CT; denkbar wäre auch die Erstellung eines SPECT-CT, ein Hybridverfahren aus Knochenszintigraphie und CT-Untersuchung, welche neben morphologisch genauen Angaben durch die exakte lokoanatomische Auflösung der szintigraphischen Aktivität auch Daten über die Biologie einer Läsion liefern könnte (Horisberger/Leumann/Walcher/Valderrabano, S. 145; auch unter: <http://www.aerztekammer-bw.de/10aerzte/20fortbildung/20praxis/47sportmedizin/1106.pdf>), abgerufen am: 6. März 2013).



4.4 Für eine abschliessende Beurteilung der Unfallkausalität sind in Bezug auf die Fussbeschwerden links somit weitere Abklärungen notwendig. Da die Unfallkausalität der osteochondralen Läsion und einer allfälligen Fehl- oder Überbelastung anhand der vorliegenden medizinischen Unterlagen nicht schlüssig verneint werden kann, ist auch nicht ermittelbar, inwieweit Verbesserungspotential in Bezug auf den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin vorhanden ist, die beklagten Schmerzen die Arbeitsfähigkeit der Versicherten limitieren und ob ein Integritätsschaden geschuldet ist. Unter diesen Umständen rechtfertigt es sich, die Angelegenheit zwecks Abklärung der Unfallfolgen der linken Fussbeschwerden der Beschwerdeführerin und anschliessend neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Damit erübrigt sich die von der Beschwerdeführerin beantragte Einholung eines aktuellen ärztlichen Berichts über den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin bei Dr. F.____.

5.

5.1 Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheids vom 5. April 2012 teilweise gutzuheissen und die Streitsache zu ergänzender Abklärung im Sinne der Erwägungen und anschliessend neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

5.2 Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Partei hingegen Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Als volles Obsiegen gilt auch die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zwecks ergänzender Abklärungen (BGE 132 V 215 E. 6.2). Das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen spricht in unfallversicherungsrechtlichen Verfahren gestützt auf Art. 22 Abs. 1 lit. b der Honorarordnung für Rechtsanwälte und Rechtsagenten [HonO; sGS 963.75]) regelmässig eine pauschale Entschädigung zwischen Fr. 3'500.-- und Fr. 4'500.-- zu. In der vorliegenden Angelegenheit ist zu berücksichtigen, dass die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin auf die Einreichung einer Replik verzichtet hat (act. G 13), weshalb die pauschale Entschädigung auf Fr. 3'500.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen ist.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP entschieden:



1. Die Beschwerde wird dahingehend gutgeheissen, dass der Einspracheentscheid vom 5. April 2012 aufgehoben und die Streitsache zu ergänzenden Abklärungen im Sinn der Erwägungen und anschliessend neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird.
2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.
3. Die Beschwerdegegnerin hat die Beschwerdeführerin mit Fr. 3'500.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen.