



Fall-Nr.: UV 2017/2
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: UV - Unfallversicherung
Publikationsdatum: 18.12.2018
Entscheiddatum: 18.12.2018

Entscheid Versicherungsgericht, 18.12.2018

Art. 6 UVG: Ungenügende Aktenlage in Bezug auf die Beurteilung der Frage der Unfallkausalität eines objektivierbaren osteochondralen Defekts an der Patellarrückfläche. Rückweisung an die Beschwerdegegnerin zur weiteren Abklärung und erneuter Verfügung (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 18. Dezember 2018, UV 2017/2).

Entscheid vom 18. Dezember 2018

Besetzung

Präsident Joachim Huber, Versicherungsrichterinnen Christiane Gallati Schneider und Miriam Lendfers; Gerichtsschreiberin Sabrina Bleile

Geschäftsnr.

UV 2017/2

Parteien

A.____,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Rechtsanwältin Karin Herzog, M.A. HSG in Law, Amparo Anwälte und Notare, Neugasse 26, Postfach 148, 9001 St. Gallen,

gegen



Schweizerische Mobiliar Versicherungsgesellschaft AG, Bundesgasse 35,
Postfach, 3001 Bern,

Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Versicherungsleistungen

Sachverhalt

A.

A.a A.____ (nachfolgend: Versicherte) war bei der B.____ angestellt und dadurch bei der Schweizerischen Mobiliar Versicherungsgesellschaft AG (nachfolgend: Mobiliar) obligatorisch unfallversichert, als sie am 23. August 2015 zu Hause im Garten einen Sturz auf ihr rechtes Knie erlitt (vgl. UV-act. 2.1 und 3.5). Am 3. September 2015 begab sich die Versicherte deswegen in Erstbehandlung zu Dr. med. C.____, Fachärztin für Allgemeinmedizin FMH, welche ein Beuge- und Streckdefizit des rechten Knies, eine kleine oberflächliche Wunde sowie eine Schwellung über der Patella bemerkte, während sie jedoch keine Druckdolenz feststellen konnte, die Meniskuszeichen als negativ wertete und die Patella als gut verschieblich bezeichnete. Auf den gleichentags angefertigten Röntgenaufnahmen konnte Dr. C.____ auch keine Fraktur erkennen. Als Diagnose stellte sie eine Kniekontusion rechts und verschrieb NSAR lokal und oral für fünf Tage. Sie verblieb mit der Versicherten dahingehend, dass sich diese für ein MRI melden solle, falls sich nach fünf Tagen keine Besserung einstelle (vgl. UV-act. 3.19).

A.b Auf Zuweisung von Dr. C.____ fand am 10. September 2015 eine durch Dr. med. D.____, Facharzt für Radiologie, Spital E.____, durchgeführte MRI-Untersuchung des rechten Knies der Versicherten statt. In seiner Beurteilung hielt Dr. D.____ eine Grad I-II Läsion Pars intermedia und Hinterhorn des Innenmeniskus sowie eine diskrete Grad I Läsion des Aussenmeniskus fest. Einen Menkuseinriss konnte er auf den MRI-Bildern nicht sehen. Ferner erkannte Dr. D.____ eine Ansatzentendinitis der Quadrizepssehne sowie eine milde Reizung des Tractus iliotibialis. Weiter zeigte sich laut Dr. D.____ eine Chondropathie Grad II des lateralen sowie Grad II-III des medialen Kompartiments.



Zentral cranial an der lateralen Gelenkfacetten der Patella erkannte Dr. D.____ eine scheinbar osteochondrale Defektbildung mit kräftigem subchondralem Ödem, wobei er allerdings keinen freien Gelenkkörper identifizierte. Differentialdiagnostisch dachte er an eine Traumatisierung eines sogenannten dorsalen Patelladefektes mit deutlichen degenerativen Signalalterationen bzw. Fissuren des fokal verbreiterten Gelenkknorpels. Er erkannte auch einen geringen Kniegelenkserguss und eine kleine Baker-Zyste. Ferner nahm er eine antero-lateral betonte Ödematisierung des subcutanen Fettgewebes präpatellar wahr und warf die Frage auf, ob es sich dabei um einen Zustand nach einer Kontusion handle. Auch erachtete er eine Reizung einer kleinen Bursa präpatellaris als denkbar (UV-act. 3.2 und 3.3).

A.c Nach zwei weiteren Verlaufskontrollen in der Praxis von Dr. C.____, bei welchen die Versicherte trotz Physiotherapie noch immer über Schmerzen geklagte hatte und das Knie noch immer geschwollen gewesen war (vgl. UV-act. 3.19), erfolgte am 2. Oktober 2015 unter Hinweis auf das MRI vom 10. September 2015 die Zuweisung der Versicherten an Dr. med. F.____, Spezialarzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates (UV-act. 3.5).

A.d In einem UVG-Arztzeugnis vom 20. Oktober 2015 stellte Dr. C.____ die vorläufigen Diagnosen Innenmeniskusriss Grad II Knie rechts und Chondropathie Patella. Als Ursache für die Beschwerden bezeichnete sie den Unfall und sie verneinte, dass bereits vor dem Unfall ähnliche Beschwerden bestanden hätten. Weiter gab sie an, dass noch kein Behandlungsabschluss vorliege. Dieser sei von den Befunden des Orthopäden abhängig (UV-act. 3.8).

A.e Am 22. Januar 2016 ersuchte die Klinik G.____, die Mobilier um eine Kostengutsprache für eine Kniearthroskopie und den dafür notwendigen stationären Aufenthalt (UV-act. 1.3).

A.f Am 26. Januar 2016 wurde in der Klinik G.____ die Kniearthroskopie mit Knorpelglättung und Microfracture durchgeführt. Dem Operationsbericht ist zu entnehmen, dass sich im femoropatellaren Kompartiment zentral proximal der lateralen Patellafacetten eine ca. 10 mm durchmessende Defektzone der Patellarückfläche gezeigt habe. Im Bereich der Defektzone hätten sich lose Knorpellappen befunden,



welche mit einem Shaver entfernt worden seien. Aufgrund einer fehlenden Knochenbrücke sei eine Defektauffüllung nicht möglich gewesen. Medial anschliessend an die Defektzone habe sich eine chondrale Läsion Grad II-III gezeigt. Die Knorpelläsion sei ausgeglättet und versiegelt worden. Im medialen Kompartiment hätten sich femoral unauffällige Knorpelverhältnisse gefunden, tibial eine Chondromalazie Grad II. Ferner habe ein intakter medialer Meniskus vorgelegen. Im lateralen Kompartiment hätten sich femoral ebenfalls unauffällige Knorpelverhältnisse gezeigt, tibial habe eine Chondromalazie Grad II bestanden. Auch sei der laterale Meniskus intakt gewesen und die Popliteussehne habe sich unauffällig gezeigt. In der Interkondylärregion seien ein kaliberschwaches vorderes Kreuzband, ein proximal partiell ruptiertes VKB mit Anlagerung ans hintere Kreuzband im Sinne einer Lambda-Läsion sowie ein intaktes hinteres Kreuzband sichtbar gewesen (UV-act. 3.9 und 3.10).

A.g Mit Schreiben vom 27. Januar 2016 teilte die Mobiliar Dr. F.____ mit, dass sie zum Kostengutsprachege such der Klinik G.____ zum jetzigen Zeitpunkt keine Stellung nehmen könne, da ihr noch nicht alle erforderlichen Unterlagen vorliegen würden (UV-act. 1.4).

A.h Am 24. Februar 2016 nannte der beratende Arzt der Mobiliar Dr. med. H.____, Facharzt für Chirurgie FMH, Spez. Allgemein- und Traumatologie FMH, nach Durchsicht der Akten die Diagnosen Distorsion Kniegelenk rechts, Chondropathie in allen drei Kniegelenkskompartimenten sowie intrameniskale Texturläsionen Innen- und Aussenmeniskus rechts. Er war der Ansicht, dass die Knorpelläsionen einem Vorzustand entsprächen und nicht unfallbedingt seien. Auch die Binnensignalstörungen der Menisci seien nicht durch den Unfall bedingt, sondern entsprächen einem Alterungsprozess. Die nicht unfallbedingten Diagnosen seien für die arthroskopische Operation ausschlaggebend gewesen. Die Folgen des Distorsionstraumas mit Zerrungen seien nach 8-12 Wochen ausgeheilt gewesen, weshalb die unfallbedingte medizinische Behandlung bis ca. Ende des Jahres 2015 angedauert habe. Es bestehe kein überwiegend wahrscheinlicher Zusammenhang zwischen dem Unfallereignis und den Veränderungen, die anlässlich der Operation angegangen worden seien. Es hätten keine unfallbedingten Meniskusrisse bestanden. Der Knorpeldefekt patellar könne möglicherweise durch das Unfallgeschehen mitverursacht worden sein, jedoch könne



er ebenso gut bei den vorliegenden Knorpelveränderungen des Gelenkes degenerativ bedingt sein (UV-act. 3.11 und 3.12).

A.i Mit Schreiben vom 14. März 2016 teilte die Mobiliar der Versicherten mit, sie gehe aufgrund der Beurteilung ihres beratenden Arztes davon aus, dass die Beschwerden, welche zu dem operativen Eingriff geführt hätten, nicht mehr mit überwiegender Wahrscheinlichkeit im Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 23. August 2015 stünden. Ein Anspruch auf weitere Versicherungsleistungen werde daher abgelehnt. Die Akten würden per 31. Dezember 2015 geschlossen (UV-act. 1.9 und 1.10). Auf Wunsch der Versicherten (vgl. UV-act. 1.12) erliess die Mobiliar am 21. März 2016 eine Verfügung, mit welcher ein Anspruch auf Versicherungsleistungen ab dem 1. Januar 2016 verneint wurde (UV-act. 1.13 und 1.14).

B.

B.a Gegen diese Verfügung liess die Versicherte durch die Assista Rechtsschutz AG am 20. April 2016 Einsprache erheben. Sie beantragte im Wesentlichen, dass die Verfügung vom 21. März 2016 vollumfänglich aufzuheben und ihr rückwirkend seit dem 1. Januar 2016 weiterhin Versicherungsleistungen auszurichten seien. Eventualiter sei ein versicherungsexternes fachärztliches Gutachten zur Frage der Unfallkausalität zu erstellen (UV-act. 1.24 ff.). Innert Nachfrist (vgl. UV-act. 1.27) reichte die Versicherte am 23. Mai 2016 eine Ergänzung der Einsprache ein (UV-act. 1.34 und 35). Dieser legte sie ein Arztzeugnis von Dr. F. ___ vom 9. Mai 2016 bei, in welchem dieser angegeben hatte, dass die Versicherte seit dem 5. November 2015 bei ihm in Behandlung sei. Während zwei Wochen habe sie unter starken Schmerzen, während drei Wochen unter mittelstarken und während acht Wochen unter schwachen Schmerzen gelitten. Sie sei vom 25. Januar bis 29. Februar 2016 zu 100 % und vom 1. bis 15. März 2016 zu 50 % arbeitsunfähig gewesen (UV-act. 1.32). Ferner reichte die Versicherte eine Stellungnahme von Dr. F. ___ vom 19. Mai 2016 ein. In dieser hatte er ausgeführt, dass es sich bei den Beschwerden und dem Hauptbefund seines Erachtens um Unfallfolgen handle. Hauptbefund sei ja der osteochondrale Defekt an der Patellarrückfläche und nicht die beschriebenen Chondromalazien medial und lateral. Zudem handle es sich beim Unfall um einen Sturz mit direkter Kniekontusion und nicht um eine Distorsion. Dieser Unfallmechanismus könne sehr wohl zum beschriebenen Patelladefekt führen.



St.Galler Gerichte

Dafür spreche auch, dass die Versicherte vor dem Unfallereignis keinerlei Kniebeschwerden gehabt habe und seit der Operation eine deutliche und stetige Beschwerderegredienz erfahre (UV-act. 1.33).

B.b In einem ärztlichen Zeugnis vom 10. Mai 2016 erwähnte Dr. C.____, dass bei ihrer Praxis eine Schmerzbelastung der Versicherten vom 3. September bis 1. Oktober 2015 dokumentiert sei. Die Versicherte habe in diesem Zeitraum immer ein geschwollenes Knie und Schmerzen an der Innenseite des Knies gehabt. Daher habe sie nicht gut gehen können, habe Schmerzen und ein Ziehen während des Gehens verspürt. Seit der Überweisung an Dr. F.____ habe sie die Versicherte nicht mehr gesehen (UV-act. 1.94).

B.c Nach zusätzlicher Einholung der MRI-Bilder und der Dokumentation der Arthroskopie (vgl. UV-act. 1.46, 3.20 und 3.21) korrigierte Dr. H.____ in einem Aktengutachten vom 17. Oktober 2016 seine Beurteilung vom 24. Februar 2016 dahingehend, dass es sich beim Unfallmechanismus um keine Distorsion, sondern um eine Kontusion gehandelt habe. Er sei aufgrund einer fehlenden Unfallbeschreibung und der im MRI festgestellten Verletzungen mit Meniskusläsion und Bandzerrungen von einer Distorsion ausgegangen. Von einem Sturz auf einen Stein sei erstmals in der Einsprache die Rede gewesen. Dr F.____ habe die Diagnosestellung diesbezüglich somit zu Recht bemängelt. Eine Kniekontusion, wie sie nun also vorliege, führe aber nicht zu Meniskusverletzungen und Bandzerrungen. Solche Verletzungen entstünden bei einer Distorsion. Damit ent falle eine überwiegend wahrscheinliche Kausalität zwischen dem Unfall und der im MRI festgestellten Ansatzentendinitis der Quadrizepssehne sowie Reizung des Tractus iliotibialis, der partiellen VKB-Ruptur sowie zu den intrameniskalen Texturläsionen des Innen- und Aussenmeniskus. Diese Verletzungen müssten von früheren Ereignissen stammen, wobei solche in den Berichten nicht aufgeführt seien (UV-act. 3.24 i.V.m. 3.26). Weiter erläuterte Dr. H.____, dass ein direkter Anprall auf die Kniescheibe zwar tatsächlich einen Defekt im Knorpel hinter der Kniescheibe hervorrufen könne, jedoch führten solche akuten Verletzungen zu einer Berstung mit Absplitterung des Knorpels mit Blutungen, wobei das abgesplitterte Knorpelfragment als freier Gelenkskörper flottiere. Die abgesplitterten Knorpelfragmente seien scharfkantig und passgenau zum Defekt der Knorpeloberfläche. Auch lösten die Verletzungen heftige Schmerzen und eine Gehbehinderung aus. Die Versicherte habe erst 11 Tage nach dem Unfall erstmals einen Arzt aufgesucht. Reste einer



Gelenksblutung seien im MRI nicht gefunden worden. Es habe eine geringe unspezifische Gelenkschwellung bestanden. Zudem seien weder im MRI noch intraoperativ Reste des fehlenden Knorpels als freie Gelenkskörper sichtbar gewesen, welche vom Defekt im Kniegelenk herkommen könnten. Die Ränder des Defektes seien nicht scharf ausgestanzt gewesen, wie es bei einer akuten Defektbildung zu erwarten gewesen wäre. Vielmehr sei der Knorpel diffus degenerativ verändert gewesen. Das im MRI festgestellte kräftige, subchondrale Ödem sei unspezifisch und könne sowohl bei einer Traumatisierung als auch bei einer degenerativen Veränderung entstehen. Bei einer Verletzung der Kniescheibe durch den Sturz wäre im MRI sodann nicht nur die Gelenksfläche der Kniescheibe, sondern auch die dem Sturz direkt zugewandte äussere Knochenfläche verändert gewesen. Dort habe sich lediglich eine Ödematisierung des Fettgewebes unter der Haut vor der Kniescheibe als Zeichen der Prellung vorgefunden. Eine Baker-Zyste weise zudem darauf hin, dass bereits seit längerer Zeit ein Kniegelenkserguss bestanden habe. Der Sturz habe seines Erachtens lediglich zu einer geringfügigen Kontusionsverletzung, jedoch nicht zu einer mit überwiegender Wahrscheinlichkeit anzunehmenden osteochondralen Defektbildung der Kniescheibe geführt. Diese und auch die anderen im MRI und intraoperativ vorgefundenen Veränderungen des rechten Kniegelenks seien somit eher vorbestehend. Es fehlten auch frische Verletzungen, die auf eine richtungsweisende Verschlechterung des Vorzustandes hindeuteten. Ob allenfalls frühere Unfälle oder eine Überbelastung diese Veränderungen hervorgerufen hätten, könne er den Akten nicht entnehmen (UV-act. 3.22 ff.).

B.d Mit Einspracheentscheid vom 18. November 2016 wies die Mobiliar die Einsprache der Versicherten insbesondere unter Verweis auf die Ausführungen im Aktengutachten von Dr. H. ___ vom 17. Oktober 2016 ab (act. G 1.2).

C.

C.a Gegen diesen Einspracheentscheid erhob die Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführerin), vertreten durch Rechtsanwältin K. Herzog, St. Gallen, am 4. Januar 2017 Beschwerde (act. G 1). Darin beantragte sie, dass der Einspracheentscheid vom 18. November 2016 aufzuheben und die Mobiliar (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zu verpflichten sei, ihr die gesetzlichen Leistungen,



St.Galler Gerichte

insbesondere Heilbehandlungen, Taggelder und eine Integritätsentschädigung auszurichten, alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge zulasten der Beschwerdegegnerin (act. G 1 S. 2).

C.b Mit Beschwerdeantwort vom 7. März 2017 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde in Bestätigung des angefochtenen Einspracheentscheids vom 18. November 2016 (act. G 5).

C.c In ihrer Replik vom 14. Juli 2017 ergänzte die Beschwerdeführerin die bereits gestellten Anträge um den Eventualantrag, es seien weitere Abklärungen zur Frage der Unfallkausalität durchzuführen (act. G 14). Überdies reichte sie eine Stellungnahme von Dr. F. ___ vom 19. Juni 2017 ein. Darin führte dieser erneut aus, dass es sich bei den erlittenen Beschwerden und beim Hauptbefund seines Erachtens mit überwiegender Wahrscheinlichkeit um Folgen des Unfalls vom 23. August 2015 handle. Neu merkte er an, dass sich randständig um den osteochondralen Defekt zwar degenerative Knorpelveränderungen gezeigt hätten, doch diese seines Erachtens einen traumatischen Defekt nicht ausschliessen würden. Der ossäre Defekt präsentiere sich wie ausgestanzt. Zudem habe die Operation fünf Monate nach dem Unfallereignis stattgefunden. Auch zeige sich auf den Knieröntgenbildern vom 3. September 2015 keine Sklerosezone im Bereich des Patelladefektes, was bei lange bestehenden osteochondralen Defekten üblich sei. Das subchondrale Ödem sei unspezifisch, trete aber auch nach Kontusionen auf und schliesse somit eine traumatische Genese nicht aus. Die Operationsindikation sei aufgrund des osteochondralen Defektes gestellt worden. Ohne diesen Defekt wäre der arthroskopische Eingriff nicht notwendig gewesen. Bei einem weiter andauernden Rechtsstreit empfehle er einen neutralen Gutachter heranzuziehen, seinerseits sei bereits alles beurteilt worden (act. G 14.1).

C.d Mit Eingabe vom 3. Oktober 2017 reichte die Beschwerdegegnerin ihre Duplik ein, in welcher sie an dem gestellten Antrag vollumfänglich festhielt (act. G 18). Weiter legte sie der Duplik eine Stellungnahme von Dr. H. ___ vom 21. September 2017 bei, in welcher dieser sich zu den Ausführungen von Dr. F. ___ vom 19. Juni 2017 geäussert hatte. Anders als Dr. F. ___ war Dr. H. ___ der Meinung, dass sich der ossäre Defekt auf den intraoperativen Bildern nicht wie ausgestanzt präsentiert habe. Die Ränder des Knorpels seien zum Teil abgerundet, ausgefranst und gingen nahtlos in degenerative



St.Galler Gerichte

Veränderungen des benachbarten Knorpels über. Weiter erklärte Dr. H.____, dass er die Röntgenbilder zwar nicht gesehen habe, jedoch wäre eine sichtbare Sklerosezone ein Hinweis für eine Arthrose. Eine solche stehe aber vorliegend nicht zur Diskussion. Degenerative Knorpelveränderungen könnten mit Röntgenstrahlen radiologisch nicht dargestellt werden, weshalb es nicht erstaune, falls die Röntgenbilder unauffällig gewesen seien. Dr. F.____ widerspreche sich auch dahingehend, dass er einen ossären Defekt erwähne, aber zugleich ein unauffälliges Röntgenbild beschreibe. Schliesslich verdeutlichte Dr. H.____ seine Ansicht, dass in der MRI-Beurteilung auch nicht von einer Gegenläsion berichtet worden sei (act. G 18.1).

C.e Mit Schreiben vom 11. Oktober 2017 reichte die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin ihre Honorarnote ein und merkte an, dass ihre Aufwendungen aufgrund des komplexen und sehr spezifischen medizinischen Sachverhalts mit der Notwendigkeit weiterer Abklärungen höher als üblich ausfielen (act. G 20).

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 der Streitigkeit ein Ereignis aus dem Jahr 2015 zu Grunde liegt, die bis 31. Dezember 2016 gültigen Bestimmungen Anwendung.

2.

Strittig und zu prüfen ist im vorliegenden Fall, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht einen Anspruch der Beschwerdeführerin auf über den 31. Dezember 2015 hinausgehende Versicherungsleistungen abgelehnt hat.

3.



3.1 Der Anspruch auf Leistungen der Unfallversicherung setzt zunächst einen Unfall im Sinne von Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) voraus. Als solcher gilt eine plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat. Gestützt auf Art. 6 Abs. 1 UVG hat der Unfallversicherer bei Vorliegen eines Unfalls (Art. 4 ATSG) für einen Gesundheitsschaden nur insoweit Leistungen zu erbringen, als dieser in einem natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zum versicherten Ereignis steht (ALEXANDRA RUMO-JUNGO/ANDRÉ PIERRE HOLZER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2012, S. 53 ff.). Bei physischen Unfallfolgen hat indessen die Adäquanz gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung (BGE 118 V 291 f. E. 3a). Ob ein natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist, beurteilt sich nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit; die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen; THOMAS LOCHER/THOMAS GÄCHTER, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 4. Aufl., Bern 2014, § 70 N 58 f.; RUMO-JUNGO/HOLZER, a.a.O., S. 4). Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Da es sich bei der Einstellung von Versicherungsleistungen um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast für den Wegfall der vom Unfallversicherer zunächst anerkannten natürlichen Kausalität - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender Kausalzusammenhang überhaupt je gegeben war - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 46 E. 2 mit Hinweisen; BGE 117 V 263 f. E. 3b; RUMO-JUNGO/HOLZER, a.a.O., S. 54 f.). Dieser Grundsatz gilt aber nur für Verletzungen, welche damals thematisiert worden waren und somit Gegenstand der Anerkennung bildeten (Urteil des Bundesgerichts [bis 31. Dezember 2006 Eidgenössisches Versicherungsgericht, EVG] vom 20. August 2009, 8C_363/2009, E. 1; Urteil des EVG vom 27. April 2005, U 6/05 E. 1 ff.). Die



Parteien tragen im Sozialversicherungsrecht ohnehin in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift indessen erst Platz, wenn 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 mit Hinweisen; RUMO-JUNGO/HOLZER, a.a.O., S. 4, 55).

3.2 Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). 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 (JELI KIESER, ATSG-Kommentar, 3. Aufl., Zürich/Basel/Genf 2015, N 120 zu Art. 61 ATSG). 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 352 E. 3a mit Hinweis). Auch den Berichten versicherungsinterner Ärzte und Ärztinnen kann rechtsprechungsgemäss Beweiswert beigemessen werden. Auf das Ergebnis versicherungsinterner ärztlicher Abklärungen - zu denen die Beurteilungen der beratenden Ärzte der Beschwerdegegnerin gehören - kann jedoch nicht abgestellt werden, wenn auch nur geringe Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen (BGE 139 V 229 E. 5.2 und 135 V 469 ff. E. 4.4 und E. 4.7; Urteil des Bundesgerichts vom 16. September 2014, 8C_385/2014, E. 4.2.2). Sollten solche geringen Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 471 E. 4.6 f.).

4.



Vorliegend ist unbestritten, dass die Beschwerdeführerin am 23. August 2015 einen Unfall im Sinne von Art. 4 UVG erlitten hat. Umstritten und nachfolgend zu prüfen ist hingegen, ob zwischen dem Unfallereignis und der kernspintomographisch und arthroskopisch diagnostizierten osteochondralen Defektbildung der lateralen Patellagelenksfläche des rechten Knies der Beschwerdeführerin ein natürlicher Kausalzusammenhang überwiegend wahrscheinlich gegeben ist. Die Beschwerdegegnerin stützt sich für die Ablehnung einer über den 31. Dezember 2015 hinausgehenden Leistungspflicht im Wesentlichen auf die Beurteilung ihres beratenden Arztes Dr. H.____ (vgl. UV-act. 3.11, 3.23 und 3.29), welcher die bei der Beschwerdeführerin bestehenden Knorpelläsionen als nicht überwiegend wahrscheinlich unfallkausal betrachtet (vgl. UV-act. 1.68; act. G 5 und G 18). Demgegenüber beruft sich die Beschwerdeführerin (vgl. act. G1 und G 14) auf die Ausführungen des an der Arthroskopie beteiligten Dr. F.____ (vgl. UV-act. 3.10), welcher den osteochondralen Defekt an der Patellarrückfläche sowie die Beschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall zurückführt (vgl. act. G 14.1 und UV-act. 3.16). Sollte die Unfallkausalität des osteochondralen Patelladefekts gegeben sein, würde die Beschwerdegegnerin unabhängig der Genese der weiteren bei der Arthroskopie behandelten chondralen Läsionen (vgl. UV-act. 3.9 und 3.10) eine Leistungspflicht hinsichtlich des operativen Eingriffs und der operativen Nachbehandlung treffen (vgl. Art. 64 Abs. 1 i.V.m. Abs. 2 ATSG). Denn es ist davon auszugehen, dass die Knorpelläsion hinter der Kniescheibe für die arthroskopische Operation vom 26. Januar 2016 ausschlaggebend gewesen ist (vgl. UV-act. 3.29 und G 14.1).

5.

5.1 Dr. F.____ und Dr. H.____ sind sich darin einig, dass der Unfallmechanismus der direkten Kniekontusion, wie er sich beim Unfall vom 23. August 2015 zugetragen hat, zu Knorpelverletzungen der Kniescheibe führen kann (vgl. UV-act. 3.16, 3.24 und act. G 14.1). Allerdings ist Dr. H.____ der Meinung, dass es bei einem traumatischen Geschehen zu einer Berstung mit Blutung komme, weshalb freie Gelenkskörper im Kniegelenk zu finden wären und sich der Knorpeldefekt wie ausgestanzt präsentieren würde. Vorliegend habe das MRI vom 10. September 2015 weder eine Blutung noch freie Gelenkskörper gezeigt. Ferner habe sich der Knorpeldefekt nicht wie ausgestanzt



präsentiert. Vielmehr seien die Knorpelränder des Defekts bei der Kniescheibe ausgefranst gewesen und nahtlos in degenerative Zonen übergegangen. Auch wäre bei einem traumatischen Geschehen nicht nur die Gelenksfläche der Kniescheibe, sondern auch die dem Sturz direkt zugewandte äussere Knochenfläche verändert gewesen (vgl. UV-act. 3.22 ff. und act. G 18.1). Demgegenüber ist Dr. F.____ der Meinung, dass sich der Defekt wie ausgestanzt präsentiert habe. Ferner würden die angrenzenden degenerativen Zonen einen traumatischen Knorpeldefekt nicht ausschliessen (act. G 14.1). Nicht geäussert hat sich Dr. F.____ dazu, inwiefern bei einer unfallkausalen Knorpelabsplitterung eine Gegenläsion vorliegen müsste (vgl. act. G 14.1 und UV-act. 3.16). Allerdings ist an derjenigen Stelle, an welcher Dr. H.____ eine Gegenläsion erwarten würde, immerhin eine Ödematisierung des Fettgewebes als Zeichen einer Prellung aufgefunden worden (vgl. UV-act. 3.10 und 3.23). Weiter ist Dr. F.____ der Ansicht, dass bei längerfristigen degenerativen Veränderungen auf den Röntgenbildern zumeist eine Sklerose zu sehen sei, was vorliegend nicht der Fall gewesen sei (act. G 14.1). Dem hält Dr. H.____ entgegen, dass Knorpelveränderungen durch Röntgenstrahlen nicht sichtbar gemacht würden, weshalb es nicht erstaune, dass die Röntgenbefunde unauffällig gewesen seien. Sklerosen würden zwar auf eine Arthrose hindeuten, eine solche stehe vorliegend jedoch nicht zur Diskussion. Dr. H.____ sieht sodann noch einen Widerspruch darin, dass Dr. F.____ von einem ossären Defekt spreche, welcher sich wie ausgestanzt präsentiert habe, auf dem Röntgenbefund jedoch keine ossären Auffälligkeiten gefunden habe (vgl. act. G 18.1 S. 3 f.). Diesbezüglich ist anzumerken, dass Dr. F.____ mit "ossär" vermutlich die Knorpelsubstanz gemeint hat oder sich versehentlich verschrieben hat. Ein offensichtlicher Widerspruch ist diesbezüglich nicht auszumachen.

5.2 Die Ausführungen von Dr. H.____ zu den Knorpelveränderungen wirken insgesamt zwar relativ schlüssig und plausibel, zumal sie auch detailliert sind. Ihnen stehen jedoch die ebenfalls nachvollziehbaren und schlüssigen Aussagen von Dr. F.____ entgegen. Bei behandelnden Ärzten wie Dr. F.____ ist gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung zwar zu beachten, dass sie aufgrund ihres Behandlungsauftrags eher geneigt sein können, zu Gunsten ihrer Patienten auszusagen (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.5; Urteil des Bundesgerichts vom 29. Oktober 2014 E. 7.2). Allerdings handelt es sich bei Dr. H.____ um einen beratenden Arzt der Beschwerdegegnerin, sodass bei nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit von dessen Einschätzung nicht darauf abgestellt werden kann



(vgl. E. 3). Überdies hat Dr. H.____ seine Beurteilung einzig aufgrund der Aktenlage und Dokumentation der Operation sowie des MRI abgegeben (vgl. UV-act. 3.22 ff.), während Dr. F.____ die Beschwerdeführerin selber untersucht und operiert hat (vgl. UV-act. 3.5 und 3.10). Dazu kommt, dass auch Dr. C.____ davon ausgegangen ist, dass die Beschwerden unfallkausal seien (vgl. UV-act. 3.8). Schliesslich hat bereits Dr. D.____ in der Beurteilung des MRI vom 10. September 2015 auf eine allfällige traumatische Entstehung der Knorpelläsion hingewiesen (vgl. UV-act. 3.2 und 3.3). Schliesslich spricht die im Aktengutachten vom 17. Oktober 2016 enthaltene zaghafte Schlussfolgerung von Dr. H.____, dass die Knorpelveränderungen eher vorbestehend seien (vgl. UV-act. 3.23), ebenfalls für eine gewisse Unsicherheit seiner Einschätzung. Dies wird noch dadurch untermauert, dass er in seiner ersten den Akten zu entnehmenden Stellungnahme vom 24. Februar 2016 davon ausgegangen ist, dass der Knorpeldefekt patellar möglicherweise durch das Unfallgeschehen mitverursacht worden sein könne, bei den vorliegenden Knorpelveränderungen des Gelenkes jedoch ebenso gut degenerativ bedingt sein könne (vgl. UV-act. 3.11 und 3.12). Alleine gestützt auf die Aktenbeurteilungen von Dr. H.____ ist es angesichts der anderen vorliegenden ärztlichen Einschätzungen somit nicht möglich, die Unfallkausalität des patellaren Knorpeldefekts mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu verneinen. Angesichts der sich widersprechenden ärztlichen Beurteilungen der Bilder der Athroskopie und des MRI muss auch nicht weiter erörtert werden, wie heftig die Beschwerden gewesen sind, welche die Beschwerdeführerin erlitten hat (vgl. dazu z.B. UV-act. 3.31 ff.). Denn die Einschätzung darüber würde zum jetzigen Zeitpunkt keine klarere Beurteilungsgrundlage schaffen.

5.3 Weiter ist anzumerken, dass auch die Kausalität der übrigen auf dem MRI und auf den intraoperativen Bildern dargestellten Gesundheitsschäden nicht restlos geklärt ist. Anfänglich ist Dr. H.____ gestützt auf die MRI-Befunde (vgl. UV-act. 3.2 und 3.3) davon ausgegangen, dass als Unfallmechanismus eine Distorsion vorliegen würde. Mit anderen Worten hat er zumindest gewisse auf dem MRI abgebildete Schädigungen, wie die Mensikusläsionen, zunächst als unfallkausal wahrgenommen, da er sich den Unfallmechanismus durch die Art der erlittenen Verletzungen zu erklären versucht hat. Einzig aufgrund der in der Einsprache neu auftauchenden Unfallbeschreibung und der damit verbundenen Neubeurteilung des Unfallmechanismus hat er die Unfallkausalität der Ansatzentzündung der Quadrizepssehne sowie die Reizung des Tractus iliotibialis



rechts, die partielle VKB-Ruptur rechts und die intermeniskalen Texturläsionen des Innen- und Aussenmeniskus rechts zu einem späteren Zeitpunkt verneint (vgl. UV-act. 3.24 i.V.m. 3.26). Es wirkt nicht besonders überzeugend, dass Dr. H.____ einerseits den Unfallmechanismus im Wesentlichen einzig aufgrund der bestehenden Gesundheitsschäden bestimmt und andererseits die Unfallkausalität der erlittenen Verletzungen wiederum aufgrund des Unfallmechanismus beurteilt. Gleichzeitig scheint Dr. H.____ gewisse Beeinträchtigungen auf ein früheres Unfallereignis zurückzuführen, ohne dass ein solches jedoch aktenkundig wäre (vgl. UV-act. 3.24). Auch hat Dr. H.____ die Meniskusläsionen gemäss seinem Aktengutachten vom 17. Oktober 2016 als Indikator für den Unfallmechanismus gesehen (vgl. UV-act. 3.24), jedoch hat er in der Stellungnahme vom 24. Februar 2016 die Binnensignalstörungen der Menisci einem Alterungsprozess zugeschrieben (vgl. UV-act. 3.12). Die Ausführungen von Dr. H.____ zur Unfallkausalität der neben der Chondropathien bestehenden Gesundheitsschäden erscheinen somit nicht hinreichend überzeugend. Sollte sich herausstellen, dass der patellare Knorpeldefekt nicht unfallkausal ist, könnte die Klärung der Unfallkausalität der anderen auf dem MRI und den intraoperativen Bildern sichtbaren Verletzungen möglicherweise von Relevanz sein. Denn bei der Verneinung der Unfallkausalität der osteochondralen Defektbildung an der Patellagelenksfläche wäre noch zu prüfen, ob andere allfällig unfallkausale Schädigungen eine über den 31. Dezember 2015 hinausgehende Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin zu begründen vermöchten. Dr. H.____ geht davon aus, dass der Zustand, wie er vor der Operation bestanden hatte (status quo sine), nach einer leichten Kontusion normalerweise nach ca. 8-12 Wochen wieder erreicht sei (UV-act. 3.22). Sollten jedoch auch noch andere Schädigungen unfallkausal sein, wären auch weitere Abklärungen hinsichtlich der Dauer der Leistungspflicht für diese Verletzungen angezeigt.

6.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass aus den vorliegenden, sich teilweise widersprechenden ärztlichen Berichten nicht hinreichend klar wird, ob eine unfallkausale oder eine unfallfremde Genese hinsichtlich der Knorpelläsion der Kniescheibe vorliegt. Die Kausalität der anderen im MRI-Untersuchungsbericht aufgeführten Gesundheitsschäden und deren Auswirkungen auf die über den 31. Dezember 2015 hinausgehenden Beschwerden ist ebenfalls nicht restlos geklärt. Dem



Gericht ist es mithin gestützt auf die vorgenannten Beurteilungen nicht möglich, mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu beurteilen, ob die auf dem MRI und den intraoperativen Bildern ersichtlichen Gesundheitsschäden Folgen einer am 23. August 2015 erlittenen traumatischen Verletzung sind, auf ein anderes Unfallgeschehen zurückzuführen sind oder einen degenerativen Vorzustand darstellen. Die Beschwerdegegnerin wäre gestützt auf den Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 Abs. 1 ATSG) zur Vornahme weiterer medizinischer Abklärungen hinsichtlich der Unfallkausalität verpflichtet gewesen. Nachdem - wie gesagt - bereits geringe Zweifel an der Schlüssigkeit der Feststellungen versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte ergänzende Abklärungen erforderlich machen, wird sie solche nachzuholen haben. Die Angelegenheit ist mithin zur Veranlassung weiterer Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

7.

7.1 Im Sinne der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde vom 4. Januar 2017 unter Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheids vom 18. November 2016 dahingehend gutzuheissen, dass die Streitsache zu ergänzenden Abklärungen im Sinne der Erwägungen und anschliessend neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird.

7.2 Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG).

7.3 Ausgangsgemäss hat die Beschwerdeführerin einen Anspruch auf eine Parteientschädigung für die Kosten der Vertretung und Prozessführung (Art. 61 lit. g ATSG). In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b der Honorarordnung für Rechtsanwälte und Rechtsagenten (HonO; sGS 963.75) pauschal Fr. 1'000.-- bis Fr. 12'000.--. Die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin hat eine Honorarnote über Fr. 5'382.95 (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) eingereicht (vgl. act. G 20). Angesichts der nicht übermässigen Komplexität der Fragestellung im vorliegenden Fall und unter Berücksichtigung vergleichbarer Fälle erscheint die beantragte Parteientschädigung als übersetzt. Mit Blick auf den geltend gemachten Mehraufwand erscheint eine Parteientschädigung von pauschal Fr. 4'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) als angemessen.



Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid vom 18. November 2016 aufgehoben und die Streitsache zu ergänzenden Abklärungen im Sinne der Erwägungen und anschliessend neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.

2.

Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

3.

Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteienschädigung von Fr. 4'500.-- zu bezahlen (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer).