

GR_GERICHTE S 2011 153 vom 22. Februar 2013

GR Gerichte, 2013-02-22, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr_gerichte_S_2011_153

FR: GR_GERICHTE S 2011 153 du 22 février 2013

IT: GR_GERICHTE S 2011 153 del 22 febbraio 2013

Regeste

Versicherungsleistungen nach UVG | Unfallversicherung

Erwägungen

E. 2

Am 9. März 1986 erlitt ... beim Schlitteln eine Distorsion des rechten Knies. Dr. med. ..., Spezialarzt FMH Orthopädie, diagnostizierte einen Verdacht auf Innenmeniscusläsion rechts. Am 21. März 2006 konnte die Behandlung abgeschlossen werden.

E. 3

Am 13. Dezember 2000 stürzte ... auf einer Treppe und zog sich eine beidseitige Kniekontusion zu. Mit Arzzeugnis vom 26. Januar 2001 diagnostizierte Dr. med. ... einen grösseren tiefen Knorpelschaden im medialen Femurkondylus sowie oberflächliche Knorpelschäden femoropatellar mit Begleitsynovialitis. Der Knorpelschaden sei vorbestehend und durch den Treppensturz traumatisiert. Die Versicherung B erbrachte die gesetzlichen Leistungen.

E. 3.2

mit weiteren Hinweisen). Im Bereich organisch objektiv ausgewiesener körperlicher Beeinträchtigungen spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt (BGE 134 V 109 E. 2.1). d) Die einmal nachgewiesene Unfallkausalität entfällt, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand erreicht ist, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine). Das Dahinfallen der Unfallkausalität muss mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 45 E. 2). 5. Zur Beurteilung des natürlichen Kausalzusammenhanges sind Versicherungsträger und Gerichte auf Angaben ärztlicher Experten angewiesen. Nachstehend werden sämtliche ärztlichen Unterlagen, die zur Frage des natürlichen Kausalzusammenhanges zwischen den Beschwerden im rechten Knie und dem Unfall vom 2. Februar 1984 zur Verfügung stehen, in chronologischer Reihenfolge angeführt und auf ihren Beweiswert untersucht. Letzterer hängt nach der Rechtsprechung davon ab, ob der Arztbericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des

Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1).

6. Dr. med. ..., FMH Allgemeine Medizin, gab als beratender Arzt der Beschwerdegegnerin in seinem Bericht vom 22. August 2011 (Bg/M74) an, der Unfall von 1984 stehe in keinem Kausalzusammenhang mit der bestehenden Gonarthrose. Der Beweiswert dieser Aussage ist beschränkt. Einerseits weil den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft wie einem gerichtlichen Gutachten oder dem Gutachten eines versicherungsexternen Sachverständigen zukommt (BGE 135 V 465 E. 4.4), und andererseits vor allem deshalb, weil Dr. med. ... keine Begründung für seine Beurteilung liefert (BGE 125 V 351 E. 3b/ee). Die Parteien sind denn auch darin einig, dass auf die Beurteilung von Dr. med. ... zum natürlichen Kausalzusammenhang nicht abgestellt werden kann. 7. a) Im MZR-Gutachten vom 12. Dezember 2010 (Bg/M72) wurde der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Skiunfall von 1984 und den aktuellen Beschwerden im rechten Knie verneint. Es wurde ausgeführt, der Unfall von 1984 habe zur Entwicklung der Gonarthrose am rechten Kniegelenk nicht beigetragen. Bei der Operation vom 2. Februar 1984 sei eine Refixation des knöchernen Ausrisses durchgeführt worden, so dass eine volle Stabilität des verletzten Kniegelenkes erreicht worden sei. Es seien keine Eingriffe an den Menisken, Knorpeln und anderen Bändern durchgeführt worden. Nach komplikationslosem postoperativem Verlauf habe der Versicherte bis Ende der 90er Jahre normal leben können, er habe Sport betrieben, sei Ski gefahren und habe normal gearbeitet. In einem MRI des rechten Knies vom 25. Juli 2006 seien intakte Kreuzbänder beschrieben worden (Gutachten S. 28). Zur Begründung verwiesen die MZR-Gutachter vor allem auf die Tatsache, dass der Beschwerdeführer auch im linken Knie und ohne Trauma eine fortgeschrittene Gonarthrose entwickelt habe, die ebenfalls alloprothetisch habe versorgt werden müssen, und dass an Hüfte und Rücken ebenfalls krankheitsbedingte Verschleisserscheinungen bestünden. Aus all dem schlossen sie, dass beim Beschwerdeführer offensichtlich eine Neigung zur Entwicklung von Arthrosen bestehe, was durch sein Übergewicht begünstigt werde (Gutachten S. 42).

b) Nach der Rechtsprechung ist den durch UVG-Privatversicherer eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 135 V 465 E. 4.4). Vorliegend sind die MZR-Gutachter umfassend auf die hier primär interessierende Frage des natürlichen Kausalzusammenhanges eingegangen, sie haben alle relevanten Untersuchungen in den Fachbereichen Innere Medizin, Orthopädie und Psychiatrie vorgenommen und die vom Beschwerdeführer geklagten gesundheitlichen Beschwerden berücksichtigt. Zentral ist sodann, dass die MZR-Gutachter die medizinische Situation einleuchtend interpretiert und ihre Schlussfolgerung nachvollziehbar begründet haben. Genauerer Untersuchung bedarf die Frage, ob das MZR-Gutachten in Kenntnis sämtlicher relevanter Vorakten abgegeben worden ist. Es steht fest, dass den MZR-Gutachtern der Bericht zur Operation vom 16. November 2001 (Bg/M73) nicht zur Verfügung gestanden hatte (Bg/M72 S. 2). Der Beschwerdeführer ist der Ansicht, ohne diesen Bericht sei es nicht möglich gewesen, die Folgen der Operation im Jahre 1984 und die Frage des Kausalzusammenhangs zu beurteilen; das Fehlen dieses Berichtes habe einen wesentlichen, verfälschenden Einfluss auf das MZR-Gutachten. Bei der Operation vom 16. November 2001 handelte es sich um

eine von Dr. med. ... durchgeführte Arthroskopie des rechten Kniegelenkes mit medialer Menishektomie, Gelenktoilette und aufklappender Tibiavalgisationsosteotomie. Im Operationsbericht diagnostizierte Dr. med. ... eine progrediente mediale Gonarthrose rechts und Status nach medialer Menishektomie am rechten Knie; den Zustand im rechten Kniegelenk beschrieb er in seinem Operationsbericht vom 16. November 2001 folgendermassen (Bg/M73): Femoropatellargelenk: unauffällig, keine schwereren Knorpelschäden, stärker

Umgebungssynovialitis Mediales Kompartiment: Grössere Restmeniskusläsion im Pars intermedia und Hinter- hornbereich mit einem kleinen Lappenriss und einem Horizontalriss, der bis weit peripher geht. Das Vorderhorn ist unauffällig. Knorpelschaden im zentralen und

posteromedialen Tibiaplateau, ohne dass der bare Knochen sichtbar ist, der mediale Femurkondylus zeigt ebenfalls stärkere Knorpelschäden. (...) Zentralpfeiler: Grüne Fadenreste bei Status nach vorderer Kreuzbandnaht, welche entfernt werden, die Narbe des vorderen Kreuzbandes strafft sich in endständiger Schublade suffizient an. (...) Laterales Kompartiment: unauffällig, geringgradige Chondromalazie des Tibia-plateaus, intakter Meniskus. Der Operationsbericht enthält damit keine relevanten Angaben, welche den MZR-Gutachtern nicht aus den übrigen, ihnen zur Verfügung gestandenen medizinischen Akten bekannt gewesen wären. Aus dem Verlaufsbericht von Dr. med. ... vom 7. Januar 2002 (Bg/M5) waren sie darüber informiert, dass am 16. November 2001 eine Arthroskopie des rechten Kniegelenkes mit medialer Menishektomie, Gelenktoilette und aufklappender Tibiavalgisationsosteotomie vorgenommen worden war (Gutachten [Bg/M72] S. 2, 11, 24). Weil ein solcher Eingriff klassischerweise bei einer Kniegelenksarthrose zur Anwendung gelangt, konnten die MZR-Gutachter ohne weiteres darauf schliessen, dass bereits damals eine progrediente Gonarthrose vorgelegen hatte. Gestützt auf die Aussagen des Beschwerdeführers wussten die MZR-Gutachter sodann auch, dass Dr. med. ... nicht resorbierbare Fäden von der Operation von 1984 aufgefunden und entfernt hatte, und dass diese Fäden nach der Ansicht des Beschwerdeführers den Verschleiss im Knie beschleunigt hätten (Gutachten S. 19, 30). Aufgrund des MRI des rechten Knies vom 25. Juli 2006 (Bg/M9) war den Gutachtern schliesslich bekannt, dass das 1984 operierte vordere Kreuzband im Juli 2006 noch intakt gewesen war; daraus konnten sie schliessen, dass das Kreuzband auch zum Zeitpunkt der Operation von 2001 intakt gewesen sein musste. Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers hatte das Fehlen des Operationsberichtes vom 16. November 2001 somit keinen Einfluss auf die Beurteilung des Kausalzusammenhanges, und das MZR- Gutachten wurde in Kenntnis sämtlicher relevanter Vorakten abgegeben. c) Zusammenfassend kann somit festgehalten werden, dass die Beschwerdegegnerin dem MZR-Gutachten im Hinblick auf die Beurteilung des natürlichen Kausalzusammenhangs zu Recht einen vollen Beweiswert

beigemessen hat. Die vom Beschwerdeführer dagegen vorgebrachten Argumente sind, wie nachstehend gezeigt wird, nicht stichhaltig. aa) Der Beschwerdeführer ist der Ansicht, das MZR-Gutachten sei nicht schlüssig, weil es die Problematik der Fadenreste nicht berücksichtige. Dies trifft nicht zu. Wie soeben ausgeführt waren die MZR-Gutachter über die Fadenreste und ihre Bedeutung für den Beschwerdeführer informiert (vgl. vorstehend E. 7b). Dass sie die Fadenreste im Rahmen ihrer versicherungsmedizinischen Beurteilung nicht erwähnten, stellt keinen Mangel dar, sondern lässt vielmehr darauf schliessen, dass sie ihnen keine wesentliche Bedeutung zugemessen haben. Diese Einschätzung deckt sich mit

derjenigen der übrigen involvierten Ärzte. Die Fadenreste finden einzig im Bericht von Dr. med. ... über die Operation von 2001 Erwähnung (Bg/M73). In neutraler Weise hält der Bericht fest, es seien Fadenreste von der Operation 1984 aufgefunden und entfernt worden; Hinweise dafür, dass dies aussergewöhnlich oder problematisch sei, finden sich im Bericht nicht. Sodann fällt auf, dass Dr. med. ... die Fadenreste weder in seinem Eintrag zur Operation im Verlaufsbericht (Bg/M5) noch sonst irgendwo erwähnte. Dr. med. ... kam in seinem Gutachten vom 25. März 2009 mehrmals auf die Operation von 2001 zu sprechen, ohne dabei irgendwelche Hinweise auf die Fadenreste zu machen (Bg/M56 S. 2, 6, 7), und auch bei seinen Ausführungen zur Kausalität fanden die Fadenreste keine Erwähnung (Bg/M56 S. 7). In den übrigen Arztberichten wurden die Fadenreste ebenfalls nicht erwähnt (Bericht vom 14. März 2002 von Dr. med. ... [Bg/M4], Bericht von Dr. med. ... vom 26. September 2006 [Bg/M15], Berichte von Dr. med. ... vom 3. März 2009 [Bg/M55] und vom 11. September 2006 [Bg/M12]). Vor diesem Hintergrund ist die Stellungnahme von Dr. med. ... vom 22. August 2011 (Bg/M74) nachvollziehbar. Dr. med. ... führte aus, die Fadenreste hätten keinerlei Einfluss auf die Einschätzungen der MZR-Gutachter. Das Kreuzband verlaufe in der Höhle des Kniegelenkes. Es habe keinerlei Kontakt zu den Knorpelflächen. In jedem operierten Knie fänden sich fast immer irgendwelche Fadenreste, weil bei den Knieoperationen nicht resorbierbares Fadenmaterial verwendet werde. Die Fadenreste habe Dr. med. ... entfernt, weil das

Kreuzband sehr gut verheilt gewesen sei und bei der Prüfung anlässlich der Operation eine optimale Funktion zur Stabilisierung des Kniegelenkes gezeigt habe. Diese Begründung ist schlüssig und widerspruchsfrei. Die Rüge des Beschwerdeführers, Dr. med. ... habe sich mit den Akten kaum auseinander gesetzt, ist unbehelflich. Dr. med. ... beantwortete die von der Beschwerdegegnerin gestellten Fragen in nachvollziehbarer und schlüssiger Weise. Ihm standen sämtliche relevanten medizinischen Unterlagen zur Verfügung, insbesondere das MZR-Gutachten mit seiner Zusammenstellung der Vorgeschichte (Bg/Z166). Der Beschwerdeführer macht sodann geltend, dass Fäden mit den Jahren wandern und an anderen Orten Schäden verursachen könnten. Dies ist ebenfalls unbehelflich. Die Angaben, die Dr. med. ... im Operationsbericht vom 16. November 2001 (Bg/M73) machte, lassen darauf schliessen, dass sich die Fadenreste noch immer mehr oder weniger am ursprünglichen Ort in der Umgebung der Narbe des vorderen Kreuzbandes befanden. Es ist nämlich davon auszugehen, dass Dr. med. ... einen entsprechenden Vermerk im Operationsbericht gemacht hätte, wenn er die Fäden an einem anderen Ort aufgefunden oder wenn er sonst wie eine ungewöhnliche Situation vorgefunden hätte. Weiter macht der Beschwerdeführer geltend, es sei ihm immer wieder von den Ärzten bestätigt worden, dass bei ihm die Fadenreste die Ursache der Knorpelschäden seien. Dem kann nicht gefolgt werden, da, wie gerade gezeigt, keiner der involvierten Ärzte die Fadenreste bei der Entstehung der Gonarthrose für relevant gehalten hat. Bezeichnenderweise hat denn der Beschwerdeführer auch keine Arztberichte eingereicht, welche seine Behauptung stützen würden. bb) Der Beschwerdeführer ist der Ansicht, die Schlussfolgerung im MZR-Gutachten sei fehlerhaft, weil seinem Übergewicht zu viel Bedeutung beigemessen worden sei. Er bezieht sich dabei auf folgende Textpassage im Gutachten: „Beim Versicherten besteht offensichtlich eine Neigung zur Entwicklung von Arthrosen, was durch sein Übergewicht begünstigt wird“ (Bg/M72 S. 42). Der Beschwerdeführer macht geltend, sein Übergewicht habe bei der Entwicklung der Gonarthrose im rechten Knie keine Rolle gespielt. Er habe bereits 2001, als

er noch ein weitaus geringeres Gewicht gehabt habe, unter einer Gonarthrose gelitten. Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers besagt die zitierte Aussage der Gutachter nicht, dass das Übergewicht für die Entstehung der Gonarthrose ursächlich gewesen sei. Vielmehr besagt sie, dass das Übergewicht negativ zum Gesundheitszustand beigetragen hatte, wie er sich zum Zeitpunkt der Untersuchungen durch die MZR-Gutachter im Jahre 2010 präsentierte. Diese Aussage ist korrekt, wussten die Gutachter doch aus den medizinischen Akten, dass der Beschwerdeführer mindestens seit Herbst 2006 unter Adipositas litt (Bg/M72 S. 4; M11). Als eigentliche Ursache für die Entwicklung der Gonarthrose nennen die MZR-Gutachter nicht das Übergewicht sondern die Neigung zur Entwicklung von Arthrosen. Die Aussage der MZR- Gutachter zum Thema Übergewicht ist somit entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers schlüssig und nachvollziehbar. cc) Der Beschwerdeführer stellt die Schlüssigkeit des MZR-Gutachtens noch in weiterer Hinsicht in Frage. Er macht geltend, die Beschwerden in seinem linken Knie könnten nicht als Bestätigung dafür herangezogen werden, dass auch die Beschwerden im rechten Knie auf eine natürliche Degeneration zurückzuführen seien. Vielmehr habe er jahrelang Schmerzen am rechten Knie gehabt, weshalb er das linke Knie über viele Jahre stärker belastet habe um das rechte zu schonen. Diese Fehlbelastungen hätten das linke Knie in Mitleidenschaft gezogen. Dieser Sichtweise kann nicht gefolgt werden. Gegenüber dem MZR- Gutachter gab der Beschwerdeführer an, nach der Operation 1984 sei es ihm zunächst gut gegangen. Erst nach einem Sturz auf der Treppe im Dezember 2000 habe er wieder Probleme mit dem rechten Knie gehabt, vor allem beim Skifahren und Wandern (Bg/M72 S.18). Gegenüber dem MZR-Gutachter gab der Beschwerdeführer an, bis anfangs der 90er Jahre habe er keinerlei Beschwerden seitens des rechten Knies gehabt. Anfang der 90er Jahre hätten Schwellungen und Schmerzen bei Belastung im rechten Knie begonnen, Ende der 90er Jahre seien auch nächtliche Schmerzen hinzugekommen (Bg/M72 S. 24). Dr. med. ... führte in seinem Gutachten vom 25. März 2009 (Bg/M56) aus, der postoperative Verlauf nach der transossären Refixation 1984 habe sich im

Wesentlichen unauffällig gestaltet. Schmerzen vor dem Treppensturz im Dezember 2000 erwähnte er nicht, vielmehr gab er an, der postoperative Verlauf sei über lange Zeit sehr gut gewesen (Bg/M56 S. 2, 6 und 7). Dr. med. ... hielt in seinem Verlaufsbericht vom 12. September 2001 fest, seit dem Treppensturz im Dezember 2000 bestünden belastungsabhängige und auch nächtliche Schmerzen; frühere Schmerzen erwähnte er nicht (Bg/GM8 [nachgereichtes Dossier der Beschwerdegegnerin zum Unfall vom 13. Dezember 2000]). Die zitierten medizinischen Akten lassen den Schluss zu, dass nach Abschluss der Rehabilitation nach der Operation 1984 während mindestens rund sechs Jahren gar keine Kniebeschwerden vorhanden waren, und dass danach während rund zehn Jahren nur bei grösseren Belastungen Schmerzen auftraten, wobei die Problematik offensichtlich nicht so intensiv war, dass der Beschwerdeführer sie hätte behandeln lassen oder auf belastende Aktivitäten wie Skifahren und Wandern verzichtet hätte. Es ist somit davon auszugehen, dass die Schmerzen im rechten Knie bis zum Treppensturz im Dezember 2000 nicht derart intensiv und vor allem nicht so konstant auftraten, dass eine wesentliche Mehrbelastung des linken Knies vorgelegen hätte. Mit dem Treppensturz im Dezember 2000 änderte sich die Situation; die Schmerzen im rechten Knie wurden stärker und die schmerzfreien Intervalle wesentlich kürzer (Bg/M72 S. 35). Entsprechend stellte Dr. med. ... am 12. September 2001 ein geringgradiges Schonhinken rechts fest (Bg/GM8). Am 16. November 2001 wurde das rechte Knie arthroskopiert. Der Heilverlauf nach dieser Operation war gemäss den Einträgen vom 7. Januar 2002 und vom 13. Februar 2002 im Verlaufsbericht von Dr. med.

... komplikationslos, so dass der Beschwerdeführer nach rund drei Monaten beschwerdefrei war und wieder voll arbeiten konnte (Bg/M5). Der Zustand der Beschwerdefreiheit hielt nach Angabe des Beschwerdeführers gegenüber dem MZR-Gutachter Dr. med. ... etwa eineinhalb Jahre an (Bg/M72 S. 19). Anlässlich einer Untersuchung vom 29. Oktober 2004 stellte Dr. med. ... noch immer ein unauffälliges rechtes Knie fest (Bg/M7). Somit kann davon ausgegangen werden, dass vor der Diagnose der linksseitigen Valgusgonarthrose am 29. Oktober 2004 (Bg/M7) nur in der kurzen Zeit vom Treppensturz im Dezember 2000 bis zum Ausheilen nach der Arthroskopie des

rechten Kniegelenkes im Februar 2002 eine Mehrbelastung des linken Knies vorlag, wobei das Schonhinken gemäss Dr. med. ... nur geringgradig war. Damit war die Mehrbelastung des linken Knies offensichtlich nicht so gross, dass sich deswegen eine Arthrose hätte bilden können, welche die Einsetzung eines künstlichen Gelenkes nötig machte. Entsprechend hat denn auch keiner der involvierten Ärzte die Kniebeschwerden links als Folge der Kniebeschwerden rechts dargestellt. Vielmehr haben Dr. med. ... (Bg/M7 Eintrag vom 18. Juli 2006; M54 Eintrag vom 3. April 2008) und Dr. med. ... (Bg/M56 S. 6 und 7) die Kniebeschwerden links explizit als unfallfremd beziehungsweise krankheitsbedingt bezeichnet. Es zeigt sich somit, dass die Beschwerden im linken Knie entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers als Bestätigung dafür herangezogen werden können, dass auch die Beschwerden im rechten Knie auf eine natürliche Degeneration zurückzuführen sind. Das MZR-Gutachten ist deshalb auch in dieser Hinsicht schlüssig. dd) Der Beschwerdeführer macht geltend, es sei nicht ersichtlich, was der Hinweis auf allfällige Verschleisserscheinungen am Rücken und an den Hüften mit dem vorliegenden Fall zu tun habe, er sei nie wegen Rücken- oder Hüftschäden in Behandlung gewesen. Nebst den Diagnosen, welche die Knie betreffen, finden sich in den medizinischen Akten folgende Diagnosen: September 2006, Dr. med. ... (Bg/M14): - Polyarthrosen an den Fingergelenken (Heberden) November 2006, Klinik Valens (Bg/M19): - Arthrose in den Iliosakralgelenken - Osteochondrose (degenerative Erkrankung der Wirbelsäule) Dezember 2010, MZR (Bg/M72 S. 28): - Beginnende Coxarthrose (Hüftgelenksarthrose) beidseits - Spondylarthrose der Lendenwirbelsäule Beim 63jährigen Beschwerdeführer sind also nicht nur beide Knie von arthrotischen Veränderungen betroffen, sondern auch die Finger-, die Iliosakral- und die Hüftgelenke sowie die Wirbelsäule. Angesichts dieser Degenerationen in zahlreichen Gelenken ist nachvollziehbar, dass die MZR-Gutachter auf eine Neigung zur Entwicklung von Arthrosen geschlossen haben. Zu Recht haben sie

also das rechte Kniegelenk nicht isoliert betrachtet, sondern den Zustand der anderen Gelenke miteinbezogen. Nicht entscheidend ist dabei, inwieweit die einzelnen Gelenke schon behandlungsbedürftig geworden sind. d) Zusammenfassend kann somit festgehalten werden, dass die Kritik des Beschwerdeführers am MZR-Gutachten nicht begründet ist. Die Beschwerdegegnerin hat dem MZR-Gutachten im Bezug auf die Kausalitätsfrage zu Recht einen uneingeschränkten Beweiswert beigemessen. 8. Zu untersuchen ist nun das Gutachten von Dr. med. ... vom 25. März 2009 (Bg/M56). Dr. med. ... war der Ansicht, die aktuellen Beschwerden im rechten Knie stünden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in natürlichem Kausalzusammenhang zum Unfall von 1984. Zur Begründung führte er an, der Unfall sei die alleinige Ursache. Zum Zeitpunkt des Unfalles sei der Beschwerdeführer in jeder Beziehung vollständig beschwerdefrei und sportlich sehr aktiv gewesen. Eine weitere Begründung lieferte Dr. med. ... nicht. Damit hat er seine Kausalitätsbeurteilung mit der Beweisregel "post hoc ergo propter hoc" begründet. Diese Beweisregel beinhaltet eine

natürliche Vermutung dahingehend, dass nach einem Unfall aufgetretene Beschwerden dauerhaft auf unfallbedingte Ursachen zurückzuführen sind. Eine derartige Vermutung entspricht nicht den anerkannten medizinischen Erkenntnissen über den Verlauf und die Symptomatik beim Zusammentreffen von Unfällen und degenerativen Erkrankungen. Diese natürliche Vermutung ist daher unfallmedizinisch nicht haltbar und dementsprechend beweisrechtlich nicht zulässig (Urteil des Bundesgerichts U 290/06 vom 11. Juni 2006 E. 4.2.3). Die Begründung überzeugt auch deshalb nicht, weil Dr. med. ... keine plausible Erklärung dafür lieferte, dass am linken, nicht von einem Unfall betroffenen Knie nur leicht zeitversetzt dieselbe massive degenerative Schädigung auftrat wie am rechten Knie. Ein weiterer Mangel liegt darin, dass Dr. med. ... nicht erkannte, dass auch an verschiedenen anderen Gelenken eine Arthroseproblematik bestand beziehungsweise im Entstehen war (vgl. vorstehend E. 7c/dd). Das Fehlen einer beweisrechtlich genügenden, überzeugenden Begründung schmälert die

Beweiskraft des Gutachtens von Dr. med. ... Sodann wird die Beweiskraft insbesondere auch dadurch beeinträchtigt, dass Dr. med. ... seine ursprüngliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit auf Nachfrage der Beschwerdegegnerin korrigierte (Bg/M61, M69). Abschliessend ist zum Gutachten von Dr. med. ... festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin als Auftraggeberin des Gutachtens entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers nicht gehalten war, auf jeden Fall darauf abzustellen. Vielmehr hatte sie nicht nur das Recht, sondern die Pflicht, das Gutachten auf seine Plausibilität und Schlüssigkeit zu überprüfen (BGE 125 V 352 E. 3a). Die Beschwerdegegnerin hat somit zu Recht ein weiteres Gutachten eingeholt und im Bezug auf die Kausalität nicht auf das Gutachten von Dr. med. ... abgestellt. 9. Untersucht werden nun die Berichte des behandelnden und operierenden Arztes, Dr. med. ... Dieser bejahte die Unfallkausalität hinsichtlich der Beschwerden im rechten Knie. In seinem Verlaufsbericht findet sich der Vermerk „Knie rechts UVG, Knie links KVG“ (Bg/M7 Eintrag vom 18. Juli 2006). Und mit Schreiben vom 5. Mai 2009 führte Dr. med. ... aus, er habe vom Gutachten von Dr. med. ... gewusst und mit diesem ein längeres Telefongespräch geführt; er könne mit dessen gutachterlicher Beurteilung voll übereinstimmen (Bg/M62). Dr. med. ... äussert sich damit nur nebenbei zur Frage des natürlichen Kausalzusammenhanges. Eine eigene Begründung liefert er nicht. Und die Begründung von Dr. med. ..., auf welche er verweist, ist, wie gezeigt (vgl. vorne E. 8), nicht schlüssig. Die Beurteilungen von Dr. med. ... sind deshalb im Bezug auf die Kausalitätsfrage wenig beweiskräftig. 10. Der Hausarzt Dr. med. ... bejahte die Unfallkausalität der Beschwerden im rechten Knie in den Arztberichten vom 11. September 2006 (Bg/M12), 29. April 2007 (Bg/M31) und 3. März 2009 (Bg/M55). Der Beweiswert dieser Berichte ist indessen gering. Einerseits weil der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen ist, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen

(BGE 135 V 465 E. 4.5). Und andererseits vor allem deshalb, weil Dr. med. ... keine Begründung für seine Einschätzung anführte. 11. Untersucht wird nun der Bericht des beratenden Arztes Dr. med. ... vom 14. März 2002 (Bg/GM9 [nachgereichtes Dossier der Beschwerdegegnerin zum Unfall vom 13. Dezember 2000]). Dr. med. ... bejahte den natürlichen Kausalzusammenhang. Er gab an, der Unfall von 1984 habe trotz der erfolgreichen Operation zu einer gewissen ligamentären Instabilität geführt, welche im Lauf der Zeit zu einem Knorpelschaden geführt habe. Dieser Knorpelschaden sei durch den Treppensturz von 2000 vorübergehend aktiviert aber nicht bleibend und richtunggebend

verschlimmert worden. Wenn jetzt die Gonarthrose rechts wieder behandlungspflichtig geworden sei, dann habe man es mit Folgen des ursprünglichen Unfalles von 1984 zu tun. Diese Beurteilung erfolgte ohne Untersuchung des Beschwerdeführers aufgrund der Akten, wobei nicht ersichtlich ist, welche Akten Dr. med. ... effektiv zur Verfügung gestanden hatten. Dr. med. ... beurteilte die Entwicklung isoliert in Bezug auf das rechte Knie, weil die Probleme im linken Knie 2002 gerade erst einsetzten, und die Degenerationen an den Finger-, Iliosakral- und Hüftgelenken sowie an der Wirbelsäule noch nicht symptomatisch geworden waren. Aus damaliger Sicht erschien die Beurteilung deshalb schlüssig und nachvollziehbar; entsprechend hat die Beschwerdegegnerin während mehrerer Jahre darauf abgestellt. Aus heutiger Perspektive erweist sich die Beurteilung von Dr. med. ... aber als falsch. Die von den MZR-Gutachtern im Jahr 2010 erkannte Neigung zur Entwicklung von Arthrosen war für Dr. med. ... anlässlich seiner Beurteilung im Jahr 2002 noch nicht erkennbar. Unterdessen ist zudem bekannt, dass die Operation von 1984 entgegen der Annahme von Dr. med. ... nicht zu einer ligamentären Instabilität geführt hatte. Bei der Operation im November 2001 stellte Dr. med. ... fest, dass das operierte vordere Kreuzband im rechten Knie seine Funktion ohne Einschränkungen zu erfüllen vermochte (Bg/M73). Und bei der radiologischen Untersuchung des rechten Knies am 25. Juli 2006 lag noch immer ein intaktes vorderes Kreuzband vor (Bg/M9). Aus heutiger Sicht ist der Bericht von Dr. med. ... somit nicht schlüssig. Dies gilt auch für den Bericht von

Dr. med. ... vom 26. September 2006, da darin ohne eigene Begründung auf den Bericht von Dr. med. ... verwiesen wird (Bg/M15). 12. Es hat sich gezeigt, dass die Berichte beziehungsweise Gutachten der verschiedenen Aerzte in ihrer Beweiskraft eingeschränkt sind. Die Beschwerdegegnerin hat deshalb bei der Beurteilung des natürlichen Kausalzusammenhangs zu Recht nicht auf diese Berichte beziehungsweise Gutachten abgestellt. 13. Der Antrag des Beschwerdeführers auf Einholung eines weiteren Gutachtens ist abzulehnen. Nach der Rechtsprechung kann das Gericht auf die Einholung von weiteren Beweisen verzichten, wenn es aufgrund bereits eingeholter Beweise seine Überzeugung gebildet hat und ohne Willkür annehmen kann, seine Überzeugung werde durch weitere Beweiserhebungen nicht geändert (BGE 134 I 140 E. 5.3). Vorliegend hat sich ergeben, dass sich die Frage des natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfall von 1984 und den aktuellen Beschwerden im rechten Knie gestützt auf das MZR-Gutachten in rechtsgenügender Weise beurteilen lässt (vgl. vorstehend E. 7). Es erübrigt sich damit, zusätzliche medizinische Abklärungen zu veranlassen. 14. Die Beschwerdegegnerin hat die Kosten für Heilbehandlung bis Ende Mai 2009 übernommen und bis zu diesem Zeitpunkt auch Taggelder ausgerichtet. Der Beschwerdeführer ist der Ansicht, die Beschwerdegegnerin sei bei diesem Zugeständnis zu behaften. Dem kann nicht gefolgt werden. Nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung kann der Unfallversicherer trotz vorheriger Ausrichtung von Heilbehandlung und Taggeld ohne Berufung auf Wiedererwägung oder prozessuale Revision den Kausalzusammenhang verneinen und gestützt darauf die Leistungen ex nunc pro futuro einstellen (BGE 130 V 380 E. 2.3.1). Die Beschwerdegegnerin stützte sich zunächst auf die Kausalitätsbeurteilung von Dr. med. ..., welche aus damaliger Sicht plausibel war. Nachdem die MZR-Gutachter die Neigung des Beschwerdeführers zur Entwicklung von Arthrosen als Ursache der

Kniebeschwerden erkannt und angegeben hatten, der Status quo sine sei bereits im August 1984 erreicht worden, verneinte die Beschwerdegegnerin den natürlichen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall von 1984 und den aktuellen Beschwerden im

rechten Knie zu Recht. Die Leistungseinstellung für die Zukunft ohne Rückforderung des bereits Geleisteten war deshalb ohne weiteres zulässig. Auch auf den Vertrauensschutz kann sich der Beschwerdeführer nicht berufen. In der Unfallversicherung sind Heilbehandlung und Taggeld klassische vorübergehende Leistungen, auch wenn Heilbehandlung und Taggeldbezug manchmal mehrere Jahre andauern (BGE 133 V 57 E. 6.6.2). 15. Somit ergibt sich, dass die Beschwerdegegnerin den Kausalzusammenhang der Kniebeschwerden rechts mit dem Skiunfall von 1984 zu Recht gestützt auf das MZR-Gutachten und den Arztbericht von Dr. med. ... ab Ende Mai 2009 verneint und ihre Leistungen eingestellt hat. Der angefochtene Einspracheentscheid erweist sich deshalb als rechtmässig und die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen. 16. Gerichtskosten werden keine erhoben, da das kantonale Beschwerdeverfahren im Bereich des Sozialversicherungsrechts gemäss Art. 61 lit. a ATSG grundsätzlich kostenlos ist. Gemäss Art. 61 lit. g ATSG e contrario hat die Beschwerdegegnerin keinen Anspruch auf Parteientschädigung. Demnach erkennt das Gericht: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben. Die an das Bundesgericht erhobene Beschwerde wurde mit Urteil vom 8. Juli 2013 abgewiesen (8C_252/2013).

E. 4

Mit Bericht vom 13. September 2001 gab Dr. med. ..., Facharzt für Orthopädie und Chirurgie an der ...-Clinic, an, seit dem Treppensturz vom 13. Dezember 2000 bestünden im rechten Knie belastungsabhängige und auch nächtliche Schmerzen im antero-medialen Gelenkspaltbereich sowie zentral im Kniegelenk. Es liege eine posttraumatische Knorpelschädigung mit beginnender Varusgonarthrose vor. Am 16. November 2001 nahm Dr. med. ... am rechten Knie eine Kniearthroskopie mit medialer Menishektomie, Gelenktoilette und aufklappender Tibiavalgisations-osteotomie vor. Im diesbezüglichen Operationsbericht diagnostizierte Dr. med. ... eine progrediente mediale Gonarthrose und erwähnte unter anderem, er habe Fadenreste von der Operation von 1984 vorgefunden und entfernt. Nach gut zwei Monaten zeigte sich das rechte Kniegelenk in der Kontrolle bei Dr. med. ... reizlos.

E. 5

Am 26. September 2001 meldete die damalige Arbeitgeberin von ... der Versicherung B einen Rückfall zum Treppensturzunfall vom 13. Dezember 2000. Mit Verfügung vom 19. November 2001 verweigerte die Versicherung B ihre Leistungen ab dem 1. März 2001. Sie gab an, nach ihren medizinischen Abklärungen bestehe zwischen dem Unfallereignis vom 13. Dezember 2000 und den aktuellen Beschwerden am rechten Knie mit überwiegender Wahrscheinlichkeit kein Kausalzusammenhang. Gegen diese Verfügung erhob ... am 6. Dezember 2001 Einsprache. Es handle sich um einen Rückfall zum Skiunfall 1984. Er habe seit diesem Unfall Probleme mit dem rechten Knie, welche im Laufe der Zeit zugenommen hätten und durch den Sturz am 13. Dezember 2000 unerträglich geworden seien. Am 24. Januar 2002 zog ... die Einsprache zurück, nachdem ihm die Versicherung B zugesichert hatte, dass sie prüfen werde, ob die aktuellen Knieprobleme als Spätfolgen oder Rückfall auf den Unfall von 1984 zurückzuführen seien.

E. 6

Mit Bericht vom 14. März 2002 hielt Dr. med. ... als beratender Arzt der Versicherung B fest, die aktuellen Beschwerden im rechten Knie seien auf den ursprünglichen Unfall im Jahr 1984 zurückzuführen.

E. 7

Am 29. Oktober 2004 diagnostizierte Dr. med. ... eine Valgusgonarthrose im linken Kniegelenk. In seinem Verlaufsbericht gab er dazu an, die linksseitigen Knieschmerzen seien seit zirka 2 Jahren zunehmend, und über kurz oder lang sei bei dieser ausgeprägten Pangonarthrose eine Knie-Totalendoprothese indiziert.

E. 8

Am 18. Juli 2006 suchte ... Dr. med. ... wegen zunehmender Schmerzen im rechten Knie auf. Ein MRI vom 26. Juli 2006 zeigte am rechten Knie eine schwere Pangonarthrose sowie eine Degeneration des lateralen Meniskus möglicherweise mit radiärem Einriss. Am 14. September 2006 setzte Dr. med. ... eine Knie-Totalendoprothese ein. Postoperativ erlitt ... eine Lungenembolie. Bis zum 26. September 2006 war er in der ...-Clinic hospitalisiert. Im Austrittsbericht vom 25. September 2006 diagnostizierte Dr. med. ...nebst der rechtsseitigen auch eine linksseitige Gonarthrose sowie Polyarthrosen an den Fingergelenken (Heberden) und Adipositas. Vom 26. September 2006 bis am

E. 10

Am 14. Juni 2007 setzte Dr. med. ... bei diagnostizierter Gonarthrose links auch im linken Knie eine Totalendoprothese ein. Gleichzeitig nahm er am rechten

Knie eine offene Arthrolyse und eine Kniegelenksmobilisation vor. Postoperativ trat eine Lungenembolie mit anschliessender pulmonaler Hypertonie auf. Die Lungenembolie löste sich in der Folge gemäss Bericht von Dr. med. ... vom 17. Dezember 2007 vollständig auf. Der Heilungsverlauf am rechten Knie war nicht optimal, so dass ... über längere Zeit ganz beziehungsweise teilweise arbeitsunfähig blieb. Die Versicherung A übernahm im Zusammenhang mit dem rechten Knie die Heilkosten und leistete Taggelder.

E. 11

Mit Bericht vom 3. März 2009 hielt der Hausarzt, Dr. med. ..., Facharzt für Innere Medizin, fest, die Arbeitsunfähigkeit liege aufgrund der Funktionseinbusse des rechten Knies bei 40 %, da der Patient nicht längere Zeit sitzen könne und das Knie immer wieder mobilisieren müsse.

E. 12

Im Auftrag der Versicherung A wurde ... am 18. März 2009 von Dr. med. ..., Facharzt für Orthopädische Chirurgie, untersucht. Mit Gutachten vom 25. März 2009 hielt Dr. med. ... fest, die vom Operateur, vom Lungenspezialisten und vom Hausarzt ausgestellte Arbeitsunfähigkeit von 40 % sei realistisch. Die Schädigung der körperlichen Integrität liege bei 35 %. Die zurzeit noch vorhandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen seien auf den Unfall als alleinige Ursache zurückzuführen. Zum Zeitpunkt des Unfalles sei der Patient in jeder Beziehung vollständig beschwerdefrei und sportlich sehr aktiv gewesen. Mit Schreiben vom 2. April 2009 ergänzte Dr. med. ... auf Anfrage der Versicherung A, der hauptsächliche Grund für die Attestierung einer bloss 60%igen Arbeitsfähigkeit liege darin, dass es im Gefolge der zweimaligen Lungenembolie zu einer pulmonalen Hypertonie mit bleibender und ziemlich ausgeprägter Anstrengungs-Dyspnoe gekommen sei. Ein einseitiges Knieproblem führe – ob operiert oder nicht – in bestmöglich angepasster Tätigkeit nie zu einer Arbeitsunfähigkeit von 40 %.

E. 13

Mit Schreiben vom 5. Mai 2009 gab Dr. med. ... an, er könne mit der gutachterlichen Beurteilung von Dr. med. ... voll übereinstimmen.

E. 14

Mit Bericht vom 20. Juli 2009 diagnostizierte der Lungenspezialist Dr. med. ... einen Status nach zweimaligen Lungenembolien, aktuell Adipositas-bedingte leichte Restriktion ohne CO-Diffusionsstörung. Zudem gab er an, im Bezug auf die Lungenproblematik könne keine Arbeitsunfähigkeit attestiert werden.

E. 15

Mit Schreiben vom 10. August 2009 an die Versicherung A teilte Dr. med. ... mit, angesichts der Beurteilung von Dr. med. ... bestehe in der gegenwärtigen, knieadaptierten Bürotätigkeit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit.

E. 16

Mit Verfügung vom 8. September 2009 stellte die Versicherung A die Leistungen für Heilbehandlungen und Taggelder per 31. Mai 2009 ein und sprach eine Integritätsentschädigung von Fr. 24'360.00 bei einer Integritätseinbusse von 35 % zu. Gegen diese Verfügung erhob ... am 6. Oktober 2009 Einsprache. Er übe keine leichte Bürotätigkeit aus, sondern sei zu mehr als 60 % im Aussendienst tätig. Durch die Beschwerden im rechten Knie werde er dabei zu mindestens 40 % eingeschränkt. Es sei ihm deshalb eine Invalidenrente zuzusprechen, eventualiter seien die Taggelderleistungen fortzuführen. Die Einstellung der Leistungen für Heilbehandlungen sei aufzuheben, da noch nicht abschliessend beurteilt werden könne, ob weitere Behandlungen notwendig seien.

E. 17

Am 25. November 2009 fand eine Besprechung statt, an welcher ..., seine Tochter, sein Rechtsvertreter und ein Vertreter der Versicherung A teilnahmen. Die Besprechung diene dazu, die Berufsanamnese zu erheben, um die Basis für allfällige weitere medizinische Abklärungen und für die Rentenprüfung zu schaffen. Am 27. Januar 2010 fand eine Vergleichsverhandlung statt, welche indessen nicht zu einer Einigung führte.

E. 18

Am 12. Dezember 2010 erstellte das Medizinische Zentrum ... (nachfolgend: MZR) im Auftrag der Versicherung A ein interdisziplinäres Gutachten. Die drei Gutachter aus den Fachbereichen Innere Medizin, Orthopädische Chirurgie und Psychiatrie kamen zum Schluss, bei ... bestehe eine Neigung zur Entwicklung

von Arthrosen. Sie begründeten dies damit, dass auch im linken Knie, in den Hüftgelenken und in der Lendenwirbelsäule Arthrose vorliege. Spätestens nach Abschluss der Rehabilitation nach der Refixation des vorderen Kreuzbandes etwa Ende August 1984 hätten nur noch unfallfremde Faktoren gewirkt. Eine unfallbedingte, dauerhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit und ein unfallbedingter Integritätsschaden lägen nicht vor.

E. 19

Mit Schreiben vom 28. Februar 2011 nahm ... zum MZR-Gutachten Stellung. Er rügte eine Verletzung des rechtlichen Gehörs und machte geltend, die MZR- Gutachter hätten keine Kenntnis vom Bericht zur Operation vom 16. November 2001 gehabt; sie hätten deshalb nicht berücksichtigt, dass bei dieser Operation Fäden von der Operation im Jahre 1984

vorgefunden worden seien.

E. 20

Mit Schreiben vom 22. August 2011 führte Dr. med. ..., Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und beratender Arzt der Versicherung A, aus, der Operationsbericht und die Tatsache der gefundenen Fadenreste hätten keinerlei Einfluss auf die Einschätzungen im MZR-Gutachten. Bei Knieoperationen werde nicht resorbierbares Fadenmaterial verwendet. Dr. med. ... habe die Fadenreste entfernt, weil das Kreuzband sehr gut verheilt gewesen sei. Die Fadenreste hätten keinen Einfluss auf den Verlauf seit 1984.

E. 21

Mit Schreiben vom 5. September 2011 nahm ... zum Bericht von Dr. med. ... Stellung. Er rügte eine Verletzung des rechtlichen Gehörs und bestritt die Schlüssigkeit des Berichtes.

E. 22

Mit Entscheid vom 24. Oktober 2011 wies die Versicherung A die Einsprache ab. Der Anspruch des Beschwerdeführers auf rechtliches Gehör sei nicht verletzt worden. Es sei auf das MZR-Gutachten und den Bericht von Dr. med. ... abzustellen. Danach stünden die Beschwerden im rechten Knie nicht mehr mit überwiegender Wahrscheinlichkeit im Zusammenhang mit dem Skiunfall von 1984; der Status quo sine sei bereits Ende August 1984 erreicht worden.

E. 23

Gegen diesen Entscheid erhob ... am 23. November 2011 Beschwerde an das Verwaltungsgericht des Kantons Graubünden. Er beantragte, der angefochtene Entscheid sei aufzuheben und die Versicherung A sei zu verpflichten, ihm ab Juni 2009 eine Invalidenrente gestützt auf eine Arbeitsunfähigkeit von 40 % zuzusprechen, eventualiter seien die Taggeldleistungen fortzuführen. Weiter sei diese zu verpflichten, ihm weiterhin Leistungen für Heilbehandlungen zu erbringen. Die Angelegenheit sei an die Vorinstanz zurückzuweisen, damit diese die IV-Rente, allenfalls die Taggeldleistungen, verbindlich festlege. Zur Begründung machte der Beschwerdeführer im Wesentlichen geltend, die Beschwerdegegnerin habe bis Ende Mai 2009 Leistungen im Zusammenhang mit dem rechten Knie erbracht und damit ausdrücklich anerkannt, dass die Beschwerden auf den Unfall aus dem Jahre 1984 zurückzuführen seien. Die Dres. med. ..., ... und ... bestätigten eine 40%ige Arbeitsunfähigkeit. Auf die Meinungsänderung von Dr. med. ... nach der Intervention der Beschwerdegegnerin sei nicht abzustellen. Auf das MZR-Gutachten und den Bericht von Dr. med. ... könne nicht abgestellt werden. Das MRZ und Dr. med. ... seien von der Beschwerdegegnerin abhängig, und das rechtliche Gehör sei nicht gewährt worden. Das MZR-Gutachten sei nicht schlüssig, und die MZR- Gutachter hätten keine Kenntnis vom Operationsbericht vom 16. November 2001 gehabt, was einen erheblichen, verfälschenden Einfluss auf das Gutachten gehabt habe. Dr. med. ... habe sich nicht mit dem konkreten Fall auseinander gesetzt.

E. 24

Die Versicherung A beantragte am 16. Januar 2012 die vollumfängliche Abweisung der Beschwerde. Sie verwies auf die Ausführungen im Einspracheentscheid und ergänzte, die Arztberichte der Dres. med. ..., ... und ... seien mangelhaft, so dass ein abschliessendes polydisziplinäres Gutachten notwendig gewesen sei. Auf das MZR-Gutachten und den Bericht von Dr. med. ... sei abzustellen. Ihm hätten sämtliche Akten zur Verfügung

gestanden, und er habe sich durchaus mit dem konkreten Fall auseinandergesetzt. Dass er beratender Arzt sei, sei für sich alleine kein Grund, an seiner Objektivität zu zweifeln. Weiter führte die Beschwerdegegnerin aus, das MZR stehe nicht in

einem Abhängigkeitsverhältnis zu ihr; und selbst wenn eine wirtschaftliche Abhängigkeit bestünde, wäre dies für sich alleine kein Ausstandsgrund. Das MZR-Gutachten sei schlüssig. Obwohl den Gutachtern der Operationsbericht vom 16. November 2001 nicht vorgelegen habe, sei ihnen die an diesem Tag vorgenommene Operation bekannt gewesen. Die Gutachter seien offensichtlich wie Dr. med. ... der Meinung, dass die Fäden nicht im Zusammenhang mit der Gonarthrose stünden.

E. 25

In einem zweiten und in einem (unaufgeforderten) dritten Schriften-wechsel hielten die Parteien an ihren Anträgen fest und bauten ihre Standpunkte aus.

E. 26

Auf Aufforderung der Instruktionsrichterin reichte die Beschwerdegegnerin das Aktendossier zum Unfall vom 13. Dezember 2000 ein. Der Beschwerdeführer führte dazu aus, wesentlich sei der Arztbericht vom 14. März 2002, in welchem Dr. med. ... angegeben habe, die aktuellen Beschwerden im rechten Knie seien auf den Unfall im Jahr 1984 zurückzuführen. Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf eine Stellungnahme. Das Gericht zieht in Erwägung: 1. Anfechtungsobjekt ist der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 24. Oktober 2011. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht im Zusammenhang mit den gesundheitlichen Problemen des Beschwerdeführers am rechten Knie zu Recht ab dem 31. Mai 2009 verneint hat. Dabei stellt sich insbesondere die Frage, ob die Beschwerdegegnerin bei der Beurteilung des Kausalzusammenhanges zwischen dem Skiunfall im Jahre 1984 und den aktuellen Kniebeschwerden zu Recht auf das Gutachten des Medizinischen Zentrums ... (MZR) vom 12. Dezember 2010 (Akten der Beschwerdegegnerin M72 [Bg/M72]) und auf den Bericht von Dr. med. ... vom 22. August 2011 (Bg/M74) abgestellt hat.

2. a) Gemäss Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung (BV; SR 101) und Art. 42 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) haben die Parteien in Sozialversicherungsverfahren Anspruch auf rechtliches Gehör. Der Anspruch auf rechtliches Gehör umfasst das Recht der Parteien auf Teilnahme am Verfahren und auf Einflussnahme auf den Prozess der Entscheidungsfindung (vgl. BGE 126 V 132 E. 2b). Die Parteien haben insbesondere das Recht, Einsicht in die Akten zuzunehmen und sich zu den tatsächlichen Fragen zu äussern. Im vorliegenden Fall ist vorneweg zu prüfen, ob dem Beschwerdeführer das rechtliche Gehör im Zusammenhang mit dem MZR-Gutachten (Bg/M72) und mit dem Bericht von Dr. med. ... (Bg/M74) gewährt worden ist. b) Der Beschwerdeführer ist der Ansicht, es sei ihm zu spät mitgeteilt worden, welche Ärzte ihn am MZR begutachten würden. Gemäss Art. 44 ATSG muss der Versicherungsträger, der zur Abklärung des Sachverhaltes ein Gutachten eines unabhängigen Sachverständigen einholt, der Partei dessen Namen bekannt geben. Die betroffene Person kann den Gutachter aus triftigen Gründen ablehnen und Gegenvorschläge machen. Nach der Rechtsprechung muss die Bekanntgabe des Namens eine gewisse Zeit vor dem angesetzten Begutachtungstermin erfolgen, damit die versicherte Person in der Lage ist, ihre Mitwirkungsrechte vor der Begutachtung wahrzunehmen (BGE 132 V 376 E. 8.4). Vorliegend teilte die Beschwerdegegnerin mit Schreiben vom 10. Juni 2010 mit, sie

beabsichtige ein polydisziplinäres Gutachten in Auftrag zu geben und habe das MZR dazu vorgesehen. Sobald die begutachtenden Ärzte bekannt seien, werde der Beschwerdeführer im Rahmen des rechtlichen Gehörs die Möglichkeit haben, dazu Stellung zu nehmen (Bg/Z141). Mit Schreiben vom 6. September 2010 informierte die Beschwerdegegnerin, sie habe unterdessen das MZR mit der Begutachtung beauftragt und dieses aufgefordert, die Namen der begutachtenden Ärzte anzugeben (Bg/Z149). Mit Schreiben vom 9. September 2010 bot das MZR den Beschwerdeführer für den 17. und den 30. September 2010 zur medizinischen Abklärung auf. In diesem Schreiben informierte das MZR den

Beschwerdeführer auch darüber, dass er von Dr. med. ..., FMH Innere Medizin, Dr. med. ..., FMH Psychiatrie, und med. pract. ..., Facharzt für Orthopädie und Traumatologie FMH begutachtet werde. Die Bekanntgabe der Gutachter erfolgte somit rund eine Woche vor dem ersten Abklärungstermin. Diese Zeitspanne hätte genügt, um Einwände und Ausstandsbegehren gegen die erwähnten Gutachter zu erheben. Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers hätte die Überprüfung der fachlichen Qualifikation nicht viel Zeit in Anspruch genommen, da auf der Internetseite der FMH, der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte, einfach zu überprüfen ist, ob ein Arzt tatsächlich über einen Facharztstitel verfügt. Entscheidend ist auch, dass der Beschwerdeführer offensichtlich mit dem Zeitpunkt des ersten Abklärungstermins einverstanden war. Zum einen hatte das MZR die Festlegung der Termine telefonisch mit ihm abgesprochen (Bg/Z151), und zum anderen ging der Beschwerdeführer mit Schreiben vom 14. September 2010 nicht auf das Angebot der Beschwerdegegnerin ein, die Abklärungstermine zu verschieben (Bg/Z152, Z153). Eine Verschiebung wäre entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers zumutbar gewesen. Die Angelegenheit hatte sich aus verschiedenen, zum Teil auch von Seiten des Beschwerdeführers herrührenden Gründen bereits in die Länge gezogen, so dass ein Aufschub um einige Wochen keinen wesentlichen Unterschied gemacht hätte. Angesichts dieser Umstände liegt im Zusammenhang mit der Bekanntgabe der MZR-Gutachter keine Verletzung des rechtlichen Gehörs vor. c) Der Beschwerdeführer macht weiter geltend, die Beschwerdegegnerin hätte ihm den Fragenkatalog für das MZR-Gutachten vor der Begutachtung zur Stellungnahme unterbreiten müssen. Das ATSG regelt die Frage, ob die betroffene Person bei der Formulierung der Expertenfragen Mitwirkungsrechte habe, nicht explizit. Gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung, wie sie hier zum massgebenden Zeitpunkt im Jahre 2010 galt, hatte die versicherte Person keinen Anspruch auf vorgängige Stellungnahme zu den Expertenfragen; damals erachtete man die Rechte der versicherten Person insofern als gewahrt, wenn sie sich zum

Beweisergebnis äussern und erhebliche Beweisanträge vorbringen konnte (BGE 133 V 446 E. 7.4; unterdessen hat das Bundesgericht seine Praxis in BGE 137 V 210 E. 3.4.2.9 geändert). Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers war die Beschwerdegegnerin somit nicht verpflichtet, ihm den Fragenkatalog vor der Begutachtung durch das MZR zur Stellungnahme zu unterbreiten. Die Beschwerdegegnerin stellte ihm das MZR-Gutachten mit Schreiben vom 15. Dezember 2010 (Bg/Z155) zu und gab ihm Gelegenheit, sich dazu zu äussern. Damit erfüllte die Beschwerdegegnerin die damals geltenden Voraussetzungen. d) Der Beschwerdeführer rügt ferner, er hätte über den Beizug von Dr. med. ... vorgängig informiert werden müssen. Wie bereits erwähnt verlangt Art. 44 ATSG bei der Einholung eines Gutachtens eines unabhängigen Sachverständigen die vorgängige Bekanntgabe des Namens. Nicht als unabhängige Sachverständige im Sinne von Art. 44 ATSG gelten die so genannten versicherungsinternen Ärzte (BGE 135 V 254 E. 3.4.1). Zur Kategorie der

versicherungsinternen Ärzte gehören nebst den Angehörigen der Medizinischen Dienste der Versicherungsträger auch die Vertrauensärzte und die beratenden Ärzte (Urteil des Bundesgerichts 8C_396/2011 vom 21. September 2011 E. 5). Dr. med. ... erstattete seinen Bericht als beratender Arzt der Beschwerdegegnerin. Der Bericht stellt damit ein versicherungsinternes Dokument dar, welches von Art. 44 ATSG nicht erfasst wird (BGE 135 V 254 E. 3.4.2). Aber selbst wenn die Beschwerdegegnerin verpflichtet gewesen wäre, den Beschwerdeführer vorgängig über den Beizug von Dr. med. ... zu informieren, so wäre der Verfahrensmangel dadurch geheilt, dass der Beschwerdeführer die Gelegenheit hatte, zum Bericht von Dr. med. ... Stellung zu nehmen und Ergänzungsfragen zu stellen (Bg/Z167, Z168; BGE 136 V 113 E. 5.4 und 5.5). e) Zusammenfassend kann somit festgehalten werden, dass der Anspruch des Beschwerdeführers auf rechtliches Gehör im Zusammenhang mit dem MZR- Gutachten und dem Bericht von Dr. med. ... nicht verletzt worden ist.

3. a) Der Beschwerdeführer macht ferner geltend, auf das MZR-Gutachten (Bg/M72) und auf den Bericht von Dr. med. ... (Bg/M74) dürfe nicht abgestellt werden, weil sowohl das MZR als auch Dr. med. ... von der Beschwerdegegnerin abhängig seien. b) Das MZR bietet nebst Untersuchungen und Behandlungen auch regelmässig Begutachtungen an und ist auch im Rahmen der Invalidenversicherung als Medizinische Abklärungsstelle (MEDAS) tätig (vgl. www.mzr.ch). Dies führt aber entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers nicht dazu, dass dem MZR die Objektivität grundsätzlich abgesprochen werden müsste. Nach der Rechtsprechung lässt nämlich eine ausgedehnte Gutachtertätigkeit einer Ärztegemeinschaft für die Sozialversicherungsträger nicht per se auf deren Befangenheit oder Voreingenommenheit schliessen (BGE 136 V 376 E. 4; Urteil des Bundesgerichtes 8C_253/2010 vom 15. September 2010 E. 5.1). c) Dr. med. ... steht als beratender Arzt in einem gewissen Naheverhältnis zur Beschwerdegegnerin. Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers hat dies aber nicht zur Folge, dass seinen Berichten grundsätzlich keine Beweiskraft beizumessen ist. Nach der Rechtsprechung ist bei einer versicherungsinternen medizinischen Fachperson nicht alleine aufgrund ihres Anstellungs- oder Auftragsverhältnisses zum Versicherungsträger auf mangelnde Objektivität und Befangenheit zu schliessen. Den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen wird Beweiswert zuerkannt, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee). d) Zusammenfassend kann somit festgehalten werden, dass dem MZR-Gutachten und dem Bericht von Dr. med. ... die Beweiskraft weder wegen Abhängigkeit von der Beschwerdegegnerin, noch wegen Verletzung des rechtlichen Gehörs (siehe vorne E. 2.) abzuspochen ist und die Beschwerdegegnerin auf diese medizinischen Beurteilungen abstellen durfte.

4. a) Versicherungsleistungen des Unfallversicherers werden gemäss Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt. Als Unfall gilt gemäss Art. 4 ATSG die 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. Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und der gesundheitlichen Schädigung ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 129 V 177 E. 3). b) Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände,

ohne deren Vorhandensein der eingetretene Gesundheitsschaden nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiel. Ob zwischen einem Unfall und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die bloße Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1 mit weiteren Hinweisen). c) Ursachen im Sinne des adäquaten Kausalzusammenhangs sind Ereignisse, die nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen

Lebenserfahrung an sich geeignet sind, einen Gesundheitsschaden von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Gesundheitsschadens also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.