

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2006.00165 vom 30. Juni 2008

ZH Sozialversicherungsgericht, 2008-06-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2006.00165

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2006.00165 du 30 juin 2008

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2006.00165 del 30 giugno 2008

Erwägungen

E. 2

2.1. Streitig und zu präzisieren ist, ob die Allianz die Versicherungsleistungen aus dem Unfall vom 14. Juni 1997 per 28. Juli 1997 zu Recht eingestellt hat, wobei die Beweislast bei der Allianz liegt (vgl. Erw. 1.4 hiervor). Die als nicht geschuldet bezeichneten Leistungen seit 28. Juli 1997 werden laut Einspracheentscheid vom 14. Februar 2006 nicht zurückgefordert. Nach der Rechtsprechung beurteilt sich somit die Rechtmässigkeit der streitigen Leistungseinstellung grundsätzlich frei und nicht etwa unter wiedererwägungsrechtlichem Blickwinkel oder nach prozessual revisionsrechtlichen Grundsätzen (BGE 127 V 469 Erw. 2c mit Hinweisen; BGE 130 V 380).

2.2. Die Allianz stellte ihre Leistungen - hauptsächlich gestützt auf das Gutachten von Dr. med. C. ____, Spezialarzt für Chirurgie FMH, vom 17. Mai 2005 (Urk. 9/185) - infolge Erreichens des Status quo ante/sine per 28. Juli 1997 ein (Urk. 9/188, 2). Demgegenüber warf die Beschwerdeführerin 1 dem begutachtenden Dr. C. ____, zum Einen Voreingenommenheit vor, zum Anderen zog sie seine fachliche Kompetenz in Zweifel. Zudem bemängelte sie, dass Dr. C. ____, ein reines Aktengutachten erstellt habe. Schliesslich erachtete sie das Gutachten auch inhaltlich als unzutreffend (Urk. 1 S. 4 ff.). Die Beschwerdeführerin 2 schloss sich im Wesentlichen den Einwänden der Beschwerdeführerin 1 an. Im Übrigen hielt sie es für unumgänglich, ein polydisziplinäres (Ober-)Gutachten einzuholen (Urk. 19/1).

E. 3

3.1. Dr. med. D. ____, Orthopädische Chirurgie FMH, erhob in seinem Gutachten vom 10. Mai 1999 (Urk. 9/48) folgende Diagnosen:

- Status nach schwerer Distorsion des linken Kniegelenks, Status nach dreimaliger arthroskopischer Operation

- Femoropatellare Dysplasie mit Patella alta und Hyperextension des Kniegelenks beidseits, rechts Status nach Operation nach Roux (1985)

- Posttraumatische, instabile Valgusgonarthrose links

Des Weiteren führte Dr. D. ____, aus, beim Ereignis vom 14. Juni 1997 sei es bei der Beschwerdeführerin 1 zu einer schweren Distorsion des linken Knies gekommen, deren Folgen bis zum Zeitpunkt der Erstellung des Gutachtens nicht behoben seien und fortgesetzter Behandlung bedürften. Da die Beschwerdeführerin 1 glaubhaft versichere, am linken Knie früher nie Probleme gehabt zu haben, müsse in diesem Fall von reinen Unfallfolgen ausgegangen werden. Auch wenn die Behandlung deshalb wegen

reiner Unfallfolgen fortgesetzt werden müsste, dürfte ein bis zum Ereignis symptomloser Vorzustand in Form einer erheblichen femoropatellaren Dysplasie mit Patella alta und überstreckbarem Kniegelenk trotzdem nicht ausser Acht gelassen werden. Eine solche sei übrigens früher auch am rechten Knie - mit bisher befriedigendem Ergebnis - behandelt worden (Urk. 9/48 S. 6). Auf die Fragen der Unfallversicherung hin, bestätigte Dr. D.____, dass seiner Ansicht nach einzig und allein Unfallfolgen vorlägen. Zwar seien am linken Knie unfallfremde Faktoren in Form einer vorbestehenden, nicht symptomatischen femoropatellaren Dysplasie erkennbar. Diese schienen aber weder beim Unfallereignis selbst, noch bei der seitherigen Behandlung eine wesentliche Rolle gespielt zu haben. Trotzdem müssten sie bei der weiteren Behandlung sorgfältig beachtet werden. Der Status quo ante beziehungsweise der Status quo sine seien beide nicht erreicht (Urk. 9/48 S. 7).

3.2.1 Am 17. Oktober 2002 verfasste Dr. med. E.____, Orthopädische Chirurgie FMH, im Auftrag der Allianz ein weiteres Gutachten (Urk. 9/107). Dr. E.____ diagnostizierte eine anterolaterale Instabilität des linken Kniegelenkes und eine beginnende, sekundäre laterale Gonarthrose. Im übrigen vertrat Dr. E.____ die Ansicht, die geltend gemachte Gesundheitsschädigung sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit Folge des Unfalls vom 14. Juni 1997. Dies begründete er damit, dass eine Bandläsion, beruhend auf einer anamnestischen und klinischen Instabilität, nur Unfallfolge sein könne, und nebst dem erwähnten Ereignis keine weiteren Traumatisierungen bekannt seien und von der Beschwerdeführerin 1 auch glaubhaft verneint würden. Unfallfremde Faktoren spielten keine Rolle. Bis zum Zeitpunkt des Ereignisses vom 14. Juni 1997 sei die Beschwerdeführerin 1 bezüglich ihres linken Kniegelenkes beschwerdefrei und voll sporttauglich gewesen (Urk. 9/107 S. 4 f.).

3.3.1

3.3.1.1 Dr. med. F.____, Orthopädische Chirurgie FMH, kam im Rahmen seiner Aktenbegutachtung vom 7. Oktober 2003 (Urk. 9/137) zu folgender Beurteilung: Die objektivierbaren Befunde am linken Kniegelenk und die Angaben zum Ereignis vom 14. Juni 1997 liessen keinen Hinweis auf einen kausalen Zusammenhang zu den nachfolgend behandelten Pathologien erkennen. Zwar habe nach dem Ereignis vom 14. Juni 1997 wohl ein schmerzhaftes Kniegelenk vorgelegen, jedoch hätten weder die MRI noch die nachfolgenden Arthroskopien oder die sehr ausführlichen Zusatzabklärungen eine Diagnose ergeben, die mit der erforderlichen, mindestens überwiegenden Wahrscheinlichkeit auf einen Unfall oder ein unfallähnliches Ereignis zurückzuführen gewesen sei. Mögliche kausale Faktoren, die am Beschwerdebild mitbeteiligt gewesen seien, bildeten die nachgewiesene (und auf der rechten Seite auch nach mehrfacher Luxation der Patella operativ nach Roux behandelte) femoropatellare Dysplasie.

3.3.2 Im vorliegenden Fall spiele sodann die bildgebende Diagnostik eine wichtige Rolle. Besonders was die MRI angehe, stelle sich die Frage, ob sie nicht eine falsche Objektivität vorspiegle und tatsächlich in der Lage sei, relevante Schädigungen an Kniegelenken mit der erforderlichen Sicherheit auszuschliessen oder zu diagnostizieren. Hierzu, wie auch bezüglich der Tatsache, dass MR-Bild und realer, klinischer Befund voneinander abweichen könnten, sei auf die Arbeit von Kornick (Kornick J. et al., Radiology 1990; 177: 463-465) verwiesen. Darin werde unter anderem gezeigt, dass in der hier relevanten dritten Dekade des Lebens bei etwa 20 % der untersuchten,

asymptomatischen Kniegelenke Meniskusveränderungen zweiten und dritten Grades nachzuweisen seien, symptomatische Menisken aber stets bildgebend zur Darstellung kämen. Im vorliegenden Fall weise der laterale Meniskus keine MRI-Veränderung auf, sei aber operiert worden. Dagegen zeige der mediale Meniskus Veränderungen, er sei jedoch nicht operiert worden und auch immer asymptomatisch gewesen. Zu berücksichtigen sei ferner, dass insgesamt drei MRI vorliegen, die in sich schlüssig seien und keine einzige der aufgetragenen Diagnosen zu stützen vermöchten, ausser dass sich postoperative Veränderungen leichten Grades nachweisen liessen. Dass zwei dieser Untersuchungen bei unterschiedlicher Fragestellung vom selben Untersucher stammten, erhöhen deren Aussagekraft noch mehr, da es sich um einen der erfahrensten Gelenkradiologen der Schweiz handle. Da keine Fraktur und auch keine weiteren relevanten Unfallfolgen vorgelegen hätten, hätten folgerichtig die erste und alle folgenden MRI, die bevorzugt zum Nachweis okkult oder schwer diagnostizierbarer Traumafolgen wie Impressionsfrakturen eingesetzt würden, fünf Tage nach dem Ereignis keinerlei entsprechende Veränderungen gezeigt. Weil MR-tomografisch erfassbare Veränderungen über 6-8 Wochen nachweisbar seien, würden Einwände, die MRI sei zu spät angefertigt worden, hinfällig (Urk. 9/137 S. 5 f.).

3.3.3 Den anlässlich der Erstarthroskopie erhobenen Befunden

(Innenmeniskus-Hinterhorn ausgefranst, sonst keine Rissbildung, diverse Rissbildungen im lateralen Tibiaknorpel) fehle das Element des Traumas vollständig. Fransenbildungen an Menisken oder am Gelenksknorpel gelten als sicheres Zeichen von nicht frischen Veränderungen. Sie entsprechen einer Demaskierung der Knorpelfibrillen und entstehen stets über längere Zeiträume (Monate-Jahre). Sie seien klassische Zeichen für degenerative Knorpelschäden. Dass andererseits die MRI auch diskrete Meniskusveränderungen darzustellen vermöchten, zeige sich darin, dass im medialen Meniskus eine horizontal verlaufende Signalstörungslinie beschrieben werde, diese aber arthroskopisch nicht zur Darstellung komme. Sollte also der laterale Meniskus eine relevante Schädigung aufgewiesen haben, so wäre diese in der MRI zur Darstellung gelangt. Die Tatsache, dass der laterale Meniskus am Ansatz des Hinterhorns ausgefranst gewesen sei und die Behandlung nur aus einer Glättung bestanden habe, lasse zusammen mit dem negativen MRI-Befund die Beurteilung zu, dass es sich dabei um eine unbedeutende Veränderung gehandelt habe. (Die beim Erstoperateur angeforderten Arthroskopiebilder hätten im Zeitpunkt der Schlussredaktion des Gutachtens nicht zur Verfügung gestanden.) Auch den im weiteren Verlauf erhobenen Diagnosen und Behandlungen komme in Bezug auf eine allfällige Unfallkausalität folgerichtig keine Bedeutung zu (Urk. 9/137 S. 6).

3.3.4 Im vorliegenden Fall habe ein Ereignis vorgelegen, das zu einem schmerzhaften Kniegelenk geführt habe. Trotz Einsatzes aller verfügbaren Mittel habe sich aber nie eine Schädigung des Kniegelenkes als Folge dieses Ereignisses nachweisen lassen. So seien sämtliche aktienkundigen, nicht invasiven und invasiven Untersuchungen ohne fassbaren pathologischen Befund. Auch Sekundärverletzungen, wie relevant unterschiedliche Muskelumfänge oder dergleichen hätten trotz der angeblich starken Beschwerden weder von einem der verschiedenen Untersucher noch durch die beiden Gutachter erhoben werden können. Sämtliche bildgebenden Verfahren wie auch alle apparativen Zusatzuntersuchungen der Blutgefässe und der Nerven zeigten Normalbefunde; die bekannte Rückenproblematik habe keinen Einfluss auf die Situation.

Allein die Beurteilung des beratenden Arztes der Versicherung habe dazu geführt, dass nicht nur die initialen Behandlungen sondern auch alle anderen Abklärungen und Behandlungen bis hin zur Frage, ob das Knie mit einer Prothese versorgt werden solle, als klar unfallbedingt erachtet und damit durch die Unfallversicherung bezahlt worden seien (Urk. 9/137 S. 6).

3.3.5 Zusammengefasst habe im vorliegenden Fall zu keiner Zeit ein nachweisbarer Schaden am linken Knie vorgelegen, der als Folge eines Unfalles oder einer unfallähnlichen Körpererschädigung anzusehen sei. Ebenso habe zu keiner Zeit ein natürlicher kausaler Zusammenhang zwischen dem Ereignis sowie dem vermuteten Gesundheitsschaden, der Behandlungsbedürftigkeit, den durchgeführten Operationen und der resultierenden Arbeitsunfähigkeit bestanden (Urk. 9/137 S. 7).

E. 3.4

3.4.1 Dr. C. ___ erhob in seinem Aktengutachten vom 17. Mai 2005 (Urk. 9/185) als unfallbedingte Diagnose ein Knie trauma links (14. Juni 1997; auf Kiesplatz gestürzt). Unter dem Titel "Vorzustand/unfallfremd" erwähnte er eine femoropatellare Dysplasie mit Patella alta Wiberg III, Genu valgum und recurvatum beidseits; rechts Status nach Roux-Patellazentrierungsoperation 1985; Status nach Kniearthroskopie links (28. August 1997: Abtragung von Fransen am freien Rand des lateralen Meniskus-Hinterhorns), Kniearthroskopie links (22. Juli 1998: Hinterhorn-Resektion des lateralen Meniskus; Retropatellare Knorpelglättung); Patellazentrierungsoperation links (7. August 2000: Laterale Retinaculumspaltung; Medialisierung Tuberositas tibiae), Refixation des proximalen Tuberositas tibiae-Fragmentes, 18. Oktober 2000). Ebenfalls als unfallfremd erachtete Dr. C. ___ eine seronegative erosive rheumatoide Arthritis (Erstmanifestation Februar 2004; Diagnose Dr. G. ___, Oberarzt Klinik H. ___) sowie einen Spannungszustand (Urk. 9/185 S. 17).

3.4.2 Zur Unfallkausalität äusserte sich Dr. C. ___ wie folgt: Aufgrund der Echtzeitdokumentation von Dr. med. B. ___ und der MR-Bildserie vom 19. Juni 1997 beziehungsweise vom 5. Februar 1998 müsse die Unfallkausalität der von der Beschwerdeführerin 1 im weiteren Verlauf geäußerten Beschwerden über anhaltende Knieschmerzen links laterodorsal und den arthroskopischen Feststellungen seitens Dr. med. I. ___ (instrumentelle Untersuchung vom 28. August 1997) vorbehaltlos verneint werden. Dabei werde das Ergebnis der MR-Untersuchungen vom 19. Juni 1997 und vom 5. Februar 1998 zum Schlüsselpunkt der Beurteilung. Die von Dr. I. ___ im Rahmen der Kniearthroskopie vom 28. August 1997 beurteilte Fransenbildung am Hinterhorn des lateralen Meniskus entspreche nicht einer Unfallfolge sondern müsse als degenerative Veränderung beurteilt werden. Auch die "Knorpelfrakturen/-fissuren" über dem lateralen Tibiaplateau, die von Dr. I. ___ als Minimalvariante einer Tibiaplateau-Impressionsfraktur lateral interpretiert worden seien und mit dem Hinweis auf das Vorhandensein von "Fettaugen" in der Gelenksflüssigkeit hätten untermauert werden sollen, könnten aus nachfolgenden Gründen nicht als Unfallfolge dargestellt werden:

- "Fettaugen" als Ausdruck einer osteochondralen Läsion seien in der Gelenksflüssigkeit nur solange nachweisbar, als die eröffneten Markräume/-spalten durch reparative Vorgänge nicht verschlossen seien. Der Nachweis von "Fettaugen" im Rahmen einer osteochondralen Läsion sei höchstens während einigen Tagen, keinesfalls jedoch

während Wochen und Monaten möglich. Vorliegend sei davon auszugehen, dass Fettpartikel im Rahmen der Stichinzision, beziehungsweise beim Einbringen des Arthroskopieinstrumentariums nach intraartikulär verlagert worden seien und zum Phänomen der "Fettaugen" geführt hätten.

- Im Weiteren könne eine Knorpelfissur/-fraktur als postkontusionelle Veränderung der MR-Bildgebung nicht verborgen bleiben. Unter der Annahme einer traumatischen Einwirkung am Tibiaplateau lateral müssten die Veränderungen unter allen Umständen zu einer umschriebenen Signalalteration mit den Zeichen eines Knochenmarködems, beziehungsweise eines sogenannten Bone bruise führen, auch wenn die Untersuchung vom 19. Juni 1997 mit einem Niederfeldgerät, 0,5 Tesla, erfolgt sei. Nachdem aber die Bildserie vom 19. Juni 1997 keine entsprechende Signalalteration gezeigt habe, müsse die Knorpelveränderung über dem lateralen Tibiaplateau als nichttraumatischer Genese, am ehesten als Folge einer lateralen Hyperpression bei Knieachsenfehlstellung (Valgusmorphotyp und Recurvatum) beurteilt werden. Unter der hypothetischen Annahme einer traumatischen Einwirkung auf das Tibiaplateau lateral könnten intraossale Ödematöse Störungen über lange Zeit dem Nachweis nicht entgehen. Ein traumatisches Knochenmarksödem müsste aufgrund der hochsensitiven STIR-Sequenz auch sieben Monate postkontusionell mit Sicherheit nachgewiesen werden können.

- Zusammenfassend sei der involvierte Hausarzt bei der Beschwerdeführerin 1 von einer banalen Knie-traumatisierung ausgegangen und habe ab dem 28. Juli 1997, das heisst rund sechs Wochen nach dem angeschuldigten Ereignis, die Beschwerdeführerin 1 wieder als zu 100 % arbeitsfähig beurteilt. Im Rahmen der MR-Kontrolluntersuchung am 6. posttraumatischen Tag habe kein relevanter pathologischer Befund erhoben werden können. Auch im Rahmen der Kniearthroskopie links am 28. August 1997, zehn Wochen nach dem Sturzereignis, hätten keine traumatischen Veränderungen festgestellt werden können. Weder die Fransen am freien Rand des lateralen Meniskushinterhorns noch die beschriebene Knorpelveränderung über dem lateralen Tibiaplateau seien als Unfallfolge zu werten (Urk. 9/185 S. 19 f.).

3.4.3 Dr. C. ___ vertrat sodann die Ansicht, dass die Unfallkausalität mit der von Dr. B. ___ ab dem 28. Juli 1997 festgelegten 100%igen Arbeitsfähigkeit geendet habe, nachdem weder mittels Kernspintomographie noch mittels Kniearthroskopie eine unfallbedingte Läsion habe nachgewiesen werden können, was auch aufgrund der MR-Untersuchung vom 5. Februar 1998 in keiner Weise angezweifelt werden könne (Urk. 9/185 S. 20).

3.4.4 Zu den Vorbringen der Beschwerdeführerin 1 im Verwaltungsverfahren - insbesondere zu deren Kritik am Gutachten Dr. F. ___ - hielt Dr. C. ___ fest, dass nicht bestritten werde, dass als Vorzustand eine Dysplasie der Kniescheibe, ein Valgusmorphotyp sowie ein Genu recurvatum vorgelegen habe. Der Vorzustand sei gemäss Angaben der Patientin bis zum angeschuldigten Unfallereignis vom 14. Juni 1997 nicht symptomatisch gewesen. Hätte nun das Sturzereignis zu einer Traumatisierung beziehungsweise Verschlimmerung des Vorzustandes geführt, wäre der entsprechende Nachweis durch die mehrfachen MR-Untersuchungen nicht ausgeblieben. Dr. F. ___ habe als Aktengutachter keinesfalls versucht, feststehende medizinische Ergebnisse und Befunde anders zu interpretieren; er habe sich vielmehr bemüht, die widersprüchlichen medizinischen Ergebnisse und Befunde korrekt zu werten. Es sei keineswegs so, wie der Rechtsanwalt (der

Beschwerdeführerin 1) darzustellen versuche, dass die involvierten Ärzte eine einheitliche Meinung vertreten hätten. Während der Orthopäde Dr. I. ___ im Rahmen der Arthroskopie vom 28. August 1997 Fransen am lateralen Meniskushinterhorn geglättet und aufgrund von Fettaggen folglich die Meinung einer traumatischen osteochondralen Läsion im Sinn einer lateralen Tibiaplateau-Mini- Impressionsfraktur vertreten habe, habe der später beigezogene Orthopäde, Dr. med. J. ___, gemeint, dass es sich um einen extraartikulären Knieschmerz links lateral handeln müsse, beziehungsweise seien die Orthopäden Dr. D. ___ und Dr. E. ___ der Auffassung gewesen, dass bei der Patientin eine vordere Kreuzbandruptur bestehe, währenddem der Orthopäde, Dr. med. K. ___, von einer hinteren Kreuzbandruptur und unvollständigen Ruptur der Popliteussehne ausgegangen sei. In Anbetracht derartiger Widersprüchlichkeiten könne man nicht ernsthaft davon ausgehen, dass unter den involvierten Ärzten bezüglich Diagnose und daraus zu ziehender Schlüsse eine einheitliche Meinung vertreten werde.

3.4.5.1.1. Ob beziehungsweise inwieweit bei der Beschwerdeführerin 1 aggravatorische Tendenzen oder allenfalls auch eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung vorlag, vermochte Dr. C. ___ nicht zu beurteilen. In Ermangelung einer objektiven traumatischen Einwirkung, die über das Ausmass einer Bagatellverletzung hinausgehe, stelle sich angesichts des Leidensdrucks der Beschwerdeführerin 1 tatsächlich die Frage einer bewussten oder vorwiegend unbewussten Aggravation, nicht zuletzt im Zusammenhang mit der Doppelbelastung als Hausfrau und Mutter von drei zwei-, fünf- und sechsjährigen Kindern. Dass im Laufe der Jahre aufgrund des Vorzustandes (Valgusmorphotyp, Genu recurvatum) die grosszügige unfallfremde Meniskusteilresektion lateral die allmähliche Entstehung einer lateralen Gonarthrose gefördert habe, sei nicht von der Hand zu weisen. Beschwerden im Zusammenhang mit der beginnenden, lateralen Gonarthrose seien erklärbar, vermöchten indessen nicht eine Invalidität zu begründen (Urk. 9/185 S. 22 unten f.).

3.4.6.1.1. Zu den Fragen zur Unfallkausalität und zur Arbeitsfähigkeit nahm Dr. C. ___ schliesslich wie folgt Stellung: Als Vorzustand beziehungsweise unfallfremd seien bei der Beschwerdeführerin 1 eine femoropatellare Dysplasie, Genu valgum et recurvatum beidseits sowie ein Zustand nach habitueller Patellaluxation rechts mit Patellazentrierungsoperation 1995 anzumerken. Die beschriebenen Veränderungen am Knie links hätten gemäss den Akten weder behandelt werden müssen, noch sei in deren Zusammenhang prätraumatisch eine Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen. Es sei nicht anzunehmen, dass das bagatelläre Knie Trauma links vom 14. Juni 1997, in dessen Zusammenhang anlässlich der ärztlichen Erstkonsultation am 16. Juni 1997 äusserlich keine Verletzungsspuren nachgewiesen werden konnten hätten, geeignet gewesen sei, den unfallfremden Vorzustand nachhaltig zu traumatisieren. Das Bagatelltrauma vom 14. Juni 1997 habe zu einer vorübergehenden Kniesymptomatik links geführt, in deren Zusammenhang die Beschwerdeführerin 1 sechs Wochen später, das heisst ab dem 28. Juli 1997 wieder zu 100 % arbeitsfähig beurteilt worden sei. Der weitere Verlauf bezüglich Knieschmerzen links sei - zumindest aus somatischer Sicht gesehen - nicht mehr auf das Knie Trauma vom 14. Juni 1997 zurückzuführen. Gestützt auf die Akten sei es am ehesten eine psychische Problematik, durch die der Heilverlauf hinausgezögert werde. Nicht ausgeschlossen seien sekundäre Motive und Tendenzen. In Anbetracht der von der Beschwerdeführerin 1 geäusserten belastungsabhängigen Knieschmerzen

links, die mit jedem operativen Eingriff zugenommen hätten, sei eine Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Operationsinstructorin nicht mehr gegeben. In einer angepassten Tätigkeit (körperlich leichte, wechselnd belastende, vorwiegend sitzende Arbeit) könne der Beschwerdeführerin 1 ein volles Pensum zugemutet werden. Unter Berücksichtigung der Ausbildung sowie der bisherigen Tätigkeit würde eine Arbeit im Fachbereich der Medizin die Beschwerdeführerin 1 wohl am ehesten motivieren (z.B. Verfassen schriftlicher Anleitungen zum Gebrauch des firmeneigenen Operationsinstrumentariums für Operationsschwester, Zusammenstellen von Verkaufsunterlagen). Vorbehaltlich bleibe eine Limitierung der Arbeitsfähigkeit aufgrund der im Februar 2004 erstmals manifest gewordenen seronegativen rheumatoiden Arthritis (Urk. 9/185 S. 24 ff.)

E. 4

4.1 Nach dem Gesagten steht fest, dass sich die ärztlichen Stellungnahmen bezüglich Diagnosestellung und insbesondere mit Blick auf die Beurteilung der Unfallkausalität zum Teil deutlich voneinander unterscheiden. Von weiteren medizinischen Abklärungen kann jedoch - entgegen den Anträgen der Beschwerdeführerinnen (Urk. 14 S. 4, Urk. 19/1 S. 2) - abgesehen werden, wie die folgenden Ausführungen zeigen:

4.2 Zu beantworten ist vorab die strittige Frage, ob dem Gutachten Dr. C. vom 17. Mai 2005 Beweiswert zukommt.

Art. 43 Abs. 1 ATSG statuiert die Sachverhaltsabklärung von Amtes wegen, wobei die zuständige Behörde nicht an Anträge der versicherten Person gebunden ist (BGE 132 V 93 E. 5.2.8 S. 105). Entsprechend dem Untersuchungsgrundsatz ist es in erster Linie Sache der zuständigen Behörde, die materielle Wahrheit zu ermitteln (SVR 2007 IV Nr. 22 S. 77, I 478/04). Es liegt im Ermessen des Versicherungsträgers, darüber zu befinden, mit welchen Mitteln der Sachverhalt abzuklären ist. Aus dem gesetzlichen Untersuchungsgrundsatz fliesst das Recht und die Pflicht zur Einholung von medizinischen Gutachten, wobei der versicherten Person grundsätzlich kein Wahlrecht zusteht. Die Ernennung eines bestimmten Gutachters muss daher nicht näher begründet werden. Vom Sozialversicherungsträger nimmt die Rechtsprechung an, dass er im Abklärungs- und nichtstreitigen Verfahrens- und Einspracheverfahren das gesetzlich vorgesehene, zu Objektivität und Neutralität verpflichtete Vollzugsorgan ist (BGE 122 V 157 E. 1c S. 161). Indessen hat der Versicherungsträger der versicherten Person die aus Art. 44 ATSG fliessenden Rechte zu gewähren.

4.3 Dieser Anforderung ist die Beschwerdegegnerin mit der Bekanntgabe der Person Dr. C. und seiner medizinischen Fachrichtung (SVR 2007 IV Nr. 27 S. 94, I 193/05) am 3. März 2004 (vgl. Urk. 9/144) nachgekommen. Die Beschwerdeführerin 1 hätte alsdann gegebenenfalls gesetzliche Ausstands- und Ablehnungsgründe und damit triftige Gründe im Sinne von Art. 44 Satz 2 ATSG substantiiert vortragen können (vgl. BGE 132 V 376). Unbestrittenermassen lagen jedoch keine (eigentlichen) gesetzlichen Ausstandsgründe vor (vgl. Urk. 1 S. 4 Erw. 6). Die Beschwerdeführerin 1 liess aber geltend machen, Dr. C. erstelle derart oft Gutachten für die Allianz, dass nicht mehr von einer Unvoreingenommenheit ausgegangen werden könne. Insbesondere brachte der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin 1 vor, dass er in seiner langjährigen

anwaltlichen Tätigkeit noch kein einziges Gutachten Dr. C.____s gefunden habe, das zu Gunsten der versicherten Person gelautet habe, weshalb sich der Eindruck aufdränge, dass Dr. C.____ bewusst oder unbewusst die Interessen der Unfallversicherung vertrete (Urk. 1 S. 4). Weiter sagte die Beschwerdeführerin 1, Dr. C.____ sei nicht mit der erforderlichen Neutralität aufgetreten. Dies lasse sich unschwer an verschiedenen Textpassagen im Gutachten erkennen ("Es erstaunt nicht..."; "Es wird nicht bestritten..."). Auf mangelnde Neutralität beziehungsweise eine ihr gegenüber klar ablehnende innerliche Haltung des Gutachters schliesst die Beschwerdeführerin 1 sodann auch aus dem Inhalt einer von Dr. C.____ verfassten Aktennotiz, in der dieser die Vermutung äussere, "dass sich die Gegenpartei in Hinsicht auf die Taktik absetze" und ausführe, dass er es nicht erwarte, dass die Beschwerdeführerin "den Weg nach Grenchen finden" sollte (Urk. 1 S. 7).

4.4.1.1. Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin 1 liegt kein Aspekt vor, der die Beweisuntauglichkeit des Gutachtens von Dr. C.____ zu begründen vermöchte. Was in der Beschwerde vorgebracht wird, ist nicht geeignet, Zweifel an der persönlichen Integrität des Facharztes und der pflichtgemässen Ausübung der Gutachtertätigkeit nach bestem Wissen und Gewissen aufkommen zu lassen. Nach ständiger Praxis stellt der Umstand, dass ein Arzt wiederholt von einem Sozialversicherungsträger als Gutachter beigezogen wird, für sich allein keinen Ausstandsgrund dar (Urteile des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen A. vom 26. September 2001, K 6/01 sowie in Sachen W. vom 1. September 2006 I 371/05; Urteile des Bundesgerichts in Sachen G. vom 28. August 2007, 9C_67/2007 sowie in Sachen S vom 20. Juni 2007, I 885/06). Im erwähnten Urteil W. vom 1. September 2006 (I 371/05) hat das Eidgenössische Versicherungsgericht zum Vorwurf der Befangenheit eines Arztes wegen wirtschaftlicher Abhängigkeit von der Invalidenversicherung wegen regelmässigen Gutachteraufträgen ausgeführt (Erw. 5.3.2), der betreffende Arzt sei nicht Angestellter der Invalidenversicherung, sondern als selbstständiger Psychiater tätig. In der Tatsache allein, dass ein frei praktizierender Arzt von einer Versicherung wiederholt für die Erstellung von Gutachten beigezogen werde, sei rechtsprechungsgemäss kein Ausstands- oder Ablehnungsgrund zu erblicken (Urteil des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen B. vom 22. Januar 2003, Erw. 3.2. I 40/02). Es verhalte sich ähnlich wie in Bezug auf die Medizinischen Abklärungsstellen (MEDAS). Wenn selbst aus dem Umstand, dass ein Arzt oder eine Ärztin in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger stehe, nicht auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit zu schliessen sei, könne dieser Vorwurf umso weniger gegenüber freiberuflichen Experten erhoben werden, welche einzig zufolge ihrer Gutachtertätigkeit in Kontakt mit der IV-Stelle ständen. Entscheidend sei, dass fachlich-inhaltlich eine Weisungsunabhängigkeit der begutachtenden Ärzte bestehe (Urteil des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen B. vom 29. September 2005, I 415/05; vergleiche auch BGE 125 V 353 f. Erw. 3b/ee). Weiter ist festzuhalten, dass eine von anderen mit der versicherten Person befassten Ärzten abweichende Beurteilung die Objektivität des Experten nicht in Frage zu stellen vermag. Es gehört vielmehr zu den Pflichten eines Gutachters, sich kritisch mit dem Aktenmaterial auseinanderzusetzen und eine eigenständige Beurteilung abzugeben. Auf welche Einschätzung letztlich abgestellt werden kann, ist eine im Verwaltungs- und allenfalls Gerichtsverfahren zu klärende Frage der Beweiswürdigung (vgl. auch BGE 132 V 110 f. Erw. 7.2.2). Diese Ausführungen gelten auch in Bezug auf den Experten Dr. C.____, der ebenfalls nicht als befangen zu betrachten ist.

4.5. Wenn die Beschwerdeführerin 1 den Verdacht äussert, die Gutachten Dr. C. ___s lauteten äberaus oft zu Gunsten der Versicherung, so handelt es sich dabei zum Einen um eine unbelegte Vermutung. Zum Anderen erscheint schon die Unterscheidung von Gutachten "zu Gunsten" und "zu Ungunsten" der Versicherung als solche fragwürdig. Kann doch bei - aus objektiver Sicht - fehlenden unfallkausalen Gesundheitsschädigungen nicht von einem Gutachten "zu Gunsten der Versicherung" gesprochen werden, falls der Experte zutreffenderweise die Unfallkausalität verneint. Im übrigen dürfte der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin 1 allfällige Gutachten Dr. C. ___s, in denen die Unfallkausalität bejaht wird, bereits deshalb kaum je zu Gesicht bekommen, da sich in diesen Fällen in der Regel eine Beschwerde gegen den Entscheid der Unfallversicherung erbringt. Schliesslich hat die Beschwerdegegnerin zu Recht darauf hingewiesen, dass selbst dann, wenn sie eine Statistik über die Gutachtertätigkeit Dr. C. ___s führen würde, was sie gemäss ihrer glaubhaften Versicherung nicht tut, aus einer solchen nicht ohne Weiteres auf eine Voreingenommenheit Dr. C. ___s im vorliegenden Fall geschlossen werden könnte (vgl. Urk. 8 S. 5). Da von weiteren Abklärungen in dieser Hinsicht keine entscheiderelevanten Informationen zu erwarten sind, ist - entgegen dem Antrag der Beschwerdeführerin 1 (vgl. Urk. 1 S. 4 unten) - von solchen abzusehen (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. BGE 124 V 90 Erw. 4b S. 94, 122 V 157 Erw. 1d S. 162 mit Hinweis).

4.6. Auch der Umstand, dass die Schwierigkeiten des Gutachters, mit der Beschwerdeführerin 1 in Kontakt zu treten beziehungsweise sie zu einer Untersuchung aufzubieten, ihn zu kritischen Bemerkungen zum Verfahrensablauf veranlasste ("Hinhaltetaktik" [vgl. Urk. 9/185 angehängte Aktennotiz]), lässt nicht schon auf seine Voreingenommenheit schliessen. Ebenso wenig deuten die von der Beschwerdeführerin 1 gerügten Formulierungen im Gutachten ("Es erstaunt nicht..."; "Es wird bestritten..." [vgl. Urk. 1 S. 6 Erw. 7; Urk. 9/185 S. 22]) für sich allein auf eine Voreingenommenheit hin.

4.7. Etwas anderes kann auch nicht aus den Ausführungen Dr. C. ___s zu möglichen aggravatorischen Tendenzen beziehungsweise einem allfälligen psychischen Leiden der Beschwerdeführerin 1 (Urk. 9/185 S. 23) abgeleitet werden, zumal zur Aufgabe des Gutachters auch gehört, auf offene Fragen oder Widersprüche aufmerksam zu machen und Diskrepanzen zwischen Angaben des Exploranden und dem Befund zu erläutern. Die gerügten Ausführungen sind sodann auch im Zusammenhang mit dem Grundsatz der Schadenminderungspflicht zu sehen, wonach die versicherte Person die ihr individuell zur Verfügung stehenden psychischen Ressourcen zu mobilisieren hat, die es ihr erlauben, mit den Schmerzen umzugehen und die aus somatischer Sicht verbliebene Leistungsfähigkeit weitestmöglich zu verwerten (in BGE 130 V 396 nicht publizierte E. 7.2, I 457/02; BGE 127 V 294 E. 4b/cc S. 297). Entgegen der Behauptung der Beschwerdeführerin 1 (Urk. 1 S. 7) lässt sodann auch nichts auf eine unzulässige Ab- oder Rücksprache des Gutachters mit der Allianz schliessen.

4.8. Nach dem Gesagten lässt sich aus den allein überprüfbaren Angaben im Gutachten selber objektiv betrachtet nicht auf den Anschein der Voreingenommenheit und schon gar nicht "auf eine klar innerlich ablehnende Haltung gegenüber der Beschwerdeführerin" 1 (vgl. Urk. 1 S. 7) von Seiten des Untersuchers schliessen. Die Beschreibungen Dr. C. ___s bewegen sich durchaus im Rahmen dessen, was für die Beurteilung der Unfallkausalität in vergleichbaren Fällen von erheblicher Bedeutung

und vom medizinischen Sachverständigen seinem Auftrag entsprechend zu erwähnen ist, damit seine Schlussfolgerungen schlüssig und nachvollziehbar begründet erscheinen.

4.9. Auch der Umstand, dass die Ausführungen von Dr. C. ___ nicht auf eigenen Untersuchungen beruhen, stellt deren Beweistauglichkeit nicht zum Vornherein in Frage. Aktengutachten kann ebenso voller Beweiswert zukommen, sofern es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht (vgl. Urteil des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichtes vom 31. Juli 2001 U 492/00, Erw. 3d, auszugsweise publiziert in: RAMA 2001 Nr. U 438 S. 345; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts in Sachen G. vom 27. März 2008, 8C_540/2007, Erw. 3.2). Aktengutachten sind insbesondere dann von Belang, wenn die relevanten Befunde mehrfach und ohne wesentlichen Widerspruch bereits erhoben worden sind, aber die Zuordnung zu einer Diagnose oder der Kausalzusammenhang und das Ausmass der Behinderung verschieden bewertet werden. In diesen Fällen kann sehr wohl in einem Aktengutachten das Für und Wider der verschiedenen Meinungen erwogen und die überwiegende Wahrscheinlichkeit für eine bestimmte Beurteilung deutlich gemacht werden (Hans Kind, So entsteht ein medizinisches Gutachten, in: Renz/Schaffhauser/Franz Schlauri [Hrsg.], Rechtsfragen der medizinischen Begutachtung in der Sozialversicherung, Veröffentlichungen des Schweizerischen Instituts für Verwaltungskurse an der Universität St. Gallen/Band 42, St. Gallen 1997, S. 52). Diese Voraussetzungen sind hier erfüllt. Im Rahmen der Beurteilung durch Dr. C. ___ ging es um eine kritische Würdigung der bereits vorhandenen Berichte, nachdem die Beschwerdeführerin 1 verschiedene Einwände gegen das - die Unfallkausalität ebenfalls verneinende - Gutachten von Dr. F. ___ vom 7. Oktober 2003 (Urk. 9/137) hatte erheben lassen (vgl. Urk. 9/142). Dr. C. ___ durfte in Anbetracht der bereits erfolgten umfassenden Untersuchungen, die grossenteils zu übereinstimmenden Befunden geführt hatten, von eigenen Explorationen absehen.

4.10. Soweit der Beschwerdeführer rügt, Dr. C. ___ verfüge nur über eine Ausbildung als allgemeiner Chirurg und nicht über eine solche als Orthopäde, weshalb seine Aussagen mangels Fachkompetenz nicht verwertbar seien (vgl. Urk. 1 S. 5), ist ihm zu entgegnen, dass nicht in allgemeiner Weise gilt, dass nur auf die medizinischen Beurteilungen spezialisierter Ärzte abgestellt werden kann. Zwischen den Arztberichten im vorliegenden Verfahren bestehen zudem keine widersprüchlichen Befunde, die einer schlüssigen Beurteilung nach Massgabe der für die Würdigung medizinischer Stellungnahmen geltenden Regeln entgegenstünden. Eine ergänzende fachärztliche Abklärung war deshalb nicht zwingend geboten, zumal die Kniebeschwerden bereits eingehend durch zahlreiche Fachärzte beschrieben worden waren.

4.11. Dass die IV-Stelle der Beschwerdeführerin 1 eine Rente der Invalidenversicherung zugesprochen hat (vgl. Urk. 1 S. 7 Erw. 8; Urk. 9/132), ist insofern nicht erheblich, als die Allianz weitere Leistungen mit der Begründung abgelehnt hat, dass ein rechtserheblicher Kausalzusammenhang zwischen den geklagten Beschwerden und dem versicherten Unfallereignis zu verneinen sei, während die Frage der Unfallkausalität der Beschwerden für den Leistungsanspruch in der Invalidenversicherung ohne Belang ist.

4.12. Insgesamt sind keine Umstände ersichtlich, die bei objektiver Betrachtung Anlass gäben, die Allianz zu verpflichten, das Gutachten aus den Akten zu

weisen. Die Einschätzungen Dr. C.____s entsprechen vielmehr den Anforderungen, welche praxisgemäss erfüllt sein müssen, damit einem Arztbericht volle Beweiskraft zuerkannt werden kann (vgl. Erw. 1.6 hiervor). Wenn Dr. C.____ nach ausführlicher, nachvollziehbarer Begründung und in sorgfältiger und überzeugender Auseinandersetzung mit den Vorakten zum Schluss kommt, die geltend gemachte Gesundheitsschädigung sei nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit Folge des Unfalls vom 14. Juni 1997, kann darauf abgestellt werden. Dies gilt umso mehr, als die Beurteilung Dr. C.____s insbesondere in Bezug auf die Frage der Unfallkausalität weitgehend mit der ebenfalls ausführlich begründeten Einschätzung Dr. F.____s übereinstimmt. Zur Verwertbarkeit des Gutachtens von Dr. F.____ bleibt anzumerken, dass die Allianz es zwar - soweit ersichtlich - versäumt hat, der Beschwerdeführerin 1 den Namen von Dr. F.____ vor der Begutachtung bekannt zu geben (vgl. Einwände der Beschwerdeführerin 1 in Urk. 9/142 S. 1 ff.), was rechtsprechungsgemäss (BGE 132 V 376) den Anforderungen von Art. 44 ATSG nicht entspricht. Nachdem die Beschwerdeführerin 1 aber auch nachträglich keine begründeten formellen Ausstandsgründe gegen Dr. F.____ vorgebracht hat, ist diese Unterlassung für sich allein kein Grund, um nicht auf das Gutachten Dr. F.____s abzustellen (vgl. Urteil des Bundesgerichts in Sachen K. vom 19. April 2007, U 155/06, Erw. 2).

4.13. Nicht zu überzeugen vermag hingegen die Beurteilung durch Dr. D.____, der von reinen Unfallfolgen ausging mit der Begründung, dass die Beschwerdeführerin 1 glaubhaft versichere, am linken Knie vor dem Ereignis vom 14. Juni 1997 nie Probleme gehabt zu haben (Urk. 9/48 S. 6). Das Gleiche gilt für das nur knapp begründete Gutachten Dr. E.____s, der mangels weiteren Traumatisierungen und aufgrund der früheren Beschwerdefreiheit und vollen Sporttauglichkeit des linken Knies zum Schluss kam, unfallfremde Faktoren spielten keine Rolle. Aus dem Umstand, dass sich vor dem Ereignis vom 14. Juni 1997 keine entsprechenden Funktionseinschränkungen manifestiert hatten, kann nämlich nicht einfach in Anwendung der - im unfallversicherungsrechtlichen Bereich untauglichen - Formel "post hoc ergo propter hoc", nach welcher eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch den Unfall verursacht gilt, weil sie nach diesem aufgetreten ist (vgl. BGE 119 V 341 f.), auf einen rechtsgemässen Zusammenhang geschlossen werden. Gegen die Auffassung der Dres. D.____ und E.____ spricht im Übrigen auch die Tatsache, dass bereits das rechte Knie lange vor dem linken - und soweit aufgrund der Akten ersichtlich - ohne vorgängige Traumatisierung behandlungsbedürftig geworden war (vgl. Urk. 9/48 S. 6).

4.14. Nicht gefolgt werden kann der Beschwerdeführerin 1 sodann insoweit, als sie die Ansicht vertritt, eine Muskelatrophie am linken Oberschenkel habe zu einer Fehlsteuerung der dysplastischen Patella und diese wiederum zur bestehenden Knieproblematik geführt, die somit unfallkausal sei (Urk. 14 S. 4 Erw. 10). Dies leuchtet umso weniger ein, als gemäss den überzeugenden Ausführungen Dr. F.____s Sekundärverletzungen wie relevant unterschiedliche Muskelumfänge oder dergleichen weder von einem der verschiedenen untersuchenden noch von einem der begutachtenden Ärzte festgestellt worden seien (Urk. 9/137 S. 6).

4.15. Zu keinem anderen Ergebnis führen die Einwendungen der Beschwerdeführerin 2, die sich inhaltlich weitestgehend mit den Vorbringen der Beschwerdeführerin 1 decken, auf die sie auch ausdrücklich verweisen (vgl. Urk. 19/1).

4.16 Nach dem Gesagten steht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit fest, dass die (ursprünglich) unfallbedingten Ursachen des Gesundheitsschadens ab dem 28. Juli 1997 ihre kausale Bedeutung für die geklagten Beschwerden verloren haben. Damit fehlt auch ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen dem versicherten Unfallereignis und den nach Dahinfallen des Kausalzusammenhangs durchgeführten Operationen (mit ihren allfälligen Folgen).

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerden werden abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Dr. Ueli Kieser

- Helsana Versicherungen AG

- Allianz Suisse Versicherungs-Gesellschaft

- Bundesamt für Gesundheit

4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

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