

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00015

## vom 9. Juli 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-07-09, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2009.00015](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2009.00015)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00015 du 9 juillet 2010

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00015 del 9 luglio 2010

### Erwägungen

#### E. 2

2.1 Die Beschwerdeführerin ging davon aus, beim Sturz am 11. Juni 2003 sei es zu einer Kontusion des linken Vorderarms und des rechten Knies gekommen. Diesbezüglich sei der Status quo sine vel ante spätestens Ende Oktober 2003 erreicht gewesen (Urk. 5/2 S. 13 Ziff. 6g); auch die Adäquanz eines allfälligen Kausalzusammenhangs sei zu verneinen (Urk. 5/2 S. 17 Ziff. 7g).

Die Beschwerdeführerin sei beim Sturz am 11. September 2005 zu einer Torsion des linken Knies und des linken Fusses gekommen. Diesbezüglich bestehe kein natürlicher Kausalzusammenhang mit noch bestehenden Beschwerden (Urk. 2 S. 10 f. Ziff. 6f), auch die Adäquanz eines allfälligen Kausalzusammenhangs sei zu verneinen (Urk. 2 S. 15 Ziff. 7g).

2.2 Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt, der Unfall vom 11. Juni 2003 habe, zumindest im Sinne einer Teilursache, eine massgebende Bedeutung für die Entstehung der Beschwerden im rechten Knie, im Ellbogen und der Hand links und im Nackenbereich (Urk. 5/1 S. 12 Ziff. 1), wobei sie an einem der vorhandenen Gutachten zahlreiche Punkte kritisierte (Urk. 5/1 S. 13 ff. Ziff. 5).

Die Beschwerden im Bereich der Lendenwirbelsäule (LWS) seien zwar unbestrittenerweise nicht auf den Unfall vom 11. Juni 2003 zurückzuführen; sie rührten jedoch vom Unfallereignis vom 16. Dezember 1998 her (Urk. 5/1 S. 17 f. Ziff. 6).

Der Unfall vom 11. September 2005 habe, zumindest im Sinne einer Teilursache, eine massgebende Bedeutung für die Entstehung der Beschwerden im linken Knie, im linken oberen Sprunggelenk (OSG) sowie einen Rückfall der LWS-Beschwerden (Urk. 1 S. 11). Auch in diesem Zusammenhang wurden an einem der vorhandenen Gutachten zahlreiche Punkte kritisiert (Urk. 1 S. 13 ff. Ziff. 4).

2.3 Strittig und zu präzisieren ist somit, inwiefern zwischen im Zeitpunkt der Leistungseinstellung (Dezember 2003 / September 2006) noch vorhandenen Beschwerden und den Unfällen von 1998, 2003 und 2005 ein rechtsgenügender Kausalzusammenhang besteht.

#### E. 3

3.1 Gemäss dem Bericht von Dr. med. B. \_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie FMH, vom 20. Januar 1999 (Urk. 10/3) überkippete sich die Beschwerdeführerin am 16. Dezember 1998 den rechten Fuss an einem Trottoirrand (Ziff. 2) und begab sich am 18. Dezember 1998 in ärztliche Behandlung (Ziff. 1). Diagnostiziert wurde eine Distorsio pedis (Ziff. 5); zu einer allfälligen Arbeitsunfähigkeit wurden keine Angaben gemacht

(Ziff. 8). Am 22. Dezember 1998 habe die Beschwerdeführerin erklärt, sie wolle in einigen Tagen Skifahren gehen und sich zu einer Kontrolle im Januar 1999 einfinden, wobei es auch um die Abklärung der beim gleichen Unfall zugezogenen Kreuzschmerzen gehe (Ziff. 2).

Î Î Î Î Î Î Î Î Î In seinem Bericht vom 8. April 1999 (Urk. 10/7) nannte Dr. B.\_\_\_\_ folgende Diagnosen (Ziff. 1):

- schwere Distorsio pedis links

- Rückenkontusion mit möglicher Fraktur des Proc. transversus Lendenwirbelkörper (LWK) 5 rechts

Î Î Î Î Î Î Î Î Î Die Frage nach einer Arbeitsunfähigkeit verneinte Dr. B.\_\_\_\_ (Ziff. 4).

Î Î Î Î Î Î Î Î Î Auf Nachfrage der Beschwerdegegnerin bejahte Dr. B.\_\_\_\_ am 8. Juni 1999 den natürlichen Kausalzusammenhang zwischen dem Sturz, von dem ihm die Beschwerdeführerin berichtet hatte, und der Fraktur des Proc. transversus LWK 5 rechts (Urk. 10/12).

3.2 Î Î Î Î In der Folge wurde die Beschwerdeführerin von Dr. med. C.\_\_\_\_, Orthopädische Chirurgie FMH, behandelt (vgl. Urk. 10/13-14), der eine Distorsion OSG links diagnostizierte (Urk. 10/32 Ziff. 1), ausdrücklich keine Arbeitsunfähigkeit attestierte (Urk. 10/19-20, Urk. 10/22, Urk. 10/32) und (am 5. Juli 2002) über belastungsabhängige Restbeschwerden berichtete (Urk. 10/28 Ziff. 2).

3.3 Î Î Î Î Am 15. November 2000 erstattete Dr. med. D.\_\_\_\_, Spezialarzt FMH für Chirurgie, als Vertrauensarzt der Beschwerdegegnerin einen Bericht (Urk. 10/25 = Urk. 12/39), dies gestützt auf die ihm vorliegenden Akten (S. 1 ff.), ein Gespräch mit Dr. C.\_\_\_\_ (S. 3) und seine eigene Untersuchung am 15. November 2000 (S. 4 ff.). Angaben zur Unfallkausalität der verschiedenen von ihm angesprochenen Beschwerden und zur Arbeitsunfähigkeit machte er nicht.

3.4 Î Î Î Î Am 9. Januar 2003 (Urk. 10/33) berichtete Dr. med. E.\_\_\_\_, FMH Orthopädische Chirurgie, die erste Konsultation habe am 22. Oktober 2002 stattgefunden (Ziff. 1). Als Diagnose nannte er eine grosse linksseitige Diskushernie L5/S1 gemäss MRI vom 30. August 2002 mit zur Zeit therapieresistenten Lumboischialgien; die Beschwerdeführerin sei von Dr. C.\_\_\_\_, bei dem sie primär wegen Fussproblemen in Behandlung sei, wegen Rückenschmerzen überwiesen worden (Ziff. 2). Er habe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vom 30. Oktober 2002 bis 13. Januar 2003 attestiert (Ziff. 4). Auf die Frage «Liegt ein Unfall vor?» führte er aus: «Ja, dieser ist aber nicht im Vordergrund, was die Wirbelsäule betrifft» (Ziff. 3).

#### **E. 4**

4.1 Î Î Î Î Im Eintrag vom 11. Juni 2003 in der Krankengeschichte (Urk. 11/1) hielt Dr. C.\_\_\_\_ fest, die Beschwerdeführerin habe ihn notfallmässig aufgesucht, nachdem sie vor wenigen Minuten gestürzt sei; die genauen Umstände seien unklar, es liege eine Kontusion des rechten Kniegelenks und linken Vorderarmes vor, zudem etwas Rückenschmerzen (lit. A). Als Diagnose nannte er: Sturz mit Kontusion Vorderarm links, Knie rechts und mögliche «Distorsion» der Wirbelsäule (lit. D). Angezeigt sei eine konservative Behandlung; die Beschwerdeführerin werde wohl für 1-2 Tage nicht

arbeiten können.

4.2 Am 11. Juli 2003 berichtete Dr. med. F.\_\_\_\_, FMH Handchirurgie und Allgemeine Chirurgie (Urk. 11/4), sie habe die Beschwerdeführerin erstmals am 10. Juli 2003 gesehen und nannte folgende Diagnosen (S. 1 Mitte):

- Status nach Kontusion linker Vorderarm mit Schürfwunden und protrahiertem Rückgang der Schwellung
- traumatisierte Pisotriquetralarthrose rechts
- bekannte Diskushernie L4/5, L5/S1

Die Beschwerdeführerin sei auf der Strasse gestürzt und habe sich wahrscheinlich mit beiden Händen aufgefangen (S. 1).

Rechts scheine es sich um eine traumatisierte oder zumindest eine beginnende Pisotriquetralarthrose zu handeln, links gebe es keine Hinweise für ossäre Läsionen oder frische Bandläsionen. Die Beschwerdeführerin verreise am nächsten Tag in die Ferien (S. 2 unten).

4.3 Am 11. Dezember 2003 berichtete Dr. med. G.\_\_\_\_, Oberarzt, Klinik H.\_\_\_\_, über seine Untersuchung der Beschwerdeführerin und führte aus, am ehesten handle es sich um eine akute Kniekontusion rechts (Urk. 11/15 unten).

4.4 Am 26. Dezember 2003 berichtete Dr. med. I.\_\_\_\_, Spezialarzt für Neurologie FMH, der bereits am 25. August (Urk. 11/9) und 28. November 2003 (Urk. 11/13) einen Formularbericht erstattet hatte, über seine Untersuchungen (Urk. 11/16). Er nannte folgende Diagnosen (S. 1):

- cervico-cephales Schmerzsyndrom und anhaltende Schmerzen und Gefühlsstörungen an der linken Hand, wahrscheinlich posttraumatischer Genese bei Status nach Sturz am 11. Juni 2003

- neuralgieforme Gesichtsschmerzen links

Seit dem Sturz am 11. Juni 2003 leide die Beschwerdeführerin an Schmerzen mit zum Teil Gefühlsstörungen an Hand und Vorderarm links sowie an ständigen Nacken- und Kopfschmerzen. Die seit längerem auftretenden Gesichtsschmerzen links hätten durch den Unfall keine Änderung erfahren (S. 1 unten).

In seinem Bericht vom 15. März 2004 (Urk. 11/19) diagnostizierte Dr. I.\_\_\_\_ sodann ein Karpaltunnelsyndrom rechts mittelgradiger Ausprägung (S. 1). Die Beschwerdeführerin führe die Beschwerden an der rechten Hand auf den Sturz vom 11. Juni 2003 zurück, ein Zusammenhang lasse sich aber nicht mit Sicherheit herstellen (S. 2 unten).

4.5 Am 7. Mai 2004 berichtete Dr. F.\_\_\_\_, die Symptome würden immer verwirrlicher, die Beschwerdeführerin gebe jedes Mal neue Probleme an (Urk. 11/20 S. 1 Mitte).

Am 24. Juli 2004 gab Dr. D.\_\_\_\_ gestützt auf die ihm vorliegenden Akten eine Stellungnahme ab (Urk. 11/25). Diese liessen seines Erachtens unmissverständlich auf eine Symptomausweitung schliessen (S. 1 unten). Der Stolpersturz vom 11. Juni 2003 sei als derart bagatellär einzustufen, dass man sicher

sagen können, es beständen per heute nur noch möglicherweise Unfallfolgen (S. 2 oben).

#### **E. 4.6**

Am 24. Dezember 2004 erstattete Dr. I.\_\_\_\_ einen weiteren Bericht (Urk. 11/51/3) und führte aus, Grund der aktuellen Untersuchung sei eine in den letzten Wochen eingetretene Zunahme der Nacken- und Kopfschmerzen (S. 1). In seiner Beurteilung führte er unter anderem aus, die Beschwerdeführerin habe im Rahmen des Sturzes vom 11. Juni 2003 eine Commotio cerebri und ein Überdehnungstrauma der Halswirbelsäule (HWS) erlitten (S. 2 Mitte).

Am 23. Juni 2005 führte Dr. C.\_\_\_\_ aus, ein Zusammenhang der Kniebeschwerden mit dem Unfall vom 11. Juni 2003 dürfte als wahrscheinlich angenommen werden (Urk. 11/34 unten), am 28. Juni 2005 - nach einem Telefonat mit der Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin - er dürfte mit überwiegender Wahrscheinlichkeit angenommen werden (Urk. 11/51/2).

#### **E. 5**

Am 11. September 2005 rutschte die Beschwerdeführerin gemäss den Angaben in der Unfallmeldung beim talwärts Wandern aus und zog sich eine Torsion des linken Knies und Fusses zu (Urk. 12/1 Ziff. 6).

Die Erstbehandlung erfolgte am 12. September 2005 im Stadtspital J.\_\_\_\_, wo ein Verdacht auf Bandläsion links diagnostiziert und eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % ab dem 12. September 2005 attestiert wurde (Urk. 12/2 Ziff. 1, 5 und 8).

Am 28. März 2006 berichtete Dr. med. K.\_\_\_\_, FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie Rheumatologie (Urk. 12/21/1), er behandle die Beschwerdeführerin seit dem 11. November 2005 (Ziff. 1) und nannte als Diagnose einen Status nach OSG-Distorsion links am 11. September 2005 mit partieller Ruptur des lateralen Bandapparates (Ziff. 5).

Am 12. Juli 2006 nahm er gegenüber der Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin Stellung (Urk. 12/46). Die von der Beschwerdeführerin geäusserten Beschwerden seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom 11. September 2005 zurückzuführen (Ziff. 1). Der Status quo ante sei nicht erreicht (Ziff. 3). In ihrem Beruf als Physiotherapeutin sei die Beschwerdeführerin nicht voll einsetzbar; da sie dabei ihre Füsse problemlos einsetzen können müsse, schätze er die Arbeitsunfähigkeit auf 50 % (Ziff. 6a).

Am 10. Oktober 2006 erstattete Dr. med. L.\_\_\_\_ ein Aktengutachten (Urk. 12/55). Die von der Beschwerdeführerin geäusserten Beschwerden seien - aus näher dargelegten Gründen - nur möglicherweise auf das Ereignis vom 11. September 2005 zurückzuführen (S. 2 Ziff. 1).

Es bestehe ein krankhafter Vorzustand, nämlich eine leichte, beginnende Arthrose im hinteren oberen Sprunggelenk mit einer kleinen osteochondrotischen Läsion am medialen Talusdorn. Dieser Zustand sei heute allein und ausschliesslich für die geklagten Beschwerden verantwortlich (S. 2 Ziff. 2).

Das Erreichen des Status quo sine sei - grosszügig - auf den 10. September 2006 festzusetzen. Beim Ereignis habe es sich um eine ausgesprochen leichte

Verletzung gehandelt, welche normalerweise bereits nach 3-4 Monaten ausgeheilt sei (S. 3 Ziff. 3).

#### E. 6

6.1 Dr. med. M.\_\_\_\_, FMH Orthopädie, erstattete am 9. Mai 2007 ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdegegnerin (Urk. 11/74). Sie stützte sich dabei auf die ihr überlassenen Akten, die Angaben der Beschwerdeführerin und ihre Untersuchungen vom 13. Oktober und 10. November 2006 sowie 19. Januar 2007 (S. 1 unten)

Sie stellte die folgenden, hier gerafft angeführten, orthopädischen Diagnosen (S. 44 Ziff. 1.6):

- chronischer Daumenschmerz rechts
- chronischer Daumenschmerz links
- chronisch rezidivierende Cervico-Cephalgie und Cervicobrachialgie rechts
- chronischer Knieschmerz rechts
- chronische Lumbago mit chronisch rezidivierenden Lumboischialgie-Attacken links

Die Frage, ob die geltend gemachte Gesundheitsschädigung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit Folge des Unfalls vom 11. Juni 2003 sei, beantwortete sie mit **zum Teil**: Unfallkausal seien die Beschwerden an den Händen und am rechten Knie; bei den Nackenbeschwerden sei der Unfall als Symptomauslöser verantwortlich, degenerative Veränderungen aber vorbestehend; bezüglich LWS bestehe keine Unfallkausalität (S. 44 f. Ziff. 2.1).

Die Frage, ob der medizinische Endzustand erreicht sei, bejahte sie bezüglich allgemeiner Beschwerden der Hände (sehr wahrscheinlich Status nach moderatem Sudeck) und verneinte sie bezüglich Rhizarthrosebeschwerden, bezüglich HWS sowie das rechte Knie betreffend (S. 46 f. Ziff. 3.1).

6.2 Dr. K.\_\_\_\_ äusserte sich gegenüber der Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin - aus näher dargelegten Gründen - sinngemäss zustimmend zu den Schlussfolgerungen der Gutachterin (Urk. 12/103/1 S. 2).

6.3 Am 10. April 2008 erstattete Dr. M.\_\_\_\_ ein weiteres Gutachten (Urk. 12/84), dies gemäss Absprache mit der Beschwerdegegnerin nur bezogen auf das Unfallereignis vom 11. September 2005 und gestützt auf ihre Untersuchung vom 31. Januar 2008 (S. 1).

Dabei stellte sie, in Ergänzung der bereits genannten Diagnosen, folgende orthopädische Diagnose (S. 24 f. Ziff. 5, S. 20 Ziff. 1.6):

- chronische Arthralgie OSG links mit Bewegungseinschränkung und Belastbarkeitseinschränkung bei
- posttraumatischer OSG-Arthrose links
- radiologisch Zeichen einer beginnenden, progredienten OSG-Arthrose, Röntgen 31. August 2006 und 31. Januar 2008 (Gelenkspaltverschmälerung und osteophytäre Randzacken tibial ventral/dorsal)
- magnetomographisch nachgewiesener OSG-Arthrose, MRT vom 2. Juni 2006 (osteochondrale Läsion am lateralen Talusdorn, subkortikales Ödem an posteriorer

Tibia)

- Verdacht auf Proprioceptorenproblematik OSG links

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zur Kausalität fÄ¼hrte sie aus, das linke obere Sprunggelenk betreffend mÄ¼sse von einer posttraumatischen OSG-Arthrose ausgegangen werden, wobei man nicht mit absoluter Sicherheit werde sagen kÄ¼nnen, welcher der drei UnfÄ¼lle in der Hauptsache fÄ¼r die heute vorliegende Arthrose verantwortlich sei (S. 28).

Zusammengefasst sei sie der Meinung, dass der Unfall vom Dezember 1998 die Grundlage der heutigen posttraumatischen Arthrose sei, dass aber der Unfall vom September 2005 zu einer richtungsweisenden Verschlimmerung gefÄ¼hrt habe (S. 29 Mitte).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die zunehmende Arthrose des linken OSG mit Dauerschmerz und damit eingeschrÄ¼nkter Belastbarkeit und mit reduzierter Beweglichkeit beeinflusse die Ä¼brigen Probleme, vor allem am rechten Knie und der LWS, negativ. Das linke Knie hingegen dÄ¼rfe heute als bland bezeichnet werden (S. 32 oben).

6.4Ä Ä Ä Ä Dr. med. N.\_\_\_\_, FMH Innere Medizin und Rheumaerkrankungen, berichtete am 22. Oktober 2008 im Auftrag der Invalidenversicherung (Urk. 11/114 = Urk. 12/111) und beantwortete unter anderem die Zusatzfragen der Beschwerdegegnerin (S. 1 unten, S. 26 f.). Er stÄ¼tzte sich auf die Angaben der BeschwerdefÄ¼hrerin (S. 2 ff.), seine eigene Untersuchung vom 10. Oktober 2008 (S. 1 unten, S. 4 ff.) und die ihm Ä¼berlassenen Akten (S. 7 ff.).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. N.\_\_\_\_ stellte folgende Diagnosen (S. 12 Ziff. III):

- chronisch sich generalisierendes Schmerzsyndrom
- nicht ausreichend somatisch abstÄ¼tzbar
- Polyarthralgien axialer und peripherer Gelenke
- multiple Beschwerden, wie SchlafstÄ¼rungen, MÄ¼digkeit, Tinnitus, Kopfschmerzen, etc.
- HypermobilitÄ¼tssyndrom
- Polyarthralgien peripherer Gelenke
- Panvertebralsyndrom mit spondylogener Ausstrahlung
- Tendovaginitiden
- diverse Unfallereignisse
- Trigeminusneuralgie links
- Tinnitus
- altersentsprechende Arthrosen verschiedener axialer und peripherer Gelenke
- Adipositas mit Body Mass Index von 33
- gestÄ¼rte Gluconeogenese
- anamnestisch Reizmagen-Syndrom mit Refluxbeschwerden
- diffuse idiopathische skelettale Hyperostose im Status nascendi mÄ¼glich

Die von der Beschwerdegegnerin gestellten Zusatzfragen (S. 26 f. Ziff. V) beantwortete Dr. N.\_\_\_\_ folgendermassen:

Ob die geltend gemachte Gesundheitsschädigung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zumindest teilweise Folgen der - einzeln genannten - drei Unfälle sei, verneinte er (S. 26 Ziff. 1).

Zur Frage allerfallsiger Vorzustände führte er aus, die vorhandene Dokumentation erlaube es nicht, den Gesundheitszustand vor den jeweiligen Unfällen exakt zu beschreiben. Es sei für ihn jedoch keine Frage, dass mit den jeweiligen Unfallereignissen Beschwerden zeitlich limitierten Ausmasses begründet werden könnten. Die anlässlich der Begutachtung objektivierbaren Befunde seien, aus somatischer Sicht beurteilt, nicht geeignet, eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit für die berufliche Tätigkeit als Physiotherapeutin zu begründen. Es bestünden auch Hinweise für vordergründig nicht somatisch absetzbare Beschwerden; ob diese allenfalls im Zusammenhang mit den Unfallereignissen stünden, könnte im Rahmen einer entsprechenden psychosomatisch-psychiatrischen Begutachtung beurteilt werden (S. 27 Ziff. 2).

Bezüglich der verschiedenen Unfallereignisse gehe er jeweils von einem Status quo ante aus (S. 27 Ziff. 3).

Aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht beurteilt könne er keine Integritätsschädigung begründen (S. 27 Ziff. 6).

#### 6.5

6.5.1 Am 25. Januar 2010 erstattete Dr. med. Z.\_\_\_\_, Chefarzt Rheumatologie, A.\_\_\_\_, ein Aktengutachten im Auftrag des Gerichts (Urk. 26).

6.5.2 Zum Gutachten M.\_\_\_\_ von 2007 führte er aus, den Hauptanteil des Gutachtens und dessen Anhangs bilde die subjektive Schilderung der Beschwerden der Beschwerdeführerin (S. 2 oben). Die Schilderung der zur Diskussion stehende Unfälle falle vergleichsweise zu kurz aus (S. 2 Mitte).

Die Gutachterin komme zum Schluss, dass die Beschwerdeführerin als Physiotherapeutin zu 100 % arbeitsunfähig sei. Eine Verweistätigkeit sehe sie nicht und weise dabei auf das Hindernis fehlender Deutschkenntnisse hin. Gemäss den Unterlagen habe die Beschwerdeführerin doch noch zu 30 % gearbeitet (S. 2 unten).

Die Diagnoseliste sei nicht umfassend; es handle sich um eine Aufzählung orthopädischer Symptome und jeweils darunter die wahrscheinliche Pathologie. Die Fakten aus der klinischen Untersuchung wie auch aus den bildgebenden Untersuchungen vermöchten aus seiner Beurteilung der schriftlichen Unterlagen die jetzigen Beschwerden und insbesondere die Arbeitsunfähigkeit nicht zu begründen. Es handle sich hauptsächlich um degenerative Veränderungen, die aber alle wenig ausgeprägt seien, möglicherweise durch den Unfall vorübergehend symptomatisch geworden seien, aber nicht eigentlich eindeutig auf den Unfall zurückgeführt werden könnten. Einzige mögliche Ausnahme sei eine mögliche Zerrung des vorderen Kreuzbands im rechten Knie (S. 3 oben).

6.5.3.4.1. Zum Gutachten M.\_\_\_\_ von 2008 führte Dr. Z.\_\_\_\_ aus, die Schilderung der subjektiven Beschwerden nehme wieder grossen Raum ein (S. 3 Mitte).

Bei der Befunderhebung werde darauf hingewiesen, dass die Beschwerdeführerin wiederum sehr stark schmerzempfindlich sei. Bei verschiedenen Untersuchungen weiche sie aus oder versuche, mit den Händen abzuwehren. Entsprechend seien einzelne Untersuchungsergebnisse nicht schlüssig. Sicher bestehe über dem linken Sprunggelenk und dem Bandapparat eine deutliche Dolenz (S. 3 unten).

In der zusammenfassenden Beurteilung werde postuliert, dass sich beim ersten Unfall am 16. Dezember 1998 eine Verletzung im oberen Sprunggelenk ereignet habe. Entsprechend sei im ersten MRT des linken OSG am 6. Januar 1999 ein Bone bruise festgestellt worden. Im MRI vom 10. November 1999 sei der Bone bruise nicht mehr nachweisbar gewesen und die Szintigraphie vom 27. Januar 1999 habe praktisch keine pathologische Anreicherung in beiden Unterschenkeln und Füssen gezeigt (S. 4 oben).

Wahrscheinlich sei durch das erneute Trauma einer weiteren OSG-Verletzung links am 11. September 2005 richtungsweisend eine Arthrose im linken OSG fortgeschritten (S. 4 Mitte).

Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit als Physiotherapeutin erscheine plausibel; allerdings sei nicht nachvollziehbar, weshalb eine Arbeitsunfähigkeit bezüglich sämtlicher Tätigkeiten bestehen solle (S. 4 Mitte).

6.5.4.2. Zum Gutachten N.\_\_\_\_ wies Dr. Z.\_\_\_\_ einleitend darauf hin, dass dieses primär auf die Bedürfnisse der Invalidenversicherung ausgerichtet sei (S. 4 unten).

Formal sei das Gutachten genügend. Es gliedere sich in Anamnese inklusive persönlicher, Familien-, System- und Sozialanamnese. Das jetzige Leiden werde ausführlich geschildert. Die Untersuchungsbefunde seien sehr ausgedehnt erhoben und dokumentiert worden; bemerkenswert sei, dass 4 von 5 Waddell-Zeichen positiv geschildert würden. Bei den bildgebenden Untersuchungen falle auf, dass insgesamt wenig strukturelle Veränderungen vorlägen, welche die angegebenen Beschwerden erklärten (S. 5 oben).

Sodann benannte Dr. Z.\_\_\_\_ Passagen, die nicht in das Gutachten gehört hätten. Die Beurteilung der verschiedenen Beschwerden erfolge im weiteren Gutachten minutiös. Viele der angegebenen Beschwerden seien offenbar für den Untersucher klinisch nicht nachvollziehbar und auch in der Bildgebung wenig untermauert (S. 5 Mitte).

Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit und des Belastbarkeitsniveaus werde erklärt und begründet. Aus Sicht des Gutachters beständen deutliche Hinweise für somatisch nicht absetzbare Beschwerden (S. 5 unten).

6.5.5.1. Weiter äusserte sich Dr. Z.\_\_\_\_ zum Aktengutachten L.\_\_\_\_ von 2006 (S. 6) und zur Stellungnahme von Dr. K.\_\_\_\_ im Februar 2008 (S. 6 unten) und den Berichten von Dr. I.\_\_\_\_ (S. 7).

Nach Rücksprache mit dem Leitenden Arzt Neurologie des A.\_\_\_\_ führte Dr. Z.\_\_\_\_ aus, die Diskushernien L4/5 und L5/S1 seien unfallfremd (S. 8 oben).

^ ^ ^ ^ ^ ^ ^ ^ Zusammenfassend komme er zum Schluss, dass die beschriebenen strukturellen Veränderungen wenig ausgeprägt seien und eine geringe Arbeitsunfähigkeit nicht zu begründen vermöchten. Dass die körperliche Untersuchung von den Gutachtern als schwierig, mit Abwehrbewegungen verbunden und für die Beschwerdeführerin schmerzhaft gewesen sei, könne dahin gedeutet werden, dass eine Symptomausweitung stattgefunden habe. Dr. N. \_\_\_ habe festgestellt, dass vier der fünf Waddell-Zeichen positiv gewesen seien. Die Waddell-Zeichen seien nicht beweisend, würden aber als Hinweis auf eine nicht organische Pathologie der Beschwerden gedeutet.

6.5.6 ^ Zur ausdrücklichen Frage, welches der Gutachten bezüglich der Kausalitätsbeurteilung als medizinisch überzeugender zu erachten sei, äusserte sich Dr. Z. \_\_\_ ergänzend am 22. März 2010 (Urk. 29).

^ ^ ^ ^ ^ ^ ^ ^ Bezüglich Kausalität der zur Diskussion stehenden Unfälle sei das Gutachten N. \_\_\_ am besten begründet und einleuchtend. Zwar sei die Schilderung der Unfallereignisse zu marginal. Die Beschreibung der erhobenen klinischen und bildgebenden Befunde sei dann aber präzise, nachvollziehbar und stelle auch wo möglich den Bezug zu den Unfällen zum Teil mit Hinweisen zur Datenlage dar. Auch würden klar nicht unfallbedingte Befunde und Diagnosen diskutiert und auf eine mögliche Symptomausweitung und neuropsychologische Defizite hingewiesen (S. 1 unten).

^ ^ ^ ^ ^ ^ ^ ^ Im Gegensatz zu Dr. M. \_\_\_ in ihrem zweiten Gutachten (2008) erwähne Dr. N. \_\_\_ abgesehen von einer Senk-Spreizfuss-Komponente keinerlei relevanten klinisch pathologischen Befunde an den unteren Extremitäten. Er erwähne, dass er sich bewusst sei, dass die Beschwerdeführerin dies ganz anders beurteile. Er komme zum Schluss, dass höchstens eine leichtgradige Arthrosebildung im oberen Sprunggelenksanteil zur Darstellung komme, die jedoch die Altersnorm nicht überschreite (S. 2 oben).

^ ^ ^ ^ ^ ^ ^ ^ Das Gutachten 2007 von Dr. M. \_\_\_ gewichtete Dr. Z. \_\_\_ bezüglich Darstellung der unfallbedingten Beschwerden und Diagnosen als weniger gut begründet und einleuchtend. Ein Mangel liege in der Beschränkung auf die Unfälle bis und mit 11. Juni 2003, obwohl der dritte Unfall vom 11. September 2005 schon stattgefunden hatte. Die Anamnese sei sehr ausführlich, aber etwas unstrukturiert und ständig mit erklärenden Erläuterungen durch die Versicherte durchsetzt, die auch entsprechende Vermutungsdiagnosen einstreue (S. 2 Mitte).

^ ^ ^ ^ ^ ^ ^ ^ Bei den aktuellen Beschwerden mache die Beschwerdeführerin sehr allgemeine Angaben mit Dauerschmerzen, wobei, nach deren Wertigkeit befragt, in der Hauptsache Kopfschmerzen und Konzentrationsstörungen als hindernd genannt würden und die Migräne- und Trigeminusneuralgieattacken hauptsächlich störend zu sein schienen (S. 2 unten).

^ ^ ^ ^ ^ ^ ^ ^ Bezüglich Handbeschwerden werde im Gutachten die Kausalität bejaht. Dr. Z. \_\_\_ führte dazu aus, für ihn sei die Kausalität nicht gegeben und inzwischen sollte ein Status quo sine erreicht sein (S. 3 oben). Auch die - wenig ausgeprägte - patello-femorale Arthrose sei für ihn nicht sehr wahrscheinlich unfallkausal. Es werde nie eine nachweisbare Knieschädigung erwähnt, welche zu einer sekundären posttraumatischen Arthrose führen könnte. Eine vorübergehende

Zunahme der Beschwerden sei sehr wahrscheinlich, inzwischen sollte auch hier bis zum Jahr 2008 ein Status quo sine erreicht sein (S. 3 Mitte).

Das zweite Gutachten M.\_\_\_\_ von 2008 gewichtete Dr. Z.\_\_\_\_ bezÄ¼glich KausalitÄ¼ durch die UnfÄ¼lle als Ä¼teilweise einleuchtend und begrÄ¼ndetÄ¼. Bei der Anamnese hÄ¼tten die Beschwerden von Seiten des linken Sprunggelenks nun ganz im Vordergrund gestanden (S. 3 unten).

Es sei wahrscheinlich, dass der Beginn einer Arthrose durch das Unfallereignis vom 16. Dezember 1998 gelegt worden sei und dann richtungsweisend durch den Unfall vom 11. September 2005 eine Verschlimmerung eingetreten sei. Allerdings handle es sich lediglich um eine beginnende Arthrose im OSG, wie sie in diesem Alter Ä¼fters vorkomme. Aufgrund des Verlaufs sei dann hier die Diagnose einer posttraumatischen Arthrose, wenn auch wenig ausgeprÄ¼gt, zu stellen (S. 4 Mitte).

## E. 7

7.1Ä¼ Die Stellungnahmen der BeschwerdefÄ¼hrerin zu den verschiedenen Gutachten werden dominiert durch von ihr einzeln aufgeÄ¼hlte Kritikpunkte insbesondere am Gutachten N.\_\_\_\_; auch in der Eingabe, die sich nominell auf das Gutachten Z.\_\_\_\_ bezieht, Ä¼usserte sie sich wiederum zu von ihr herausgegriffenen Punkten im Gutachten N.\_\_\_\_.

Sie bezeichnete zahlreiche Elemente als Ä¼falschÄ¼. Falsch sei etwa die Feststellung, sie habe sich problemlos ent- und bekleiden kÄ¼nnen; dies kÄ¼nne sie nicht und habe es Ä¼dem Gutachter entsprechend demonstriertÄ¼. Falsch sei dessen Feststellung, die Arthrosen an den HÄ¼nden wie auch die HWS- und LWS-Chondrosen seien altersentsprechend. Falsch sei auch seine Feststellung, dass bei den unteren ExtremitÄ¼ten kein relevanter klinisch-pathologischer Befund objektivierbar sei (Urk. 1 S. 14). Die Beispiele liessen sich vermehren. Ihnen ist gemeinsam, dass die BeschwerdefÄ¼hrerin ihre eigene Beurteilung an die Stelle derjenigen des Gutachters setzt, und da sie ihre fÄ¼r richtig hÄ¼lt, ist jene des Gutachters - ihres Erachtens - falsch. Dass sie dabei gelegentlich auf von ihr als geeignet erachtete Arztberichte hingewiesen hat, Ä¼ndert nichts am subjektiven und nicht-Ä¼rztlichen Stellenwert ihrer Vorbringen.

Es ist der BeschwerdefÄ¼hrerin grundsÄ¼tzlich unbenommen, sich auf der von ihr gewÄ¼hlten Ebene und im von ihr als angezeigt erachteten Detaillierungsgrad zu den Gutachten zu Ä¼ussern. Ebenso unbenommen ist es jedoch dem Gericht, dem die BeweiswÄ¼rdigung obliegt, sich nicht auf dieser Ebene auf jeden Punkt einzeln einzulassen.

7.2Ä¼ In Kenntnis der von der BeschwerdefÄ¼hrerin erhobenen EinwÄ¼nde ergibt die WÄ¼rdigung der verschiedenen Gutachten insgesamt ein fÄ¼r die Entscheidungsfindung verwertbares Ergebnis.

Dr. M.\_\_\_\_ bejahte die UnfallkausalitÄ¼ einzelner Beschwerdekomplexe, Dr. N.\_\_\_\_ verneinte sie bei allen und postulierte allfÄ¼llige nicht organische Ursachen.

Der Gerichtsgutachter Dr. Z.\_\_\_\_ bezeichnete - mit keiner Wiederholung bedÄ¼rftiger BegrÄ¼ndung - das Gutachten N.\_\_\_\_ als Ä¼berzeugender und erachtete die KausalitÄ¼tsbeurteilung durch Dr. M.\_\_\_\_, mit einer Ausnahme, als weniger beziehungsweise nicht Ä¼berzeugend.

7.3. Davon ist auszugehen. Gestützt auf die Ausführungen und Begründungen von Dr. Z. \_\_\_ ist - mit einer Ausnahme - der Beurteilung durch Dr. N. \_\_\_ dahingehend zu folgen, dass die multiplen von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden nicht (beziehungsweise jedenfalls im strittigen Zeitpunkt nicht mehr) in natürlichem Kausalzusammenhang mit den erlittenen Unfällen stehen.

Davon ausgenommen ist, wiederum entsprechend der Beurteilung durch den Gerichtsgutachter, die beginnende und wenig ausgeprägte, aber als posttraumatisch qualifizierte Arthrose im linken oberen Sprunggelenk. Diesbezüglich ist der natürliche Kausalzusammenhang mit den erlittenen Unfällen als überwiegend wahrscheinlich gegeben zu erachten.

7.4. Die Feststellung, dass die genannte Arthrose als Unfallfolge zu qualifizieren ist, führt zur Erkenntnis, dass im Hinblick auf allfällige von der Beschwerdegegnerin zu erbringende Leistungen weitere, strikt auf diesen Beschwerdekomples fokussierte, Abklärungen erforderlich sind.

Zu klären ist erstens, ob in der Zeit nach der erfolgten Leistungseinstellung bezogen auf die OSG-Arthrose Heilbehandlungen erfolgt sind und wie es sich damit künftighin verhält.

Zweitens ist zu klären, ob die OSG-Arthrose die Arbeitsfähigkeit in leidensangepasster Tätigkeit in einem Mass beeinträchtigt, das nach erfolgter Invaliditätsbemessung einen Rentenanspruch zu begründen vermöchte.

Drittens ist zu klären, ob die OSG-Arthrose einer bezifferbaren und entschädigungsberechtigten Integritätsseinbusse entspricht.

7.5. Die Beschwerden sind demnach mit der Feststellung, dass die OSG-Arthrose links als Unfallfolge gilt, teilweise gutzuheissen und die Sache ist in diesem Punkt an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie die erforderlichen Abklärungen (vorstehend Erw. 7.4) tätige und anschliessend neu verfähge. Im Übrigen sind sie abzuweisen.

8. Dieser Verfahrensausgang entspricht einem nur teilweisen und gemessen an den gestellten Anträgen geringfügigen Obsiegen. Die der rechtskundig, aber nicht anwaltlich vertretenen Beschwerdeführerin zustehende Prozessentschädigung ist deshalb um 2/3 zu kürzen. Beim praxisgemässen Stundenansatz von Fr. 170.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) steht der Beschwerdeführerin somit für den gerechtfertigten Aufwand eine reduzierte Prozessentschädigung von Fr. 900.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu.

Das Gericht erkennt:

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerden werden mit der Feststellung, dass die Arthrose im linken oberen Sprunggelenk als Unfallfolge gilt, teilweise gutgeheissen, und die Sache wird an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie, nach erfolgten Abklärungen im Sinne der Erwägungen, in diesem Punkt neu verfähge.

Im Übrigen werden die Beschwerden abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine reduzierte Prozessentschädigung von Fr. 900.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- lic. iur. Karolin Wolfensberger, unter Beilage des Doppels von Urk. 32

- Allianz Suisse Versicherungs-Gesellschaft, unter Beilage des Doppels von Urk. 34

- Bundesamt für Gesundheit

5. Gegen diese Entscheidung 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.