

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00419 vom 12. Mai 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-05-12, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2009.00419

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00419 du 12 mai 2011

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00419 del 12 maggio 2011

Erwägungen

E. 2

2.1 Die Beschwerdegegnerin ging davon aus, für die aktuell geltend gemachten Kniebeschwerden sei der Unfall von 2002 nicht mehr ursächlich (Urk. 2 S. 7 f. Ziff. 2b) und der Unfall von 2006 habe nie eine namhafte Rolle gespielt; im Lichte der neuesten Rechtsprechung wäre dafür auch nicht sie leistungspflichtig, sondern der Unfallversicherer, bei dem der Beschwerdeführer zu diesem Zeitpunkt versichert gewesen sei (Urk. 2 S. 9 unten).

2.2 Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber in seiner Beschwerde (Urk. 1) auf den Standpunkt, er habe Gesundheitsschäden erlitten, für welche die Invalidenversicherung bei einem Invaliditätsgrad von 45 % eine Viertelsrente ausrichte (S. 7 Mitte). Im Z.____-Gutachten würden denn auch entsprechende Unfall-Diagnosen aufgelistet, worunter auch unfallähnliche Körpererschädigungen aufgeführt seien (S. 7). Fallschlicherweise hätten die Z.____-Gutachter die mittleren und kleineren Traumen, mit denen das Ausmass der Schädigung erklärt werde, als unfallfremd bezeichnet; diese stellten Unfallfolgen dar, zumal bis zum Unfall von 2002 keine Einschränkung der Erwerbsfähigkeit bestanden habe (S. 8).

2.3 Strittig und zu präzisieren ist, ob im Zeitpunkt der Leistungseinstellung (April 2008) vorhandene Kniebeschwerden in rechtsgenügendem Zusammenhang mit den Unfällen von 2002 und 2006 stehen.

E. 3

3.1 Gemäss Unfallmeldung vom 22. Mai 2002 stürzte der Beschwerdeführer am 7. April 2002 beim Fussballspielen auf das rechte Knie (Urk. 10/Z1 Ziff. 6 und 8). Der in der Unfallmeldung als erstbehandler Arzt genannte Dr. med. A.____, Allgemeinmedizin FMH, nannte in seinem Zeugnis vom 27. Mai 2002 (Urk. 10/ZM1) als Behandlungsbeginn den 8. Mai 2002 (Ziff.1) und als Befund persistierende Schmerzen im rechten Knie (Ziff. 2), und wies auf eine bevorstehende Operation hin (Ziff. 7). Dr. A.____ bezog die Kniebeschwerden auf einen Autounfall am 7. April 2002 (Ziff. 2). Dem entsprechenden Polizeirapport (Urk. 10/P1) ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer am Abend des 7. April 2002 mit seinem Auto von der Fahrbahn abgekommen (S. 4), dabei jedoch unverletzt geblieben war (S. 6 unten). Wie es sich damit genau verhält, kann angesichts des unbestrittenermassen vorliegenden Unfalls offen bleiben.

Ein am 24. Mai 2002 erstelltes MRI des rechten Knies ergab als Befund eine komplexe Läsion des lateralen Meniskus, einen massiggradigen Erguss

sowie Zeichen einer Bursitis (Urk. 10/ZM2).

3.2. Dr. med. B.____, Spezialarzt FMH für orthopädische Chirurgie, nahm am 3. Juni 2002 eine laterale Meniskusresektion vom Hinterhorn bis zum mittleren Drittel vor; im Operationsbericht führte er aus, es bestehe bei Status nach Distorsion des rechten Kniegelenks eine eindeutige Meniskusschädigung mit geschwollenem Gelenk (Urk. 10/ZM4).

Anlässlich einer Konsultation am 28. November 2002 führte Dr. B.____ aus, der Beschwerdeführer beklage sich über deutliche Restschmerzen am rechten Knie, hielt ein unauffälliges Gangbild fest und verordnete Physiotherapie (Urk. 10/ZM7).

3.3. Am 23. November 2004 wurde - nach Wiederaufnahme der Behandlung durch Dr. A.____ am 27. September 2004 (Urk. 10/ZM11 Ziff. 1) und nachdem der Beschwerdeführer massive Knieschmerzen beklagt hatte - ein weiteres MRI erstellt, das bei Status nach lateraler Teilmeniskektomie einen Riss des lateralen Meniskus im Bereich des Hiatus popliteus und eine Knorpelschädigung unterschiedlichen Ausmasses in allen Kompartimenten ergab (Urk. 10/ZM10 S. 2 oben).

Dr. B.____ nahm am 1. Februar 2005 eine Nachresektion am lateralen Meniskus vor (Urk. 10/ZM14).

Bei einer Konsultation am 3. Juni 2005 stellte Dr. B.____ gemäss seinem Bericht vom 9. Juni 2005 deutlich regrediente Schmerzen fest und bezeichnete die objektiven Befunde (vor allem Muskulatur) als sehr gut (Urk. 10/ZM45).

3.4. Bei einer Nachkontrolle am 30. August 2005 gab der Beschwerdeführer vermehrte Schmerzen an und Dr. B.____ hielt als Beurteilung unter anderem fest: unverändert, vor allem femoropatelläre Abnützung (Urk. 10/ZM29 = Urk. 10/ZM38).

3.5. Am 15. September 2005 erstattete Dr. med. C.____, Chirurgie FMH, ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdegegnerin (Urk. 10/ZM41), das er unter Beizug eines Sportchirurgen erstellte (S. 4 unten). Er nannte folgende Diagnosen (S. 5):

- funktionelle Beschwerden im rechten Knie
- Status nach Auto-Selbstunfall vom 27. Mai 2002 mit lateraler Meniskusläsion und Affektion des vorderen Kreuzbandes
- Status nach lateraler Meniskusresektion im Hinterhorn bis zum mittleren Drittel am 3. Juni 2002

Dr. C.____ führte aus, subjektiv habe der Beschwerdeführer Schmerzen im rechten Knie beim Tragen von Gewichten, objektiv bestanden funktionelle Beschwerden im rechten Knie auf der Basis einer Pangenarthrose bei Status nach zweimaliger Meniskusoperation am lateralen Meniskus (S. 5 unten).

3.6. Am 2. Juli 2006 berichtete Dr. A.____, am 4. Mai 2006 sei es zu einer erneuten Verdrehung im rechten Knie mit anschliessendem Erguss gekommen, als der Beschwerdeführer bei der Arbeit ein Palett herumgestossen habe (Urk. 10/ZM43 S. 1 unten).

3.7. Am 11. Januar 2007 erfolgte eine Untersuchung in der Kniesprechstunde der Universitätsklinik D.____, worüber am 15. Januar 2007 berichtet wurde (Urk. 10/ZM56). Als Diagnose wurden persistierende Knieschmerzen bei Status nach zweimaliger Kniearthroskopie und Teilmenishektomie rechts genannt (S. 1 Mitte). Der Beschwerdeführer zeige eine ausgeprägte Symptomatik, welche dem Ausmass der Befunde nicht entspreche; radiologisch zeige sich zwar eine gewisse Degeneration des Knorpels, jedoch könne das Ausmass der Beschwerden damit nicht erklärt werden (S. 2 oben).

3.8. Am 6. Februar 2008 erstattete Dr. med. E.____, Innere Medizin FMH, stellvertretender Chefarzt Z.____, ein Gutachten im Auftrag der Invalidenversicherung (Urk. 10/ZM75). Er stützte sich auf die vorhanden und zusätzlich beschaffte Akten (S. 5 ff.), die Angaben des Beschwerdeführers (S. 9 ff.), eigene Untersuchungen (S. 11) sowie ein rheumatologisches (S. 12 f.) und ein psychiatrisches (S. 13 f.) Fachgutachten.

Als vom Beschwerdeführer genannte Hauptbeschwerden hielt der Gutachter belastungsabhängige Schmerzen im Bereich des rechten Knies fest (S. 10 Mitte).

Der Gutachter nannte folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 14 Ziff. 6.1):

- beginnende Patelloarthrose rechts
- Status nach Knieinstabilität rechts am 7. April 2002
- Status nach arthroskopischer lateraler Teilmenishektomie Hinterhorn bis mittleres Drittel rechts am 3. Juni 2002
- Status nach arthroskopischer Nachresektion lateraler Meniskus, mittleres Drittel bis Vorderrand, und Bridie-Bohrungen respektive Mikrofractures an der Trochlea femoris am 1. Februar 2005
- Instabilität des rechten Knies am 4. Mai 2006
- mittelgradige depressive Stimmung mit somatischem Syndrom

Die in einer Konsensbesprechung erarbeitete Beurteilung lautete dahin, dass der Grund für die eingeschränkte Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers ein Knieverletzungstrauma im April 2002 sei, als sich der Beschwerdeführer beim Fussballspiel eine Verletzung des rechten Knies zugezogen habe (S. 15 Mitte).

Auf die Frage der Beschwerdegegnerin, ob die aktuellen Beeinträchtigungen auf den Unfall als alleinige oder als Teilursache (im Sinne einer conditio sine qua non) zurückzuführen sei, wurde wie folgt geantwortet (S. 20 Ziff. 5.1): Der Unfall vom 7. April 2002 müsse als Teilursache für die heute noch vorhandenen Beeinträchtigungen angenommen werden. Die Art der Pathologie, welche das ganze Gelenk umfasse, mache die Annahme eines einmaligen Unfallereignisses unwahrscheinlich. Insbesondere seien ausser der lateralen Meniskusläsion keine grösseren Bandverletzungen und keine anderen umschriebenen Knorpel- oder Knochenverletzungen nachweisbar. Die zusätzlich festgestellten Schädigungen schienen eher aufgrund von repetitiven mittleren und kleineren Traumen, wie sie gerade bei Fussballspielern häufig seien, als Summationseffekt zustande gekommen zu sein. Die Instabilität vom 7. April 2002 alleine könne diese Veränderungen nicht erklären und

der Unfall vom 4. Mai 2006 sei nicht geeignet gewesen, eine richtunggebende Verschlimmerung der Kniesituation herbeizuführen.

Als unfallfremd müsse die jahrelange Aktivität als Fussballspieler bezeichnet werden (S. 21 Ziff. 5.2.1).

Die Knieinstabilität am 7. April 2002 habe zu einer Schädigung des lateralen Meniskus am rechten Knie geführt, welche in der Folge zu einer Schädigung des lateralen femoro-tibialen Kompartiments geführt habe; ein Status quo sine sei damit nicht erreicht (S. 21 Ziff. 5.2.2).

Am 11. Dezember 2008 nahm Dr. E. zu Rückfragen der Beschwerdegegnerin Stellung (Urk. 10/ZM130). Zur Frage der Teilursächlichkeit des Unfalls von 2002 führte er unter anderem aus, am geschädigten Knie bestünden mehrere Pathologien gleichzeitig. Rein aufgrund des Unfalls könne eine Schädigung des lateralen Meniskus angenommen werden. Darüber hinaus habe sich aber schon in der ersten Arthroskopie am 3. Juni 2002 eine deutliche mediale Furchenbildung bei gutem Femoropatellargelenk gefunden, die für die Annahme einer repetitiven Traumatisierung spreche (S. 1 f.).

Eine solche Läsion könne nicht durch eine einfache Knieinstabilität, welche wahrscheinlich die Meniskusläsion zur Folge gehabt habe, entstehen. Es könne angenommen werden, dass dieser Befund aus sich selbst heraus mit einer grossen Wahrscheinlichkeit zu einer fortschreitenden Arthrose geführt hätte (S. 2 oben). Bei der zweiten Arthroskopie am 1. Februar 2005 habe sich eine deutliche Zunahme der Knorpelschädigung gefunden; damit sei eigentlich gut belegt, dass ohne weiteres Unfallereignis eine weitere Progredienz der zum Unfall von 2002 vorbestehenden degenerativen Vorschädigung am Knie aufgetreten sei, was deutlich die Eigendynamik der Pathologie am Knie aufzeige (S. 2).

Der Ausdruck Status quo sine sei im Gutachten nicht korrekt gebraucht worden, gemeint gewesen sei der Status quo ante, der nicht erreicht sei, dies aber nicht aus überwiegend wahrscheinlichen unfallassoziierten Gründen, sondern aufgrund der Eigendynamik des vorgeschädigten Knies mit anzunehmender vorübergehender Verschlimmerung im Rahmen des Unfalls von 2002, dessen Verlauf sich dann mit dem natürlichen Verlauf / der natürlichen Progredienz schneide (S. 2 Ziff. 2).

Aus unfallkausaler Sicht sei ein Endzustand erreicht, indem der weitere Verlauf überwiegend wahrscheinlich durch die zugrunde liegende Pathologie bestimmt werde und nicht durch die direkten Unfallfolgen von 2002 (S. 2 f. Ziff. 3).

Am 25. Februar 2009 erstattete Dr. med. F., Chirurgie FMH, Vertrauensarzt des involvierten Krankenversicherers, eine ärztliche Beurteilung (Urk. 10/ZM131). Er bemängelte einzelne Aspekte des Z.-Gutachtens (S. 1 Ziff. I) und führte aus, die laterale Meniskusläsion in Verbindung mit der Instabilität bei elongiertem vorderem Kreuzband stelle zweifelsohne den wesentlichen Faktor für die Entwicklung der späteren Pangenarthrose dar (S. 2 oben).

Dr. B. habe am 3. Juni 2002 arthroskopisch eine Elongation des vorderen Kreuzbandes und eine eindeutige laterale Meniskusläsion nach Instabilität des rechten Kniegelenks festgestellt und bereits darauf hingewiesen, dass bei persistierenden Instabilitätsproblemen angesichts des erheblichen Knieschadens eine

Kreuzbandersatzoperation diskutiert werden müsste. Im November 2003 habe er eine deutliche anteromediale Instabilität erwähnt und eine Kreuzbandoperation empfohlen. Ein Vorzustand sei im Übrigen nicht dokumentiert. Die laterale Meniskusresektion bringe an sich ein hohes Risiko zur Entwicklung einer späteren Arthrose, welches durch die Instabilität noch weiter erhöht werde. Gleichzeitig verstärke die Meniskusresektion eine bestehende Instabilität. Damit ergebe sich eine richtunggebende Verschlimmerung (S. 2 Ziff. II.1)

3.11.1 Am 24. Juli 2009 wurde vom Zentrum G. H. zur Kritik von Dr. F. Stellung genommen (Urk. 10/ZM132) und unter anderem ausgeführt, dessen Behauptung, Dr. B. habe mehrfach auf eine manifeste Instabilität hingewiesen, könne aufgrund der vorliegenden Unterlagen nicht nachvollzogen werden (S. 2 Mitte), dies unter Nennung der entsprechenden Fundstellen (S. 2 unten). Die Argumentation von Dr. F. gehe nicht auf die mit hoher Wahrscheinlichkeit vorliegenden Vorschäden des Knies ein, die einen wesentlichen Faktor in der Genese der Pangenarthrose darstellen könnten (S. 4 oben).

E. 4

4.1.1 Der Unfall im April 2002 hat nach Lage der Akten zu einer Schädigung des rechten lateralen Meniskus geführt. In der Folge wurde dieser im Juni 2002 teilweise entfernt. Im November 2002 wurde wegen vom Beschwerdeführer geklagter Restschmerzen Physiotherapie verordnet (vorstehend Erw. 3.2).

4.1.2 Ab September 2004 sind sodann wieder vom Beschwerdeführer angegebene Beschwerden aktenkundig, wegen derer im Februar 2005 eine Nachresektion erfolgte. Eine Konsultation im Juni 2005 ergab sehr gute objektive Befunde und deutlich regrediente Schmerzen (vorstehend Erw. 3.3).

Die im August 2005 als verstärkt angegebenen Beschwerden erklärte der behandelnde Orthopäde mit einer femoropatellären Abnutzung (vorstehend Erw. 3.4), und im September 2005 wurden in einem chirurgischen Gutachten die vorhandenen Kniebeschwerden mit einer Pangenarthrose in Zusammenhang gebracht (vorstehend Erw. 3.5).

Die im Mai 2006 erlittene erneute Verdrehung des rechten Knies wurde in den medizinischen Akten ein einziges Mal (vom Hausarzt im Juli 2006) erwähnt; im Bericht über die Untersuchung in der Kniesprechstunde im Januar 2007 wurde darauf nicht mehr Bezug genommen (vorstehend Erw. 3.7).

4.2.1 Aus den genannten zeitlichen Akten ergibt sich mit hinreichender Sicherheit, dass der Unfall von 2002 eine Meniskusläsion verursacht hat, die zu einer zweimaligen Meniskusresektion Anlass gegeben hat. Diesbezüglich wurde im Juni 2005 ein befriedigender Zustand festgehalten; im August 2005 wieder verstärkt beklagte Beschwerden wurden auf eine Arthrose zurückgeführt. Ferner ergeben sich aus den Akten keine Anhaltspunkte, dass der Vorfall vom Mai 2006 zu mehr als einer vorübergehenden Verschlechterung geführt hätte.

4.2.2 Somit entscheidet sich die Frage der Unfallkausalität der im Zeitpunkt der Leistungseinstellung (April 2008) vorhandenen Kniebeschwerden danach, ob zwischen der diese verursachenden Arthrose des rechten Kniegelenks und dem Unfall von 2002 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ein natürlicher Kausalzusammenhang

besteht.

4.3. Diese Frage wurde vom Z. ___-Gutachter - nach ursprünglich missverständlichen Ausführungen - mit der Begründung verneint, der Unfall dürfte zwar die Ursache der Meniskusläsion gewesen sein, die arthrotischen Veränderungen hingegen seien durch die für das intensive Fussballspiel charakteristischen repetitiven mittleren und kleineren Traumen verursacht und wären auch ohne den Unfall von 2002 früher oder später symptomatisch geworden, so dass bezüglich des Unfalls von 2002 ein Status quo sine gegeben sei (vorstehend Erw. 3.9).

Dem hielt der Vertrauensarzt des zuständigen Krankenversicherers entgegen, es sei kein Vorzustand festgehalten und der behandelnde Orthopäde habe wiederholt eine Instabilität (des Bandapparates) festgehalten, welche das ohnehin bestehende E. ___ko einer Arthrose nach Meniskusresektion noch weiter erhöht habe (vorstehend Erw. 3.10).

In der Stellungnahme vom Juli 2009 wurde die Argumentation des Vertrauensarztes mit der vermeintlichen Instabilität überzeugend entkräftet (vorstehend Erw. 3.11). Darauf kann verwiesen werden.

Das Argument, es sei kein Vorzustand dokumentiert, ist ebenfalls nicht stichhaltig. Dass der - dem häufigen Fussballspiel zuzuschreibende - Vorzustand in den Jahren 2002 bis 2005 (noch) nicht symptomatisch wurde, sondern bis dahin ein stiller gewesen ist, mag zutreffen, ändert aber nichts daran, dass die für die Kniebeschwerden im Jahr 2008 ursächliche Arthrose mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auch ohne den Unfall von 2002 eingetreten wäre.

4.4. Die in der Beschwerde erhobenen Einwände (vorstehend Erw. 2.2) schliesslich erweisen sich als unzutreffend. Unzutreffend, zumindest was die sich daran anschliessende Argumentation betrifft, ist die These, im Z. ___-Gutachten seien entsprechende Unfall-Diagnosen aufgelistet. Diagnostiziert wurde im Z. ___-Gutachten nebst einer mittelgradigen depressiven Stimmung eine beginnende Pangenarthrose rechts. Dass dabei auch Zustände nach Knieinstabilitäten und Teilmeniskektomie genannt wurden, lässt sich nicht mit dem Stichwort entsprechende Unfall-Diagnosen zusammenfassen, denn damit waren keine Aussagen (im vom Beschwerdeführer suggerierten Sinn) über eine allfällige Unfallkausalität der aktuellen Kniebeschwerden verbunden. Ebenso ist es hinsichtlich der strittigen Kausalität zwischen Arthrose und Unfall irrelevant, ob der Begriff der unfallähnlichen Körpererschütterung erfüllt sei (bezüglich des Ereignisses von 2002 war die Unfallqualität nie strittig und das Ereignis von 2006 ist mittelfristig folgenlos geblieben).

4.5. Damit steht fest, dass im strittigen Zeitpunkt bezüglich des Unfalls von 2002 ein Status quo sine bestanden hat; die zu diesem Zeitpunkt vorhandenen Kniebeschwerden sind nicht mehr mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall von 2002, sondern auf unfallfremde Ursachen zurückzuführen.

Der angefochtene Entscheid erweist sich mithin als rechtens, was zur Abweisung der dagegen erhobenen Beschwerde führt.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Dr. Jörg Baur

- Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG

- Bundesamt für Gesundheit

4. 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.