

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00014 vom 27. Mai 2013

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-05-27, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2012.00014

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00014 du 27 mai 2013

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00014 del 27 maggio 2013

Erwägungen

E. 2

2.1. Hiergegen führte X. am 24. Januar 2012 durch die TCL Treuhand Consulting Liegenschaften AG Beschwerde und beantragte sinngemäss, in Aufhebung des Einspracheentscheids vom 6. Januar 2012 sei die Komplementärrente aufgrund eines Invaliditätsgrades von 60 % auf unbegrenzte Zeit auszurichten. Allenfalls sei die Beschwerdeführerin medizinisch oder beruflich abzuklären, bevor neu über eine Rente verfügt werde (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 28. Februar 2012 ersuchte die Beschwerdegegnerin um Abweisung der Beschwerde (Urk. 8, unter Beilage ihrer Akten, Urk. 9/1-119).

2.2. Mit Gerichtsverfügung vom 1. März 2012 wurden die Akten der Eidg. Invalidenversicherung in Sachen der Beschwerdeführerin (Urk. 13/1-98) beigezogen und der Beschwerdeführerin das Doppel der Beschwerdeantwort vom 28. Februar 2012 (Urk. 8) zur Kenntnisnahme zugestellt (Urk. 10).

3. Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Das Gericht zieht in Erwägung:

1. Strittig und zu prägen ist, ob die Beschwerdeführerin auch über den 6. Januar 2012 hinaus Anspruch auf Rentenleistungen der Unfallversicherung hat.

2.

2.1. Gemäss Art. 6 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) werden - soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt - die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Abs. 1). Der Bundesrat kann Körpererschädigungen, die den Folgen eines Unfalles ähnlich sind, in die Versicherung einbeziehen (Abs. 2). Ausserdem erbringt die Versicherung ihre Leistungen bei Schädigungen, die den Verunfallten bei der Heilbehandlung zugefügt werden (Abs. 3).

2.2.

2.2.1. Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg 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 (BGE 129 V 177 E. 3.1, 406 E. 4.3.1, 123 V 45 E. 2b, 119 V 335 E. 1, 118 V 289 E. 1b, je mit Hinweisen).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall 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, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

2.2.2.2. Bei objektiv ausgewiesenen organischen Unfallfolgen deckt sich die adäquate, d.h. rechtserhebliche Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung (BGE 134 V 109 E. 2.1).

2.2.3. Das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens muss mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 45; BGE 119 V 7 E. 3c/aa). Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt aber die entsprechende Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 f. E. 3b, 1992 Nr. U 142 S. 76).

2.3. Ist die versicherte Person infolge des Unfalles zu mindestens 10 Prozent invalid (Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG), so hat sie gemäss Art. 18 Abs. 1 UVG Anspruch auf eine Invalidenrente. Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 ATSG).

2.4. Die Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) sind auf die Unfallversicherung anwendbar, soweit das UVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG vorsieht.

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezieherin oder eines Rentenbeziegers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Zeitlicher Ausgangspunkt für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades ist die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs beruht (BGE 134 V 131 E. 3 mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts 8C_90/2011 vom 8. August 2011, E. 2 mit Hinweis). Am Ende des revisionsrechtlichen Vergleichszeitraumes steht die angefochtene Revisionsverfügung bzw. der Einspracheentscheid (BGE 130 V 343 E. 3.5.2 mit Hinweis, Urteil des Bundesgerichts 8C_90/2011 vom 8. August 2011, E. 2 mit Hinweis).

Der Zeitpunkt der revisionsweisen Herabsetzung der Rente ist im Bereich der Unfallversicherung nicht gesetzlich geregelt. Sie hat grundsätzlich nicht rückwirkend, sondern für die Zukunft zu erfolgen (Urteil des Bundesgerichts 8C_580/2011 vom 5. Juli 2012, E. 7.3, wo auf den Zeitpunkt des Einspracheentscheid abgestellt worden ist; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_90/2011 vom 8. August 2011, E. 8.6 mit Hinweisen).

2.5 Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt - was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist -, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfen nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszumessende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in H. Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.).

E. 3

3.1 Wie in Erwägung 2.4 festgehalten, ist der zeitliche Ausgangspunkt für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer rechtskonformen Abklärung des Rentenanspruchs beruht. Zu prüfen ist demnach, ob sich seit der rechtskräftigen Verfügung vom 8. Februar 1995, womit der Beschwerdeführerin bei einem Invaliditätsgrad von 60 % mit Wirkung ab 1. Januar 1994 aufgrund der Folgen des Unfalles vom 24. April 1992 eine Komplementärrente zur ganzen Invalidenrente der Eidg. Invalidenversicherung zugesprochen wurde (Urk. 9/64), und dem angefochtenen Einspracheentscheid vom 6. Januar 2012 (Urk. 2) die unfallkausalen Beeinträchtigungen des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin und/oder dessen erwerbliche Auswirkungen derart wesentlich verändert haben, dass ihr ab 6. Januar 2012 keine Rente der Unfallversicherung mehr zusteht. Die mit Verfügung vom 18. Mai 1998 wegen des Wegfalls des IV-Kinderrentenanspruchs der Beschwerdeführerin vorgenommene Erhöhung der Komplementärrente ist insofern nicht relevant, als damit keine materielle Prüfung des UV-Rentenanspruchs der Beschwerdeführerin vorgenommen wurde (Urk. 9/72).

3.2 Den bis zum Erlass der Verfügung vom 8. Februar 1995 (Urk. 9/64) aufgelegten medizinischen Akten kann im Wesentlichen entnommen werden:

3.3.1.1

Am 21. Juli 1993 wurde die Beschwerdeführerin im Institut A.____ durch Dr. med. E.____, Spezialarzt FMH für Chirurgie, Ärztlicher Direktor, begutachtet (Urk. 9/36 S. 1). Die bis zu dieser Begutachtung aufgelegten Akten werden im Institut A.____-Gutachten vom 10. August 1993 zusammengefasst (Urk. 9/36 S. 2-5), weshalb sie an dieser Stelle nicht noch einmal ausführlich wiedergegeben werden.

Der Beurteilung des Institut A.____-Gutachters Dr. E.____ ist zu entnehmen, dass sich schon frühzeitig nach dem Ersatz des vorderen Kreuzbandes mit körpereigenem Material (Ligamentum patellae-Transplantat mit Knochenblock) und der Versorgung der Verletzung des Meniskus sowie des Innenbandes durch Direktnaht Einknickgeschehnisse (Ängstigend) eingestellt hatten, welche für einen Funktionsausfall des vorderen Kreuzbandes diagnostisch seien (Urk. 9/36 S. 12). Bei der Kontroll-Arthroskopie vom 26. Mai 1993 habe sich der klinische Instabilitätseindruck bestätigt: Das Ersatztransplantat für das vordere Kreuzband sei praktisch verschwunden (Absterben infolge fehlender Versorgung durch die örtliche Zirkulation), überdies hätten sich ausgedehnte Knorpelschädigungen innen- und aussenständig und am Schienbeinkopf gefunden. Zudem seien Rissbildungen des inneren wie des äusseren Meniskus zur Darstellung gekommen (Urk. 12/36 S. 12). Bei der am 21. Juli 1993 erfolgten klinischen gutachterlichen Untersuchung habe die Beschwerdeführerin in einem skalierten standardisierten Verfahren lediglich 48 von 100 geforderten Scorepunkten erzielt. Dieses schlechte Resultat werde vornehmlich durch die fehlende Stabilität verursacht (19 von geforderten 40 Scorepunkten). Der langdauernde Mindergebrauch des rechten Beines werde hinlänglich durch die muskuläre Verschmächtigung (Umfangmessungen an den unteren Extremitäten im Liegen) objektiviert (Urk. 9/36 S. 13). Die Situation sei für eine erst 36-jährige, berufstätige und alleinstehende Frau bedenklich, und die bereits angelaufenen, im kurz- bis mittelfristigen Verlauf zu ausgeprägten degenerativen Veränderungen (femoropatelläre, resp. Gonarthrose) führenden Knorpelschädigungen würden hier zu einem restabilisierenden Zweiteingriff und einer im Nachgang zur weiteren Operation zwingend durchzuführenden stationären Rehabilitation in einer geeigneten Institution drängen. Die überdies bestehenden anlagebedingten Achsenabweichungen in den Kniegelenken (Genua recurvata et valga) seien allenfalls Indikatoren für eine gleichzeitig vorzunehmende Stellungskorrektur (Korrekturosteotomie) (Urk. 9/36 S. 13). Die heute bei der Beschwerdeführerin objektivierbaren Folgen des Nichtberufsunfalls vom 24. April 1992 liessen die Ausübung der Tätigkeit einer Lageristin als nicht zumutbar erscheinen. Ein Abschluss des Falles sei im jetzigen Zeitpunkt somit nicht vertretbar (Urk. 9/36 S. 14).

Der Vertrauensarzt der Beschwerdegegnerin, Dr. B.____, untersuchte die Beschwerdeführerin am 7. Januar 1994 (Urk. 9/49 S. 1). Er gelangte zur Beurteilung, dass das Resultat der am 29. April 1992 vorgenommenen Kreuzband-Ersatzplastik und der medialen Seitenbandreinsertion als unbefriedigend bezeichnet werden müsse. Es liege heute (7. Januar 1994) eine mässige (mittelschwere) antero-mediale Instabilität des rechten Kniegelenks vor, welche den Versuch einer nochmaligen Rekonstruktion des vorderen Kreuzbandes an sich rechtfertigen würde. Die Voraussetzungen für einen solchen Eingriff seien jedoch ausserordentlich ungünstig. Die ganz massive Atrophie und der schlechte Tonus des Quadriceps sowie die arthroskopisch bereits am 26. Mai 1993 festgestellte beginnende Arthrose liessen kaum ein nur einigermaßen zufriedenstellendes

Resultat erwarten, auch wenn nachfolgend eine stationäre Rehabilitationsbehandlung durchgeführt werde. Zudem scheine auch noch eine gewisse psychische Überlagerung des Beschwerdebildes zu bestehen. Angesichts der unsicheren Erfolgsaussichten lehne die Beschwerdeführerin eine Operation ab. Da es sich keinesfalls um einen zumutbaren Eingriff handle, könne sie dazu nicht gezwungen werden (Urk. 9/49 S. 6).

3.5.1.1

3.5.1.1 Bei der Rentenaufhebung mit angefochtenem Einspracheentscheid vom 6. Januar 2012 stützte sich die Beschwerdegegnerin auf das orthopädische Gutachten des D.____ vom 15. Juni 2011, welches von Dr. med. F.____, Spezialarzt Orthopädie FMH, zertifizierter medizinischer Gutachter SIM, erstattet wurde (Urk. 9/113). Die Expertise des D.____ enthält eine Zusammenfassung der fallrelevanten Vordokumente (Urk. 9/113 S. 2-3), insbesondere des Gutachtens von Dr. C.____ vom 30. Oktober 2010. Soweit erforderlich, wird in der Würdigung der medizinischen Akten im Einzelnen darauf eingegangen.

3.5.2.1 Gestützt auf die orthopädische Anamnese und Untersuchung vom 15. Juni 2011, die am selben Tag durch Dr. F.____ vorgenommenen Röntgenuntersuchungen, die bei der Radiologie G.____ am 22. Juni 2011 durchgeführten MRI (Magnetic Resonance Imaging) und MR-Arthrographie der rechten Schulter sowie die von der IV-Stelle zur Verfügung gestellten Akten (Urk. 9/113 S. 2-3) stellte Dr. F.____ die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 9/113 S. 8):

- (1) Subacromiales Impingement bei Os acromiale mit Pseudarthrose zum Acromion und mässiger Acromioclaviculargelenksarthrose mit Bursitis subacromialis rechts
- (2) Leichte Osteochondrose und mässige Uncovertebralarthrose mit medialer Discushernie C4/5 bei mässiger Foraminalstenose beidseits sowie leichter Osteochondrose und mässiger Uncovertebralarthrose C5/6 bei Discusprotrusion ohne neurale Kompression
- (3) Mässige Osteochondrosen L3/4 links, L4/5 rechts und L5/S1 links mit kleiner Discushernie L4/5 ohne neurale Kompression
- (4) Deutliche bikompartimentale Arthrose und Läsion des lateralen Meniscus bei Status nach vorderer Kreuzbandersatzplastik nach Brückner, medialer Seitenbandreinsertion und medialer Meniscusnaht im April 1992 sowie Arthroskopie und Metallentfernung rechts im Mai 1993
- (5) Rhizarthrose rechts mit Zystenbildung im Os scaphoideum und der distalen Ulna
- (6) Prädiabetes

Als Diagnose ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit bezeichnete der Experte Senk-/Spreizfüsse und fügte an, dass die Frage, ob die 2004 vermutete und 2008 erwählte seronegative rheumatoide Arthritis tatsächlich bestehe und welchen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit sie dann hätte, von einem Rheumatologen beurteilt werden müsse (Urk. 9/113 S. 8).

3.5.3.1 Bezüglich der Kniebeschwerden ist der Expertise von Dr. F.____ zu entnehmen, dass seit dem Unfall vom 24. April 1992 auch therapieresistente Schmerzen im Kniegelenk beständen, wodurch die körperliche Leistungsfähigkeit subjektiv reduzierte werde. Analgetika würden täglich gebraucht. Bei der Begutachtung (im D.____) gebe die

Beschwerdeführerin häufige Schwellungen und Blockaden des rechten Kniegelenks, aber kein Instabilitätsgefühl mehr an. Die Kniegelenksschmerzen seien durch die Läsion des lateralen Meniscus bedingt. Die VKB(vorderes Kreuzband)-Plastik erscheine intakt. Das rechte Kniegelenk sei anlässlich der Begutachtung quasi nicht zu untersuchen gewesen, wobei das Ausmass der Schmerzen mit dem MRI-Befund nicht habe objektiviert werden können und dementsprechend von einer gewissen Aggravation ausgegangen werden müsse (Urk. 9/113 S. 9).

3.5.4 Zur Unfallkausalität der diagnostizierten Gesundheitsschädigungen führte Dr. F. aus, dass die Schulterschmerzen rechts mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht Folge des Unfalles vom 24. April 1992 seien, nachdem die Beschwerden erst vor zwei Monaten begonnen hätten und somit das subacromiale Impingement und die Bursitis subacromialis eher keine unfallbedingte Genese hätten. Das Os acromiale mit Pseudarthrose und die mässige Acromioclaviculargelenksarthrose seien nicht unfallbedingt. Obwohl die Beschwerdeführerin angebe, seit dem Unfall im April 1992 an lumbalen Schmerzen zu leiden, seien diese Beschwerden in den vorliegenden Unterlagen nirgends erwähnt worden. Somit sei fraglich, ob die Beschwerden effektiv seit dem Unfall beständen. Unabhängig davon sei es auch unwahrscheinlich, dass es zu unfallbedingten mehretägigen Osteochondrosen, wie im MRI der Lendenwirbelsäule (LWS) vom 22. Juni 2011 nachgewiesen (L3/4 links, L4/5 rechts und L5/S1 links), komme. Höchst wahrscheinlich seien die lumbalen Schmerzen somit ebenfalls nicht unfallbedingt. Dasselbe gelte für die im MRI der Halswirbelsäule (HWS) nachgewiesenen pathologischen Befunde, die bisher nicht symptomatisch gewesen seien. Die mehretägigen pathologischen Befunde der HWS (leichte Osteochondrose und mässige Uncovertebralarthrose C4/5 und C5/6 mit Discusprotrusion und mässiger Foraminalstenose C4/5 beidseits) seien mit grosser Wahrscheinlichkeit nicht unfallbedingt.

Im Mai 1993, also circa ein Jahr nach dem Unfall, habe der Chirurg Dr. H. in seinem Operationsbericht eine trikompartimentale leichte bis mässige Chondromalazie beschrieben. Es sei eher unwahrscheinlich, dass die Chondromalazie in drei Kniegelenkskompartimenten in so kurzer Zeit posttraumatisch entstanden sei. Leider sei der erste Operationsbericht des Chirurgen Dr. I. vom 30. April 1992 ungenügend, da die Knorpelverhältnisse nicht beschrieben würden. Die damals chirurgisch behandelte mediale Seitenbandläsion, die mediale Meniscusläsion und die vordere Kreuzbandläsion rechts seien eindeutig unfallbedingt. Die Kooperation der Beschwerdeführerin während der Untersuchung sei mangelhaft und das rechte Kniegelenk dementsprechend kaum zu untersuchen gewesen. Die Stabilität des rechten Kniegelenks habe darum nicht eindeutig beurteilt werden können. Im MRI des rechten Kniegelenks vom März 2011 fanden sich keine Hinweise für eine Läsion des medialen Seitenbands respektive des vorderen Kreuzbands. Anlässlich der jetzigen Begutachtung sei explizit auch kein Instabilitätsgefühl des rechten Kniegelenks erwähnt worden. Die im MRI sichtbare horizontale Läsion des lateralen Meniscus sei nicht unfallbedingt (Urk. 9/113 S. 10).

Die Rhizarthrose rechts sowie die Zystenbildung im Os scaphoideum und der distalen Ulna seien klinisch stumm und nicht unfallbedingt (Urk. 9/113 S. 11).

3.5.5 Hinsichtlich der unfallbedingten Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in ihrer angestammten Tätigkeit als Lageristin hielt Dr. F. fest, dass die Stabilität des rechten Kniegelenks während der Begutachtung wegen der

ungenÃ¼genden Mitarbeit der BeschwerdefÃ¼hrerin nicht habe beurteilt werden und der Rheumatologe Dr. C.____ acht Monate zuvor keine InstabilitÃ¤t des rechten Kniegelenks habe feststellen kÃ¶nnen. Im MRI vom MÃ¤rz 2011 bestÃ¼nden keine Hinweise fÃ¼r eine Seitenband- oder vordere KreuzbandlÃ¤sion. Die BeschwerdefÃ¼hrerin habe anÃ¤sslich der Begutachtung (im D.____) auch nicht Ã¼ber ein InstabilitÃ¤tsgefÃ¼hl des rechten Kniegelenks geklagt. Somit mÃ¼sse folgerichtig von einem stabilen Kniegelenk ausgegangen werden. Nachdem die trikompartimentalen KnorpelschÃ¤den mit Ã¼berwiegender Wahrscheinlichkeit nicht unfallbedingt seien, bestehe eine volle ArbeitsfÃ¤higkeit als Lageristin aus unfallbedingter Sicht (Urk. 9/113 S. 12).

E. 3.6

3.6.1Ã Die BeschwerdefÃ¼hrerin legte im Beschwerdeverfahren Berichte von Dr. med. J.____, Arzt fÃ¼r Allgemeine Medizin FMH, welcher diese seit Januar 1987 behandelt (Urk. 3/3-6, Urk. 3/8, Urk. 3/10-11), von Dr. med. K.____, Rheumatologie und Innere Medizin FMH (Urk. 3/7), sowie von Dr. med. L.____, OrthopÃ¤dische Chirurgie FMH, (Urk. 3/12) auf:

3.6.2Ã Im fÃ¼r die IV-Stelle ausgefÃ¼llten Arztbericht vom 11. November 2009 nannte Dr. J.____ als Diagnose mit Auswirkungen auf die ArbeitsfÃ¤higkeit ein am 24. April 1992 erlittenes Polytrauma des rechten Knies mit Operation im Spital Z.____ vom 29. April 1992 und Dauerschmerzen in Ruhe und bei Belastung, Ãinstabil beim gehen, verschlechternd, fÃ¼r Endoprothese musste Pat. 8 Jahre Ãlter sein, wartenÃ. Als Lageristin in einem SchuhgeschÃ¤ft sei die BeschwerdefÃ¼hrerin seit 28. April 1992 und weiterhin zu 100 % arbeitsunfÃ¤hig. Wegen der alle 30 Minuten nÃ¶tigen Lagewechsel mÃ¼sse auch die ArbeitsfÃ¤higkeit in einer behinderungsangepassten TÃ¤tigkeit mit 0 % angesehen werden (Urk. 3/3). In den Berichten vom 19. und 31. Januar 2011 erwÃ¤hnt Dr. J.____ im Wesentlichen, dass sich im RÃ¶ntgenbefund eine vollumfÃ¤ngliche Entfernung des Osteosynthesematerials, eine deutliche rechtsbetonte mediale Gonarthrose, sowie ein Ãgegen 1998 deutlicher Patella-Hochstand bds, li aber indolentÃ zeige. Die BeschwerdefÃ¼hrerin kÃ¶nne maximal 30 Minuten sitzen, danach wÃ¼rden sie einschliessende Knieschmerzen rechts, auch krampfartig plagen. Es komme circa 5 Mal im Jahr zu StÃ¼rzen wegen ÃKnieschwÃ¤che/LotterknieÃ rechts. Auch fÃ¼r leichte, wechselbelastende Arbeit bestehe eine ArbeitsunfÃ¤higkeit von 100 % (Urk. 3/4-5). Im Bericht vom 16. MÃ¤rz 2011 weist Dr. J.____ darauf hin, dass der rechte Aussenmeniskus wegen des instabilen Knies rechts Ã¼berbeansprucht worden sei und entsprechend degenerative Risse zeige, die schon im intraoperativen Situs damals angedeutet vorhanden gewesen seien. Offenbar habe sich die anatomische Situation deutlich verschlechtert, wie das am 9. MÃ¤rz 2011 angefertigte MRI des rechten Knies zeige (Urk. 3/6). In seiner Stellungnahme vom 17. Oktober 2011 zum orthopÃ¤dischen Gutachten des D.____ schrieb Dr. J.____, dass bei der BeschwerdefÃ¼hrerin vor dem Sturzunfall vom 24. April 1992 nie von einer Knie-Problematik die Rede gewesen sei. Das im Spital Z.____ angefertigte RÃ¶ntgenbild des Knies rechts vom MÃ¤rz 2011 zeige eine Ãdeutliche bis schwere GonarthroseÃ; dazu passe auch die durch Schonhaltung bedingte Muskelatrophie des rechten Oberschenkels. Im Unfallzeitpunkt (April 1992) sei die BeschwerdefÃ¼hrerin 36-jÃ¤hrig gewesen. Da (gemeint in diesem Alter) liege kaum je eine derart ausgeprÃ¤gte Kniearthrose vor, wie dies im MÃ¤rz 2011 (mit 55 Jahren) beschrieben worden sei. Die Gonarthrose rechts sei die Hauptbehinderung fÃ¼r die ArbeitsfÃ¤higkeit der BeschwerdefÃ¼hrerin. Die Chirurgie des Spitals Z.____ habe sogar schon mit 55 Jahren

eine Knieendoprothese rechts vorgeschlagen. Die Tilur/Dafalgan-Dauermedikamentation spreche auch gegen eine Aggravation. Die Beschwerdeführerin habe damals während fünf Jahren zwei Ami-Stücke benutzt. Noch heute bewege sie sich ausser Haus mit einem Stock wegen der Knieschmerzen rechts. Nur zu Hause komme sie knapp ohne Stock aus. Dies spreche auch gegen eine Aggravation (Urk. 3/8). Dr. J. ___ betonte in seinem weiteren Schreiben vom 13. Januar 2012 an die Rechtsvertretung der Beschwerdeführerin, dass das rechte Knie in der Krankheitsgeschichte der Beschwerdeführerin erstmals beim Knieunfall vom 24. April 1992 eine Rolle gespielt habe. In der im Spital Z. ___ durchgeführten Röntgenaufnahme der Knie beidseits vom Februar 2008 zeige sich im rechten Knie 15 Jahre nach Unfall eine deutlich stärkere Arthrose als links. Es gehe nicht mehr um ein instabiles Knie rechts, sondern nur noch um die Kniearthrose rechts, welche die Beschwerdeführerin zu Stockgebrauch und Schmerzmitteln täglich zwingt. Die klare Seitendifferenz spreche für unfallfolgenbedingte Kniearthrose rechts bei Fehlbelastung/Schonhaltung nach Unfall (Urk. 3/10).

3.6.3.4 Dr. K. ___ stellte in seinem Arztbericht vom 25. August 2009 an die Beschwerdegegnerin als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: (1) Posttraumatische Gonarthrose rechts bei Status nach vorderer Kreuzbandplastik, medialer Seitenbandnaht und Meniskusnaht rechts am 29. April 1992 nach Treppensturz, anamnestisch Status nach Arthroskopie im Mai 1993: Chondromalazie, mediale Meniskusläsion, resorbiertes vorderes Kreuzband, laterale Meniskusläsion sowie bei grotesker antero-medialer Kniegelenksinstabilität (mit Verweis auf den IV-Bericht von Dr. H. ___ vom September 1993), (2) Seronegative rheumatoide Arthritis (Differentialdiagnostisch systemischer Lupus erythematosus) symptomatisch seit Mai 2000 und (3) Idiopathische thrombozytopenie Purpura März 2008 (Urk. 3/7). Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit wurden (1) eine chronisch venöse Insuffizienz Grad I bis II rechts, (2) chronische Mikrohämaturie und (3) Adipositas (BMI 31,1) gestellt (Urk. 3/7). Wegen der belastungsabhängigen rechtsseitigen Knieschmerzen bei schwerer posttraumatischer Gonarthrose sei die Beschwerdeführerin in ihrer zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Lageristin beim Y. ___, bei welcher sie viel stehen, gehen und auf Leitern steigen musste, seit dem 29. April 1992 zu 100 % arbeitsunfähig. Eine vorwiegend gehende und stehende Tätigkeit sei wegen des Knieleidens nicht möglich. - Dem Bericht von Dr. K. ___ wurde die Zusammenfassung der Krankengeschichte des Stadtspitals Z. ___ vom 25. März 2008 beigelegt, welchem jedoch keine Angaben zur Einschränkung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin zu entnehmen sind (Urk. 3/7).

3.6.4.4 In seiner Beurteilung im Bericht vom 24. März 2011 weist Dr. L. ___ auf die bereits fortgeschrittene Arthrose am Kniegelenk rechts und auf klare Insuffizienz des vorderen Kreuzbandes bei Status nach komplexem Unfall vor 20 Jahren und dreimaliger Operation hin. Aufgrund der Klinik und des MRIs könne eine 100%ige Arbeitsfähigkeit sicher nicht attestiert werden. Adäquat erscheine eine 50%ige Arbeitsfähigkeit unter optimalen Voraussetzungen der Umgebung. Mittelfristig sei mit der Implantation einer Knie-Totalendoprothese zu rechnen, was bezüglich Schmerzen einen positiven Schritt bedeuten könne. Die bereits atrophe Muskulatur werde jedoch wohl nicht wieder genügend aufgebaut werden können (Urk. 3/12).

E. 4

4.1.1 Die Würdigung des orthopädischen Gutachtens des D.____ vom 15. Juni 2011 ergibt, dass diese Expertise unter Berücksichtigung der Vorakten (Urk. 9/113 S. 2-3), der geklagten Beschwerden (Urk. 9/113 S. 4-5) und in Auseinandersetzung mit dem Verhalten der Beschwerdeführerin (insbes. Urk. 9/113 S. 5 und 10) erstellt wurde und auf allseitigen, namentlich auch im bildgebenden Verfahren durchgeführten Untersuchungen (Urk. 9/113 S. 5-8) beruht. Das orthopädische Gutachten des D.____ vom 15. Juni 2011 erweist sich für die Beantwortung der gestellten Fragen nach der Unfallkausalität der Beschwerden der Beschwerdeführerin, wobei unbestrittenmassen die geltend gemachten Kniebeschwerden im Vordergrund stehen, als umfassend. Die Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge durch Dr. F.____ und dessen Schlussfolgerungen sind einleuchtend und nachvollziehbar begründet, so dass seinem orthopädischen Gutachten vom 15. Juni 2011 grundsätzlich voller Beweiswert zukommt.

4.2.1

4.2.1.1 Bezüglich Gesundheitsstörungen des beim Unfall vom 24. April 1992 verletzten rechten Knies ist zu bemerken, dass Institut A.____-Gutachter Dr. E.____ damals (Mitte 1993) noch eine Instabilität dieses Knies feststellte, welche er als Hauptgrund für den schlechten Befund bei der klinischen Untersuchung angab. Er wies insbesondere auf das nach dem besagten Unfall aufgetretene Einknickgeschehen bei diesem Knie hin (E. 3.3.2). Eine ausgeprägte antero-mediale Kniegelenksinstabilität wurde zwar auch schon bei der diagnostischen Kniegelenkspiegelung im Spital Z.____ vom 26. Mai 1993 festgestellt (Urk. 9/29). Demgegenüber konnte Dr. F.____ bei seiner Untersuchung vom 15. Juni 2011 keine solche Instabilität mehr erheben (E. 3.5.3). Er führt überdies aus, dass im MRI vom März 2011 keine Hinweise für eine Seitenband- oder vordere Kreuzbandläsion bestanden hätten (Urk. 3.5.5). Im Arztbericht von Dr. K.____ vom 25. August 2009 finden sich keine aktuellen Befunde zu einer Instabilität des rechten Knies (Urk. 3/7). Auch laut Dr. C.____, welcher die Beschwerdeführerin am 28. Oktober 2010 untersuchte (Urk. 13/65/1), waren am rechten Kniegelenk keine antero-mediale Instabilität, kein Pivot-shift und kein Lachmann-Zeichen mehr nachweisbar (Urk. 13/65/13). Wenn Dr. J.____ demgegenüber am 19. Januar 2011 berichtete, dass die Beschwerdeführerin wegen der Knieschwäche bzw. des «Lotterknies» circa 5-mal im Jahr stürze (E. 3.6.1), stellte er dabei aber offensichtlich einzig auf die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin ab. Es kommt hinzu, dass die Beschwerdeführerin gegenüber dem D.____-Gutachter Dr. F.____ bei seiner Untersuchung vom 15. Juni 2011 - anders als noch bei der Untersuchung durch Dr. B.____ vom 7. Januar 1994 (Urk. 9/49 S. 2) - keine Instabilität des rechten Knies erwähnte, was dieser in seiner Beurteilung ausdrücklich betonte (E. 3.5.4). Anzuführen ist schliesslich, dass auch im Bericht von Dr. L.____ vom 24./31. März 2011 keine aktuell bestehende Knieinstabilität angegeben wird (Urk. 3/12).

Dr. F.____, welcher von einem stabilen rechten Kniegelenk ausgeht, deutet an, dass es eher unwahrscheinlich sei, dass eine früher mehrfach beschriebene deutliche Instabilität des rechten Knies spontan verschwunden sei (Urk. 9/113 S. 12). Wenn er weiter darauf hinweist, dass die Untersuchung der Beschwerdeführerin wegen sehr tiefer Schmerzschwellen respektive Aggravation kaum möglich und insbesondere die Stabilität des rechten Knies klinisch nicht beurteilt werden können (Urk. 9/113 S. 12), sind seine Aussagen aber deswegen nicht widersprüchlich, und es kann auch nicht

behauptet werden, dass seine Einschätzung auf einer unvollständigen Untersuchung der Beschwerdeführerin beruhe, denn die objektivierbaren Befunde hinsichtlich der nicht mehr vorhandenen (vgl. nachstehend E. 4.2.2) Atrophie der Oberschenkelmuskulatur des rechten Beins der Beschwerdeführerin sprechen ebenfalls für eine Verbesserung der unfallbedingten Gesundheitsstörung. Insbesondere braucht damit nicht weiter geprüft zu werden, ob die nunmehr wieder behauptete Instabilität des rechten Knies ursprünglich überhaupt bestanden hat.

4.2.2.1 Dr. B. hat bei seiner Untersuchung der Beschwerdeführerin vom 7. Januar 1994 noch eine ganz massive Atrophie der Oberschenkelmuskulatur rechts festgestellt (Urk. 9/49 S. 5). Es erscheint plausibel, dass diese damals Folge der Schonhaltung bzw. Entlastung des rechten Beins war (vgl. die diesbezüglichen Ausführungen im Gutachten von Dr. C. vom 30. Oktober 2010, Urk. 13/65/10), welche ihrerseits durch die Instabilität des Knies bedingt war. So erwähnte die Beschwerdeführerin gegenüber Dr. B., dass sie keine Kraft im rechten Bein habe und auch mit der Schiene, welche sie, da sie Druckbeschwerden verursache, nur zu Hause trage, beim Gehen im Knie plötzlich einknicke (Urk. 9/49 S. 2). Anders noch als bei der Untersuchung durch Dr. B. erhob Dr. C. bei der Begutachtung vom 28. Oktober 2010 an beiden Beinen eine unauffällige und symmetrisch ausgebildete Muskulatur (Urk. 13/65/13). Für Dr. C. war die Rückbildung der Instabilität des Knies, aus rein somatischer Sicht beurteilt, nachvollziehbar, denn die im Institut A.-Gutachten vom 10. August 1993 (E. 3.3.2) beschriebene Muskelhypotrophie der Ober- und der Unterschenkelmuskulatur rechts habe sich vollständig zurückgebildet, und die unterdessen normale Muskelrophie ermögliche die muskuläre Stabilisierung des Kniegelenks. Offensichtlich habe die Beschwerdeführerin zum damaligen Zeitpunkt (1993) konsequent das rechte Bein entlastet. Nicht anders könne sich die damals dokumentierte Muskelhypotrophie beträchtlichen Ausmasses entwickelt haben. Relevante Gonarthrosen könnten zu einer Muskelhypotrophie der Quadrizepsmuskulatur führen, die nicht mittels Krafttraining kompensiert werden könne. Eine derartige Situation liege bei der Beschwerdeführerin (aber) nicht vor. Das bei der Begutachtung phasenweise präzenterte unspezifische Schonhinken des rechten Beines sei in seiner Bedeutung zu relativieren. Es führe bewiesenermassen aktuell nicht zu einer Muskelhypotrophie (Urk. 9/65/13-14). Diese Ausführungen sind schlüssig und überzeugend und stützen die Einschätzung von Dr. F., wonach keine Instabilität des Knies mehr vorliegt. Dr. J. erwähnt im Kurzbericht vom 16. März 2011 eine Quadriceps-Atrophie, gibt indes keine nachvollziehbaren objektiven Befunde wieder (Urk. 3/6). Gleiches gilt auch für den Bericht von Dr. L. vom 24./31. März 2011, welcher am 24. März 2011 inspektorisch eine deutliche Atrophie festgestellt haben will (Urk. 3/12), wobei äusserst fraglich ist, ob sich diese deutliche Atrophie seit der Untersuchung durch Dr. C. am 28. Oktober 2010 wieder gebildet haben kann.

4.2.3.1 Gemäss dem Institut A.-Gutachter Dr. E. waren aufgrund der Röntgenaufnahmen des rechten Kniegelenks ap. und seitlich vorbestehende degenerative Veränderungen in Form der Arthrose auszuschliessen (Urk. 9/36 S. 11). Dr. E. wies ferner auf die bereits angelaufenen, im kurz- bis mittelfristigen Verlauf zu ausgeprägten degenerativen Veränderungen (femoropatelläre, resp. Gonarthrose) führenden Knorpelschädigungen, einen Befund, welchen er dem Bericht zur Kontroll-Arthroskopie vom 26. Mai 1993 entnahm (Urk. 9/36 S. 12), hin (E. 3.3.2). Dr.

B. erwähnte ebenfalls die am 26. Mai 1993 festgestellte beginnende Arthrose (E. 3.4). Im Rahmen der orthopädischen Gutachten des D. vom 15. Juni 2011 durchgeführten Untersuchungen wurde eine deutliche bikompartimentale Arthrose im rechten Knie festgestellt (E. 3.5.2), welche von Dr. F. indes nicht ausdrücklich auf den Unfall zurückgeführt oder als posttraumatisch bezeichnet wurde. Dr. F. vertrat bezüglich der bei der Kontroll-Arthroskopie vom 26. Mai 1993 erhobenen trikompartimentalen leichten bis massigen Chondromalazie (vgl. Urk. 7/29) den Standpunkt, es sei eher unwahrscheinlich, dass die Chondromalazie in drei Kniegelenkskompartimenten in so kurzer Zeit posttraumatisch entstanden sei (Urk. 3.5.4). Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts kann aus dem Umstand allein, dass vor dem Unfall keine arthrotischen Veränderungen bestanden haben, nicht einfach in Anwendung der Formel $\hat{A} \hat{A} \hat{A} \hat{A}$ post hoc ergo propter hoc, wonach eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch den Unfall verursacht gilt, weil sie nach diesem eingetreten ist, auf einen rechtsgenügen Zusammenhang geschlossen werden (Urteil des Bundesgerichts U 36/03 vom 20. November 2003, E. 3.2 mit Hinweis auf BGE 119 V 335 E. 2 b bb). Demnach ist der natürliche Kausalzusammenhang zwischen der bikompartimentalen Arthrose und dem Unfall vom 24. April 1994 nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, und lässt sich auch aus dem Hinweis des behandelnden Arztes Dr. J., wonach bei der Beschwerdeführerin vor dem Sturz vom 24. April 1992 nie von einer Knieproblematik die Rede gewesen sei (E. 3.6.1), die Unfallkausalität von deren Kniebeschwerden nicht herleiten.

4.3 $\hat{A} \hat{A} \hat{A} \hat{A}$ Die übrigen somatischen Befunde sind unbestrittenermassen nicht unfallkausal. Dies gilt auch für die in den Akten verschiedentlich erwähnten psychischen Beschwerden der Beschwerdeführerin. Weitere Ausführungen hierzu können unterbleiben.

4.4 $\hat{A} \hat{A} \hat{A} \hat{A}$ Mit Dr. F. ist von einer wesentlichen Verbesserung der unfallbedingten Kniebeschwerden der Beschwerdeführerin sowie - bei einer Beurteilung der gesundheitlichen Auswirkungen des Unfalls vom 24. April 1992 - von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in der ursprünglichen Tätigkeit als Lageristin auszugehen. Die Beschwerdeführerin verweist zur Begründung ihres Standpunktes im Wesentlichen auf die Berichte ihres Hausarztes Dr. J. sowie der Dres. K. und L. (Urk. 1 S. 3-6). Wie im Einzelnen dargelegt, vermögen diese Arztberichte indes keinen Zweifel an der Einschätzung des D.-Gutachters Dr. F. vom 15. Juni 2011 zu begründen. Weil demnach keine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit mehr gegeben ist, hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch mehr auf Rentenleistungen der Unfallversicherung, weshalb die Beschwerdegegnerin die bisher gewährte Komplementärrente zu Recht aufgehoben hat. Es ist nicht zu beanstanden, dass sie den Zeitpunkt der revisionsweisen Leistungseinstellung auf das Erlassdatum des Einspracheentscheides vom 6. Januar 2012 festgesetzt hat (E. 2.4).

5. $\hat{A} \hat{A} \hat{A} \hat{A} \hat{A} \hat{A}$ Diese Erwägungen führen zur vollumfänglichen Abweisung der Beschwerde.

Das Gericht erkennt:

- $\hat{A} \hat{A} \hat{A} \hat{A} \hat{A} \hat{A} \hat{A} \hat{A}$ Die Beschwerde wird abgewiesen.
- $\hat{A} \hat{A} \hat{A} \hat{A} \hat{A} \hat{A} \hat{A} \hat{A}$ Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- TCL Treuhand Consulting Liegenschaften 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.