

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2014.00151**

## **vom 27. Mai 2016**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-05-27, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2014.00151](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2014.00151)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2014.00151 du 27 mai 2016

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2014.00151 del 27 maggio 2016

### **Erwägungen**

#### **E. 1.1**

Streitig und zu prüfen ist, ob die aktuellen rechtsseitigen Kniebeschwerden der Beschwerdeführerin in einem rechtsgenügenden Zusammenhang mit dem Ereignis vom 20. März 1993 stehen und ob die Beschwerdegegnerin dementsprechend hierfür eine Leistungspflicht trifft.

#### **E. 1.2**

Gemäss Art. 6 Abs. 1 UVG werden die Versicherungsleistungen - soweit dieses Gesetz nichts anderes bestimmt - bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt.

Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt voraus, dass zwischen dem versicherten Ereignis und dem eingetretenen Schaden ein natürlicher und ein adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 129 V 177 E. 3.1-2 mit Hinweisen).

#### **E. 1.3**

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 entfielen (BGE 129 V 177 E. 3.1, 402 E. 4.3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 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).

#### **E. 1.4**

Wird durch den Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, fällt der natürliche Kausalzusammenhang dahin, wenn und sobald der Gesundheitsschaden nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies

trifft dann zu, wenn entweder der Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist (RKUV 1992 Nr.

U 142 S.

75 E.

4b mit Hinweisen; nicht publiziertes Urteil des Bundesgerichts U

172/94 vom 26.

April 1995). 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 ). Die blosse Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. 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). Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend ( Urteil des Bundesgerichts 8C\_637/2013 vom 11.

März

2014 E. 2.3.1 mit Hinweisen). Mit dem Erreichen des Status quo sine vel ante entfällt eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden. Solange jedoch der Status quo sine vel ante noch nicht wieder erreicht ist, hat der Unfallversicherer gestützt auf Art. 36 Abs. 1 UVG in aller Regel neben den Taggeldern auch Pflegeleistungen und Kostenvergütungen zu übernehmen, worunter auch die Heilbehandlungskosten nach Art.

### **E. 1.5**

Die Versicherungsleistungen werden auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt ( Art. 11 der Verordnung über die Unfallversicherung, UVV). Bei einem Rückfall handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit, so dass es zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise sogar zu (weiterer) Arbeitsunfähigkeit kommt; von Spätfolgen spricht man, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Verlaufe längerer Zeit organische oder auch psychische Veränderungen bewirkt, die zu einem anders gearteten Krankheitsbild führen können (BGE 118 V 293 E. 2c mit Hinweisen).

### **E. 1.6**

Kein Rückfall stellt das vorhersehbare Wiederauftreten von Beschwerden aus einem stationären Gesundheitsschaden dar (Urteil des Bundesgerichts U 244/04 vom 20. Mai 2005 E).

3.2). So sind insbesondere dann, wenn bereits der Grundfall lediglich einen vorübergehenden Beschwerdeschub auslöste, ohne dass der diesem zugrunde liegende Gesundheitsschaden durch das damalige Ereignis verursacht oder richtunggebend beeinflusst wurde, die späteren Beschwerdeschübe nicht als Rückfall zu betrachten (Urteil des Bundesgerichts U 62/07 vom 9. Januar 2008 E).

4; Rumo-Jungo /Holzer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Auflage, Zürich/Basel/Genf 2012, S. 78).

Rückfälle (und Spätfolgen) schliessen begrifflich an ein bestehendes Unfallereignis an. Entsprechend können sie eine Leistungspflicht des (damaligen) Unfallversicherers nur dann auslösen, wenn zwischen den erneut geltend gemachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 118 V 293 E. 2c). Dabei kann nicht zwingend von der natürlichen Kausalität zwischen Unfall und Grundfall auf die natürliche Kausalität zwischen Unfall und Rückfall geschlossen werden, denn die unfallkausalen Faktoren können durch Zeitablauf wegfallen. Vielmehr obliegt es dem Leistungssprecher, das Vorliegen eines (leistungsbegründenden) natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem neuen Beschwerdebild und dem Unfall (mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit) nachzuweisen. Bei Beweislosigkeit fällt der Entscheid zu Lasten des Versicherten aus

(RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 E. 3b; Rumo-Jungo /Holzer, a.a.O., S. 78 f.).

### **E. 1.7**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte und Ärztinnen kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt oder die befragte Ärztin in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters oder der Gutachterin allerdings ein strenger Massstab anzulegen (RKUV 1999 Nr. U 356 S. 572; BGE 135 V 465 E. 4.4, 125 V 351 E. 3b/ ee, 122 V 157 E. 1c; vgl. auch BGE 123 V 331 E. 1c). 2.

### **E. 2**

Dagegen erhob die Versicherte am 23. Juni 2014 Beschwerde und beantragte, der Einspracheentscheid vom 21. Mai 2014 und die Verfügung vom 9. Januar 2014 seien aufzuheben und es seien ihr im Zusammenhang mit dem Unfall vom 20. März 1993 weiterhin die gesetzlichen Leistungen aus dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) auszurichten (Urk. 1 S. 2). Die Beschwerdegegnerin beantragte mit Beschwerdeantwort vom 29. August 2014 die Abweisung der Beschwerde (Urk.

### **E. 2.1**

Dr. D.\_\_\_\_ erklärte in der Stellungnahme vom 29. November 2013, dass im Operationsbericht von Dr. A.\_\_\_\_ vom 19. April 1993 auf eine bereits 1979 durchgeführte Naht des VKB und zudem auf eine radikale Menishektomie medial verwiesen werde. Insgesamt dürfe anhand dieses Operationsberichts davon ausgegangen werden, dass bereits im April 1993 keine strukturellen Alterationen mehr zu finden gewesen seien, die überwiegend wahrscheinlich auf den lediglich vier Wochen vorher stattgehabten Skisturz vom 20. März 1993 hätten zurückgeführt werden können. Vielmehr habe dieser im Wesentlichen den Auslöser für vertiefte Abklärungen dargestellt, die aber lediglich den Vorzustand bestätigt hätten, wie er sich nach dem Ereignis von 1979 über 14 Jahre hinweg entwickelt habe. Anhand der vorliegenden Unterlagen sei davon auszugehen, dass auf morphologischer Ebene bereits bei der Arthroskopie vom 19. April 1993 ein Status quo sine vorgelegen habe (Urk. 8/M5/2).

### **E. 2.2**

Dr. E.\_\_\_\_ gab im Bericht vom 5. Mai 2014 an, dass beim Skisturz vom 20. März 1993 wegen des Vorliegens einer Instabilität des rechten Kniegelenks eine VKB-Ersatzplastik (BTB) mit Notch-Plastik vorgenommen worden sei. Weitere Angaben bezüglich früheren Giving-way-Symptomen bei Status nach VKB-Naht 1979 und Status nach medialer Menishektomie würden ihm fehlen. Erfahrungsgemäss führe eine VKB-Naht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit vor allem bei jungen Patienten zur Instabilität des Kniegelenks, vor allem wenn noch eine meniskoprive Situation vorliege. Zur Frage, welche der nun erhobenen Befunde mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in natürlichem Kausalzusammenhang zum Unfall vom 20. März 1993 stehen würden, könne er aufgrund der fehlenden Anamnese nicht Stellung nehmen. Vor allem sei die Evaluation betreffend Brückensymptome im Zeitintervall zwischen 1979 und dem zweiten Unfall von 1993 relevant. Aktuell liege eine posttraumatische Varusgonarthrose des rechten Kniegelenks mit Femoropatellargonarthrose und Einschränkung der Beweglichkeit vor. Zur Frage des Vorzustandes vor 1993 könne er nicht Stellung nehmen. Somit auch nicht zum Status quo ante/sine. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit sei es durch den Unfall 1993 zu einer richtungsweisenden Verschlechterung eines wahrscheinlich vorbestehenden asymptomatischen Kniegelenks gekommen mit einer langsamen Progredienz bis zum jetzigen Zeitpunkt, auch wenn das Kniegelenk 1993 operativ stabilisiert worden sei (Urk. 8/M8/1, vgl. auch Urk. 8/M7).

### **E. 2.3**

Dr. F.\_\_\_\_ führte in der Stellungnahme vom 20. Mai 2014 aus, dass es sich bei allen den im MRI vom 30. März 1993 und intraoperativ anlässlich des Eingriffs vom 19. April 1993 erhobenen Befunden nicht um frische posttraumatische Veränderungen handle, sondern um Zustände, die mit Sicherheit mit der seinerzeitigen Kreuzbandnaht und Menishektomie 1979 im Zusammenhang stehen würden. Mit der VKB-Ersatzplastik vom 19. April 1993

sei der Vorzustand behandelt worden, nicht die direkten Unfallfolgen bezogen auf das Ereignis vom 20. März 1993. Die Übernahme der drei rechtsseitigen Knieeingriffe 1993 und 1994 könne aufgrund der zuvor gemachten Ausführungen nicht begründet werden. Ein Rückfall vom Sturz vom 20. März 1993 liege nicht vor (Urk. 8/M10).

#### **E. 2.4**

und E. 2.6).

Diese Eingriffe waren aber aufgrund der vorbestehenden Kreuzbandinsuffizienz nötig; dass das im MRI vom 30. März 1993 – nebst dem Vorzustand – beschriebene Knochenmarksödem eine arthroskopische

Ersatzplastik des VKB indiziert hätte, ist aufgrund der Beurteilungen von Dr. D.\_\_\_\_, Dr. F.\_\_\_\_ und Dr. H.\_\_\_\_ nicht anzunehmen und wurde auch von Dr. G.\_\_\_\_ nicht geltend gemacht. 3.4. 3

Dr. E.\_\_\_\_ hat seine Feststellung im Bericht vom 5. Mai 2014, es sei durch den Unfall 1993 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu einer richtungsweisenden Verschlechterung eines wahrscheinlich vorbestehend asymptomatischen Kniegelenks gekommen mit einer langsamen Progredienz bis zum jetzigen Zeitpunkt, nicht begründet. Sodann wird diese Feststellung auch durch seine

eigenen vorangegangenen Aussagen im selben Bericht relativiert, zumal er zunächst noch erklärt hatte, dass eine VKB-Nacht erfahrungsgemäss mit überwiegender Wahrscheinlichkeit vor allem bei jungen Patienten zur Instabilität des Kniegelenks führe, vor allem wenn noch eine meniskoprive Situation vorliege (vgl. E. 2.2) 3.5

Eine Teilkausalität im Sinne von Art. 36 Abs. 1 UVG liegt im Übrigen vor, wenn mehrere Ursachen gemeinsam zum gleichen Gesundheitsschaden geführt haben. Haben sie unterschiedliche Schäden verursacht, so kommt Art. 36 Abs. 1 UVG nicht zur Anwendung, namentlich wenn die Gesundheitsschäden unterschiedliche Körperteile zum Gegenstand haben. Im vorliegenden Fall betreffen der Unfall vom 20. März 1993 und die Vorschädigung (vorbestehende Kreuzbandinsuffizienz) zwar den gleichen Körperteil, aber es handelt sich trotzdem um unterschiedliche Schäden. Gerade weil nicht die Kausalität zwischen Unfall und Operation massgebend ist, sondern diejenige zwischen Unfall und Gesundheitsschaden, kann nicht entscheidend sein, dass durch den Unfall vom 20. März 1993 der Zeitpunkt der Operation

vorverschoben worden ist. Massgeblich ist daher nur, ob die Schädigung als solche –

die Kreuzbandinsuffizienz - durch den Unfall verursacht worden ist. Dies ist, auch im Sinne einer Teilursache, hier nicht der Fall. Entscheidend ist somit letztlich, dass unter dem Begriff des Gesundheitsschadens nicht lediglich zwischen gleichen oder unterschiedlichen Körperteilen, sondern gegebenenfalls auch zwischen den einzelnen Leiden am gleichen Körperteil zu unterscheiden ist. Nach dem Gesagten hat der Unfallversicherer die Behandlungskosten zu tragen, wenn ein Unfall einen vorbestehenden Zustand verschlimmert hat, dies jedoch nur, solange der Status quo sine oder quo ante noch nicht wie der erreicht ist. Diese Leistungspflicht kann sich allerdings nur auf die Behandlung derjenigen Schädigung beziehen, die durch den Unfall (mit)verursacht, das heisst verschlimmert worden ist. Hingegen kann der Versicherte nicht einen Unfall zum Anlass nehmen, welcher keinerlei Einfluss auf den Schaden auszuüben vermochte, um auf Kosten des Unfallversicherers eine Behandlung durchzuführen, die auch ohne den Unfall - wenn

auch allenfalls etwas später - nötig geworden wäre. Denn damit würde der Unfallversicherer zu mehr verpflichtet werden, als zur Erreichung des Status quo sine oder quo ante (Urteil des Bundesgerichts U 427/05 vom 21. September 2006 E. 2.3.5 -6 mit Hinweisen ). 3.6

Ferner ist darauf hinzuweisen, dass der Unfallversicherer rechtsprechungs gemäss die Möglichkeit hat, die durch Ausrichtung von Heilbehandlung und Taggeld anerkannte Leistungspflicht mit Wirkung ex nunc et pro futuro ohne Berufung auf den Rückkommenstitel der Wiedererwägung oder der prozessualen Revision einzustellen, das heisst den Fall abzuschliessen, dies mit der Begründung, ein versichertes Ereignis liege - bei richtiger Betrachtungsweise - gar nicht vor (BGE 130 V 380). Dies gilt - entgegen der von der Beschwerdeführerin vertretenen Auffassung (Urk. 1 S. 8) - auch dann, wenn ein Unfallversicherer - wie vorliegend die Beschwerdegegnerin - eine Leistungspflicht für einen Grundfall

- das Ereignis vom 20. März 1993

-

durch die Ausrichtung von Heilbehandlung und Taggeld anerkannt hatte (vgl.

Urk. 8/A26 und Urk. 8/A27) und sich dann die Frage stellt, ob ein Rückfall vorliegt. Anders verhielte es sich, wenn eine Rückforderung der von der Beschwerdegegnerin im Anschluss an den Unfall vom 20. März 1993 erbrachten Leistungen (Heilbehandlung und Taggeld, Urk. 8/A26-27) zur Diskussion stünde (vgl. Urteil des Bundesgerichtes 8C\_616/2013 vom 28. Januar 2014 E. 3.2.1 mit Hinweis auf BGE 130 V 380 E.

2.3.1). Dies ist nicht der Fall. Die Beschwerdegegnerin konnte damit ihre Leistungspflicht für den geltend gemachten Rückfall auch ohne Berufung auf den Rückkommenstitel der Wiedererwägung oder der prozessualen Revision verneinen, obwohl sie für die Kosten der drei Operationen von 1993 und 1994 aufgekommen war.

Alsdann kann sie aufgrund der damaligen Kostenübernahme auch nicht darauf behaftet werden, nun Leistungen für die

Folgen dieser Operationen übernehmen zu müssen. 3.7

Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass kein Anlass besteht, die Beurteilungen von Dr. D.\_\_\_\_ und Dr. F.\_\_\_\_

in Zweifel zu ziehen (vgl. E. 1.7). Von weiteren Abklärungen sind keine entscheiderelevanten neuen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb davon abgesehen werden kann (BGE 124 V 90 E. 4b). 3.8

Die Beschwerdegegnerin hat

das Vorliegen eines rechtsgenügenden

Kausalzusammenhangs zwischen

dem Ereignis vom 20. März 1993

und den von der Beschwerdeführerin im Juli 2013 als Rückfall gemeldeten rechtsseitigen

Kniebeschwerden

und damit eine Leistungspflicht hierfür demnach

zu Recht verneint.

Die Beschwerde ist deshalb abzuweisen.

Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. Walter Keller - AXA  
Versicherungen 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 dem 5. 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). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich  
Der Vorsitzende  
Der Gerichtsschreiber  
Hurst  
Kreyenbühl

## **E. 2.5**

Dr. H.\_\_\_\_ erklärte in der Stellungnahme vom 21. August

2015, dass die Beschwerdeführerin in der Anamnese bisher ungenügend über die Leistungsfähigkeiten vor 1993 befragt worden sei. Dadurch seien alle bisherigen Aussagen, insbesondere auch diejenigen von Dr. G.\_\_\_\_ betreffend die durch das Unfallereignis von 1993 bedingte Instabilität,

rein spekulativ. Rein schädigungsbedingt führe die im Alter von 16 Jahren erlittene erhebliche Komplexverletzung mit Beteiligung des VKB im Langzeitverlauf zur verfrüht auftretenden Arthrose, völlig unabhängig davon, ob man das VKB operativ durch Naht oder Sehnenersatz operiere. Das Ereignis vom März 1993 sei ganz wesentlich vom Vorzustand geprägt, und es fänden sich keine Hinweise auf eine relevante Zusatzverletzung am rechten Knie 1993. Die Beschwerdeführerin habe nach dem Knirschen weiterfahren können, es sei keine sofortige Schwellung erfolgt, arthro skopisch habe keine erhebliche Zusatzverletzung nachgewiesen werden können und das Bone

Bruise im MRI sei nicht von klinischer Relevanz. Ob das Unfallereignis vom 20. März 1993 zu einer vorübergehenden oder richtungsweisenden Verschlechterung des Vorzustands geführt habe, lasse sich aufgrund der ungenügenden Dokumentationslage nicht sagen. Mit den drei Operationen

von 1993 und 1994 sei eindeutig ein Vorzustand behandelt worden, da 1993 keine Zeichen einer frischen VKB-Verletzung erhoben worden seien. Zum Hauptanteil (90 %) lägen heute die Folgen der Schädigung von 1979 und zu einem kleinen Anteil (ca. 10 %) Folgen der Eingriffe von 1993 und 1994 vor. Folgen des Ereignisses von 1993 lägen nicht vor. Dass – wie von Dr. G.\_\_\_\_ beschrieben – ein Pivot-Shift-Manöver stattgefunden habe, sei

nachvollziehbar und lasse auch verstehen, dass im MRI eine Signalstörung im postero - lateralen Tibiaplateau feststellbar gewesen sei. Damit sei aber der Schweregrad der all fälligen Zusatz verletzung mit operativer Konsequenz in keiner Weise plausibi li siert. Es sei sonst keine Rede von ligamentären Zusatzschädigungen in der Peri pherie, die am ehesten med ial zu erwarten gewesen wären

( Urk. 23/M13 /2-6 ).

### **E. 2.6**

Dr. G.\_\_\_\_ führte im Bericht vom 4. November 2015 aus, dass das Knie der Be schwerdeführerin nach 1979 in seiner ligamentären Integrität wahrscheinlich geschädigt gewesen sei. Die Instabilität sei aber nicht dergestalt gewesen, dass sie symptomatisch oder gar operationsbedürftig gewesen wäre. Unabhängig des Vorzustandes habe das Ereignis vom 20. März 1993 zu einer erheblichen Trau matisierung des Kniegelenkes geführt. Es habe unbestreitbarerwe ise ausser dem sichtbaren Bone

Bruise , welches - wie von Dr. H.\_\_\_\_

anerkannt - die Pivot- Shift -Verletzung dokumentiere , nicht zu einer strukturellen Zusatzv erletzung geführt. Hingegen habe es die vorbestehende Schädigung manifest werden lassen, womit die Frage des Status quo sine relevant werde. Aufgrund des Ereig nisses habe man sich zur VKB-O p eration entschieden, welche – wie auch von Dr. H.\_\_\_\_ anerkennt werde - zu einer Schädigung des Kniegelenks ge führt habe. Wenn Dr. H.\_\_\_\_ die Dokumentation als ungenügend erachte, dürfte er im Übri gen keine Frage nach der Kausalität beantworten ( Urk. 30 S. 1-4 ).

### **E. 2.7**

Dr. H.\_\_\_\_ erklärte in der Stellungnahme vom 3. April 2016, dass aus seiner Sicht weiterhin zahlreiche Indizien gegen die Relevanz einer (am 20. März 1993 er littenen ) erheblichen Zusatzverletzung sprechen würden. Wenn eine erhebliche Schädigung im Pivot- Shift -Sinne erfolgt wäre, müssten einige Voraussetzungen erfüllt gewesen sein: sofort heftige Knie schmerzen mit Rissgefühl, Knall oder Knack und sofort heftige Schmerzen im Knie (eine Beindistorsion mit Knirschen auf Schuhrandhöhe sei äusserst unspe zifisch). Nach relevanter Schädigung des VKB müsste eine rasche Schwellung im Sinne eines Hämatoms aufgetreten sein. Die Beschwerdeführerin hätte mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht mehr weiter fahren können oder hätte eine so fortige Giving - way -Symptomatik aufweisen müssen. Im Weiteren hätten die Folgen einer medialen Zerrung bzw. das Kom plexitätsmuster im MRI klarer er kennbar sein müssen, um die Hypothese eines Pivot- Shifts von Relevanz zu untermauern. Sowohl im MRI als auch in der Narkoseuntersuchung seien die Seitenbandstrukturen nicht auffällig gewesen, weder morphologisch noch in den Funktionstests. Für den Nachweis einer relevanten Pivot- Shift -Verletzung müsste eindeutig eine klare Indizienkette erkenn bar sein. Ein Bone

Bruise -Be fund allein sei sicher kein Beweisargument. Dass das Pivot- Shift -Phänomen vorbestanden habe n müsse, sei hingegen sehr wahrscheinlich. Somit sei er wei terhin der Auffassung, dass 1993 keine erheb liche Krafteinwirkung auf das Knie erfolgt sei, um eine relevante Zusatz schä digung zu bewi rken . Zum Zeitpunkt der Unter suchungen der Dres .

E.\_\_\_\_ , B.\_\_\_\_ und G.\_\_\_\_ könne man mit einer sorgfältigen Unter suchung die Situation von damals nicht besser beurteilen, wobei die Defizite einer unsorgfältigen oder zumindest

unvollständigen Anamneseerhebung 2014 und 2015 durch eine klinische oder bildgebende Untersuchung nicht mehr zu kompensieren seien. Bedauerlicherweise fehle die Krankengeschichte von Dr. A. \_\_\_ ab 1993 mit der Primärdokumentation, welche einen höheren Stellenwert gehabt hätte (Urk. 37/M15 /2-4 ). 3.

3.1

3.1.1

Die Beschwerdeführerin beanstandete zunächst, dass bei der Beschwerdegegnerin weder die Dokumentation des Vorzustandes von 1979 noch das (vollständige) Dossier im Zusammenhang mit dem Unfall vom 20. März 1993 auffindbar gewesen seien. Lasse sich ein medizinischer Sachverhalt aufgrund lückenhafter Aktenlage nicht mehr restlos klären, so beinhalte dies letztlich eine Verletzung der Abklärungspflicht ( Art. 43 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG ) und im Zweifel wäre zu Gunsten des Versicherten zu entscheiden ( Urk. 1 S. 3). Die Beschwerdegegnerin, die insbesondere noch die drei Operationsberichte der Jahre 1993 und 1994 ausfindig machen konnte ( Urk. 8/M1 ), erklärte diesbezüglich, es sei anzunehmen sei, dass das Dossier zum Skisturz vom 20. März 1993 bereits vernichtet worden sei, da die Aufbewahrungspflicht zehn Jahre betrage ( Urk. 2 S. 1 ). In der Beschwerdeantwort ( Urk. 7 S. 14) ergänzte sie, dass der Fall 1995 abgeschlossen worden sei (vgl. Urk. 8/A26 und Urk. 8/A27) und verwies betreffend die zehnjährige Aufbewahrungspflicht

auf die Bestimmungen zur kaufmännischen Buchführung und Rechnungslegung von Art. 957 ff. des Obligationenrechts .

3.1.2

Nach Art. 46 ATSG sind vom Versicherungsträger für jedes Sozialversicherungsverfahren alle Unterlagen, die massgeblich sein können, systematisch zu erfassen. Wie lange die Akten mindestens aufzubewahren sind, legt diese Bestimmung nicht fest . Gemäss Empfehlung der ad-hoc-Kommission Schaden UVG Nr. 9/1987 in der Fassung nach der Revision vom 26. Oktober 2009, die - wie sich schon aus ihrem Titel „Empfehlung“ ergibt - lediglich eine unverbindliche Richtlinie darstellt (BGE 114 V 315 E. 5c) , dauert die Aktenaufbewahrungsfrist von Unfallakten

- in der Regel - zehn Jahre ab Fallabschluss,

wobei diese Frist bei Rückfällen neu zu laufen beginnt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_725/2012 vom 27. März

2013 E.

4.1.3) . Ausnahmsweise wird eine Aufbewahrung während 30 Jahren empfohlen, so unter anderem bei Frakturen sowie Luxationen grosser Gelenke, ebenso bei Meniskus- oder Bänderverletzungen. Eine solche Verletzung zog sich die Beschwerdeführerin anlässlich des Unfalls vom 20. März 1993 nicht zu (vgl. E.

3.3 und E.

3.4). Demnach

ist vorliegend eine Verletzung der Aktenführungspflicht

zu verneinen. 3.2

Umstritten ist, ob die im Juli 2013 gemeldeten Beschwerden am rechten Knie als Rückfall zu beurteilen sind. Entgegen den Darlegungen in der Beschwerde (Urk. 1 S. 9) liegt die Beweislast betreffend die nachfolgend zu prüfende Frage, ob zwischen dem Ereignis vom 20. März 1993 und diesen Beschwerden ein (leistungsbegründender) natürlicher Kausalzusammenhang besteht, folglich bei

der Beschwerdeführerin. Bei Beweislosigkeit fällt der Entcheid zu Lasten der Beschwerdeführerin aus

(vgl. E. 1.6). 3.3.3.1

Die Beschwerdegegnerin

machte

im angefochtenen Einspracheentscheid vom 21. Mai 2014 geltend, die als Rückfall gemeldeten Beschwerden seien auf den im Zeitpunkt des Unfalles vom März 1993 bestehenden Vorzustand zurückzuführen. Dieser habe durch den Unfall vom März 1993 keine richtungsgebende Verschlimmerung erfahren (Urk.

2). Es liege deshalb kein Rückfall vor. Sie stütze sich dabei im Wesentlichen auf die Stellungnahmen der beratenden Ärzte

Dr. D.\_\_\_\_ vom 29. November 2013 (Urk. 8/M5) und

Dr. F.\_\_\_\_ vom 20. Mai 2014 (Urk. 8/M10). 3.3.2

Dr. D.\_\_\_\_ erklärte in der Stellungnahme vom 29. November 2013, dass aus der Zeit des Unfalls vom 20. März 1993 lediglich noch die beiden Operationsberichte von Dr. A.\_\_\_\_

vom 19. April und 20. Mai 1993 vorliegen würden. Dabei werde im erstgenannten Bericht auf eine bereits 1979 durchgeführte Naht des VKB

und zudem auf eine radikale Menispektomie medial verwiesen. Bei der arthroskopischen Gelenkbeurteilung werde auch bestätigt, dass medial kaum ein Restmeniskus belassen worden sei und auch der Knorpel im medialen Kompartiment an Tibia und Femur deutlich aufgefasert, aufgeraut und nur noch dünn sei. Betreffend das VKB werde von einer Insuffizienz gesprochen, indem

die es nur noch sehr dünn sei und „weitgehend aus Bindegewebe“ bestehe. Dies entspreche einem klassischen Verlauf nach VKB-Nähten, die in der damals durchgeführten Technik kaum je zu einem stabilen Ausheilen geführt hätten. Insgesamt dürfe anhand dieses Operationsberichts davon ausgegangen werden, dass bereits im April 1993 keine strukturellen Alterationen mehr zu finden gewesen seien, die überwiegend wahrscheinlich auf den lediglich vier Wochen zuvor stattgehabten Skisturz vom 20. März 1993 hätten zurückgeführt werden können. Vielmehr habe dieser Skisturz im Wesentlichen den Auslöser für vertiefte Abklärungen dar gestellt, die aber lediglich den Vorzustand bestätigt hätten, wie er sich nach dem Ereignis von 1979 über 14 Jahre hinweg entwickelt habe. Objektivierbare Hinweise auf zusätzlich beim erwähnten Skiunfall entstandene Läsionen oder eine richtungsgebende Verschlimmerung des pathologischen Vorzustandes hätten sich schon damals nicht finden lassen oder seien zumindest nicht dokumentiert worden. Anhand der vorliegenden Unterlagen sei davon auszugehen, dass auf morphologischer Ebene bereits bei der Arthroskopie vom 19. April 1993 ein Status quo sine vorgelegen habe. Es seien

schon damals keine objektivierbaren Befunde mehr dokumentiert worden, die über wiegend wahrscheinlich in kausalem Zusammenhang mit dem Ereignis vom 20. März 1993 gestanden hätten (Urk. 8/M5). 3. 3. 3

Dr. F. \_\_\_ ergänzte in der Stellungnahme vom 20. Mai 2014, dass im Frühjahr 1993 unmittelbar nach dem Ereignis vom 20. März 1993 weder bildgebend (MRI vom 30. März 1993) noch intraoperativ anlässlich des Eingriffs vom 19. April 1993 strukturelle Schädigungen hätten festgestellt werden können, die in einem Kausalzusammenhang zum rubrizierten Ereignis gestanden hätten. Im MRI würden sich ein ausgedünntes, gelockertes, aber nicht rupturiertes VKB, ein vollständiges Fehlen des medialen Meniskus, eine Ausdünnung der Knorpelflächen im medialen Gelenkkompartiment und eine beginnende Osteophytose

am medialen Tibiaplateau zeigen. Aus dem Operationsbericht vom 19. April 1993 gehe hervor, dass ein Zustand nach Kreuzbandnaht und radikaler medialer Meniscektomie 1979 bestehe. Intraoperativ werde der Zustand nach radikaler medialer Meniscektomie bestätigt, ebenso Ausdünnungen und Ausfaserungen des Gelenkknorpels im medialen Gelenkkompartiment und ein wohl durchgängiges, aber insuffizientes, ausgedünntes VKB. Bei all diesen Befunden handle es sich nicht um frische posttraumatische Veränderungen, sondern um Zustände, die mit Sicherheit mit der seinerzeitigen Kreuzbandnaht und Meniscektomie 1979 im Zusammenhang stehen würden. Typischerweise führe eine Kreuzbandnaht, wie sie hier 1979 durchgeführt worden sei, praktisch nie zu befriedigenden Verhältnissen. Meist komme es zur Degeneration des genäherten Bandes mit Ausdünnung und Erschlaffung, wie sie hier intraoperativ vorgefunden worden sei. Daraus resultiere eine Instabilität des Kniegelenks, die aber in manchen Fällen bei guter Propriozeptivität muskulär gut kompensiert werden könne. Häufig komme es dann nach ungewöhnlicher Belastung oder einem leichten Distorsionsereignis zu einer Störung der Propriozeptivität mit nachfolgender funktioneller Gelenkinstabilität, die behandlungsbedürftig werde. Ein solcher Verlust der Propriozeptivität könne aber nicht als Verschlimmerung eines Vorzustandes interpretiert werden, da keine strukturellen Schädigungen dafür verantwortlich seien. Beim Skisturz 1993 seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine zusätzlichen strukturellen Schädigungen entstanden. Es sei von einer benignen Knie-distorsion auszugehen, die erfahrungsgemäss innerhalb von wenigen Wochen bis zu drei Monaten ausheile. Es sei von einer vorübergehenden Verschlimmerung des Vorzustandes auszugehen. Umfallfremd liege ein Vorzustand nach früherer VKB-Naht am rechten Knie im Jahr 1979 vor, verbunden mit einer totalen medialen Meniscektomie. Dies habe zwischenzeitlich bis zum Unfall von 1993 zu einer Gelenkknorpeldegeneration im medialen Gelenkkompartiment und einer Degeneration des VKB geführt. Ebenso bestünden als Vorzustand Anzeichen einer beginnenden medialen Gonarthrose. Rein theoretisch wäre ein Status quo sine rein bezogen auf ein Distorsionsereignis ohne nachweisbare strukturelle Schädigungen, wie hier vorliegend, nach spätestens drei Monaten zu definieren. Im vorliegenden Fall sei allerdings innerhalb dieser Zeitspanne am 19. April 1993 eine VKB-Ersatzplastik durchgeführt worden. Dabei sei der Vorzustand behandelt worden, nicht die direkten Unfallfolgen bezogen auf das Ereignis vom 20. März 1993. Die Übernahme der drei rechtsseitigen Knieeingriffe 1993 und 1994 könne aufgrund der zuvor gemachten Ausführungen nicht begründet werden. Alle drei Eingriffe seien nicht wegen beim Ereignis vom 20. März 1993 erlittenen strukturellen Schädigungen notwendig geworden, sondern rein aufgrund des Vorzustandes. Ein Rückfall vom Sturz vom 20. März

1993 liegt nicht vor (Urk. 8/M10). 3.3.4

Diese fachärztlichen Beurteilungen von Dr. D.\_\_\_\_ und Dr. F.\_\_\_\_, die sie in Kenntnis der und Auseinandersetzung mit den vorhandenen

Vorfällen abgegeben, sind einleuchtend und plausibel.

Dass Dr. D.\_\_\_\_ und Dr. F.\_\_\_\_

reine Aktenbeurteilungen vornahm, ist nicht zu beanstanden, da es vorliegend in erster Linie um die Beurteilung eines sehr weit in der Vergangenheit liegenden medizinischen Sachverhalts und die Beurteilung des Kausalzusammenhangs zwischen dem Ereignis vom 20. März 1993 und dem geltend gemachten Rückfall ging, was rechtsprechungsgemäss in einem Aktengutachten erörtert werden kann

(vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_396/2011 vom 21. September 2011 E. 5.2).

Die Beurteilungen von Dr. D.\_\_\_\_ und Dr. F.\_\_\_\_ wurden von Dr. H.\_\_\_\_ in seinen Stellungnahmen vom 21. August 2015 (Urk. 23/M13) und 3. April 2016 (Urk. 37/M15) bestätigt. 3.4

#### 3.4.1

Die Vorbringen der Beschwerdeführerin (Urk. 1, Urk. 15 und Urk. 29) resp. von Dr. G.\_\_\_\_ in seinen Stellungnahmen vom 22. April 2015 (Urk. 16; vgl. E. 2.4) und vom 4. November 2015 (Urk. 30; vgl. E. 2.6) vermögen die Beurteilung von Dr. D.\_\_\_\_, Dr. F.\_\_\_\_ und Dr. H.\_\_\_\_, wonach der Unfall vom 20.

März

1993 nicht zu einer richtungsweisenden Verschlimmerung des Vorzustandes führte, nicht zu widerlegen. 3.4.2

Dr.

G.\_\_\_\_ hat in seinem Bericht vom 22. April 2015 die Auffassung der beratenden Ärzte der Beschwerdeführerin, wonach VKB-Nähte in der Regel nicht zum Ausheilen der Bandstruktur und die (1979) durchgeführte Meniskusoperation zusammen mit der Verletzung des VKB schicksalshafterweise zur Entwicklung einer meniscopriven

Instabilitätsgonarthrose führen, ausdrücklich bestätigt (Urk. 16 S. 7). Ebenfalls bestätigt hat er, dass – abgesehen von der von ihm postulierten Subluxation im Sinne der Pivot-Shift-Verletzung (Urk. 16 S. 7) – keine strukturellen Schäden, welche in Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 20. März 1993 stehen, festgestellt werden konnten (Urk. 16 S. 8).

Dr. H.\_\_\_\_ hat in seiner Stellungnahme vom 21. August

2015 (vgl. auch Stellungnahme vom 3. April 2016, Urk. 37/M15 S.

2) nachvollziehbar dargelegt, dass und weshalb 1993 keine Pivot-Shift-Verletzung von Relevanz vorlag. So wies er darauf hin, dass die Beschwerdeführerin nach dem Knirschen weiterfahren können und keine sofortige Schwellung aufgetreten sei (Urk. 23/M13 S.

3). Im MRI (vom 30. März 1993) sei nur eine Signalstörung im posterolateralen

Tibiaplateau feststellbar gewesen. Es sei sonst keine Rede von Ligamentären

Zusatzschädigungen in der Peripherie, am ehesten medial zu erwarten (Urk. 23/M13 S. 6).

Diese Sachdarstellung vermag zu überzeugen.

Die Hinweise

von Dr. G.\_\_\_\_, die Beschwerdeführerin habe nach dem Unfall und der Operation von 1979 noch angefangen, Handball zu spielen (vgl. E. 2.4), und die Instabilität des rechten Kniegelenks sei bis zum Ereignis vom 20. März 1993

nicht dergestalt gewesen, dass sie symptomatisch oder gar operationsbedürftig gewesen sei (vgl. E. 2.6), vermögen zum Beweis des natürlichen Kausalzusammenhangs

zwischen dem Ereignis vom 20. März 1993 und dem geltend gemachten Rückfall

nicht zu genügen.

Die dahingehende Argumentation läuft auf einen „post hoc, ergo propter hoc“-Schluss hinaus, welcher unzulässig ist (vgl. BGE 119 V 335 E).

2b/ bb ; Urteil des Bundesgerichtes 8C\_843/2014 vom 18. März 2015 E. 5.3 mit Hinweisen). Zudem

geht letztlich auch aus den Berichten von Dr. G.\_\_\_\_ hervor, dass nicht das Ereignis vom 20. März 1993, sondern die darauf folgenden operativen Eingriffe zu den aktuellen Beschwerden geführt haben (vgl. E.

#### **E. 7**

S. 2). Mit Eingabe vom 15. Juni 2015 (Urk. 15) reichte die Beschwerdeführerin den Bericht von Dr. med. G.\_\_\_\_, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 22. April

2015 (Urk. 16) ein, zu dem sich die Beschwerdegegnerin am 22. September 2015 (Urk. 21) unter Beilage der Stellungnahme von Dr. med. H.\_\_\_\_, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, beratender Arzt der Beschwerdegegnerin, vom 21. August

2015 (Urk. 23/M13) vernehmen liess. Dazu nahm die Beschwerdeführerin am 11. Januar 2016 Stellung (Urk. 29), wobei sie den Bericht von Dr. G.\_\_\_\_ vom 4. November 2015 nachreichte (Urk. 30). Hierzu liess sich die

Beschwerdegegnerin am 18. April 2016 (Urk. 36) unter Beilage der Stellungnahme von Dr. H.\_\_\_\_

vom 3. April 2016 (Urk. 37/M15) vernehmen, was der Beschwerdeführerin am 25. April 2016 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 38). 3.

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Akten wird, soweit erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 10**

UVG fallen (Urteil des Bundesgerichtes 8C\_637/20

#### **E. 13**

vom 11. März 2014 E. 2.3.2).

#### **E. 16**

S. 7 -8).

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