

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2015.00099

vom 11. August 2015

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-08-11, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2015.00099

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2015.00099 du 11 août 2015

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2015.00099 del 11 agosto 2015

Erwägungen

E. 1.1

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) setzt 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 entfielen (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 Beweismwürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser 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. 1.2

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 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

E. 1.3

Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird gemäss Art. 16 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden

wäre.

E. 1.4

Ein kantonaler Entscheid, welcher eine materielle Teilfrage beantwortet (etwa : die gemischte Methode der Invaliditätsbemessung finde keine Anwendung) und die Sache zur Abklärung einer anderen Teilfrage an die Verwaltung zurückweist (etwa : zur Abklärung der Frage der Arbeitsfähigkeit) , ist ein Zwischenentscheid, der unter den Voraussetzungen von

Art. 93 Abs. 1 des Bundesgesetz es über das Bundesgericht (BGG) selbstständig angefochten werden kann (BGE 133 V 477 Regeste und E. 4.2).

Ein kantonaler Entscheid, mit welchem eine bestimmte, vorangehende Teil-Peri ode des Rentenanspruchs materiell abschliessend beurteilt und für eine darauf folgende Teil-Periode die Sache zu neuer Beurteilung an die Verwaltung zurück gewiesen wird , ist in Bezug auf die materiell abschliessend beurteilte Phase ein Teilentscheid, der selbständig anfechtbar ist, bei Nichtanfechtung selbständig rechtskräftig wird und später nicht mehr angefochten werden kann (BGE 135 V 141). 2.

E. 2

Das Bundesgericht hiess die genannte Beschwerde mit Urteil vom 23. April 2015 (Urk. 1) teilweise gut und wies die Sache zu neuer Entscheidung an das hiesige Gericht zurück, da der

Antrag der Beschwerdeführerin, es sei zur „Verhandlung über den gesamten Anspruch vorzuladen“, ein solcher auf Durchführung einer öffentlichen Verhandlung im Sinne von Art.

E. 2.1

Die Beschwerdeführerin führte im Rahmen der Hauptverhandlung (Urk. 6) unter anderem aus , es habe eine Neuurteilung der Beschwerden aus allen versicherten Unfallereignissen zu erfolgen; der Rückweisungsentscheid des hiesigen Gerichts vom 9. Juli 2010 habe keine Bindungswirkung der materiellen Teilaspekte zur Folge (S. 4 Ziff. 5). Laut Bundesgerichtsurteil sei über die Beschwerde materiell neu zu befinden. Darin werde der Sachverhalt weder zeitlich noch sachlich eingeschränkt. Der Streitgegenstand umfasse somit auch den Sachverhalt des Verfahrens Nr. UV.2009.00015; sämtliche Unfälle und Unfallfolgen seien hier materiell zu beurteilen (S. 8 Ziff. 15).

Auf jeden Fall zu berücksichtigen sei das Gutachten der Ärzte des Instituts Y.____ von 2013 , welches frühere Beurteilungen bezüglich Unfallkausalität bestätige (S. 4 f. Ziff. 7).

Weiter machte sie geltend, über ein der Beschwerdegegnerin am 6. März 2005 gemeldetes Unfallereignis sei bis heute nicht materiell entschieden worden. Zwar sei ein Bagatell-Unfall gemeldet worden; dies bedeute aber nicht, dass die Folgen auch bagatellär seien (S. 6 f. Ziff. 11).

Strittig sei einerseits die Unfallkausalität der Ereignisse von 1998, von 2003, vom 6. März und vom 11. September 2005, andererseits deren Auswirkungen auf ihre Arbeitsfähigkeit (S. 7 Ziff. 12).

Sie machte geltend, Unfallfolgen seien - als Folge der Unfallereignisse vom Dezember 1998 und September 2005 : eine posteriore OSG-Arthrose mit Sehnenaffektion und

lateral Bandinstabilität OSG links, sowie eine Gonarthrose im linken Knie - als Folge des Unfallereignisses vom Juni 2003 : eine Polyarthrose, ein Status nach Zerrung des vorderen Kreuzbandes im rechten Knie sowie eine Rhizarthrose in den Händen - als Folge der Unfallereignisse vom Dezember 1998, Juni 2003 und März 2005 : eine Rückenkontusion / Fraktur des Lendenwirbelkörpers (LWK) 5 rechts mit einem chronischen lumbovertebralen Schmerzsyndrom L4/5 und L5/S 1.

Durch diese Unfallfolgen sei sie erheblich in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt (S. 7 Ziff. 13).

Wenn die Beschwerdegegnerin behauptete, es bestünden nur noch krankheits bedingte Beschwerden, sei dies von ihr zu beweisen (S. 9 Ziff. 18).

E. 2.2

Die Beschwerdegegnerin stellte sich in der Hauptverhandlung (Urk. 7)

auf den Standpunkt , es seien keine neuen Tatsachen genannt worden und das von der Beschwerdeführerin erwähnte Y.____ -Gutachten habe sich nicht mit der Kausalitätsfrage auseinanderzusetzen gehabt (S. 1 unten).

Die Frage, ob R aum für einen Vergleich bestehe, verneinte sie (S. 2 unten).

E. 2.3

Im angefochtenen Entscheid (Urk. 2/2) ging die Beschwerdegegnerin davon aus, der medizinische Endzustand sei per 10. September 2006 erreicht gewesen (S. 8 Ziff. 3b); gemäss den Angaben des zuständigen Krankenversicherers seien seit her lediglich drei (überwiegend bildgebende) Untersuchungen im Zusammenhang mit dem linken OSG in Rechnung gestellt worden (S. 8 f. Ziff. 3c). Im Hinblick auf die Invaliditätsbemessung ging sie davon aus, dass die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall weiterhin angestellt tätig gewesen wäre (S. 11 Ziff. 4b/ aa). Unfallbedingt sei die Beschwerdeführerin gemäss Gutachten um 17 % in der angestammten Tätigkeit eingeschränkt; die entsprechende Erwerbs einbusse könne sie zumutbarerweise mit einem entsprechenden Teilzeitpensum in einer (leidensangepassten) rein sitzenden Tätigkeit kompensieren (S. 12 f. Ziff. 4b/ bb). Ferner begründe die leichte Arthrose mangels Erheblichkeit keinen Anspruch auf Integritätsentschädigung (S. 15 Ziff. 5d). 2. 4

Die Beschwerdeführerin beantragte demgegenüber in ihrer Beschwerde (Urk. 2/1) , es seien ihr rückwirkend ab 10. September 2006 Heilungskosten und Taggelder zu vergüten (S. 2 Ziff. 1) sowie eine Invalidenrente und Integritäts entschädigung zuzusprechen (S. 2 Ziff. 2), und machte - nebst Ausführungen zum Unfallhergang (S. 7) - unter anderem geltend , der behandelnde Rheumatologe habe wiederholt aktenkundig erklärt, dass die diversen Stürze „Folgen der OSG-Arthrose und Bandinstabilität“ darstellten; in Kenntnis des laufenden Rechtsstreits und aufgrund der gesetzlichen Vorleistungspflicht habe er seine Rechnungen betreffend Behandlung der Unfallfolgen der Krankenkasse eingereicht (S. 7 Ziff. 4). Sodann machte sie geltend, dass sie das Anstellungspensum von 60 % nicht habe erhöhen beziehungsweise sich nicht habe selbständig machen können , liege an den Folgen des 1998 erlittenen Unfalls (S. 8 Ziff. 5), gefolgt von Erläuterungen betreffend ihr effektiv erzieltetes Einkommen (S. 9 f. Ziff. 7) und zum Invalideneinkommen (S. 10 f. Ziff. 8). Ferner bestritt sie, dass die Beschwerden im linken OSG lediglich zu einem Drittel unfall bedingt seien (S. 11 Ziff. 9) und äusserte sich zur Unfallkausalität (S. 11 f. Ziff. 10) sowie zu bereits im Urteil von 2010 berücksichtigten bildgebenden und anderen Befunden und

den damaligen Gutachten (S. 12 f. Ziff. 11).

E. 2.5

Die Beschwerdegegnerin wies in ihrer Beschwerdeantwort (Urk. 2/9) darauf hin, dass die von November 2006 bis Februar 2010 erstellten Rechnungen zweimal den Diagnosecode (vgl. Urk. 2/10) D1 und D2 (Behandlung von Muskeln/Sehnen und Bändern/Gelenken), alle übrigen den Diagnosecode D5 (Wirbelsäule), jedoch keine den Diagnosecode D4 (Arthrose), trügen (S. 6). Dass die Beschwerdeführerin wegen Einschränkungen aus dem Unfall von 1998 auf eine selbständige Erwerbstätigkeit verzichtet habe, sei deshalb wenig glaubhaft, weil sie 2005 dann - trotz Beschwerden - doch habe in die Selbständigkeit wechseln wollen (S. 7 unten). 3.

3.1

Streitgegenstand des vorliegenden Verfahrens ist die Frage, ob und allenfalls inwieweit aus der beginnenden Arthrose im linken OSG anspruchrelevante Einschränkungen resultieren.

Die Frage der Unfallkausalität von weiteren geltend gemachten Beschwerden wurde vom hiesigen Gericht im Rückweisungsurteil von 2010 eingehend geprüft und dahingehend beantwortet, dass im strittigen Zeitpunkt ausser der OSG-Problematik keine unfallkausalen Beschwerden (mehr) bestanden. 3.2

Im Bereich der Unfallversicherung stellen die Frage, ob bestimmte Gesundheitsschäden in rechtsgenügendem Kausalzusammenhang mit einem Unfall stehen, und die Frage, welche anspruchrelevanten Beeinträchtigungen sich aus einem Gesundheitsschaden ergeben, klar unterscheidbare materielle Teilfragen dar. Ein Urteil, das eine materielle Teilfrage beantwortet und die Sache zur Klärung der anderen materiellen Teilfrage an den Versicherungsträger zurück weist, ist ein Zwischenentscheid, der nach Massgabe von Art. 93 Abs. 1 BGG selbständig anfechtbar ist. Bei Nichtanfechtung wird er selbständig rechtskräftig (vorstehend E. 1.4).

Die Beschwerdeführerin hat das Rückweisungsurteil von 2010 nicht angefochten, dies, wie sie in der Hauptverhandlung auf Nachfrage erklärte, aus prozess taktischen Gründen (Urk.

E. 6

Abs. 1 der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK) gewesen sei (S. 4 E. 2.1). Dem habe das kantonale Gericht ohne rechtsgenügende Begründung nicht Rechnung getragen, was nachzuholen sei (S. 5 E. 2.3).

In der Folge führte das hiesige Gericht am 30. Juni 2015 eine Hauptverhandlung durch (Prot. S. 1 f. = Urk.

E. 6.1

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

Sie stellte die folgenden, hier geräfft angeführten, orthopädischen Diagnosen (S. 44 Ziff. 1.6): - chronischer Daumenschmerz rechts - chronischer Daumenschmerz links - chronisch rezidivierende Cervico-Cephalgie und Cervicobrachialgie rechts - chronischer

Knieschmerz rechts - chronische Lumbago mit chronisch rezidivierenden Lumboischialgie-Attacken links

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

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

E. 6.2

Dr. I.____ äusserte sich gegenüber der Rechtsvertreterin der Beschwerde führe rin - aus näher dargelegten Gründen - sinngemäss zustimmend zu den Schlussfolgerungen der Gutachterin (Urk. 12/103/1 S. 2).

E. 6.3

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

Dabei stellte sie, in Ergänzung der bereits genannten Diagnosen, folgende ortho pädische Diagnose (S. 24 f. Ziff. 5, S. 20 Ziff. 1.6): - chronische Arthralgie OSG links mit Bewegungseinschränkung und Belastbarkeitseinschränkung bei - posttraumatischer OSG-Arthrose links - radiologisch Zeichen einer beginnenden, progredienten OSG-Arthrose, Röntgen 31. August 2006 und 31. Januar 2008 (Gelenk spalt ver schmäl erung und osteophytäre Randzacken tibial ventral/dorsal) - magnettomographisch nachgewiesener OSG-Arthrose, MRT vom 2. Juni 2006 (osteochondrale Läsion am lateralen Talusdorn , subkortikales Ödem an posteriorer Tibia) - Verdacht auf Proprioceptorenproblematik OSG links

Zur Kausalität führte sie aus, das linke obere Sprunggelenk betreffend müsse von einer posttraumatischen OSG-Arthrose ausgegangen werden, wobei man nicht mit absoluter Sicherheit werde sagen können, welcher der drei Unfälle in der Hauptsache für die heute vorliegende Arthrose verantwortlich sei (S. 28). Zusammengefasst sei sie der Meinung, dass der Unfall vom Dezember 1998 die Grundlage der heutigen posttraumatischen Arthrose sei, dass aber der Unfall vom September 2005 zu einer richtungsweisenden Verschlimmerung geführt habe (S. 29 Mitte).

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

E. 6.4

Dr. med. L.____ , FMH Innere Medizin und Rheumaerkrankungen, berichtete am 22. Oktober 2008 im Auftrag der Invalidenversicherung (Urk. 11/114 = Urk. 12/111) und

beantwortete unter anderem die Zusatzfragen der Beschwerdeführerin (S. 1 unten, S. 26 f.). Er stützte sich auf die Angaben der Beschwerdeführerin (S. 2 ff.), seine eigene Untersuchung vom 10. Oktober 2008 (S. 1 unten, S. 4 ff.) und die ihm überlassenen Akten (S. 7 ff.).

Dr. L. ___ stellte folgende Diagnosen (S. 12 Ziff. III): - chronisch sich generalisierendes Schmerzsyndrom - nicht ausreichend somatisch abstützbar - Polyarthralgien axialer und peripherer Gelenke - multiple Beschwerden, wie Schlafstörungen, Müdigkeit, Tinnitus, Kopfschmerzen, etc. - Hypermobilitätssyndrom - Polyarthralgien peripherer Gelenke - Panvertebralsyndrom mit spondylogener Ausstrahlung - Tendovaginitiden - diverse Unfallereignisse - Trigeminusneuralgie links - Tinnitus - altersentsprechende Arthrosen verschiedener axialer und peripherer Gelenke - Adipositas mit Body Mass Index von 33 - gestörte Gluconeogenese

- anamnestisch Reizmagen-Syndrom mit Refluxbeschwerden

- diffuse idiopathische skelettale

Hyperostose im Status nascendi möglich

Die von der Beschwerdeführerin gestellten Zusatzfragen (S. 26 f. Ziff. V) beantwortete Dr. L. ___ folgendermassen: Ob die geltend gemachte Gesundheitsschädigung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zumindest teilweise Folgen der - einzeln genannten - drei Unfälle sei, verneinte er (S. 26 Ziff. 1).

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

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

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

E. 6.5

Nach dem Gesagten ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdeführerin davon ausging, dass ab September 2006 keine unfallbedingten Heilbehandlungsmöglichkeiten der OSG-Arthrose mehr angefallen seien, dass die OSG-Arthrose keine relevante Integritätseinbusse begründe, sowie dass aufgrund der OSG-Arthrose eine volle Arbeitsfähigkeit für vorwiegend sitzende Tätigkeiten bestehe und die Arbeitsfähigkeit als Physiotherapeutin deswegen um maximal ein Drittel von 50 % (mit hin rund 17 %) eingeschränkt sei. 7.

E. 6.5.1

Am 25. Januar 2010 erstattete Dr. med. M. ___ , Chefarzt Rheumatologie, KSW, ein Aktengutachten im Auftrag des Gerichts (Urk. 26).

E. 6.5.2

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

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

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

E. 6.5.3

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

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

In der zusammenfassenden Beurteilung werde postuliert, dass sich beim ersten Unfall am 16. Dezember 1998 eine Verletzung im oberen Sprunggelenk ereignet habe. Entsprechend sei im ersten MRT des linken OSG am 6. Januar 1999 ein Bone

bruise festgestellt worden. Im MRI vom 10. November 1999 sei der Bone

bruise nicht mehr nachweisbar gewesen und die Szintigraphie vom 27. Januar 1999 habe praktisch keine pathologische Anreicherung in beiden Unterschenkeln und Füessen gezeigt (S. 4 oben).

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

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

E. 6.5.4

Zum Gutachten L.____ wies Dr. M.____ einleitend darauf hin, dass dieses primär auf die Bedürfnisse der Invalidenversicherung ausgerichtet sei (S. 4 unten).

Formal sei das Gutachten genügend. Es gliedere sich in Anamnese inklusive per sönlicher, Familien-, System- und Sozialanamnese. Das jetzige Leiden werde ausführlich geschildert. Die Untersuchungsbefunde seien sehr ausge dehnt erho ben und dokumentiert worden; bemerkenswert sei, dass 4 von 5 Waddell -Zeichen positiv geschildert würden. Bei den bildgebenden Unter su chungen falle auf, dass insgesamt wenig strukturelle Veränderungen vor lägen, welche die angegebenen Beschwerden erklärten (S. 5 oben).

Sodann benannte Dr. M.____ Passagen, die nicht in das Gutachten gehört hätten. Die Beurteilung der verschiedenen Beschwerden erfolge im weiteren Gut ach ten minutiös. Viele der angegebenen Beschwerden seien offenbar für den Untersu cher klinisch nicht nachvollziehbar und auch in der Bildgebung wenig unter mauert (S. 5 Mitte).

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

E. 6.5.5

Weiter äusserte sich Dr. M.____ zum Aktengutachten J.____ von 2006 (S. 6) und zur Stellungnahme von Dr. I.____ im Februar 2008 (S. 6 unten) und den Berichten von Dr. G.____ (S. 7).

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

Zusammenfassend komme er zum Schluss, dass die beschriebenen struktu rellen Veränderungen wenig ausgeprägt seien und eine gänzliche Arbeits unfä higkeit nicht zu begründen vermöchten. Dass die körperliche Unter suchung von den Gutachtern als schwierig, mit Abwehrbewegungen verbunden und für die Be schwerdeführerin schmerzhaft gewesen sei, könne dahin gedeutet wer den, dass eine Symptomausweitung stattgefunden habe. Dr. L.____ habe festge stellt, dass vier der fünf Waddell -Zeichen positiv gewesen seien. Die Waddell -Zeichen seien nicht beweisend, würden aber als Hinweis auf eine nicht orga nische Pathologie der Beschwerden gedeutet.

E. 6.5.6

Zur ausdrücklichen Frage, welches der Gutachten bezüglich der Kausalitäts beur teilung als medizinisch überzeugender zu erachten sei, äusserte sich Dr. M.____ ergänzend am 22. März 2010 (Urk. 29).

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

Im Gegensatz zu Dr.

K.____ in ihrem zweiten Gutachten (2008) erwähne Dr. L.____ abgesehen von einer Senk-Spreizfuss-Komponente keinerlei relevanten klinisch pathologischen Befunde an den unteren Extremitäten. Er erwähne, dass er sich bewusst sei, dass die Beschwerdeführerin dies ganz anders beur teile. Er komme zum Schluss, dass höchstens eine leichtgradige

Arthrosebildung im oberen Sprunggelenksanteil zur Darstellung komme, die jedoch die Altersnorm nicht überschreite (S. 2 oben).

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

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

Bezüglich Handbeschwerden werde im Gutachten die Kausalität bejaht. Dr. M.____ führte dazu aus, für ihn sei die Kausalität nicht gegeben und inzwischen sollte ein Status quo sine erreicht sein (S. 3 oben). Auch die

wenig ausgeprägte - patello-femorale Arthrose sei für ihn nicht sehr wahr scheinlich unfallkausal. Es werde nie eine nachweisbare Knieschädigung erwähnt, welche zu einer sekundären posttraumatischen Arthrose führen könnte. Eine vorübergehende Zunahme der Beschwerden sei sehr wahr scheinlich, inzwischen sollte auch hier bis zum Jahr 2008 ein Status quo sine erreicht sein (S. 3 Mitte).

Das zweite Gutachten K.____ von 2008 gewichtete Dr. M.____ bezüglich Kausalität durch die Unfälle als „teilweise einleuchtend und begründet“. Bei der Anamnese hätten die Beschwerden von Seiten des linken Sprunggelenks nun ganz im Vordergrund gestanden (S. 3 unten).

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

E. 7

S. 2). Damit ist das Urteil (und die darin erfolgte Beantwortung der Kausalitätsfrage) rechtskräftig geworden.

Unbehelflich, da unzutreffend, ist in diesem Zusammenhang die in der Hauptverhandlung aufgestellte Behauptung, laut Bundesgerichtsurteil vom 23. April 2015 sei „über die Beschwerde materiell neu zu befinden“ und darin werde „der Sachverhalt weder zeitlich noch sachlich eingeschränkt“ (Urk. 6 S. 8 Ziff. 15). Einziger Gegenstand des genannten Urteils war die Frage einer konventionskonformen Verhandlung. Zur Sache selber hat sich das Bundesgericht gar nicht geäußert. 3.3

Da keine Gewähr besteht, dass die eben dargelegte Rechtsauffassung allseitig geteilt wird, werden nachstehend auch die Ausführungen des Gerichts zu den 2010 entschiedenen

Kausalitätsfragen dargelegt (E. 4). Somit könnten, sollten sie letztinstanzlich als offen erachtet werden, auch diese beurteilt werden und eine abermalige Rückweisung mit dem Auftrag, das Urteil von 2010 zu inkorporieren, wäre entbehrlich. 4.

Im Urteil vom 9. Juli 2010 im Verfahren Nr. UV.2009.00015 (Urk. 2/11/I/117) finden sich zur Aktenlage und zur Frage der Unfallkausalität - wörtlich - folgende Ausführungen: 3.1

Gemäss dem Bericht von Dr. med. Z.____, Facharzt für Chirurgie FMH, vom 20. Januar 1999 (Urk. 10/3) überkippte sich die Beschwerdeführerin am 16. Dezember 1998 den rechten Fuss an einem Trottoirrand (Ziff. 2) und begab sich am 18. Dezember 1998 in ärztliche Behandlung (Ziff. 1). Diagnostiziert wurde eine Distorsio

pedis (Ziff. 5); zu einer allfälligen Arbeitsunfähigkeit wurden keine Angaben gemacht (Ziff. 8). Am 22. Dezember 1998 habe die Beschwerdeführerin erklärt, sie wolle in einigen Tagen Skifahren gehen und sich zu einer Kontrolle im Januar 1999 einfinden, wobei es auch um die Abklärung der beim gleichen Unfall zugezogenen Kreuzschmerzen gehe (Ziff. 2).

In seinem Bericht vom 8. April 1999 (Urk. 10/7) nannte Dr. Z.____ folgende Diagnosen (Ziff. 1): - schwere Distorsio

pedis links - Rückenkontusion mit möglicher Fraktur des Proc. transversus

Lendenwirbelkörper (LWK) 5 rechts

Die Frage nach einer Arbeitsunfähigkeit verneinte Dr. Z.____ (Ziff. 4).

Auf Nachfrage der Beschwerdegegnerin bejahte Dr. Z.____ am 8. Juni 1999 den natürlichen Kausalzusammenhang zwischen dem Sturz, von dem ihm die Beschwerdeführerin berichtet hatte, und der Fraktur des Proc. transversus LWK 5 rechts (Urk. 10/12). 3.2

In der Folge wurde die Beschwerdeführerin von Dr. med. A.____, Orthopädische Chirurgie FMH, behandelt (vgl. Urk. 10/13-14), der eine Distorsion OSG links diagnostizierte (Urk. 10/32 Ziff. 1), ausdrücklich keine Arbeitsunfähigkeit attestierte (Urk. 10/19-20, Urk. 10/22, Urk. 10/32) und (am 5. Juli 2002) über belastungsabhängige Restbeschwerden berichtete (Urk. 10/28 Ziff. 2). 3.3

Am 15. November 2000 erstattete Dr. med. B.____, Spezialarzt FMH für Chirurgie, als Vertrauensarzt der Beschwerdegegnerin einen Bericht (Urk. 10/25 = Urk. 12/39), dies gestützt auf die ihm vorliegenden Akten (S. 1 ff.), ein Gespräch mit Dr. A.____ (S. 3) und seine eigene Untersuchung am 15. November 2000 (S. 4 ff.). Angaben zur Unfallkausalität der verschiedenen von ihm angesprochenen Beschwerden und zur Arbeitsfähigkeit machte er nicht. 3.4

Am 9. Januar 2003 (Urk. 10/33) berichtete Dr. med. C.____, FMH Orthopädische Chirurgie, die erste Konsultation habe am 22. Oktober 2002 stattgefunden (Ziff. 1). Als Diagnose nannte er eine grosse linksseitige Diskushernie L5/S1 gemäss MRI vom 30. August 2002 mit zurzeit therapieresistenten

Lumboschialgien; die Beschwerdeführerin sei von Dr. A.____, bei dem sie primär wegen Fussproblemen in Behandlung sei, wegen Rückenschmerzen überwiesen worden (Ziff. 2). Er habe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vom 30. Oktober 2002 bis 13. Januar 2003 attestiert (Ziff. 4). Auf die Frage „Liegt ein Unfall vor?“ führte er aus: „Ja, dieser ist aber nicht im Vordergrund, was die Wirbelsäule betrifft“ (Ziff. 3). 4. 4.1

Im Eintrag vom 11. Juni 2003 in der Krankengeschichte (Urk. 11/1) hielt Dr. A.____ fest, die Beschwerdeführerin habe ihn notfallmässig auf ge sucht, nachdem sie vor wenigen Minuten gestürzt sei; die genauen Umstände seien unklar, es liege eine Kontusion des rechten Kniegelenks und linken Vorderarmes vor, zudem etwas Rückenschmerzen (lit . A). Als Diagnose nannte er: Sturz mit Kontusion Vorderarm links, Knie rechts und mögliche „Distorsion“ der Wirbel säule (lit . D). Angezeigt sei eine konservative Behandlung; die Beschwerdeführerin werde wohl für 1-2 Tage nicht arbeiten können. 4.2

Am 11. Juli 2003 berichtete Dr. med. D.____ , FMH Handchirurgie und Allgemeine Chirurgie (Urk. 11/4), sie habe die Beschwerdeführerin erst mals am 10. Juli 2003 gesehen und nannte folgende Diagnosen (S. 1 Mitte): - Status nach Kontusion linker Vorderarm mit Schürfungen und protra hier tem Rückgang der Schwellung - traumatisierte Pisotriquetralarthrose rechts - bekannte Diskushernie L4/5, L5/S1

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

Rechts scheine es sich um eine traumatisierte oder zumindest eine beginnende Pisotriquetralarthrose zu handeln, links gebe es keine Hinweise für ossäre Läsionen oder frische Bandläsionen. Die Beschwerdeführerin verreise am nächsten Tag in die Ferien (S. 2 unten). 4.3

Am 11. Dezember 2003 berichtete Dr. med. E.____ , Oberarzt, Klinik F.____ , über seine Untersuchung der Beschwerdeführerin und führte aus, am ehesten handle es sich um eine akute Kniekontusion rechts (Urk. 11/15 unten). 4.4

Am 26. Dezember 2003 berichtete Dr. med. G.____ , Spezialarzt für Neurologie FMH, der bereits am 25. August (Urk. 11/9) und 28. November 2003 (Urk. 11/13) einen Formularbericht erstattet hatte, über seine Untersuchungen (Urk. 11/16). Er nannte folgende Diagnosen (S. 1): - cervico-cephales Schmerzsyndrom und anhaltende Schmerzen und Gefühlsstörungen an der linken Hand, wahrscheinlich post traumatischer Genese bei Status nach Sturz am 11. Juni 2003 - neuralgieforme Gesichtsschmerzen links

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

In seinem Bericht vom 15. März 2004 (Urk. 11/19) diagnostizierte Dr. G.____ sodann ein Karpaltunnelsyndrom rechts mittelgradiger Ausprägung (S. 1). Die Beschwerdeführerin führe die Beschwerden an der rechten Hand auf den Sturz vom 11. Juni 2003 zurück, ein Zusammenhang lasse sich aber nicht mit Sicherheit herstellen (S. 2 unten). 4.5

Am 7. Mai 2004 berichtete Dr. D.____ , die Symptome würden immer verwirlicher , die Beschwerdeführerin gebe jedes Mal neue Probleme an (Urk. 11/20 S.

1 Mitte).

Am 24. Juli 2004 gab Dr. B.____ gestützt auf die ihm vorliegenden Akten eine Stellungnahme ab (Urk. 11/25). Diese liessen seines Erachtens unmissverständlich auf eine Symptomausweitung schliessen (S. 1 unten). Der Stolper sturz vom 11. Juni 2003 sei als derart bagatelär einzustufen, dass man sicher sagen könne, es bestünden per heute nur noch möglicherweise Unfallfolgen (S.

2 oben). 4.6

Am 24. Dezember 2004 erstattete Dr. G.____ einen weiteren Bericht (Urk. 11/51/3) und führte aus, Grund der aktuellen Untersuchung sei eine in den letzten Wochen eingetretene Zunahme der Nacken- und Kopfschmerzen (S. 1). In seiner Beurteilung führte er unter anderem aus, die Beschwerde führerin habe im Rahmen des Sturzes vom 11. Juni 2003 eine Commotio cerebri und ein Überdehnungstrauma der Halswirbelsäule (HWS) erlitten (S. 2 Mitte). 4.7

Am 23. Juni 2005 führte Dr. A.____ aus, ein Zusammenhang der Kniebeschwerden mit dem Unfall vom 11. Juni 2003 dürfe als wahrscheinlich angenommen werden (Urk. 11/34 unten), am 28. Juni 2005 - nach einem Telefonat mit der Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin - er dürfe „mit Überwiegen der Wahrscheinlichkeit“ angenommen werden (Urk. 11/51/2). 5. 5.1

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

Die Erstbehandlung erfolgte am 12. September 2005 im Spital H.____, wo ein Verdacht auf Bandläsion links diagnostiziert und eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % ab dem 12. September 2005 attestiert wurde (Urk. 12/2 Ziff. 1, 5 und 8). 5.2

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

Am 12. Juli 2006 nahm er gegenüber der Rechtsvertreterin der Beschwerde führerin Stellung (Urk. 12/46). Die von der Beschwerdeführerin geäusserten Beschwerden seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom 11. September 2005 zurückzuführen (Ziff. 1). Der Status quo ante sei nicht erreicht (Ziff. 3). In ihrem Beruf als Physiotherapeutin sei die Beschwerdeführerin nicht voll einsetzbar; da sie dabei ihre Füsse problemlos einsetzen können müsse, schätze er die Arbeitsunfähigkeit auf 50 % (Ziff. 6a). 5.3

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

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

Das Erreichen des Status quo sine sei - grosszügig - auf den 10. September 2006 festzusetzen. Beim Ereignis habe es sich um eine ausgesprochen leichte Verletzung gehandelt, welche normalerweise bereits nach 3-4 Monaten ausgeheilt sei (S. 3 Ziff. 3). 6.

E. 7.1

Aus den Vorbringen der Beschwerdeführerin betreffend einen Unfall vom 6. März 2005 (Urk. 6 S. 6 f. Ziff. 11, Urk. 2/1 S. 16 ff.) ergeben sich keine anders lautenden Schlussfolgerungen.

E. 7.2

Die Beschwerdeführerin machte beschwerdeweise (Urk. 2/1) geltend, das Unfallereignis vom 6. März 2005 (Sturz auf Gesäss und Rücken) sei aktenkundig. Die Beschwerdegegnerin habe fälschlicherweise mit Schreiben vom 5. Oktober 2005 die Rechnung für die entsprechende Behandlung vom 15. Juni bis 8. Juli 2005 retourniert. Sie habe am 14. Januar 2013 nachträglich die Ausrichtung von Leistungen beantragt (S. 16 Ziff. 1).

Weiter führte sie aus, sie habe bis vor Beginn des aktuellen Verfahrens nie vollständige Akteneinsicht erhalten. Deshalb habe sie erst mit Schreiben vom 14. Januar 2013 (vgl. Urk. 2/11/II/5) die Beschwerdegegnerin „darauf aufmerksam machen können, dass sich im Zusammenhang mit einem weiteren Unfallereignis Ungereimtheiten aus den UVG-Akten der Beschwerdegegnerin ergeben“ (Urk. 16 S. 2). 7.3

Aktenkundig ist eine den 6. März 2005 betreffende Bagatell-Unfallmeldung (Urk. 2/11/II/1). Der behandelnde Arzt (und Arbeitgeber) der Beschwerdeführerin attestierte am 16. April 2005 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vom 9. bis 14. März 2005 und datierte die volle Arbeitsaufnahme auf den 15. März 2005 (Urk. 2/11/II/3 S. 2 Ziff. 8 und 9). Am 20. Juni 2005 teilte er der Beschwerdegegnerin mit, bei noch geringem Schmerz des Os coccygis sei die Behandlung am 19. Mai 2005 abgeschlossen worden (Urk. 2/11/II/4).

Im 2007 von Dr.

K.____

erstatteten Gutachten (Urk. 2/11/III/74) wurde in der persönlichen Anamnese unter anderem ein Sturz auf Eis (ausgerutscht) am 6. Februar (richtig: März) 2005 aufgeführt (S. 5 oben), dies gestützt auf die Zusammenstellung der Beschwerdeführerin vom 11. Oktober 2006 zuhanden der Gutachterin (Urk. 2/11/III/74 Beilage), wo mit Datum vom 6. März 2005 ein Ausrutscher auf Glatteis angegeben wurde, von dem sich die Beschwerdeführerin gemäss eigener Darstellung erholt habe, ohne sich krank zu schreiben (S. 2 unten).

Auch im 2008 von Dr. L.____

erstatteten Gutachten (Urk. 2/11/I/111) wurde anamnestisch ein Sturz auf Eis auf das Gesäss am 6. März 2005 festgehalten (S.

4 oben). 7.4

Der fragliche Unfall wurde mithin in den Gutachten, die Gegenstand des früheren Verfahrens am hiesigen Gericht waren, aufgeführt. Mangels Relevanz wurde sodann von medizinischer Seite jedoch bei den Diagnosen, der Kausalitätsbeurteilung und den Angaben zur aktuellen Arbeitsfähigkeit nicht mehr darauf Bezug genommen. Gleiches gilt für das Urteil vom 9. Juli

2010 des hiesigen Gerichts, mit welchem der Sachverhalt bis zum Zeitpunkt des damals angefochtenen Einspracheentscheids (Dezember 2008) beurteilt wurde, dies mit dem Ergebnis, dass höchstens betreffend die OSG-Arthrose links eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin bestehen könnte.

Der Beschwerdeführerin war der genannte Unfall bekannt (hat sie ihn doch selber zuhanden der Gutachterin von 2007 aufgelistet). Bei pflichtgemässer Aufmerksamkeit konnte sie (beziehungsweise ihre Rechtsvertreterin) im letzten Verfahren feststellen, dass ihm von medizinischer Seite, von der Beschwerde gegnerin und schliesslich vom Gericht keine leistungsrelevante Bedeutung beige messen wurde. Sie hätte mithin das Urteil von 2010 in diesem Punkt anfechten können und müssen.

E. 7.3

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

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

E. 7.4

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

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

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

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

E. 7.5

Schliesslich ergibt sich auch aus den hier vorliegenden Akten, dass von angeblichen „Ungereimtheiten“ keine Rede sein kann. Gemäss eigener Erinnerung der Beschwerdeführerin folgte dem Unfall vom März 2005 keine Arbeitsunfähigkeit; der behandelnde Arzt attestierte eine solche für die Dauer von knapp einer Woche und schloss die Behandlung rund 11 Wochen nach dem Ereignis ab (vorstehend E. 7.3). Inwiefern sich vor diesem Hintergrund - abgesehen von der zeitlichen Verzögerung von über 8 Jahren bis zur Geltendmachung - eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin begründen lassen sollte, ist nur schwer ersichtlich, ebenso, was dies mit der vorliegend strittigen Beurteilung der OSG-Arthrose zu tun haben könnte. 8.

8.1

Die Invaliditätsbemessung betreffend hat die Beschwerdeführerin in erster Linie geltend gemacht, sie wäre im Gesundheitsfall selbständig erwerbend (Urk. 2/ 1 S.

8 Ziff. 5 und S. 9 f.). Auf welche konkreten Anhaltspunkte sich diese These stützt, lässt sich der Beschwerde nicht entnehmen; auch die eingereichten Beilagen (Urk. 2/ 3/1-28) enthalten nichts, das geeignet wäre, die betreffende Behauptung zu stützen. Der Umstand alleine, dass sie im November 2002 eine Berufsbewilligung beantragte und erhielt (Urk. 2/ 11/I/182 S. 6 Ziff. 4 sowie Beilage 16a), genügt nicht für die Annahme, ohne den Unfall von 2005 wäre der betreffende Schritt - drei Jahre später - mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erfolgt. 8.2

Gemäss Unfallmeldung (Urk. 2/ 11/I/1 Ziff. 13) erzielte die Beschwerdeführerin im Jahr 2005 einen Monatslohn von Fr. 3'930.-- (x 13), dies mit 25.2 von 42

Wochenstunden (Ziff. 12), mithin einem Pensum von 60 %. Bei der Rheumaliga betrug der Lohn (inklusive Ferienentschädigung) Fr. 85.-- pro Stunde (Urk. 2/ 11/I/92 S. 2 sowie Beilage); angesichts von organisatorischen Besonderheiten (vgl. Urk. 2/ 11/I/92 S. 1 Ziff. 3) wäre es nicht sachgerecht, diesen Lohn auf ein Jahr hochzurechnen.

Die Umrechnung des Lohnes bei 60 % auf ein volles Pensum ergibt Fr. 85'180.-- im Jahr (Fr. 3'930.-- x 13 : 60 x 100), was als hypothetisches Valideneinkommen einzusetzen ist. 8.3

Das hypothetische Invalideneinkommen entspricht dem Verdienst, den die Beschwerdeführerin unter Berücksichtigung der Einschränkungen, die in rechts genügendem Kausalzusammenhang mit den erlittenen Unfällen stehen, zumutbarerweise erzielen könnte. Ausser Betracht fallen somit alle anderen, nicht unfallkausalen Einschränkungen, wie sie insbesondere (und auftrags gemäss) im Y.____-Gutachten berücksichtigt wurden.

Unfallkausal ist einzig die Einschränkung aufgrund der Arthrose im linken OSG. Sie beeinträchtigt die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin als Physiotherapeutin laut Y.____-Gutachten insofern, als sie eine verminderte Gehstrecke zur Folge hat. Gemäss dem von der Beschwerdegegnerin eingeholten Gutachten schränkt sie die Arbeitsfähigkeit als Physiotherapeutin um rund 17 % ein. Zu gunsten der Beschwerdeführerin ist von dieser Einschränkung auszugehen.

Gemäss den Recherchen der Beschwerdeführerin beträgt das Jahreseinkommen einer angestellten Physiotherapeutin in den ihrigen vergleichbaren Verhältnissen Fr. 122'809.-- (Urk. 2/ 11/I/182 S. 6 unten). Dieses Einkommen, vermindert um die unfallbedingte Einschränkung, könnte die Beschwerdeführerin zumutbarerweise erzielen. Somit beträgt das hypothetische Invalideneinkommen rund Fr. 101'931.-- (Fr. 122'809.-- x 0.83). 8.4

Das hypothetische Invalideneinkommen von Fr. 101'931.-- (vorstehend E. 8.3) fällt derart deutlich höher aus als das hypothetische Valideneinkommen von Fr. 85'180.-- (vorstehend E. 8.2), dass sich weitere Umrechnungen auf ein gleiches Basisjahr erübrigen. Der Einkommensvergleich ergibt auf jeden Fall keinen Invaliditätsgrad. 8.5

Damit steht fest, dass die Arthrose des linken OSG unter keinem Titel weitergehende Leistungspflichten der Beschwerdegegnerin zu begründen vermag.

Der angefochtene Entscheid erweist sich damit als rechtens, womit die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. Kurt Meier - 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 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. 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
Die Gerichtsschreiberin
Mosimann
Tiefenbacher

E. 11

und nannten in ihrem Bericht vom 5. Mai 2011 (Urk. 2/ 11/I/141) folgende Diagnosen (S. 1): - Verdacht auf periphere Polyneuropathie bei subjektiver OSG-Instabilität links, bewegungs- und belastungsabhängige Schmerzen beider Füße, Ruheschmerzen beider Füße mit vermindertem Vibrationssinn, Differentialdiagnose (DD) im Rahmen eines Diabetes mellitus - anamnestisch Status nach Diskushernie L5/S1 links mit radikulären Schmerzen und Fussheberschwäche links

Sie führten unter anderem aus, bei der Patientin bestehe wahrscheinlich eine residuelle Fussheberschwäche links bei bekannter Diskushernie L5/S1. Die von der Patientin geäußerten Schmerzen in beiden Füßen linksbetont seien wahrscheinlich multifaktorieller Genese. Einerseits bestehe eine bekannte OSG-Arthrose, welche den Anlaufschmerz erklären könnte. Ansonsten könnten die Beschwerden auch im Rahmen einer Polyneuropathie interpretiert werden (S. 2 Mitte).

Aus neurologischer Sicht wurde sodann mit Bericht vom 2 5. Mai 2011 ausgeführt, es lasse sich keine Polyneuropathie objektivieren. Auffällig sei eine leichte axonale Schädigung des N. peroneus links. Möglicherweise sei der Befund im Rahmen einer stattgehabten Radikulopathie L5 links zu sehen (Urk. 2/ 11/I/144 S. 2 Mitte). 5 .4

Am 2 5. Januar 2012 erstattete Dr. med. N.____, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdeführerin (Urk. 2/ 11/I/158). Sie stütze sich auf die ihr überlassenen Akten (S. 2 ff.), da runter auch die vorstehend (E. 5.2 und 5 .3) erwähnten Berichte von Dr. I.____ und der Ärzte der Klinik

F.____ (S. 4 f.), die Angaben der Beschwerdeführerin (S. 6 ff.) und die anlässlich der Untersuchung vom 2 4. Mai 2011 (S. 6 oben) erhobenen Befunde (S. 9 f.).

Die Gutachterin stellte folgende Diagnose (S. 10 Mitte): - chronische Fusschmerzen links mit wenig Arthrosezeichen

antero -laterale bei / nach - Supinationstrauma vom 1 6. Dezember 1998 - erneutem, dokumentiertem Supinationstrauma am 1 1. September 2005 - anamnestisch diverse weitere

e

Supinationstraumata seit 1998 - leichter Fussheberparese links bei konservativ behandelter Diskus hernie L5/S1 links (unfallfremd, 2002) - Verdacht auf periphere Neuropathie beidseits (unfallfremd)

Die Gutachterin führte unter anderem aus, radiologisch fanden sich wenige Anzeichen einer Arthrose im posterioren Anteil des linken OSG. Orthopädisch könne die radiologisch beginnende leichteste Arthrose des OSG gut mit den Supinationstraumata erklärt werden; hier bestehe eine direkte Unfallkausalität. Die radiologischen und klinischen orthopädischen Befunde könnten jedoch die aus geprägten Beschwerden der Versicherten punkto linken Fuss nicht erklären. Die subjektiv beklagte Instabilität des linken OSG habe klinisch praktisch nicht bestätigt werden können, hingegen hätten die neurologischen Probleme mit einem leichten Fallfuss links bestätigt werden können (S. 11 unten).

Zusammenfassend führte die Gutachterin aus, die von der Beschwerdeführerin beklagte Instabilität des linken OSG und die chronischen Schmerzen würden vorwiegend durch neurogene (nervliche) und nicht durch orthopädische (Veränderung der Gelenke) respektive posttraumatische Befunde erklärt. Diese Beurteilung beruhe auf den nur leichten orthopädischen und radiologischen Befunden im Bereich des linken OSG (S. 12).

Die heutigen Beschwerden im linken Fuss seien maximal zu einem Drittel unfallkausal, zu zwei Dritteln unfallfremd. In einer überwiegend sitzenden Arbeit sei die Versicherte rein punkto linker Fuss vollschichtig zu 100 % arbeitsfähig. In der angestammten Tätigkeit als Physiotherapeutin mit überwiegend stehender und gehender Tätigkeit betrage die Arbeitsfähigkeit 50 % (S.

E. 12

Mitte).

Zum Zumutbarkeitsprofil führte die Gutachterin gesamthaft (2/3 unfallfremd, 1/3 unfallkausal) aus, langes Gehen und Stehen von mehr als 1 h seien der Versicherten nicht zumutbar. Sitzende Tätigkeiten seien ihr vollumfänglich zumutbar. Das Gehen auf unebenem Gelände, langes Treppensteigen, das Besteigen von Gerüsten sowie das Gehen mit Tragen von Lasten über 10 kg seien nicht zumutbar (S. 15 Ziff. 3.1.2).

Die Erheblichkeitsgrenze für eine Integritätsentschädigung sei momentan noch nicht erreicht. Sollte die milde Arthrose fortschreiten, so sei die Integritätsentschädigung - beispielsweise in 5 Jahren - entsprechend neu zu beurteilen (S.

E. 17

Ziff. 7.1). 5.5

Dr. med. G.____, Facharzt für Neurologie, berichtete am 6. Februar 2012 über seine Untersuchung vom 11. Januar 2012 und nannte folgende - hier leicht gekürzt angeführte - Diagnosen (Urk. 2/11/I/182 Beilage 17 S. 1): - posttraumatische Lumbalgie nach Sturz auf Rücken und Gesäss am 22. September 2011 - akute posttraumatische Kontusion der linken Schulter sowie akute Rückenschmerzen nach Sturz auf Steissbein vom 10. Juni 2010 - chronisches posttraumatisches cervico-cephales Schmerzsyndrom bei Status nach Sturz am 11. Juni 2003 mit Commotio cerebri und Überdehnungstrauma der Halswirbelsäule (HWS) - posttraumatische Migräne und Trigeminusneuralgie - posttraumatische OSG-Arthrose links; laterale Bandinstabilität seit mehreren Supinationstraumen im linken

Fuss

In einem Bericht vom 11. Januar 2013 (Urk. 2/ 21/5) führte Dr. G.____ - nebst vergleichbaren Angaben - ein erneutes Supinationstrauma des linken Fusses am 14. Oktober 2012 an (S. 2 oben). 5.6

Dr. I.____ (vorstehend E. 5.2) nannte in seinem Bericht vom 11. Mai 2012 (Urk. 2/ 14 = Urk. 2/ 21/4) folgende Diagnosen (S. 1): - posttraumatisches lumboradikuläres sensomotorisches Ausfallsyndrom S1 links bei Status nach Sturz auf Rücken und Gesäss am 22. September 2011 - posttraumatische Periarthropathia

humero-scapularis (PHS) links persistierend und bereits damals akute Lumbovertebralsymptomatik nach Sturz auf Steissbein am 10. Juni 2010 - posttraumatische OSG-Arthrose links und laterale Bandinstabilität seit Ereignis vom 11. September 2005; diverse weitere Supinationstraumen - chronisches posttraumatisches cervicocephales Schmerzsyndrom bei Status nach Sturz am 11. Juni 2003 mit Commotio cerebri und Überdehnungstrauma der HWS - posttraumatische Migräne und Trigeminusneuralgie links

Er führte unter anderem aus, bei der Beschwerdeführerin bestehe eine Instabilität des linken OSG, welche im Zusammenhang mit den verschiedenen Supinationstraumen der letzten Jahre entstanden sei. Hinweise auf das Bestehen einer Polyneuropathie hätten nie bestanden, und auch die entsprechenden neurologischen Abklärungen hätten eine solche ausschliessen lassen. Die Gangunsicherheit

durch die OSG-Instabilität links sei mit Sicherheit wesentliche Ursache der multiplen Stürze (S. 2). 5.7

Im Bericht vom 30. April 2013 (Urk. 2/ 11/I/204) über eine orthopädische technische Kontrolle in der Klinik

F.____ wurden in der Beurteilung Restbeschwerden nach Distorsion beider Knie und des linken Fusses am 14. Oktober 2012 festgehalten (S. 2 oben). 5.8

Am 21. Juni 2013 erstatteten die Ärzte des Instituts Y.____ ein Gutachten im Auftrag der Invalidenversicherung (Urk. 2/ 21/1/1). Es wurden folgende (Haupt-)Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (S. 29 f. Ziff. 6.1): - chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom - chronische Zervikozephalgie und Zervikobrachialgie beidseits - Polyarthrose - posteriore OSG-Arthrose, Sehnenaffektation und laterale Bandinstabilität OSG links bei Status nach multiplen Distorsionstraumata OSG links (1998, 2001, 2003, 2005 und 2012) - Trigeminusneuralgie links - episodische Migräne mit Aura

Berufsanamnestisch wurde unter anderem ausgeführt, die Beschwerdeführerin habe ab 2002 ihr Pensum als Physiotherapeutin freiwillig auf 60 % reduziert, dies wegen zunehmender lumbaler Rückenschmerzen; damals sei erstmals eine Diskushernie L5/S1 festgestellt worden. Zusätzlich habe sie von 1996 bis 2003 1.5 Stunden pro Woche für die Rheumaliga gearbeitet; ab 2003 habe sie dieses Pensum auf 4.5 Stunden pro Woche gesteigert. Im Jahr 2006 sei sie wegen Auflösung der Physiotherapiepraxis entlassen worden und habe ihr Pensum bei der Rheumaliga auf 15 Stunden pro Woche, einem Pensum von 30 % entsprechend, gesteigert (S. 31 Mitte). 5.9

Im orthopädischen Fachgutachten (Urk. 2/ 21/1/3) wurde unter anderem ausgeführt, Beschwerden im Bereich der Daumen und der Finger und Beschwerden im Bereich des

Knies schränkten die Arbeitsfähigkeit ein, ebenso erlaubten Beschwerden im Bereich des oberen Sprunggelenkes mit Arthrose und lateraler Instabilität der Beschwerdeführerin kein problemfreies Gehen auf Treppen, Leitern und unebenem Gelände (Instabilität) und führten aufgrund der Arthrose zu einer verminderten Gehstrecke (S. 17 unten).

Somit sei die Beschwerdeführerin für schwere, mittelschwere körperliche Arbeiten mit einer Belastung von über 10 kg, Gehen auf unebenem Gelände, Leitern, Treppen zu 100 % arbeitsunfähig. In ihrem angestammten Beruf als Physiotherapeutin sei sie zum heutigen Zeitpunkt zu 50 % arbeitsfähig. Die Arbeitsunfähigkeit begründe sich mit der nachvollziehbaren Notwendigkeit von verlängerten Ruhephasen zur Vermeidung der Exazerbation vor allem der Wirbelsäulen- und Handbeschwerden (S. 18 oben). 5.10

Dr. I.____ (vorstehend E. 5.2) führte in einer Stellungnahme vom 2. September 2013 (Urk. 25/1) unter anderem aus, für die Rechnungsstellung zulasten der Krankenkasse werde zumeist nur ein Code angegeben. Um eine Bezahlung der Rechnungen wie im hier vorliegenden Fall sicher zu stellen, habe er aus Praktikabilitätsgründen nur einen Code verwendet; es könne nicht auf die Bezahlung einer Rechnung über Jahrzehnte gewartet werden, bis dann vielleicht auch ein mal der Rechtsstreit erledigt sei (S. 1). Ein vollständiger Diagnosecode hätte gelautet: D4, D2, D1 und D5 (S. 1 unten).

Die Beschwerdeführerin sei sehr wohl auch nach September 2006 bezüglich ihrer Unfallfolgen (OSG-Arthrose, Bandinstabilität, gestörte Propriozeption) regelmäßig behandelt worden (S. 2).

Zusammenfassend betonte er, dass die mehrfachen Distorsionen des linken OSG mit der posttraumatischen OSG-Arthrose, der lateralen Bandinstabilität / Läsion und der gestörten Propriozeption die Hauptursache für weitere Stürze gewesen und damit auch mit überwiegender Wahrscheinlichkeit wesentlich für die jetzige Gesundheitsbeeinträchtigung der Patientin verantwortlich seien (S. 2). 6.6.1

Zu den genannten Arztberichten ist vorab der Hinweis angezeigt, dass nicht ersichtlich ist, was Dr. G.____ im Februar 2012 veranlasste, im Zusammenhang mit dem Unfall vom 11. Juni 2003 unter anderem ein HWS-Überdehnungstrauma zu diagnostizieren (vorstehend E. 5.5). In seinen Berichten vom 25. August 2003 (Urk. 2/11/III/9), 28. November 2003 (Urk. 2/11/III/13) und 25. Dezember 2003 (Urk. 2/11/III/16) war davon ebenso wenig die Rede wie in anderen 2003 erstatteten Berichten (Urk. 2/11/III/4-5, Urk. 2/11/III/7) oder der Unfallmeldung, die vom als Arzt tätigen Arbeitgeber erstattet wurde (Urk. 2/11/III/2).

Ebenso wenig ist verständlich, dass Dr. I.____ im Mai 2012 die gleiche - identisch formulierte - Diagnose neu aufführte (vorstehend E. 5.6); auch in seinen früheren Berichten war von solchem nicht die Rede gewesen. 6.2

Gegenüber den Beurteilungen durch Dr. I.____ sind weitere Vorbehalte angebracht. Dass er seine Bemühungen dem (vorleistungspflichtigen) Kranken versicherter in Rechnung stellte und nicht der Beschwerdegegnerin, die ihre Leistungspflicht verneinte, vermag einzuleuchten. Dass er aber dabei kein einziges Mal den für die Behandlung von Arthrosen vorgesehenen Code verwendete, widerspricht diametral seiner späteren Schilderung, er habe die Beschwerdeführerin auch nach September 2006 wegen Unfallfolgen (OSG Arthrose, Bandinstabilität, gestörte Propriozeption) behandelt (vorstehend E. 5.10). Wenn dem so war, gibt es - auch abrechnungstechnisch gesehen - keinen plausiblen Grund, ausgerechnet den zutreffenden Diagnosecode nicht zu verwenden. Dies legt den Schluss

nahe, dass dem eher nicht so gewesen sein könnte, sondern dass der langjährig behandelnde Arzt sich in diesem Punkt für seine Patientin engagiert (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a/cc).

Wie es sich mit seiner These verhält, für weitere OSG-Distorsionen seien die genannten Beeinträchtigungen die Hauptursache gewesen, ist nicht Gegenstand des vorliegenden Verfahrens; sie ist gegebenenfalls vom Versicherer zu prüfen, dem solche späteren Ereignisse gemeldet wurden. 6 .3

Somit ist für die Beantwortung der strittigen Frage (vorstehend E. 3.1) in erster Linie das von der Beschwerdegegnerin veranlasste Gutachten (vorstehend E. 5 .4) massgebend.

Die Gutachterin stellte eine (unfallkausale) leichteste Arthrose des OSG fest, welche jedoch die ausgeprägten Fussbeschwerden der Beschwerdeführerin nicht erklären konnte. Die Gutachterin stellte fest, die Beschwerden würden vorwiegend durch neurogene, nicht durch orthopädische beziehungsweise posttraumatische Befunde erklärt. Bezogen auf die Fussbeschwerden erachtete sie die Beschwerdeführerin als in einer überwiegend sitzenden Tätigkeit zu 100 %, und in der angestammten Tätigkeit als Physiotherapeutin als zu 50 % arbeitsfähig. Diese Einschränkung um 50 % bezeichnete sie als zu zwei Dritteln unfallfremd und zu einem Drittel unfallkausal.

Eine anspruchserhebliche Integritätseinbusse vermochte die Gutachterin nicht zu erheben. 6 .4

Der Y. ___ -Fachgutachter (vorstehend E. 5 .9) postulierte aus orthopädischer Sicht zwar auch eine Arbeitsfähigkeit von lediglich 50 % in der angestammten Tätigkeit als Physiotherapeutin, begründete dies jedoch hauptsächlich mit dem Bedarf an verlängerten Ruhephasen wegen Wirbelsäulen- und Handbeschwerden. Als einzige sich aus der OSG-Arthrose ergebende Einschränkung nannte er eine verminderte Gehstrecke.

Dies wirft die Frage auf, ob bezogen auf die angestammte Tätigkeit als Physiotherapeutin, die keine längeren Gehstrecken erfordert, überhaupt eine unfallkausale (durch die OSG-Arthrose bedingte) Einschränkung der Arbeitsfähigkeit besteht. Stellt man auf das Y. ___ -Fachgutachten ab, ist die Frage klar zu verneinen.

Die Beurteilung durch die Gutachterin erweist sich somit im Vergleich mit derjenigen durch den Y. ___ -Fachgutachter als grosszügig.

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