

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00113

vom 6. Juli 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-07-06, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2016.00113

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00113 du 6 juillet 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00113 del 6 luglio 2017

Erwägungen

E. 1

Die 1959 geborene X.____ war seit 2. Februar 1993 als Hauskeeping Assistant bei der Y.____ angestellt und damit bei der Elips Versicherungen AG gegen die Folgen von Unfällen versichert. Am 15. Juli 2015 stürzte sie bei einer Tramhaltestelle über einen Absatz und verletzte sich am rechten Knie (vgl. Urk. 10/1 S. 3). Am 21. Januar 2016 führte Dr. Z.____, FMH Orthopädie, bei der Versicherten eine Arthroskopie mit medialer Teilmeniskektomie, eine Resektion der Plica medio- und infrapatellaris sowie eine Bursektomie präpatellar im A.____ durch (Urk. 10/3). Die Elips Versicherungen AG, bei welcher ein Gesuch um Kosten gutschätze für den operativen Eingriff vom 21. Januar 2016 mit stationärem Aufenthalt eingegangen war, unterbreitete dieses ihrem beratenden Arzt Dr. med. B.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin (Urk. 10/4). Mit Verfügung vom 22. Februar 2016 (Urk. 10/

E. 1.1

Am 1. Januar 2017 sind die am 25. September 2015 beziehungsweise am 9. November 2016 verabschiedeten geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) in Kraft getreten.

Gemäss den allgemeinen übergangsrechtlichen Regeln sind der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen, die in Geltung standen, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende und somit rechtserhebliche Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 466 E. 1, 126 V 134 E. 4b, je mit Hinweisen). Dementsprechend sehen die Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 des UVG vor, dass Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem 1. Januar 2017 ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt werden (Absatz 1 der genannten Übergangsbestimmungen).

E. 1.2

Der hier zu beurteilende Unfall hat sich am 15. Juli 2015 ereignet, weshalb die bis 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Normen auf den vorliegenden Fall Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden.

2. 2.1

Gemäss Art. 6 UVG werden – soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt – die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Abs. 1). Der Bundesrat kann Körperschädigungen, die den Folgen eines Unfalles ähnlich sind, in die Versicherung einbeziehen (Abs. 2). Ausserdem erbringt die

Versicherung ihre Leistungen bei Schädigungen, die den Verunfallten bei der Heilbehandlung zugefügt werden (Abs. 3). 2.2

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss 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 un mittelbare 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 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). 2.3

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 blosser 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.

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. 5

) wies sie gestützt auf dessen medizinische Beurteilung und Begründung des fehlenden Kausalzusammenhangs ihre Leistungspflicht in Bezug auf den durchgeführten operativen Eingriff ab. Gegen die Entscheidung erhob die Versicherte am 9. Februar 2016 ohne Begründung Einsprache (Urk. 10/6), welche die Elips Versicherungen AG mit Entscheidung vom 5. April 2016 (Urk. 2) abwies. 2.

Da gegen X. am 6. Mai 2016 (Urk. 1) Beschwerde mit dem Antrag, der Entscheidung sei aufzuheben und es sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, die gesetzlichen Leistungen auszurichten (S. 2). Die Elips Versicherungen AG

schloss in ihrer Beschwerdeantwort vom 30. Juni 2016 (Urk. 9) auf Abweisung der Beschwerde, wovon der Beschwerdeführerin am 13. Juli 2016 (Urk. 12) Kenntnis gegeben wurde. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 5.1

Nach Lage der Akten ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin am 15. Juli 2015 bei einer Tramhaltestelle über eine Bordsteinkante stürzte, nach vorne fiel und mit beiden Knien am Boden aufschlug. In der Folge konsultierte sie wegen Schmerzen im rechten Knie – erstmals am 17. Juli 2015 - Dr. Z. (vgl. E. 3.1 hievore).

E. 5.2

Hinsichtlich der Ursache für die über sechs Wochen nach dem Ereignis hinaus persistierenden Kniebeschwerden (mit am 21. Januar 2016 durchgeführter Arthroskopie mit medialer Teilmeniskektomie und Resektion der Plica medio- und infrapatellaris) legte n

Dr. C. und Dr. B. – unter Bezugnahme auf die von Dr. Z. kommentierte MRI-Untersuchung vom 18. Juli 2015 – nachvollziehbar dar, dass das stattgehabte Unfallereignis nicht geeignet war, einen Meniskusriss zu bewirken. Dass die betreffende Verletzung traumatisch bedingt war, wie dies Dr. Z. nachträglich für möglich erachtete, verneinte n

sie unter Hinweis darauf, dass es beim Sturz nach vorne auf beide Knie nicht zu einer Verdrehung bei fixiertem Unterschenkel bzw. nicht zu einer Distorsion (Verrenkung), vgl. dazu Bundesgerichtsurteil 8C_81/2017 vom 2. März 2017 E. 5.3, des Kniegelenkes,

sondern zu einem Anprall auf die Kniescheibe kam und dieser Unfallmechanismus nicht tauglich ist einen isolierten Meniskusrisso zu verursachen. Sie erwähnten in diesem Zusammenhang auch die MRI-Befunde, welche zwar auf eine Ödemzone im seitlichen femorpatellaren Gleitlager hinweisen und damit belegen, dass eine Knieprellung stattgefunden hatte. Weitergehende Verletzungen im Knieinnenraum sind aber nicht beschrieben und insbesondere konnten auch keine zusätzlichen, für traumatische Meniskusrupturen typische Verletzungen von Begleitstrukturen wie beispielsweise der Kreuz- und Seitenbänder festgestellt werden. Nachdem der Operateur keinen blutigen Erguss oder Blutreste beschreiben konnte und im lateralen Kompartiment verschiedene Einrisse an unterschiedlichen Orten gesehen wurden, erscheint auch plausibel, dass dieses Bild nicht für eine traumatische Verursachung durch ein und den selben Anprall spricht, sondern auf degenerative Veränderungen hinweist. Im Weiteren lässt auch die im mittleren Kompartiment beschriebene synovitisch vergrösserte Plica infrapatellaris gemäss nachvollziehbarer Auffassung von Dr. C. ___ und Dr. B. ___ auf eine vorübergehend aktivierte Degeneration schliessen (Urk. 10/8 S. 14 f. mit Ausführungen namentlich zu Ursache, Verlauf und Symptome eines Plicasyndroms). Zu überzeugen vermögen sodann die weiteren Ausführungen, wonach die Einträge in der Krankengeschichte nicht dem typischen Verlauf einer traumatischen Meniskusruptur entsprechen, welche zu einer sofortigen massiven Schwellung im Bereich des Kniegelenks, zumeist mit blutigem Kniegelenkserguss, und zu einer akuten starken und schmerzhaften Bewegungsbehinderung führt, sodass die betroffene Person sofort in der Regel einen Arzt aufsucht. Solches war vorliegend nicht der Fall, begab sich die Beschwerdeführerin doch erst zwei Tage nach dem Vorfall in ärztliche Behandlung, wobei bezüglich des klinischen Verlaufs anfänglich auf eine abnehmende, dann wieder zunehmende Symptomatik und sich verändernde und vor allem nachts auftretende Beschwerden hingewiesen wurde, was nicht zum dargelegten Beschwerdebild einer traumatischen Meniskusruptur passt (vgl. E. 3.5 hievor).

E. 5.3

Demnach stellten Dr. C. ___ und Dr. B. ___ in ihrer Aktenbeurteilung vom 22. Juni 2016 nachvollziehbar fest, dass wohl eine Knieprellung, aber keine unfallbedingte Meniskusruptur stattgefunden hatte. Dem widerspricht Dr. Z. ___ insoweit nicht, als er gestützt auf seine Untersuchung vom 17. Juli 2015 anfänglich ein direktes Knieanpralltrauma durch Sturz nach vorne auf beide Knie beschrieb, was einen Verrenkungsmechanismus, welcher geeignet sein könnte, eine Knieinnenraumverletzung zu verursachen, praktisch ausschliesst. Nach seiner Berichterstattung vom 6. August 2015 bis zum operativen Vorgehen am 21. Januar 2016 dokumentierte er sodann keinen weiteren Behandlungsverlauf. Sein späterer Hinweis betreffend eine mögliche traumatische Einklemmung und Zerreissung des Meniskus vermag mit Blick auf fehlende weitere Anhaltspunkte dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nicht zu genügen (vgl. E. 2.2 hievor).

E. 5.4

Nach dem Gesagten stellt die medizinische Beurteilung von Dr. C. ___ und Dr. B. ___, an deren Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit kein Zweifel besteht, eine tragfähige Grundlage für die Beantwortung der strittigen Kausalitätsfrage dar. Ausschlaggebend ist dabei in erster Linie die Erkenntnis, dass eine durch das Geschehnis vom 15. Juli 2015 verursachte relevante (Zusatz-) Meniskusverletzung nicht mit dem massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 126 V 353 E. 5b mit Hinweisen) erstellt ist. Das

Ereignis war höchstens geeignet, eine bereits vorbestehende rechtsseitige Knieproblematik vorübergehend zu verschlimmern; eine richtunggebende Verschlimmerung ist durch die Akten nicht belegt. Dabei ist es – soweit die geltend gemachten Beschwerden am rechten Knie ursächlich dem Ereignis vom 15. Juli 2015 (und nicht dem Vorzustand) zugeschrieben werden können – nicht zu beanstanden, dass der status quo sine spätestens am 26. August 2015 (sechs Wochen nach dem Ereignis) als erreicht betrachtet wurde. Begründete Anhaltspunkte, welche eine Terminierung des status quo sine auf einen späteren Zeitpunkt als sachlich gerechtfertigt erscheinen liessen, sind nicht greifbar.

E. 5.5

Bei der vorhandenen medizinischen Aktenlage ist der entscheidrelevante Sachverhalt namentlich im Hinblick auf die strittige Frage der Unfallkausalität der über den 26. August 2015 hinaus persistierenden rechtseitigen Kniebeschwerden hinreichend geklärt. Auf beweismässige Weiterungen, kann verzichtet werden. Denn nach bereits durchgeführter Arthroskopie und mangels Entnahme einer Gewebeprobe zur histologischen Untersuchung (vgl. Urk. 10/8 S. 14) sowie an gesichts fehlender respektive zumindest nicht aktenkundiger Behandlungen zwischen der Berichterstattung vom 6. August 2015 und der am 21. Januar 2016 durchgeführten Arthroskopie (vgl. Urk. 10/8 S. 14) können davon keine zusätzlichen Erkenntnisse erwartet werden (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. BGE 122 V 157 E. 1d).
6.

Zusammenfassend hat die Beschwerdegegnerin ihre weitergehende Leistungspflicht zu Recht verneint, und es muss mit den erbrachten Leistungen sein Bewenden haben. Dementsprechend ist der angefochtene Einspracheentscheid vom 5. April 2016 (Urk. 2) nicht zu beanstanden, was zur Abweisung der Beschwerde führt. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - X.____ - Rechtsanwalt Reto Bachmann - Bundesamt für Gesundheit 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu stellen.

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 Gräub Nef

E. 10

UVG fallen (Urteil des Bundesgerichts 8C_637/20

E. 13

vom 11. März 2014 E. 2.3.2). 2.4

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).

Bei Entscheiden gestützt auf versicherungsinterne ärztliche Beurteilungen, die im wesentlichen oder ausschliesslich aus dem Verfahren vor dem Sozialversicherer stammen, sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen, ist eine versicherungsexterne medizinische Begutachtung vorzunehmen (vgl. BGE 139 V 225 E. 5.2, 135 V 465 E. 4.4). 3.

3.1

Die Beschwerdeführerin verneinte gestützt auf die Beurteilung ihres beratenden Arztes

Dr. B.____ (Urk. 2 S. 4) sowie eine im Beschwerdeverfahren eingeholte ergänzende Stellungnahme von Dr. B.____ und Dr. med. C.____, orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, vom 22. Juni 2016 (Urk. 10/8), einen Kausalzusammenhang zwischen dem Ereignis vom 15. Juli 2015 und den beklagten Kniebeschwerden (Urk. 9 S. 7). Sie begründete dies namentlich damit, dass das Ereignis, wonach die Beschwerdeführerin „bei einer Tramhaltestelle beim Wechsel von einer Seite auf die andere bei dem hohen Absatz vornüber auf beide Kniegelenke gestürzt“ sei, ungeeignet sei, einen isolierten Meniskusriss zu verursachen. Zudem spreche der erhobene Befund gegen eine Verursachung durch den Sturz, weil durch einen Anprall nicht verschiedene Einrisse an verschiedenen Orten im Knie entstehen könnten. Auch fehle ein für eine traumatische Ursache typischer blutiger Erguss (Urk. 9 Ziff. 14.2). Der Operateur, Dr. Z.____, welcher sich im Voraus nicht um eine Kostengutsprache bei der zuständigen Versicherung bemüht habe, habe ein eigenes Interesse daran den Fall als unfallbedingt darzustellen. Es sei für ihn interessanter, nach dem UVG-Tarif, statt nach dem günstigeren Tarif nach KVG abzurechnen. Entsprechend kritisch sei seine nachträgliche Stellungnahme zu hinterfragen (Ziff. 15). Weder dem Arztbericht vom 6. August 2015 noch dem Operationsbericht vom 21. Januar 2016 liessen sich Hinweise für eine unfallbedingte Schädigung entnehmen (Ziff. 16). Die Beschwerdeführerin vermöge auch nicht zu erklären, weshalb zwischen dem Unfall und der Operation während mehrerer Monate keine ärztlichen Konsultationen stattgefunden hätten. Dieser Umstand spreche für das Erreichen eines Status quo sine sechs Wochen nach dem Ereignis (Ziff. 18.2). 3.2

Dem hielt die Beschwerdeführerin im Wesentlichen entgegen (Urk. 1 S. 4 f.), auf die Beurteilung von Dr. B.____ könne nicht abgestellt werden, da diesem die MRI-Bilder nicht vorgelegen hätten. Hingegen habe Dr. Z.____, welcher die Beschwerdeführerin operiert habe, angegeben, dass eine Kniekontusion bei einem Sturz nach vorne über die Kniegelenke (Aufprall in Flexionshaltung des Kniegelenks) zu einer unmittelbaren massiven Blust auf das posteriore Gelenksegment führe, was als solches den Meniskusriss über ein Zerquetschen des Meniskus auslösen könne. Die Behauptung des beratenden Arztes der Be

schwerdegegnerin, wonach der Unfallmechanismus eine Meniskusverletzung per se ausschliesse, sei somit nicht richtig (Urk. 1 Ziff. 10 f.). Dr. Z. ___ habe auch angegeben, dass in der nach dem Unfall durchgeführten MRI-Untersuchung die dorso-mediale Meniskusstörung nicht als eigentliche Rissbildung imponiert habe, sondern mit einer diffusen Strukturveränderung. Die Störungen seien im MRI eindeutig retropatellär und im femoralen Patellagleitlager mit der bone bruise gewesen. Weiter sei auch die Operationsindikation aufgrund der persistierenden Schmerzproblematik im Bereich der verletzten Bursa praepatellaris gegeben gewesen (Ziff. 12). Schliesslich habe das intraoperative Bild des medialen Meniskus in keiner Weise einer degenerativen Meniskusveränderung entsprochen, sondern einem eigentlichen Meniskusriss, und der Arzt habe mit der Aussage geschlossen, dass intraoperative Bilder des zerrissenen Meniskus noch verfügbar seien (Ziff. 13). Die Einwände von Dr. Z. ___ seien geeignet, Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Beurteilung des beratenden Arztes der Beschwerdegegnerin zu wecken. Damit sei der Untersuchungsgrundsatz verletzt, weshalb ein externes medizinisches Gutachten einzuholen sei, welches die Frage der Unfallkausalität beantworte (Ziff. 14 f.). 4.

4.1

Dr. Z. ___ führte im Arztbericht von 6. August 2015 zu Händen der Beschwerdegegnerin die Diagnose einer Kontusion am rechten Knie auf (Urk. 10/1 S. 3).

Im selben Bericht hielt er in einem vom 17. Juli 2015 datierenden Eintrag fest, die Beschwerdeführerin sei am Mittwochabend (15. Juli 2015) bei der Tramhaltestelle beim Wechsel von einer Seite auf die andere bei einem hohen Absatz vornüber auf beide Kniegelenke gestürzt. Unmittelbar hätten Schmerzen und eine Schwellung im rechten Kniegelenk bestanden; die Schwellung sei dann unter Eisauflage langsam rückläufig gewesen, aber nach wie vor hätten starke Schmerzen im rechten Knie und Unterschenkelbereich und Probleme beim Treppengehen, mit vermehrtem Instabilitätsgefühl bestanden. Die Schmerzen bestünden vor allem nachts, auch in Ruhe bei liegendem Bein und vermehrt im Sitzen. Insgesamt sei das Schmerzniveau jetzt etwas nachlassend.

Die Kniekonturen rechts seien etwas verstrichen gegenüber links, beidseits nicht gerötet oder überwärmt, und es bestünden rechts ein leichter Kniegelenkerguss und eine Prellmarke über der Patella sowie anterior an der Tibiavorderkante eine kleine Schürfung rechts. Beidseits bestehe eine Druckdolenz der medialen und lateralen Patellafacette. Die Patellaverschieblichkeit sei rechts eingeschränkt gegenüber links, und der Lachmann-Test rechts leicht bis 1+, links angedeutet positiv, mit beidseits hartem vorderem und hinterem Anschlag. Die Seitenbänder seien stabil, die Kniebeweglichkeit Flexion/Extension rechts betrage 120/0/0, mit etwas Hyperflexions- und Hyperextensionsschmerz popliteal, und sei links bei einem Bewegungsumfang von 150/0/0 schmerzfrei. Das rechte Knie zeige sich in 90° Flexion im medialen und lateralen Kniegelenkspalt sowie popliteal etwas druckdolent und etwas Druckdolenz bestünden über der Patella und anterior über der Tibiavorderkante.

Im Röntgenbild des rechten Knies ap (anterior-posterior) stehend und seitlich vom 17. Juli 2015 zeige sich bei einer Gelenksachse von 6° Valgus, dass der Gelenkspalt horizontal stehend, medial minim schmäler sei als lateral. Es bestünden keine Hinweise für eine ossäre oder osteochondrale Läsion bei normalem Patellastand und einer eventuell diskreten

anterioren Positionierung des Tibiaplateaus gegenüber den Femurkondylenrollen.

Es liege eine frische Kontusion/Distorsion des rechten Kniegelenkes vor, wobei mit der Polymyalgie der Beschwerdeführerin die differenzierte Untersuchung etwas erschwert sei. Trotzdem bestehe der Verdacht auf eine Meniskusläsion dorso-medial. Die Beschwerdeführerin werde deshalb noch zur Magnetresonanztomographie (MRI) des rechten Kniegelenkes in der D.____ angemeldet. Im Moment gelte für die in der Lingerie arbeitende Beschwerdeführerin eine Arbeitsunfähigkeit von 100% während der nächsten Tage bis zur Abklärung der Situation (Urk. 10/1 S. 4).

Im Weiteren berichtete Dr. Z.____, dass sich im MRI der D.____ vom 18. Juli 2015 betreffend das rechte Knie deutliche Varizen periartikulär, ein geringer Gelenkserguss und eine volle Bakerzyste zeigten. Der mediale Meniskus sei etwas verkleinert, und in den T1-Bildern intramural seien geringgradige Störungen ohne eine eigentliche Rissbildung sichtbar. In den T2 gewichteten Bildern zeige sich die deutliche Signalerhöhung des dorsomedialen Meniskus ohne eigentliche, an die Oberfläche reichende Rissbildung, bei unauffälligen Strukturen des antero-medialen Meniskus und unauffälligen Knorpelverhältnissen medial an Femur und Tibia. Eine vermehrte Ödemzone finde sich am medialen Patellaunterpol. Das hintere wie das vordere Kreuzband seien durchgehend dargestellt, wirkten aber etwas elongiert. Eine deutliche Ödemzone sei wieder im lateralen femoropatellaren Gleitlager erkennbar. Die Knorpelverhältnisse medial und lateral seien sonst in Ordnung. In den transversalen Aufnahmen sei die Ödemzone in der proximalen medialen Patella mit einer kurzstreckigen Rissbildung im Gelenkknorpel sowie die Ödembildung wieder im lateralen femoralen Gleitlager sichtbar. Es zeige sich eine schöne Zentrierung der Patella.

Von Seiten des rechten Kniegelenkes liege eine Kontusion mit einer bone bruise femoropatellar vor. Dies benötige noch etwas Erholungszeit; von dort her gelte noch eine Arbeitsunfähigkeit von 100% bis am 2. August 2015, mit einer Wiederaufnahme der Arbeit ab dem 3. August 2015. 4.2

Im Operationsbericht vom 21. Januar 2016 (Urk. 10/3) berichtete Dr. Z.____ über die am gleichen Tag am rechten Knie durchgeführte Arthroskopie mit medialer Teilmeniscektomie, Resektion der Plica medio- und infrapatellaris sowie Bursektomie präpatellar.

Als postoperativen Diagnose hielt er eine dorsomediale Meniskusläsion rechts, eine traumatisierte derbe Bursa präpatellaris und eine Plica infra- und medio patellaris rechts fest. Bei einem Status nach Sturz auf das rechte Kniegelenk leide die Beschwerdeführerin unter persistierenden Schmerzen im Knie, zum Teil anterior im Bereich der palpablen Bursa präpatellaris, welche früher geschwollen gewesen sei, jetzt aber nicht mehr. Daneben bestünden klinisch vermehrte Schmerzen im medialen Kniegelenkspalt und radiologisch zeige sich die Störung im medialen Meniskus. Wegen der Schmerzen sei die Indikation zur operativen Revision gegeben.

Den oberen Recessus beschrieb der Operateur als normal weit, mit etwas Reizsynovitis und einem nur mässiggradigen Erguss. Der Knorpel der Patella rückfläche sei ordentlich erhalten, weise aber zentral im Bereich der Crista anterior einen kleinen Schlagschaden auf, sei aber ansonsten in Ordnung.

Die Patella zeige sich bei Kontaktaufnahme bei 30° Flexion, schön zentriert, und die Plica mediopatellaris sei synovitisch vergrößert und einklemmend. Im femoralen Patellagleitlager finde sich der Patella bei ca. 90° Flexion gegen überliegend eine schräg verlaufende Knorpelstörungszone Grad IIb, der Einklemmung der einschlagenden und vernarbten Plica mediopatellaris entsprechend. Im medialen Kompartiment zeige sich der Knorpel von Femur und Tibia als ordentlich erhalten; der mediale Meniskus aber im Übergang Korpus zu Hinterhorn quer zerrissen, und zusätzlich sei das dorsale meniskotibiale Ligament zerrissen. Im lateralen Kompartiment finde sich ein kleiner Einriss an der dorsalen Aufhängung des lateralen Meniskus und ansonsten seien die Knorpelverhältnisse in Ordnung. 4.3

Der beratende Arzt Dr. B.____ wies in seiner Aktenbeurteilung vom 5. Februar 2016 (Urk. 10/4) darauf hin, dass beim Ereignis ein direktes Knieanpralltrauma beidseits ohne Verdrehung bei fixiertem Unterschenkel stattgefunden habe. Alleinige und somit sicher kausale Folge des Ereignisses sei die Prellung der Kniescheibe rechts am Unterpol. Was sonst in der MRI-Untersuchung des rechten Knies bzw. aus dem Operationsbericht an Veränderungen zu sehen sei, sei eindeutig degenerativ und vorbestehend. Es handle sich unter anderem um einen degenerativen Innenmeniskushinterhornriss sowie eine Plica, welche grundsätzlich nicht traumatischer Natur sei. Begünstigend wirke sich auch das deutliche Übergewicht aus. Der Unfallmechanismus sei zur Verursachung dieser Veränderungen ungeeignet. Die Frage, ob die Operation vom 21. Januar 2016 unfallbedingt medizinisch indiziert gewesen sei, beantwortete der Arzt mit Nein und hielt fest, der status quo sine sei sechs Wochen nach dem Ereignis erreicht gewesen. 4.4

Dr. Z.____,

welcher im Bericht vom 4. Mai 2016 eine Stellungnahme zu den Ausführungen von Dr. B.____ zu Händen des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin abgab, führte aus (Urk. 3/4), eine Kniekontusion bei Sturz vornüber auf die Kniegelenke mit Aufprall in Flexionshaltung des Kniegelenkes, führe zu einer unmittelbaren massiven Last auf das posteriore Gelenkkompartiment, was als solches den Meniskusriss über ein Zerquetschen des Meniskus auslösen könne. Dies heisse, dass der Unfallmechanismus eine Meniskusverletzung keineswegs ausschliesse. Die Behauptung, dass bei einem solchen Sturz vornüber (Traminsel im hohen Bereich ca. 40 cm hoch) keine Distorsion habe stattfinden können, sei falsch. In der nach dem Unfall durchgeführten MRI-Untersuchung habe die dorso-mediale Meniskusstörung nicht als eigentliche Rissbildung, sondern mit einer diffusen Strukturveränderung imponiert. Häufig seien aber auch grosse und eindeutige Risse im MRI nicht dargestellt. Eindeutig seien im MRI die Störungen retropatellär und im femoralen Patellagleitlager mit der bone bruise und im Bereiche der Bursa präpatellaris. Von den Schmerzen her hätten primär jene anterior im Bereich der Bursa imponiert, und sehr viel mehr als die Schmerzen intraartikulär. Trotzdem habe von Anfang an eine gewisse mediale Meniskussymptomatik, welche sich im Verlauf verstärkt habe, bestanden.

Die Operationsindikation sei nicht zuletzt auf Grund der persistierenden Schmerzsymptomatik im Bereich der verletzten Bursa präpatellaris gegeben gewesen, und diese Schmerzen seien auch sechs Wochen nach dem Ereignis nicht verschwunden. Von einem status quo sine könne deshalb nicht gesprochen werden. Das intraoperative Bild des medialen Meniskus habe nicht einer degenerativen Meniskusveränderung, sondern einem eigentlichen Meniskusriss, zum Teil quer, zum Teil längsverlaufend und bis in die Basis reichend, mit einem unter Bewegung einklemmenden Lappen entsprochen. Dies als

eindeutig degenerativ zu beurteilen, sei fachlich nicht qualifiziert. Auch die Aussage, dass die Schädigung vorbestehend gewesen sei, sei in keiner Weise belegt. Das operative Vorgehen sei eindeutig und ausschliesslich auf den Unfall vom 15. Juli 2015 zurückzuführen und rein unfallbedingt. 4.5

Am 22. Juni 2016 gaben Dr. C.____, Facharzt Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparats FMH, und Dr. B.____ eine Aktenbeurteilung zu Händen der Beschwerdegegnerin ab (Urk. 10/8) . Sie führten aus (S. 10), Dr. Z.____ berichte über eine femoropatellare bone bruise. Eine bone bruise (Knochenprellung) sei ein Knochenmarksödem und könne Folge einer Überlastung oder einer Prellung sein. Bildgebend könne dies kaum unterschieden werden, und eine solche sei nur in der Kernspintomographie sichtbar. Auffällig sei das von Dr. Z.____ umschriebene nachlassende Schmerzniveau; denn dies spreche genauso wie das nächtliche Auftreten von Schmerzen lediglich für eine Prellung des betroffenen rechten Knies mit vor der Kniescheibe gelegener Schwellung.

Bei einem akuten Meniskusriss verspüre die betroffene Person hingegen plötzliche Schmerzen am Gelenkspalt, die vor allem beim Gehen aufträten. Ein Schnappen über dem Gelenkspalt sei möglich. Eine Einklemmung des Meniskus führe zur Gelenkblockade mit in der Regel aufgehobener Beuge- und Streckfähigkeit. Worauf der Operateur Dr. Z.____ seinen klinischen Verdacht auf eine dorsomediale Meniskusläsion stützte, sei unklar. Mediale und laterale Schmerzen im Knie seien unspezifisch, und die Meniskuszeichen seien zu Beginn der Behandlung negativ gewesen. Die Beschwerdeführerin habe zudem über nächtliche, rückläufige Schmerzen berichtet. Von diesen Angaben weise somit nichts auf eine symptomatische, akuttraumatische Meniskusläsion hin. Aufgrund der festgehaltenen Hergangsschilderung sei zudem unklar, wie es aufgrund einer beidseitigen Knieanprallbewegung zu einer Distorsion (Verrenkung) haben können (S. 11).

Die Ödemzone im seitlichen femoropatellaren Gleitlager passe zum Anprall auf die Kniescheibe. Die Kernspintomographie, deren Befund der Operateur Dr. Z.____ wiedergegeben habe, spreche gegen eine weitere akute Verletzung im Knieinnenraum; vor allem belege sie, dass eine Prellung der Kniescheibe stattgefunden habe. Die Kernspintomographie erwähne auch keine für eine akute traumatische Meniskusruptur typische Verletzung von Begleitstrukturen, wie zum Beispiel der Kreuzbänder oder der Seitenbänder. Der MRI-Befund spreche für eine eindeutig degenerative Vorschädigung des dorsomedialen Meniskus, was angesichts des Geburtsjahrgangs der Beschwerdeführerin altersentsprechend sei.

Das klassische Bild einer akuten Meniskusläsion sei die Gelenkblockierung. Das Kniegelenk könne nicht mehr vollständig gestreckt oder gebeugt werden. Der Patient könne nicht mehr normal auftreten und laufen. Die Gelenksperre sei durch den Teil des Meniskus, der sich in das Gelenk eingeschlagen habe, verursacht. Klassisch sei der Korbhakenriss, bei dem der innere Anteil des Meniskus in Längsrichtung einreisse und nach medial, zwischen die Oberschenkelrollen luxiere. Dies habe hier nicht vorgelegen (S. 12).

Besonders problematisch sei die Annahme eines traumatischen isolierten Meniskus Schadens, da bei einem nicht unerheblichen Prozentsatz älterer Menschen kernspintomographisch Läsionen der Menisken nachgewiesen werden könnten, ohne dass eine subjektive Symptomatik vorliege. Eine Ausnahme sei der Drehsturz, bei dem das gebeugte und rotierte Kniegelenk bei fixiertem Unterschenkel/Fuss plötzlich passiv in die

Streckung gezwungen werde, sodass eine Schlussrotation nicht ablaufen könne. Es handle sich hierbei allerdings um eine bruske Bewegung, zum Beispiel bei eingeklemmtem Fuss. Für die Anerkennung einer danach festgestellten Meniskusschädigung sprächen der unmittelbare zeitliche Zusammenhang zwischen dem Ereignis und einem eindrucksvollen Funktionsverlust sowie Hinweise für eine Begleitverletzung des Kapsel-Band-Apparats. In einem zeitnah durchgeführten MRI dürften sich somit zumindest die Zeichen einer Distorsion des Kniegelenks nachweisen lassen. Fehlten diese, müsste man von einem nichttraumatischen Zusammenhang ausgehen (S. 13).

Der vorliegend beschriebene Unfallmechanismus sei nicht geeignet gewesen, einen isolierten Meniskusriss zu verursachen. Der vorgefundene Befund, der Ort der Ruptur, die Form der Ruptur, Einklemmung oder nicht, liessen kaum eine Aussage über die Genese zu. Zudem sei auffällig, dass auch ein kleiner Einriss an der dorsalen Aufhängung im lateralen Kompartiment sichtbar gewesen sei, und es frage sich, wie die diversen Einrisse an verschiedenen Orten durch einen Anprall entstanden sein könnten. Hinweise für einen blutigen Erguss oder Blutreste hätten sich zudem nicht gefunden, was gegen eine traumatische Genese spreche. Der Operateur habe es auch versäumt, eine Gewebeprobe zwecks histologischer Untersuchung zu entnehmen. Auffallend sei weiter, dass im mittleren Kompartiment eine synovitisch vergrösserte Plica infrapatellaris vor gefunden worden sei, was für eine vorübergehend aktivierte Degeneration spreche (S. 14).

Die anfänglichen Einträge in der Krankengeschichte entsprächen nicht dem typischen Verlauf einer traumatischen Meniskusruptur. Eine solche führe zu einer sofortigen massiven Schwellung im Bereich des Kniegelenks, zumeist mit einem blutigen Kniegelenkserguss. Zudem führe sie zu einer sofortigen starken, schmerzhaften Bewegungsbehinderung, und die begonnene Tätigkeit könne nicht mehr fortgesetzt werden; die betroffenen Personen könnten meistens nicht mehr laufen und müssten sofort ins Spital bzw. zu einem Arzt verbracht werden.

Vorliegend aber habe Dr. Z. ___ anfangs eine rückläufige, vor allem nachts auf tretende Symptomatik beschrieben. Die von ihm nachträglich als eindeutig und ausschliesslich traumatisch bedingt bezeichnete Meniskusverletzung sei aufgrund des Unfallmechanismus, der Umstände nach dem Unfall, des Schadensbilds im von Dr. Z. ___ selbst zitierten MRI-Befund, im Schadensbild in seinem Operationsbericht und anhand des klinischen Bilds, insbesondere mit ab- und dann wieder zunehmenden und sich verändernden Beschwerden, nicht nachvollziehbar (S. 16 f.).

Durch den Unfall habe eine Prellung des rechten Knies stattgefunden. Hierbei sei eine offenbar vorbestehende Degeneration im Knieinnenraum aktiviert worden. Zudem sei der vor der Kniescheibe gelegene Schleimbeutel geprellt worden, weshalb dieser sich entzündet habe. Ob dieser operativ entfernt werden müsse, bleibe dahingestellt. Sie seien überzeugt, dass eine mehrwöchige physikalische Behandlung nach Verträglichkeit mit Kälte oder Wärme so wie eine medikamentöse Therapie mit nicht-steroidalen Antirheumatika unter Magenschutz genügt hätten, um dieses Problem innert sechs Wochen zu beseitigen. Darum sei das Festsetzen eines status quo sine nach sechs Wochen gerechtfertigt gewesen (S. 19). 5.

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