

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00174 vom 23. Oktober 2017**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-10-23, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2016.00174](https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2016.00174)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00174 du 23 octobre 2017

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00174 del 23 ottobre 2017

## **Erwägungen**

### **E. 1**

X.\_\_\_\_, geboren 1984, war seit dem 10. Januar 2011 als uniformierter Sicherheitsmitarbeiter bei der Y.\_\_\_\_ angestellt und damit bei der AXA Versicherungen AG (AXA) für Berufs- und Nichtberufsunfälle versichert, als er sich am 11. März 2012 bei einem Sturz am rechten Knie verletzte (Urk. 9/A1). Die Erstbehandlung erfolgte gleichentags durch den Hausarzt, wobei der Verdacht auf eine erneute Läsion des vorderen Kreuzbandes (VKB) sowie auf eine kleine Meniskusläsion geäußert wurde (Urk. 9/M5 Ziff. 5). Die AXA erbrachte die gesetzlichen Leistungen (vgl. Urk. 9/A5; Urk. 9/A10; Urk. 9/A20; Urk. 9/A22 ; Urk. 9/A25; Urk. 9/A36; Urk. 9/A42).

Mit Verfügung vom 28. Oktober 2015 (Urk. 9/A66) verneinte die AXA eine Leistungspflicht rückwirkend über den 15. Juni 2012 hinaus, da die geltend gemachten Beschwerden nicht mehr unfallkausal seien. Die dagegen vom Versicherten erhobene Einsprache (Urk. 9/A69) wies die AXA mit Einspracheentscheid vom 12. August 2016 (Urk. 9/A86 = Urk. 2) ab.

### **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).

Der hier zu beurteilende Unfall hat sich am 11. März 2012 ereignet, weshalb die bis 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Normen auf den vorliegenden Fall Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden.

### **E. 1.2**

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 unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 129 V 177 E. 3.1, 402 E. 4.3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

### **E. 1.3**

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 blosse Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hier bei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt aber die entsprechende Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 1994 Nr.

U 206 S.

328

f. E.

3b, 1992 Nr.

U 142 S. 76). Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend (Urteil des Bundesgerichts 8C\_637/2013 vom 11.

März 2014 E. 2.3. 1 mit Hinweisen). Mit dem Erreichen des Status quo sine vel ante entfällt eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden. Solange jedoch der Status quo sine vel ante noch nicht wieder erreicht ist, hat der Unfallversicherer gestützt auf Art. 36 Abs. 1 UVG in aller Regel neben den Taggeldern auch Pflegeleistungen und Kostenvergütungen zu übernehmen, worunter auch die Heilbehandlungskosten nach Art. 10 UVG fallen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_637/2013 vom 11. März 2014 E. 2.3.2).

#### **E. 1.4**

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).

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

#### **E. 2**

Der Versicherte erhob am 19. August 2016 Beschwerde gegen den Einspracheentscheid vom 12. August 2016 (Urk. 2) und beantragte sinngemäss, dieser sei aufzuheben und eine weitere Leistungspflicht sei zu bejahen (Urk. 1). Die AXA beantragte mit Beschwerdeantwort vom 25. November 2016 (Urk. 8) die Abweisung der Beschwerde, was dem Beschwerdeführer am 8. Dezember 2016 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 10). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin hielt im angefochtenen Einspracheentscheid (Urk. 2) fest, dass der Status quo sine hinsichtlich der Kniebeschwerden bereits im Juni 2012 erreicht gewesen sei. Der Beschwerdeführer habe zudem angegeben, dass die aktuell noch bestehenden Beschwerden durch die neurologische Problematik und nicht durch das Kniegelenk verursacht würden. Diese Beschwerden seien jedoch nicht kausal auf das Ereignis vom März 2012 zurückzuführen. Der hier für verantwortliche operative Eingriff sei aufgrund einer unfallunabhängigen vorbestehenden varischen Achsenabweichung des rechten Kniegelenks erfolgt. Für die diesbezüglichen Beschwerden bestehe somit keine Leistungspflicht. Umstellungen würden durch die Invalidenversicherung veranlasst. Die

durchgeführte Observation habe überdies belegt, dass die Angaben des Beschwerdeführers nicht korrekt gewesen seien (S. 13 ff.).

In der Beschwerdeantwort (Urk. 8) führte sie ergänzend aus, dass die im Mai 2014 erfolgte Operation nicht überwiegend wahrscheinlich zur neurologischen Problematik im rechten Bein geführt habe (S. 15). Die geltend gemachten orthopädischen Beschwerden im rechten Kniegelenk seien ebenfalls nicht überwiegend wahrscheinlich auf den im März 2012 erlittenen Unfall zurückzuführen. Ausserdem liege deswegen keine Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit mehr vor (S. 17).

### **E. 2.2**

Demgegenüber stellte sich der Beschwerdeführer auf den Standpunkt (Urk. 1), das Kniegelenk sei bereits mehrfach operiert worden. Die im Mai 2014 durchgeführte Operation sei für die bestehenden Reizgefühle am rechten Bein verantwortlich. Der im Jahr 2012 erlittene Unfall sei ausschlaggebend für den weiteren Verlauf gewesen. Es sei ihm hinsichtlich der gewünschten Umschulung erst spät mitgeteilt worden, dass er sich hierfür an die Invalidenversicherung zu wenden habe. Die veranlassende Observation sei schliesslich nicht rechtens gewesen (S. 2).

### **E. 2.3**

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin die Leistungen zu Recht rückwirkend per 15. Juni 2012 eingestellt hat. Dabei ist insbesondere das Vorliegen des natürlichen Kausalzusammenhangs umstritten.

### **E. 3.1**

Am 11. März 2012 stürzte der Beschwerdeführer anlässlich eines Rundgangs und verletzte sich dabei am rechten Knie (vgl. Unfallmeldung vom 16. März 2012, Urk. 9/A1). Die Erstbehandlung erfolgte am 10. (richtig wohl: 11.) März 2012 durch Hausarzt Dr. med. Z. \_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin. Dieser hielt mit Arztzeugnis vom 30. März 2012 (Urk. 9/M5) fest, dass der Beschwerdeführer beim Arbeiten mit dem Stiefel auf dem Gerüst stecken geblieben sei und sich dabei eine Distorsion des rechten Knies zugezogen habe (Ziff. 2). Als Befund hielt er eine Druckdolenz am rechten medialen Kniespalt sowie an der Kniekehle fest, wobei jedoch kein Erguss ersichtlich gewesen sei. Die am 26. März 2012 durchgeführte Magnetresonanztomographie (MRI) habe den Verdacht auf eine erneute VKB-Läsion sowie Anhaltspunkte für eine kleine Meniskusläsion ergeben (Ziff. 4-5). Der Beschwerdeführer sei seit dem 10. März 2012 zu 100 % arbeitsunfähig (Ziff. 8).

### **E. 3.2**

Dem Bericht hinsichtlich des am 26. März 2012 im Spital A. \_\_\_\_, durchgeführten MRI ist Folgendes zu entnehmen (vgl. Urk. 9/M4): Die VKB-Plastik stelle sich im mittleren Teil signalangehoben und unscharf begrenzt dar, was eine Läsion nahelege. Andererseits könnten derartige Befunde bis etwa zwei Jahre nach einer Implantation persistieren, ohne als pathologisch eingestuft werden zu müssen. Zudem zeige sich eine ebenfalls vorbestehende fragliche anteriore zirkumskripte Arthofibrose, welche nun etwas anders liege. Es lägen Anhaltspunkte für eine winzige vertikale Rissbildung im Innenmeniskushinterhorn vor. Die Veränderungen im Aussenmeniskus dürften älterer Genese sein. Ein sicherer Anhalt für eine frische Läsion finde sich nicht.

### **E. 3.3**

Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie sowie für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, führte mit Bericht vom 11. April 2012 (Urk. 9/M7) folgende Diagnosen auf: - partielle Re-Ruptur des VKB rechts - Status nach arthroskopischer VKB-Rekonstruktion rechts und Menis-kus naht lateral, 2009 - Status nach VKB-Rekonstruktion links - Verdacht auf eine Läsion des superioren Labrums von anterior nach posterior (SLAP-Läsion) der rechten Schulter

Der Beschwerdeführer habe vor einigen Wochen ein erneutes Distorsionstrauma des rechten Kniegelenks erlitten und verspüre seither persistierende Schmerzen sowie eine Bewegungseinschränkung. Sollte im Verlauf eine Instabilität mit Giving-Way auch im Alltag persistieren, müsse eine erneute VKB-Rekonstruktion diskutiert werden. Der Beschwerdeführer sei weiterhin zu 100 % arbeits unfähig.

#### **E. 3.4**

Am 26. September 2012 wurde durch Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, eine arthroskopische Exploration bei diagnostizierter Re-Ruptur der VKB-Plastik des rechten Kniegelenkes sowie medialer und rezidiv lateraler Meniskusrisse durch geführt. Dabei erfolgten eine Notchplastik, eine Zyklopenentfernung sowie eine Teilmeniskektomie medial und lateral (vgl. Urk. 9/M15-16).

#### **E. 3.5**

Das am 13. Mai 2013 durchgeführte MRI des rechten Knies ergab als Befund eine Ruptur der VKB-Plastik, kleinflächige teilweise tiefe Knorpelschäden femor otibial lateral, einen geringgradigen Knorpelschaden femorotibial medial sowie einen Gelenkserguss und postoperativ erklärte Veränderungen des medi alen und lateralen Meniskus, wobei diese von einer Re-Ruptur bei diesbezüglich geringer Sensitivität nicht sicher unterscheidbar seien (vgl. Bericht vom 13. Mai 2013, Urk. 9/M83).

#### **E. 3.6**

Am 1. Mai 2014 wurde durch Dr. C.\_\_\_\_ zur Stabilisation eine Valgisationso steotomie mit Tomofixplatte rechts durchgeführt (vgl. Operationsbericht vom 1. Mai 2014, Urk. 9/M47 S. 2).

Bereits mit Bericht vom 16. Juni 2014 (Urk. 9/M49) informierte Dr. C.\_\_\_\_ über einen vernünftigen postoperativen Verlauf bezüglich des rechten Kniegelenks. Die Wundheilung erfolge problemlos und das Kniegelenk selbst erscheine reiz los. Im Lokalbefund finde sich noch eine moderate Schwellung. Dr. C.\_\_\_\_ wies jedoch auf eine Gefühllosigkeit hin, welche durch die Anästhesie abgeklärt werde.

#### **E. 3.7**

Das am 25. Juli 2014 durchgeführte MRI des Beckens sowie des rechten Oberschenkels ergab keinen Nachweis auf ein residuelles Hämatom oder auf einen Abszess im Verlauf des rechten Nervus femoralis. Dieser erscheine reizlos. Auch würden sich keine Auffälligkeiten entlang der abgehenden Äste zeigen, insbe sondere der Rami cutanei anteriores. Die Lymphknoten rechts seien etwas ver mehrt und grösser, aber nicht pathologisch. Es seien keine sonstigen soliden Raumforderungen ersichtlich. Ein Nachweis allfälliger signifikanter narbiger Veränderungen liege nicht vor. Die muskulotendinösen Strukturen des Beckens und des Oberschenkels seien symmetrisch (vgl. Urk. 9/M53).

### **E. 3.8**

Dem Bericht von Dr. C.\_\_\_\_ vom 13. August 2014 (Urk. 9/M55) ist zu entnehmen, dass zwischenzeitlich eine volle Belastung des Kniegelenks möglich sei. Eine wesentliche Bewegungseinschränkung liege nicht mehr vor. Auch bei der dynamischen Untersuchung habe praktisch kein Schmerzreiz mehr ausgelöst werden können. Die Stabilität habe sich ebenfalls deutlich verbessert. Das muskuläre Ungleichgewicht sei allerdings noch beträchtlich. Die Hauptproblematik sei jedoch das neurologische Defizit. Eine Verbesserung sei sicherlich zu erwarten. Der Beschwerdeführer sei weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig.

### **E. 3.9**

Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Anästhesiologie, äusserte mit Bericht vom 25. November 2014 (Urk. 9/M65/1-2) den Verdacht auf eine Läsion des Nervus femoralis bei Status nach mehrfacher Katheteranlage sowie auf eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (S. 2).

### **E. 3.10**

Mit Bericht vom 3. Juni 2015 (Urk. 9/M85) diagnostizierte Dr. med. E.\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie, eine schlimme schmerzhafte Neuropathie der Rami cutanei anteriores Nervus femoralis rechts bei Status nach Knieoperation rechts mit Einlage eines Femoraliskatheters und Hämatombildung. Es liege eine Therapieresistenz auf konservative und infiltrative Massnahmen vor. Anhaltspunkte für eine Läsion motorischer Anteile des Nervus femoralis rechts seien nicht ersichtlich. Es handle sich sehr wahrscheinlich um eine Schmerzverarbeitungsstörung (S. 1).

### **E. 3.11**

Dr. D.\_\_\_\_ nannte mit Bericht vom 13. Juli 2015 (Urk. 9/M96) folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: Neuropathie des Nervus femoralis bei Status nach Anlage eines Femoraliskatheters mit konsekutivem Hämatom im Rahmen einer Knieoperation mit infiltrativer Bestätigung der Femoralisneuropathie mit ausbleibendem Effekt einer Steroidapplikation und einer gepulsten Radiofrequenz. Bis anhin seien frustane konservativ-medikamentöse und trainierende Massnahmen zu verzeichnen (S. 1 Ziff. 1.1). Der Beschwerdeführer sei aktuell zu 100 % arbeitsunfähig (S. 2 Ziff. 1.6).

### **E. 3.12**

Am 27. August 2015 erfolgte eine Aktenbeurteilung durch Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie (Urk. 9/M97). Dieser hielt im Wesentlichen fest, dass anlässlich der im Mai 2014 bei persistierenden Schmerzen im rechten Knie durchgeführten Valgisationsosteotomie zunächst eine spinale Anästhesie und später ein Femoraliskatheter gesetzt worden seien. Erst mit einer Latenz von drei Wochen seien Sensibilitätsstörungen am rechten anterioren medialen Oberschenkel aufgetreten. Ein Hämatom habe nicht vorgelegen. Sämtliche klinischen Untersuchungen hätten kein reproduzierbar hypästhetisches Areal am rechten Oberschenkel ergeben. Die Befunde würden sich alleine auf die Angaben des Beschwerdeführers stützen. Eine Läsion der Rami cutanei anteriores Nervus femoralis sei elektrodiagnostisch nicht nachweisbar. Motorisch zeige sich in der Femoralisneurographie beziehungsweise in der Myographie der vom Nervus femoralis versorgten Quadrizepsmuskulatur keine Läsion des Nervus femoralis. Die Diagnose einer Neuropathie der Rami cutanei anteriores Nervus femoralis rechts sei daher sehr gewagt.

Auch spreche die fehlende Rückbildung der Symptomatik gegen eine organische Läsion. Vielmehr sei es trotz adäquater Medikation zu einer leichten Zunahme der Beschwerden gekommen. Eine Läsion sei nicht überwiegend wahrscheinlich. Dies werde auch durch das in den Überwachungsuntersuchungen ersichtliche völlig unauffällige Gangbild und das Fehlen jeglicher Hinweise auf Schmerzen oder anderweitige Beeinträchtigungen des rechten Oberschenkels zunehmend wahrscheinlich. Der Beschwerdeführer sei aus neurologischer Sicht bereits seit langer Zeit arbeitsfähig. Eine Arbeitsunfähigkeit könne lediglich für rund drei Monate nach dem im Mai 2014 erfolgten operativen Eingriff attestiert werden. Nach der im März 2012 erlittenen Traumatisierung des rechten Kniegelenks könne ebenfalls eine Arbeitsunfähigkeit von maximal drei Monaten gesehen werden. Es sei allerdings fraglich, ob die im Mai 2014 durchgeführte Valgisationsosteotomie überhaupt eine Unfallfolge darstelle oder nicht aufgrund degenerativer Prozesse notwendig geworden sei (S. 8 ff. Ziff. 3).

### **E. 3.13**

Eine Beurteilung durch den beratenden Arzt der Beschwerdegegnerin Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, erfolgte am 25. September 2015 (Urk. 9/M99). Dieser führte aus, dass sich die VKB-Ersatzplastik bereits im MRI vom August 2010 rupturiert präsentiert habe. Es sei zu einer spontanen Ruptur des Transplantats gekommen, falls sich zwischen der im Jahr 2009 erfolgten VKB-Rekonstruktion und dem MRI vom August 2010 kein neues Trauma ereignet habe. Auch bezüglich der Menisken sowie der übrigen Kniebinnenstrukturen zeige sich im Vergleich der MRI-Bilder der Jahre 2010 und 2012 kein relevanter Unterschied. Bereits im Jahr 2010 hätten sich persistierende Rissbildungen am medialen und lateralen Meniskus erkennen lassen. Zwar hätten sich anlässlich des MRI vom März 2012 erhebliche pathologische Befunde gezeigt, welche aber in nahezu identischer Weise bereits im August 2010 nachweisbar gewesen seien. Hinweise auf frische Verletzungen fänden sich nicht. Das Knie habe demnach beim fraglichen Ereignis überwiegend wahrscheinlich lediglich eine geringe Traumatisierung im Sinne einer leichten Distorsion oder allenfalls axialen Stauchung erlitten. Dies habe wahrscheinlich zu gewissen mikrostrukturellen Alterationen geführt, welche sich bildgebend nicht erfassen liessen (S. 3 f. Ziff. 1-2). Es sei davon auszugehen, dass es innert weniger Wochen bis höchstens drei Monate danach zu einem folgenlosen Abheilen der mikrostrukturellen Verletzungen gekommen sei. Der Status quo sine sei somit überwiegend wahrscheinlich bereits Mitte Juni 2012 erreicht gewesen (S. 4 Ziff. 3). Die Videoaufnahmen würden zeigen, dass Aktivitäten ohne übermässige Belastung des rechten Kniegelenks uneingeschränkt möglich seien. Zumindest in einer adaptierten Tätigkeit bestehe somit eine 100%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit (S. 4 Ziff. 4).

### **E. 3.14**

Am 22. April 2016 erstattete Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, sein orthopädisches Gutachten zuhanden der Invalidenversicherung (Urk. 9/M102/4). Als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er eine verbliebene zweitgradige translatorische Instabilität des rechten Kniegelenks nach arthroskopisch gesicherter Ruptur einer VKB-Plastik (S. 44 lit. D) In Beantwortung der Zusatzfragen der Beschwerdegegnerin (Urk. 9/M100) kam er zum Schluss, dass das geschilderte Unfallereignis vom März 2012 trotz vorbestehender verminderter biomechanischer Integrität des rechten Kniegelenks bei einliegender VKB-Ersatzplastik eine wesentliche Teilursache der verbliebenen Instabilität darstelle und

überwiegend wahrscheinlich kausal auf den Unfall vom März 2012 zurück zu führen sei. Damit sei der Status quo sine vel ante nicht erreicht. Dem gegenüber seien die beklagten Gefühlsstörungen nicht durch dieses Ereignis bedingt. Die im Mai 2014 durchgeführte valgusierende Osteotomie sei aufgrund einer vor bestehenden konstitutionsbedingten varischen Achsabweichung des rechten Kniegelenks erfolgt und stehe daher in keinem natürlichen Kausalzusammenhang zum Ereignis vom März 2012 (S. 2 f.). Der Beschwerdeführer sei in der bisherigen Tätigkeit als Sicherheitsmann im Personenschutz seit dem 11. März 2012 arbeitsunfähig. In der bisherigen Tätigkeit als Sicherheitsmann im Werkschutz/Gebäudeschutz sei er seit spätestens September 2014 uneingeschränkt arbeitsfähig. In einer adaptierten Tätigkeit sei seit Mai 2012 von einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit auszugehen (S. 4).

### **E. 3.15**

Prof. Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie sowie für Psychiatrie und Psychotherapie, erstattete sein neurologisches Gutachten zuhanden der Invalidenversicherung am 20. Mai 2016 (Urk. 9/M102/3). Eine neurologische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit konnte er nicht stellen. Als ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erwähnte er Folgendes (S. 53 lit. E): - Nervenläsion der Rami cutanei anteriores Nervus femoralis dexter mit handtellergroßem hypästhetischem Areal im Versorgungsgebiet des Nervens bei Status nach Femoraliskatheterplatzierung vom 1. Mai 2014 und Hämatombildung - Sensibilitätsstörung im Narbenbereich am rechten Unterschenkel; wahrscheinlich nach Durchtrennung von Hautnerven - Ausschluss eines neuropathischen Schmerzsyndroms

Es hätten sich zwei hypästhetische und hypalgetische sowie thermhypästhetische Areale am rechten Bein identifizieren lassen. Hingegen fänden sich keine Zeichen eines neuropathischen Schmerzsyndroms mit Allodynie, Hyperpathie oder Temperaturdifferenz des betroffenen Areals. Die vom Beschwerdeführer beklagten Schmerzen beim Berühren des Hautareals mit Stoff könnten daher aus neurologischer Sicht nicht nachvollzogen werden. Möglicherweise würden psychiatrische Gründe oder Entschädigungswünsche eine Rolle spielen (S. 49 f.). Auf der Grundlage der ärztlichen Dokumentationen und der Observationsergebnisse bestehe seit zumindest Ende Juli 2015 eine vollschichtige Einsetzbarkeit in leichten bis mittelschweren Tätigkeiten (S. 52 f. lit. D und F).

Sodann beantwortete er auch die Zusatzfragen der Beschwerdegegnerin (Urk. 9/M101). Er kam zum Schluss, dass die Nervenläsion nicht wahrscheinlich mit dem im März 2012 erlittenen Unfall zusammenhänge, da diese während einer unfallunabhängigen Operation erfolgt sei. So sei die im Mai 2014 durchgeführte valgusierende Osteotomie aufgrund einer vorbestehenden varischen Achsabweichung des rechten Kniegelenks durchgeführt worden, weshalb kein natürlicher Kausalzusammenhang zum Ereignis vom März 2012 bestehe. Insofern seien die neurologisch bestehenden Störungen als nicht unfallkausal einzustufen (S. 2 f.). Das Observationsmaterial zeige, dass der Beschwerdeführer insgesamt einmalig ein diskret rechtsseitig hinkendes Gangbild aufweise, sich ansonsten jedoch uneingeschränkt flüssig bewege (S. 7).

### **E. 3.16**

Am 24. Juni 2016 beurteilte Dr. G.\_\_\_\_ die Schlüssigkeit der durch Dr. H.\_\_\_\_ vorgenommenen Kausalitätsbeurteilung (vgl. Urk. 9/M103). Dabei bemerkte er, dass diesen Zustand vor dem im März 2012 erlittenen Ereignis lediglich anhand der Angaben des

Beschwerdeführers dargestellt habe. Demgegenüber würden die erhobenen medizinischen Befunde fehlen. So werde der Befund des MRI vom August 2010 nicht erwähnt, obwohl dieser einen direkten Vergleich mit dem im März 2012 erhobenen bildgebenden Befund ermögliche. Dabei zeige sich ein weitestgehend identisches Bild, indem die im Jahr 2009 eingesetzte VKB-Ersatzplastik bereits auf den Voraufnahmen nicht mehr durchgängig abgrenzbar gewesen sei. Die durch Dr. H.\_\_\_\_ gezogenen Schlüsse bezüglich des natürlichen Kausalzusammenhangs würden sich somit durch zeitnahe Doku mente widerlegen lassen. Das neuerliche Trauma habe überwiegend wahr schein lich lediglich zu einer schmerzhaften Aktivierung eines bereits zuvor besteh enden pathologischen Vorzustandes im Sinne einer vorübergehenden Ver schlim me rung geführt. Neue makrostrukturelle Veränderungen hätten sich nicht nachweisen lassen, weshalb höchstens bildgebend nicht erfasste mikrostruk tu relle Alterationen aufgetreten sein könnten. Es sei davon auszugehen, dass diese Verletzungen innert weniger Wochen bis höchstens drei Monate danach folgen los abgeheilt seien. Der Status quo sine sei somit überwiegend wahrscheinlich spätestens Mitte Juni 2012 erreicht gewesen (S. 3 f.).

#### **E. 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, zu zustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweis mittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthal ten; 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 VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin MosimannMeierhans

#### **E. 4.1**

Zur Frage der vorliegend strittigen Unfallkausalität der Kniebeschwerden des Beschwerdeführers erfolgte eine eingehende Beurteilung durch Dr. G.\_\_\_\_, den in orthopädischer Hinsicht beratenden Arzt der Beschwerdegegnerin (vorstehend E. 3.13, E. 3.16). Nach Vergleich der vor sowie nach dem Ereignis vom März 2012 zeitnah erhobenen bildgebenden Befunde legte dieser schlüssig und nachvollziehbar dar, weshalb der Status quo sine überwiegend wahrscheinlich bereits Mitte Juni 2012 erreicht war und das Unfallereignis vom März 2012 nicht zu einer richtungsweisenden Verschlechterung des krankhaften Vorzu stan des geführt hat.

Wesentlich dabei ist, dass bereits im Mai 2009 am rechten Knie eine VKB-Läsion sowie ein lateraler Meniskusriss diagnostiziert wurden, weshalb im September des gleichen Jahres eine laterale Meniskusnaht sowie eine arthros kopische VKB-Rekonstruktion erfolgten (vgl. Urk. 9/M84 S. 6 ff.). Bereits einige Monate danach - im Frühjahr/Sommer 2010 - klagte der Beschwerdeführer über erneute Beschwerden am rechten Knie, weswegen eine Befundaufnahme mittels MRI stattfand (vgl. Urk. 9/M84 S. 2; Urk. 9/M89). Den Befund dieses MRI verglich Dr. G.\_\_\_\_ mit demjenigen, welcher kurz nach dem Ereignis vom März 2012 erhoben wurde. Dabei erkannte er, dass die VKB-Plastik schon zuvor nicht mehr

intakt gewesen sei, habe sie sich doch bereits 2010 rupturiert und nicht mehr durchgängig abgrenzbar präsentiert. Auch hinsichtlich der Menisken war nach seiner Beurteilung kein wesentlicher Unterschied ersichtlich, liessen sich schon 2010 persistierende Rissbildungen am medialen und lateralen Meniskus erkennen. Die nach dem Unfallereignis festgestellten pathologischen Befunde waren gemäss Dr. G.\_\_\_\_ demnach in nahezu identischer Weise bereits im August 2010 nachweisbar. Hinweise auf frische Verletzungen fanden sich dagegen nicht (vgl. Urk. 9/M99 S. 3). Zum Umstand, dass Dr. H.\_\_\_\_ demgegen über das Ereignis vom März 2012 trotz vorbestehender verminderter biomechanischer Integrität des rechten Kniegelenks bei einliegender VKB-Ersatzplastik als wesentliche Teilursache der bestehenden Beschwerden erachtete (vgl. Urk. 9/M100 S. 2 f.), nahm Dr. G.\_\_\_\_ ausführlich Stellung und wies zutreffen derweise darauf hin, dass dessen Kausalitätsbeurteilung anhand der nach traglich erhobenen anamnestischen Angaben des Beschwerdeführers und nicht gestützt auf die diesbezüglich erhobenen medizinischen Befunde erfolgte. So erwähnte dieser insbesondere den für den direkten Vergleich entscheidenden Befund des im August 2010 erfolgten MRI in seinem gesamten Gutachten nicht (vgl. Urk. 9/M102 S. 1029 ff.; Urk. 9/M103 S. 3). Seine Einschätzung ist somit weder plausibel begründet noch leuchtet sie ein. Demgegenüber erweist sich die durch Dr. G.\_\_\_\_ getroffene Schlussfolgerung, wonach das Ereignis vom März 2012 überwiegend wahrscheinlich lediglich zu einer schmerzhaften Aktivierung eines bereits zuvor bestehenden pathologischen Vorzustandes im Sinne einer vorübergehenden Verschlimmerung geführt und allfällige – bildgebend nicht ersichtliche – mikrostrukturelle Veränderungen aufgrund allgemeiner medizinischer Erfahrung innerhalb einiger Wochen bis höchstens drei Monate danach folgenlos abgeheilt seien (vgl. Urk. 9/M99 S. 4; Urk. 9/M103 S. 4), gestützt auf die vorhandene medizinische Aktenlage als schlüssig und nachvollziehbar. Darauf kann abgestellt werden.

Der Status quo sine hinsichtlich der geklagten Kniebeschwerden war demnach überwiegend wahrscheinlich bereits im Juni 2012 erreicht, weshalb die seither geltend gemachten Beschwerden nicht kausal auf das Ereignis vom März 2012 zurückzuführen sind.

#### **E. 4.2**

Anzumerken bleibt, dass selbst wenn man die natürliche Kausalität der danach aufgetretenen Kniebeschwerden zum im März 2012 erlittenen Ereignis bejahen würde, keine diesbezügliche Leistungspflicht mehr bestünde, gab der Beschwerdeführer selbst mehrmals an, dass er hinsichtlich des Knies nun beschwerdefrei sei (vgl. Urk. 9/A16; Urk. 9/A18; Urk. 9/A35 S. 1; Urk. 9/A69 S. 1). Auch die Ärzte erachteten ihn aus orthopädischer Sicht in einer entsprechenden Tätigkeit als vollständig arbeitsfähig. Dabei ist insbesondere auf die Einschätzungen durch Dr. C.\_\_\_\_, wonach das Knie voll belastbar sei, sowie durch Dr. H.\_\_\_\_, welcher den Beschwerdeführer auch in der bisherigen Tätigkeit als Sicherheitsmann im Werk- und Gebäudeschutz seit spätestens September 2014 als vollständig arbeitsfähig erachtete, hinzuweisen. Unbeachtlich ist, dass Dr. H.\_\_\_\_ die bisherige Tätigkeit als Sicherheitsmann im Personenschutz seit dem Unfall vom März 2012 als nicht mehr zumutbar bewertete, ist doch nicht aktenkundig, dass der Beschwerdeführer überhaupt im Personenschutz tätig war. Vielmehr gab er an, dass er die entsprechende Prüfung nicht bestanden habe (vgl. Urk. 9/A35 S. 2; Urk. 9/M55; Urk. 9/M99 S. 4 Ziff. 4; Urk. 9/M100 S. 4; Urk. 9/M102 S. 52 f. lit. D und F des orthopädischen Gutachtens).

#### **E. 4.3**

Hinsichtlich den nach der im Mai 2014 zur Stabilisation vorgenommenen Valgisationsosteotomie geklagten Sensibilitätsstörungen lässt sich den medizinischen Akten entnehmen, dass im Rahmen dieser Operation zunächst eine spinale Anästhesie sowie schliesslich ein Femoraliskatheter gesetzt wurde und der Beschwerdeführer danach – jedoch nicht unmittelbar, sondern erst mit einer Latenz von einigen Wochen - über eine Gefühlslosigkeit am rechten Oberschenkel klagte (vgl. Urk. 9/M47 S. 1 f.; Urk. 9/M49; Urk. 9/M65 S. 1). Eine Sensibilitätsminderung für Berührungen im Bereich des proximalen Drittels des lateralen rechten Unterschenkels erwähnte er sogar erst im Juni 2015 anlässlich einer Konsultation bei Dr. E. \_\_\_ und somit dreizehn Monate nach der erfolgten Valgisationsosteotomie (vgl. Urk. 9/M85 S. 1).

Das zur Abklärung erfolgte MRI zeigte weder ein residuelles Hämatom noch einen Abszess im Verlauf des Nervus femoralis oder Auffälligkeiten entlang der abgehenden Äste, insbesondere der Rami cutanei anteriores (vgl. Urk. 9/M53). Für das Vorliegen einer Läsion der Rami cutanei anteriores Nervus femoralis fanden die behandelnden Ärzte keine sicheren Hinweise. Zwar äusserte Dr. D. \_\_\_ im November 2014 den Verdacht auf eine entsprechende Läsion. Nach Vornahme der diagnostischen Infiltrationen konnte er diesen allerdings nicht bestätigen und auch Dr. E. \_\_\_ fand keine Anhaltspunkte für eine solche Läsion. Sowohl Dr. D. \_\_\_ als auch Dr. E. \_\_\_ erwähnten jedoch

eine schmerzhafte Femoralisneuropathie (vgl. Urk. 9/M65 S. 1 f.; Urk. 9/M85 S. 1 ; Urk. 9/M96 S. 1 f.). Anlässlich seiner eingehenden neurologischen Beurteilung führte Dr. F. \_\_\_ diesbezüglich aus, dass eine solche nur postuliert werden könne, wenn sich eine Hypästhesie im Versorgungsbereich dieser Nerven klar begrenzen und reproduzieren lasse. Dies sei nicht der Fall gewesen. Vielmehr habe Dr. E. \_\_\_ die von Dr. D. \_\_\_ beschriebene Sensibilitätsminderung für Oberschenkelberührungen nicht bestätigen können. Die Befunde würden sich allein auf die Angaben des Beschwerdeführers stützen. Eine Läsion sei elektrodiagnostisch nicht nachweisbar gewesen und auch motorisch habe sich im entsprechenden Gebiet keine Läsion des Nervus femoralis gezeigt. Die Diagnose einer Neuropathie sei daher sehr gewagt und habe nie gesichert werden können (vgl. Urk. 9/M97 S. 9 f.). Auch Dr. E. \_\_\_ erwog bereits eine Schmerzverarbeitungsstörung (vgl. Urk. 9/M85 S. 1). Gegen eine organische Läsion sprach gemäss Dr. F. \_\_\_ auch die Tatsache, dass sich im Verlauf keine Rückbildung der Symptomatik einstellte, sondern sich trotz adäquater Medikation sogar eine leichte Zunahme derselben zeigte (vgl. Urk. 9/M97 S. 10). Obwohl Prof. I. \_\_\_ demgegenüber das Vorliegen einer Läsion sowie einer Hämatombildung bejahte, fand auch er keine Zeichen eines neuropathischen Schmerzsyndroms mit Allodynie, Hyperpathie oder Temperaturdifferenz des betroffenen Areal, weswegen er die vom Beschwerdeführer geklagten Schmerzen beim Berühren des Hautareals mit Stoff nicht nachvollziehen konnte und psychiatrische Gründe oder Entschädigungswünsche als mögliche Ursachen aufführte (vgl. Urk. 9/M102 S. 44 und S. 49 f. des neurologischen Gutachtens).

Die Frage, ob es tatsächlich zu einer Nervenläsion gekommen ist und diese zu den vom Beschwerdeführer beklagten Sensibilitätsstörungen am rechten Bein geführt hat, braucht indessen gar nicht abschliessend geklärt zu werden. Denn festzuhalten ist, dass ungeachtet dessen, ob es anlässlich der im Mai 2014 durchgeführten Operation tatsächlich zu einer Schädigung gekommen ist, die valgisierende Osteotomie nach der plausiblen ärztlichen Beurteilung durch Dr. H. \_\_\_ aufgrund einer vorbestehenden varischen Achsabweichung des rechten Kniegelenks und somit aus unfallfremden Gründen erfolgte. Soweit die Ärzte

daher übereinstimmend einen natürlichen Kausalzusammenhang zum Ereignis vom März 2012 verneinten und die bestehende neurologische Störung als nicht unfallkausal einstufen (vgl. Urk. 9/M97 S. 10 f.; Urk. 9/M100 S. 2; Urk. 9/M101 S. 2 f.), ist ihnen zuzustimmen. Selbst wenn dem Beschwerdeführer während der Operation eine Schädigung zugefügt worden wäre, wäre diese somit nicht anlässlich einer unfallbedingten Heilbehandlung, für welche die Beschwerdegegnerin gemäss Art. 6 Abs. 3 UVG Leistungen zu erbringen hätte, erfolgt (BGE 118 V 286 E. 3b). Die seither aufgetretenen neurologischen Beschwerden sind somit in jedem Fall nicht kausal zum im März 2012 erlittenen Unfall, weshalb hierfür auch keine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin besteht.

#### **E. 4.4**

Soweit der Beschwerdeführer die reine Aktenbeurteilung durch die versicherungsinternen Ärzte bemängelte (vgl. Urk. 1 S. 2), ändert dies nichts an deren Beweiskraft. Die Berichte von Dr. G. \_\_\_ und Dr. F. \_\_\_ sind in Kenntnis der Vorakten ergangen, nehmen Stellung zu den übrigen ärztlichen Äusserungen und enthalten nachvollziehbare und überzeugende Begründungen der Schlussfolgerungen. Sie entsprechen somit den Anforderungen der Rechtsprechung (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3b). Auch reinen Aktengutachten kann voller Beweiswert zukommen, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_119/2012 vom 30. März 2012 E. 4). Dies ist hier weitestgehend der Fall. Der Beschwerdeführer war eingehend abgeklärt worden, sodass einer Aktenbeurteilung nichts entgegenstand. Dass es sich bei ihnen um versicherungsinterne Ärzte handelt, steht der Beweiskraft ihrer Berichte nicht entgegen (vorstehend E. 1.4).

#### **E. 4.5**

In Anbetracht dieser schlüssigen medizinischen Beurteilung kommt dem anlässlich der Observation des Beschwerdeführers zusammengekommenen Bildmaterial (vgl. hierzu Urk. 9/A64) keine entscheidrelevante Bedeutung zu. Die vom Beschwerdeführer aufgeworfene Frage nach der Rechtmässigkeit dieser Überwachung ist daher nicht abschliessend zu beantworten. Diesfalls kann auch dahingestellt bleiben, inwiefern das die Zulässigkeit detektivischer Observationen beschlagende Urteil des Europäischen Gerichtshofes für Menschenrechte (EGMR) in Sache Vukota-Bojic gegen die Schweiz vom 18. Oktober 2016 (61838/10) Auswirkungen auf die Verwertbarkeit von Überwachungsergebnissen bei der Beurteilung der Leistungsansprüche gegenüber der obligatorischen Unfallversicherung zeitigt (Urteile des Bundesgerichts 8C\_608/2016 vom 15. Februar 2017 E. 3 und 8C\_382/2016 vom 20. Dezember 2016 E. 3.1). Anzumerken bleibt jedoch, dass das Bundesgericht in einem kürzlich ergangenen Urteil festgehalten hat, dass bei einer nur geringfügigen Betroffenheit der Privatsphäre des Versicherten – im konkreten Fall wurden aus eigenem Antrieb ausschliesslich alltägliche Verrichtungen im öffentlich einsehbaren Raum aufgezeichnet, wobei sich der zeitliche Umfang auf zwei Tage beschränkte – nicht von einer schweren Verletzung der Persönlichkeit ausgegangen werden kann und dem das Interesse des Versicherungsträgers sowie der Versichertengemeinschaft, unrechtmässige Leistungsbezüge abzuwenden, gegenüberzustellen gilt. Das Bundesgericht gewichtete in diesem Fall dieses Interesse höher als das Interesse des Versicherten an einer unbehelligten Privatsphäre und erachtete die ohne ausreichende gesetzliche Grundlage erhobenen Observationsergebnisse als verwertbar, zumal der Kerngehalt von Art. 13 der Bundesverfassung unangetastet blieb (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_69/2017 vom

18. August 2017 E. 5.4).

#### **E. 4.6**

Zusammenfassend ergibt sich, dass der Status quo sine hinsichtlich der geklagten Kniebeschwerden bereits im Juni 2012 erreicht war und die seither geltend gemachten Beschwerden des Beschwerdeführers nicht überwiegend wahrscheinlich kausal auf das Ereignis vom März 2012 zurückzuführen sind. Die für die Sensibilitätsstörungen möglicherweise ursächliche Valgisationsosteotomie wurde sodann aus unfallfremden Gründen durchgeführt. Es ist deshalb nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin eine weitere Leistungspflicht verneinte.

Der angefochtene Einspracheentscheid erweist sich demnach als rechtmäßig, 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.\_\_\_\_ - AXA Versicherungen AG - Bundesamt für Gesundheit

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