

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2017.00056 vom 29. März 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-03-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2017.00056

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2017.00056 du 29 mars 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2017.00056 del 29 marzo 2018

Erwägungen

E. 1

Die 1966 geborene X.____ war seit Februar 2000 als Etagenkellnerin in einem 50%-P ensum beim Stadtpital Y.____

angestellt (Urk. 7/G1) und dadurch bei der Unfallversicherung Stadt Zürich gemäss Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) obligatorisch gegen Berufs- und Nichtberufsunfälle versichert. Zusätzlich war sie in einem 50%-Pensum bei der Z.____ GmbH, als Reinigungsmitarbeiterin tätig (Urk. 7/G7). Am 19. Februar 2014 stürzte die Versicherte beim Skifahren und zog sich dabei gemäss Bericht des erstbehandelnden Arztes Dr. med. A.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, eine laterale Bandzerrung am rechten Knie sowie multiple Prellungen zu (Urk. 7/M1, 7/M3). Eine MRI-Untersuchung des rechten Knies vom 27. Februar 2014 ergab nebst einer Ruptur des vorderen Kreuzbandes einen kleinen Radialriss im Hinterhorn des medialen Meniskus, Knochenkontusionen dorsal im lateralen Tibiacondylus und anterolateral im lateralen Femurcondylus sowie einen deutlichen Gelenkserguss (Urk. 7/M2).

Nach Eingang diverser medizinischer Unterlagen (Urk. 7/M4 ff.),

und nachdem sie Versicherungsleistungen erbracht hatte (vgl. Urk. 7/G5 f., 7/G20),

veranlasste die Unfallversicherung Stadt Zürich eine Begutachtung bei Dr. med. B.____, Facharzt für Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin (Konsilium vom 19. März 2016; Urk. 7/M22).

Gestützt darauf teilte sie der Versicherten mit Verfügung vom

E. 1.1

Am 1. Januar 2017 sind die am 25. September 2015 beziehungsweise am 9. November 2016 verabschiedeten geänderten Bestimmungen des 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). Dem entsprechend 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 Vorfall hat sich am 19. Februar 2014 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

Ein Unfall ist gemäss Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat.

E. 1.3

Gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG kann der Bundesrat Körperschädigungen, die den Folgen eines Unfalles ähnlich sind, in die Versicherung einbeziehen. Von dieser Kompetenz hat der Bundesrat in Art. 9 Abs. 2 UVV Gebrauch gemacht und folgende Körperschädigungen, sofern sie nicht eindeutig auf eine Erkrankung oder eine Degeneration zurückzuführen sind, auch ohne ungewöhnliche äussere Einwirkung den Unfällen gleichgestellt:

a.

Knochenbrüche; b.

Verrenkungen von Gelenken;

c.

Meniskusrisse; d.

Muskelrisse; e.

Muskelzerrungen; f.

Sehnenrisse; g.

Bandläsionen; h.

Trommelfellverletzungen. Diese Aufzählung der den Unfällen gleichgestellten Körperschädigungen ist abschliessend (BGE 116 V 136 E. 4a, 147 E. 2b, je mit Hinweisen; Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2. Aufl., 1989, S. 202).

E. 1.4

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem Ereignis 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 Ereignis 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 Vorfall 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. 1.5

Wird durch das Ereignis 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 Ereignis bestanden hat (Status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Ereignis 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 Ereignisses genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt aber die entsprechende Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbe gründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der ver sicher ten 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 Grund fall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leis tungs arten massgebend (Urteil des Bundesgerichts 8C_637/2013 vom 11.

März 2014 E.

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

E. 1.6

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). 2.

E. 2

7. April 2016 mit, dass der Status quo sine vel ante per 31. März 2015 erreicht worden sei, weshalb die Leistungspflicht per genanntem Datum ende. Auf eine Rückerstattung der seither erbrachten Leistungen werde unpräjudiziell

verzichtet (Urk.

E. 2.1

Im angefochtenen Einspracheentscheid vom 13. Januar 2017 (Urk. 2) vertrat die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen die Auffassung, der Bericht von Dr. B.____ vom 19. März 2016 erfülle die vom Bundesgericht aufgestellten praxisgemässen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Grundlage vollumfänglich (S. 3). Demnach seien alle unfallkausalen Beschwerden spätestens Ende März 2015 abgeklungen und die noch bestehende Restsymptomatik in erster Linie auf krankhafte Veränderungen des Bewegungsapparates respektive eine pathologische Verarbeitung der Unfallfolgen zurückzuführen (S. 4). Der Verdacht einer krankhaften Fehlverarbeitung der Unfallfolgen habe sich mit Blick auf das psychiatrische Gutachten von Dr. C.____ vom 6. November 2016 nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erhärten lassen (S. 5).

E. 2.2

Die Versicherte machte in ihrer Beschwerdeschrift vom 17. Februar 2017 (Urk. 1) zusammengefasst geltend, beim Knieschaden handle es sich um eine Unfallfolge. Ein krankhafter Vorzustand sei nicht ausgewiesen (S. 4). Die Schlussfolgerungen von Dr. B.____ seien nicht nachvollziehbar und unbegründet. Er habe sich zudem hinsichtlich der Kausalität widersprüchlich geäußert (S. 6). Es bestünden erhebliche Zweifel an seinen Einschätzungen, weshalb ein unabhängiges externes Gutachten eingeholt werden müsse. Der Fallabschluss sei verfrüht erfolgt und damit rechtswidrig. Die Unfallkausalität sei nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit weggefallen (S. 7).

E. 2.3

In ihrer Beschwerdeantwort vom 22. März 2017 (Urk. 6) äusserte sich die Beschwerdegegnerin dahingehend, dass Dr. B.____ eine überwiegende Wahrscheinlichkeit eines Zusammenhangs zwischen den fortbestehenden femoropatellären Beschwerden zum fraglichen Unfall ausdrücklich verneint habe. Diese Einschätzung stehe im Einklang mit der Meinung des behandelnden Arztes. Der Skiunfall habe eine vorübergehende Verschlimmerung im vorbelasteten Knie bewirkt (S. 4 f.).

E. 2.4

Die Beschwerdeführerin betonte in ihrer Replik vom 22. Mai 2017 (Urk. 10), dass das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen werden müsse

(S. 1). Dr. B. ___ habe in seinem Bericht festgehalten, die Kniebeschwerden seien nur noch „ möglicherweise “ Folge des Unfallereignisses beziehungsweise seien mit „ ebenso grosser “ Wahrscheinlichkeit auf den krankhaften Vorzustand zurückzuführen. Daraus ergebe sich gerade nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit, dass der Unfall als kausale Ursache für die Beschwerden weggefallen sei (S. 2). In ihrer Stellungnahme vom 29. Mai 2017 (Urk. 12) wies die Versicherte zudem ergänzend darauf hin, dass das D. ___ -Gutachten vom 18. Mai 2017 (Urk. 13) ebenfalls aufzeige, dass weiterer Abklärungsbedarf vorhanden sei.

E. 2.5

In ihrer Duplik vom 14. Juni 2017 (Urk. 17) hob die Beschwerdegegnerin hervor, dass Dr. B. ___ das Bestehen der überwiegenden Wahrscheinlichkeit eines kausalen Zusammenhangs zwischen den jetzigen Beschwerden und dem Ereignis vom 19. Februar 2014 negiert habe, was nichts Anderes bedeute, als dass die unfallkausalen Ursachen ihre Bedeutung für die noch geklagten Beschwerden verloren hätten (S. 2). Das D. ___ -Gutachten äussere sich zu dieser Fragestellung nicht (S. 5).

E. 2.6

Mit Stellungnahme vom 27. Juni 2017 (Urk. 22) hielt die Versicherte schliesslich daran fest, dass die leistungspflichtige Versicherung die Beweislast für den Wegfall der Kausalität trage. Dies sei von Dr. B. ___ nicht rechtsgenügend abgeklärt worden, weshalb ein unabhängiges Gutachten einzuholen sei (S. 2). 3. 3.1

Im Rahmen der MRI-Untersuchung des rechten Knies vom 27. Februar 2014 konnte nebst einer Ruptur des vorderen Kreuzbandes ein kleiner Radialriss im Hinterhorn des medialen Meniskus, Knochenkontusionen dorsal im lateralen Tibiacondylus und anterolateral im lateralen Femurcondylus sowie ein deutlicher Gelenkserguss festgestellt werden. Zusätzlich sei eine kleine Baker-Zyste sowie eine leichte Chondromalazie

retropatellär in Form mehrerer Einrisse (Grad II) erkennbar gewesen

(Urk. 7 /M2). 3.2

Nachdem die Versicherte gemäss Bericht von Dr. med. E. ___ , Facharzt für Chirurgie, vom 22. April 2014 zunächst nach Durchführung einer ambulanten Physiotherapie eine deutliche Besserung der Kniebeschwerden beobachtet hatte (Urk. 7 /M4), klagte sie wenige Wochen später weiterhin über Schmerzen im gesamten rechten Knie (Urk. 7 /M5). In der Folge traten nach einem Arbeitsversuch zudem Ellbogenschmerzen rechts auf, wobei Dr. E. ___ am 25. Juni 2014 eine Epicondylitis

humeri

radialis (Tennisellbogen) diagnostizierte. Beim rechten Kniegelenk stellte er eine deutliche vordere Instabilität fest (Urk. 7 /M7 und ferner 7 /M11), welche zuvor am 12. Mai 2014 bereits von Dr. med. F. ___ , Facharzt für Chirurgie, erkannt worden war (Urk. 7 /M8). Am 25. September 2014 versorgte Dr. E. ___ die Ruptur am vorderen Kreuzband operativ mittels einer VKB-Plastik und führte ausserdem eine

Teilmeniskektomie durch (Urk. 7 /M9).

Im Zuge eines weiteren Eingriffs wurde am 19. November 2014 ein subkutanes Hämatom am rechten Knie entfernt (Urk. 7 /M12). Der postoperative Verlauf sei nach beiden Eingriffen komplikationslos gewesen und die Versicherte habe in gutem Allgemeinzustand und bei reizlosen Wundverhältnissen entlassen werden können (Urk. 7 /M10 , 7 /M13).

3.3

Im Rahmen der postoperativen Verlaufskontrollen vom 12. Januar und 13. März 2015 klagte die Versicherte weiterhin über persistierende diffuse Knieschmerzen. Das Gangbild sei gemäss Dr. E.____ zügig und unauffällig gewesen. Das rechte Knie sei insgesamt reizlos gewesen; ein Gelenkerguss habe nicht festgestellt werden können. Der Bewegungsumfang sei vollständig und symmetrisch zur Gegenseite gewesen (Urk. 7 /M15 f.). Die MRI-Untersuchung vom 19. März 2015 ergab einen regelrechten Befund bei Status nach VKBP mit intakter Plastik, einen leicht verkürzten medialen Meniskus im Hinterhornbereich bei Status nach Teilmenisektomie, eine Spur Erguss sowie eine leicht progrediente Chondromalazie an der medialen Patellafacetten (Urk. 7 /M17). Am 22. Mai 2015 klagte die Beschwerdeführerin über ein unverändertes Beschwerdebild mit belastungsabhängigen Knieschmerzen rechts. Dr. E.____ befand das Knie in Bezug auf die Kreuz- und Seitenbänder für stabil mit schönem Anschlag des Transplantates. Retropatellar finde sich ein deutliches Reiben mit positivem Zohlen-Zeichen. Es sei hauptsächlich von Restbeschwerden aufgrund des retropatellären Knorpelschadens auszugehen (Urk. 7 /M18). Dr. E.____ sah sich in dieser Vermutung bestätigt, nachdem er am 21. August 2015 eine Kniegelenkinfiltration durchgeführt und die Versicherte daraufhin

vorübergehend von einer deutlichen Besserung der Symptomatik berichtet hatte (Urk. 7 /M19 f.). Im Rahmen einer weiteren Untersuchung vom 22. Januar 2016 habe die Versicherte – bei grundsätzlich unverändertem Befund - über starke Schmerzen mit diffuser Druckdolenz über dem gesamten Kniegelenk geklagt. Dr. E.____ stufte diese Restbeschwerden als hauptsächlich funktioneller Natur ein, wobei die Chondromalazie retropatellar auch mit einer Rolle spiele (Urk. 7 /M21). 3.4

Dem rheumatologischen Konsilium von Dr. B.____ vom 19. März 2016 sind die folgenden Diagnosen zu entnehmen (Urk. 7 /M22 S. 9): - Knieinstabilität rechts am 16. Februar

(richtig: 19.) 2014 mit Ruptur des vorderen Kreuzbandes und medialer Meniskusläsion - Kreuzband-Ersatzplastik und mediale Teilmenisektomie am 25. September 2014, - Evakuierung eines postoperativen subcutanen Hämatoms am 19. November 2014, - residuelle Beschwerden vor allem femoropatellar bei retropatellärer

Chondromalazie, - Epicondylitis

humeri

radialis rechts, - Lumbovertebralsyndrom - Osteochondrose L4/5.

Die Versicherte habe anhaltende Knieschmerzen rechts ventral im Sinne von Anlauf- und Belastungsschmerzen beschrieben; auch die Beweglichkeit sei gegenüber links noch leicht eingeschränkt. Zusätzlich seien Ellbogenschmerzen rechts in den Vordergrund getreten, die direkt nach dem Sturzereignis vom 19. Februar 2014 eher im Hintergrund bestanden hätten, mit zunehmender Belastung im Rahmen der Arbeitstätigkeit jedoch immer stärker geworden seien. Im weiteren Verlauf seien dann lumbale Rückenschmerzen aufgetreten, was die Versicherte auf die falsche Belastung nach der Knieoperation zurückführe. In der klinischen Untersuchung sei die Beweglichkeit der Lendenwirbelsäule in Inklination und Extension leichtgradig schmerzhaft eingeschränkt gewesen, und es hätten sich Druckdolenzen im Bereich der unteren Lendenwirbelsäule ergeben. Das rechte Ellbogengelenk habe einen reizlosen Befund ohne synovitische oder periartikuläre Schwellung sowie eine freie Beweglichkeit gezeigt. Eine deutliche Druckdolenz sei streng

am Epicondylus radialis lokalisiert und mit einer schmerzhaften Dehnung der betroffenen Unterarmmuskulatur verbunden gewesen. Am rechten Kniegelenk habe sich ebenfalls ein reizloser Befund ohne Instabilität und mit negativen Meniskuszeichen eruieren lassen. Die Flexion sei gegenüber links diskret eingeschränkt und endphasig leicht schmerzhaft gewesen. Hauptbefund sei die ausgeprägte Schmerzhaftigkeit bei Extension respektive Patella-Kompression gewesen. Bei nur geringer Umfangdifferenz im rechten ventralen Oberschenkel habe sich muskulär eine noch deutlich verminderte Innervation des Musculus

vastus

medialis und eine deutliche Verkürzung des Musculus rectus femoris rechts gezeigt. Ferner habe auch der Befund von multiplen myofascialen

Dolenz im rechten Schulter- und im rechten Beckengürtel erhoben werden können, sodass nicht nur die lokalen Diagnosen eines femoropatellären Syndroms rechts, einer Epicondylopathia

humeri

radialis rechts und eines aufgrund der Röntgenabklärung vorwiegend degenerativ bedingten Lumbovertebralsyndroms, sondern auch eine Tendenz zur myofascialen Schmerz ausweitung und Chronifizierung auf der rechten Körperseite bestünden (Urk. 7/M22 S. 10).

Zur Frage des Kausalzusammenhangs zwischen dem Ereignis vom 19. Februar 2014 und den weiterhin bestehenden Kniebeschwerden führte Dr. B. _____

wörtlich folgendes aus (Urk. 7/M22 S. 11) :

„Aufgrund des ersten, unfallnahen MRI-Befundes muss von einem vorbestehenden, krankhaften Knorpelschaden ausgegangen werden. Es ist gut denkbar, dass dieser pathologische Vorzustand anlässlich der Knieinstabilität am 19.02.2014 und dann auch wiederum bei der Arthroskopie vom 25.09.2014 traumatisiert wurde. Auch begünstigt die noch leicht bestehende muskuläre Dysbalance das Auftreten von femoropatellären Beschwerden. Eine natürliche Kausalität der jetzt noch bestehenden Knieschmerzen zum Ereignis vom 19.02.2014 ist jedoch nur noch möglicherweise gegeben. Eine überwiegende Wahrscheinlichkeit besteht aus medizinischer Sicht nicht, da femoropatelläre Beschwerden aufgrund eines retropatellären Knorpelschadens häufig sind und es durchaus auch möglich bis wahrscheinlich ist, dass ohne Unfallereignis im Verlauf femoropatelläre Beschwerden aufgetreten wären, umso mehr als die Versicherte offensichtlich eine zumindest teilweise kniebelastende Tätigkeit ausführt. Bei der Traumatisierung der retropatellären

Chondromalazie handelt es sich um eine vorübergehende, nicht richtungsweisende Verschlimmerung eines krankhaften Vorzustandes, was auch durch den MRI-Befund vom März 2015 mit nur geringer Progredienz der Knorpelveränderungen bestätigt wird. Eine derartige vorübergehende Verschlechterung heilt in der Regel innerhalb weniger Monate bis maximal einem halben Jahr ab, so dass überwiegend wahrscheinlich unfallkausale Kniebeschwerden bis maximal Ende März 2015 bestanden haben dürften. Nachfolgende Kniebeschwerden sind nur noch möglicherweise Folge des Unfallereignisses vom 19.02.2014 bzw. mit ebenso grosser Wahrscheinlichkeit auf den Vorzustand zurückzuführen, womit bezüglich des rechten Kniegelenkes der Status quo sine per Ende März 2015 angenommen werden kann.“

Die noch bestehende Restsymptomatik an der Lendenwirbelsäule sowie am rechten Ellbogen sei in erster Linie auf krankhafte Veränderungen des Bewegungsapparates beziehungsweise eine pathologische Verarbeitung der Unfallfolgen zurückzuführen. Insgesamt seien sämtliche unfallkausalen Beschwerden spätestens per Ende März 2015 abgeklungen (Urk. 7/M22 S. 12). 3.5

Dr. C.____ gelangte in seinem psychiatrischen Gutachten vom 6. November 2016 zum Schluss, dass keine eigenständige psychiatrische Erkrankung mit Krankheitswert vorliege, die im Rahmen der ICD-10 Diagnostik eingeordnet werden könne. Es habe eine Phänomenologie vorgefunden werden können, die als

„Symptomausweitung“ einzuordnen sei. Ein Zusammenhang zwischen den noch beklagten Schmerzen, die nicht anhand der somatischen Befunde erklärt werden können, mit dem Ereignis vom 16. (richtig: 19.) Februar 2014 sei aus psychiatrischer Sicht möglich, aber nicht wahrscheinlich (Urk. 7/M25 S. 29). 4. 4.1

Die Beschwerdegegnerin hat ihre Leistungspflicht im angefochtenen Einspracheentscheid vom 13. Dezember 2016 (Urk. 2) bis zum 31. März 2015 anerkannt. Zwischen den Parteien ist unbestritten, dass die persistierenden Beschwerden an der Lendenwirbelsäule sowie am rechten Ellbogen ab April 2015 nicht mehr mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Sturz beim Skifahren vom 19. Februar 2014 zurückzuführen sind. Dies geht auch in überzeugender Weise aus der Beurteilung von Dr. B.____ vom 19. März 2016 hervor (Urk. 7/M22 S. 11 f.), sodass sich weitere Ausführungen hierzu erübrigen.

Einigkeit besteht sodann – soweit ersichtlich – dahingehend, dass der Sturz unter Berücksichtigung des Gutachtens von Dr. C.____ vom 6. November 2016 keine eigenständige psychiatrische Erkrankung zur Folge hatte (Urk. 7/M25 S. 29).

Strittig

und zu prüfen ist damit einzig, ob für die weiterhin von der Versicherten geklagten Beschwerden am rechten Kniegelenk

auch nach dem 31. März 2015

mit überwiegender Wahrscheinlichkeit der Sturz vom 19. Februar 2014 ursächlich ist oder ob der natürliche Kausalzusammenhang infolge Erreichens des Status quo sine per genanntem Datum dahingefallen ist.

Ausgehend von dieser Fragestellung kann grundsätzlich offengelassen werden, ob die Knieverletzung auf einen Unfall im Sinne von Art. 4 ATSG zurückzuführen ist oder ob es sich um eine unfallähnliche Körperschädigung im Sinne von Art. 9 Abs. 2 UVV handelt. Die Unfallversicherung trifft in jedem Fall nur dann eine Leistungspflicht, wenn zwischen dem Ereignis und der Verletzung ein natürlicher Kausalzusammenhang mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen werden kann (Urteil des Bundesgerichts 8C_679/2016 vom 7. Dezember 2016 E).

4 mit Hinweis). 4.2

Der angefochtene Entscheid basiert massgeblich auf dem rheumatologischen Gutachten von Dr. B.____ vom 19. März 2016 (Urk. 7/M22). In ihrer Gesamtheit erweist sich die ausführliche ärztliche Beurteilung als für die streitigen Belange umfassend. Dr. B.____ verfügte zum einen über detaillierte Kenntnisse der Vorgänge (Urk. 7/M22 S. 2 ff.). Zum

anderen ermöglichte er der Versicherten im Zuge der Befragung, ihre aktuellen Beschwerden zu schildern (Urk. 7/M22 S. 5 ff.).

Sowohl die geklagten Leiden als auch die klinischen Untersuchungsbefunde (Urk. 7/M22 S. 7 f.) wurden bei der Diagnosestellung berücksichtigt. Dr. B.____ bezog ausserdem die Ergebnisse der früheren radiologischen Abklärungen mit ein (Urk. 7/M22 S. 8). Der Expertise ist überdies eine ausführliche Begründung der gestellten Diagnosen sowie deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zu entnehmen (Urk. 7/M22 S. 9 f. und 13). Schliesslich setzte sich Dr. B.____ auch eingehend mit der Frage der Kausalität zwischen dem Sturz vom 19. Februar 2014 und den anhaltenden körperlichen Beschwerden auseinander (Urk. 7/M22 S. 11 f.). Insgesamt kommt dem Gutachten somit grundsätzlich voller Beweiswert zu (vgl. E. 1.6). 4.3

Die Beschwerdeführerin argumentiert, auf die fachärztliche Beurteilung von Dr. B.____ könne aus verschiedenen Gründen nicht abgestellt werden. Sie bestreitet zunächst, dass ein krankhafter Vorzustand im Sinne eines Knorpel Schadens am rechten Kniegelenk vorgelegen habe

(Urk. 1 S. 4 und 6 f., Urk. 10 S. 2, Urk. 22 S. 2).

Aus den Akten geht hervor, dass die Beschwerdeführerin bereits im Februar 2011 auf beide Knie gestürzt war und sich dabei beidseits eine starke Kontusion zugezogen hatte. Bei der MRI-Untersuchung des rechten Kniegelenks vom 23. Mai 2011 zeigte sich keine Binnenläsion, aber eine leichte Chondromalazie

retropatellär beziehungsweise eine leichte Femoropatellargelenksarthrose (Urk. 7/G61 [Verfahrens-Nr. 2011-00671], Urk. 18/M1 ff.). Die zeitnah zum Sturz beim Skifahren durchgeführte MRI-Untersuchung vom 27. Februar 2014 ergab unter anderem eine leichte Chondromalazie

retropatellär in Form mehrerer Einrisse (Grad II, Urk. 7/M2). Eine leichte Progredienz diesbezüglich stellte Dr. E.____ im Zuge der von ihm durchgeführten Operation vom 25. September 2014 fest (Grad II-III, Urk. 7/M9), was am 19. März 2015 mittels einer weiteren MRI-Untersuchung bestätigt wurde (Urk. 7/M17).

Die Einschätzung von Dr. B.____, wonach von einem vorbestehenden, krankhaften Knorpelschaden auszugehen sei (Urk. 7/M22 S. 11), erweist sich vor diesem Hintergrund entgegen der Rüge der Versicherten (Urk. 1 S. 4) nicht als aktenwidrig. Dabei ist unerheblich, dass Dr. B.____ von den Ergebnissen der MRI-Untersuchung vom 23. Mai 2011 keine Kenntnis hatte (vgl. Urk. 22 S.

1 f., Urk. 7/M22 S. 2 ff.), zumal diese seine Beurteilung nicht widersprechen, sondern sie vielmehr untermauern. 4.4

4.4.1

Ausgehend davon, dass am rechten Kniegelenk in Form der retropatellären Chondromalazie

ein krankhafter Vorzustand besteht, bleibt zu klären, ob die Beschwerdegegnerin gestützt auf die Einschätzung von Dr. B.____

berechtigterweise den Schluss zog, dass der natürliche Kausalzusammenhang spätestens am 31. März 2015 dahingefallen sei, da der Gesundheitsschaden ab diesem Datum nur

noch auf unfallfremden Ursachen beruht habe . 4.4.2

Dr. B.____ hielt fest, dass eine natürliche Kausalität der jetzt noch bestehenden Knieschmerzen zum Ereignis vom 19. Februar 2014 nur noch möglicherweise, nicht aber mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bestehe. Zur Begründung führte er einerseits an, dass femoropatelläre Beschwerden aufgrund eines retropatellären Knorpelschadens häufig seien, und es möglich bis wahrscheinlich sei, dass auch ohne den Sturz im Verlauf diese Beschwerden aufgetreten wären, zumal die Versicherte eine zumindest teilweise kniebelastende Tätigkeit ausführe. Andererseits handle es sich bei der Traumatisierung der retropatellären

Chondromalazie um eine vorübergehende Verschlimmerung eines krankhaften Vorzustandes, was auch durch den MRI-Befund vom 19. März 2015 mit nur geringer Progredienz der Knorpelveränderungen bestätigt werde. Eine derartige Verschlechterung heile in der Regel innerhalb weniger Monate bis maximal einem halben Jahr ab, sodass überwiegend wahrscheinlich unfallkausale Kniebeschwerden bis maximal Ende März 2015 bestanden haben dürften (Urk. 7/M22 S. 11; E. 3.4). 4.4.3

Entgegen der Argumentation der Beschwerdeführerin erweist sich diese Einschätzung als nachvollziehbar und überzeugend. So konnte nach den beiden Operationen vom 25. September und 19. November 2014 radiologisch eine intakte Plastik und ein regelrechter Verlauf ohne Hinweis auf ein Impingement festgestellt werden (Urk. 7/M17). Auf dieser Grundlage

vermutete auch der behandelnde Arzt Dr. E.____ , dass die Restbeschwerden hauptsächlich Folge des retropatellären Knorpelschadens seien (Urk. 7/M18) .

Darin sah er sich bestätigt , als eine entsprechende Behandlung mittels Kniegelenksinfiltration zumindest vorübergehend zu einer deutlichen Besserung der Beschwerden führte

(Urk. 7/M19).

Zu betonen ist ausserdem , dass in den Akten keine ärztliche Stellungnahme zu finden ist , welche der Beurteilung von Dr. B.____ widersprechen würde . Das von der Versicherten im Rahmen des Schriftenwechsels eingereichte D.____ -Gutachten vom 18. Mai 2017 weist zwar auf Instabilitäten im rechten Knie hin (Urk.

E. 7

/M26). Mit Duplik vom 14. Juni 2017 (Urk. 17) beantragte die Beschwerdeführerin unverändert die Abweisung der Beschwerde. Eine weitere Stellungnahme der Versicherten vom 27. Juni 2017 (Urk. 22) wurde ihr sodann mit Verfügung vom 28. Juni 2017 (Urk. 23) zur Kenntnis gebracht. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 10

UVG fallen (Urteil des Bundesgerichts 8C_637/20

E. 13

S. 19, 21, 23 und 45). Die Gutachter äusserten sich allerdings nicht in dem Sinne , dass dafür der Sturz vom 19. Februar 2014 ursächlich sei. Davon ist mit Blick auf die übrigen medizinischen Unterlagen auch mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht auszugehen . Weder Dr. E.____

noch Dr. B.____ konnten bei ihren Befunderhebungen eine solche Instabilität feststellen (Urk. 7/M18, 7/M20 f., 7/M22 S. 8). Auch

Dr. med. G.____, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation, welche die Beschwerdeführerin untersuchte, nachdem diese am 13. April 2016 einen Unfall erlitten hatte, führte klar aus, dass sich am rechten Kniegelenk keine Instabilitäten gezeigt hätten (Urk. 7/M 23 S. 4).

Nicht zu beanstanden ist im Weiteren (vgl. Urk. 10 S. 3), dass Dr. B.____ in Bezug auf die von der Versicherten erlittene Traumatisierung der femoropatellären

Chondromalazie auf die gewöhnliche Heilungsdauer einer solchen Verletzung hingewiesen hat. Einerseits ist das Zurückgreifen auf (unfall-)medizinische Erfahrungssätze gemäss bundesgerichtlicher Praxis zulässig (vgl. Urteile des Bundesgerichts U 406/05 vom 3. April 2006 E. 3.2.2 und 8C_285/2016 vom 22. Juli 2016 E. 6.4.3), und andererseits stützte Dr. B.____ damit seine Beurteilung, zu welcher er anhand seiner eigenständigen Befunderhebung, den ihm bekannten Vorakten sowie den Schilderungen der Versicherten gelangt war.

Soweit die Beschwerdeführerin schliesslich geltend macht, Dr. B.____ habe sich hinsichtlich der Kausalität widersprüchlich geäussert (Urk. 1 S. 6, Urk. 10 S. 2), mag dies auf den ersten Blick zwar zutreffen. So ist dem Gutachten zu entnehmen, dass die Kniebeschwerden nur noch „ möglicherweise “ Folge des Unfallereignisses vom 19. Februar 2014 beziehungsweise mit „ ebenso grosser Wahrscheinlichkeit “

auf den Vorzustand zurückzuführen seien (Urk. 7/M22 S.

11).

Allein gestützt auf diese Aussage wäre das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung der unfallbedingten Ursache der Knieverletzung wohl nicht zu begründen.

Die Beurteilung von Dr. B.____ ist jedoch in ihrer Gesamtheit zu würdigen. Er führte mehrfach eindeutig

aus, dass die unfallkausalen Kniebeschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bis maximal Ende März 2015 bestanden haben, wobei er in diesem Zusammenhang nicht nur die von der Versicherten ausgeübte, teilweise kniebelastende Tätigkeit (Reinigung), sondern auch die bestehende muskuläre Dysbalance berücksichtigte (Urk. 7/M22 S. 11; E. 3.4). Zusammenfassend hielt er sodann klar fest, dass alle unfallkausalen Beschwerden spätestens per Ende März 2015 abgeklungen seien und die aktuell noch bestehende Restsymptomatik auf die krankhaften Veränderungen des Bewegungsapparates respektive auf eine pathologische Verarbeitung der Unfallfolgen zurückzuführen sei (Urk. 7/M22 S. 12). Vor diesem Hintergrund hat die Beschwerdegegnerin zu Recht darauf geschlossen, dass der Status quo sine zweifelsfrei per 31. März 2015 erreicht war, und ihre Leistungspflicht folglich endete.

Der Vollständigkeit halber bleibt anzufügen, dass selbst bei geringfügigen Zweifeln an der Schlüssigkeit der Stellungnahme von Dr. B.____

keine weiteren medizinischen Abklärungen indiziert wären. Es handelt sich entgegen den Vorbringen der Beschwerdeführerin (Urk. 10 S. 3) nicht um eine versicherungsinterne Beurteilung (vgl. Urk.

E. 17

S. 4 und Urk. 7/G41), weshalb die im Vergleich zu versicherungsexternen Begutachtungen strengere bundesgerichtliche Praxis (vgl. BGE 139 V 225 E. 5.2, 135 V 465 E. 4.4 mit Hinweisen) nicht zur Anwendung gelangt. 5.

Nach dem Gesagten ist mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass der Status quo sine spätestens am 31. März 2015 eingetreten ist, und die darüber hinaus geklagten Kniebeschwerden nicht auf den Sturz beim Skifahren vom 19. Februar

2014 zurückzuführen sind. Weitere Abklärungen sind entgegen dem

Eventualantrag der Beschwerdeführerin

nicht angezeigt, da keine weiteren

entscheidrelevanten Erkenntnisse zu erwarten sind (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 124 V 90 E. 4b, 122 V 157 E. 1d, 136 I 229 E. 5.3; Urteil des Bundesgerichts 8C_320/2014 vom 14. August 2014 E. 11).

Der angefochtene Einspracheentscheid vom 13. Januar 2017 (Urk. 2) ist somit nicht zu beanstanden und die Beschwerde ist abzuweisen. Das Verfahren ist kostenlos (Art. 61 lit. a ATSG). Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Manuel Bader - Unfallversicherung Stadt Zürich - Bundesamt für Gesundheit 4.

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

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Die VorsitzendeDer Gerichtsschreiber GrünigWürsch

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