

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2017.00103

vom 9. März 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-03-09, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2017.00103

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2017.00103 du 9 mars 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2017.00103 del 9 marzo 2019

Erwägungen

E. 1

f., Urk. 16/M2 und Urk. 16/M10 f.). Im Rahmen der ärztlichen Erstversorgung wurde ein Supinationstrauma am oberen Sprunggelenk diagnostiziert, welches konservativ therapiert wurde (Urk. 16/M10).

In Bezug auf das linke Knie wurde neben vorbestehenden Knorpelschädigungen ein leichter synovialer Reizzustand bei Rotations trauma festgestellt (Urk. 16/M3, Urk. 16/M11). Die AXA erbrachte die gesetzlichen Leistungen (Heilbehandlung, Taggeld).

Am 20. September 2016 nahm der beratende Arzt der AXA, Dr. med. Z.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, zur Aktenlage Stellung (Urk. 16/M4). Gestützt auf diese Beurteilung stellte die AXA ihre Leistungen mit Verfügung vom 27. September 2016 per 29. Juli 2016 ein (Urk. 16/A4), wogegen die Versicherte am 31. Oktober 2016 Einsprache erhob (Urk. 16/A9).

Diese hiess die AXA mit Einspracheentscheid vom 17. März 2017 in dem Sinne teilweise gut, als sie für die Kniebeschwerden links bis zum 21. November 2016 und für das linke Sprunggelenk bis zum 7. Februar 2017 einen Leistungsanspruch bejahte. Zudem entschied die AXA, die Taggeldleistungen seien

ausgehend von einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % bis 1. August 2016 und bei einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % vom 2. bis 31. August 2016 auszurichten und per 1. September 2016 einzustellen (Urk. 16/A14 = Urk. 2).

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 Sachverhalt hat sich am 17. Juni 2016 ereignet, weshalb die bis 31. Dezember 2016 gültigen Normen auf den vorliegenden Fall Anwendung

finden und in dieser Fassung zitiert werden.

E. 1.2

Ein Unfall ist gemäss Art.

E. 1.3

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 blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

E. 1.4

Wird durch den Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, fällt der natürliche Kausalzusammenhang dahin, wenn und sobald der Gesundheitsschaden nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist (RKUV 1992 Nr.

U 142 S.

75 E.

4b mit Hinweisen; nicht publiziertes Urteil des Bundesgerichts U

172/94 vom 26.

April 1995). Das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens muss mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein (RKUV 2000 Nr.

U 363 S.

45; BGE

119 V 7 E. 3c/aa). Die 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 leistungs begründender 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. 1.5

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

E. 2

Dagegen erhob X. ___ am 2. Mai 2017 Beschwerde (Urk. 1) mit dem Rechtsbegehren, der angefochtene Entscheid sei aufzuheben und ihr seien bis zum Abschluss der unfallbedingten Behandlung auch über den 21. November 2016 respektive 7. Februar 2017 hinaus die gesetzlichen Leistungen gemäss dem UVG betreffend das Unfallereignis vom 17. Juni 2016 auszurichten. Zudem sei festzu stellen, dass ihre Beschwerden, die nach dem 21. November 2016 respektive dem 7. Februar 2017 bestanden hätten und nach wie vor bestünden , im kausalen Zusammenhang zum Unfall vom 17. Juni 2016 stehen. Eventualiter sei die Sache an die Vorinstanz zur erneuten Überprüfung unter Einholung eines umfassenden ärztlichen Gutachtens zurückzuweisen. Mit Eingabe vom 19. Mai 2017 (Urk. 7) reichte die Versicherte einen weiteren Arztbericht (Urk. 8) ein. Mit Beschwerde antwort vom 6.

September 2017 (Urk. 15) stellte die AXA den Antrag, die Beschwerde vom 2. Mai 2017 sei in dem Sinne teilweise gutzuheissen, als sie für die Beschwerden der Versicherten im Zusammenhang mit der Meralgia

paraesthetica (Beschwerden im Bereich des Oberschenkels) bis zum 16. Juni 2017 die gesetzlichen Leistungen in Form von Heilbehandlung zu erbringen habe. Im Übrigen sei die Beschwerde abzuweisen. Mit Replik vom 14. November 2017 (Urk. 22) hielt die Versicherte an ihren Rechtsbegehren fest, worauf die AXA mit Schreiben vom 3. Januar 2017 (Urk. 26) auf die Einreichung einer Duplik verzichtete. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Im angefochtenen Einspracheentscheid vom 17. März 2017 (Urk. 2) stellte sich die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen auf den Standpunkt, die Versicherte habe am 17. Juni 2016 unbestrittenermassen einen Unfall im Rechtssinne erlitten (S. 4). Im Rahmen des Einspracheverfahrens sei die Angelegenheit ergänzend vom beratenden Arzt Dr. med. A.____, Facharzt für Chirurgie, beurteilt worden. Gestützt darauf könne die natürliche Kausalität der Symptomatik am linken Knie über den 29. Juli 2016 hinaus als gegeben erachtet und der Eintritt des Status quo sine auf den 21. November 2016 festgelegt werden. Die Leistungspflicht für Behandlungen des linken Knies werde per dieses Datum eingestellt. Ausgehend von den Angaben der Hausärztin werde die Leistungspflicht für das linke Sprunggelenk per 8. Februar 2017 eingestellt, da die Behandlung tags zuvor abgeschlossen worden sei. Die Taggeldleistungen seien gestützt auf die Stellungnahme von Dr. A.____ bei einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % bis 1. August 2016 sowie bei einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit vom 2. bis 31. August 2016 auszurichten und per 1. September 2016 einzustellen (S. 5 f.).

E. 2.2

Die Versicherte hielt dem in ihrer Beschwerdeschrift vom 2. Mai 2017 (Urk. 1) zusammengefasst entgegen, die einzelnen Berichte der behandelnden Ärzte seien geeignet, Zweifel an der Schlüssigkeit der Beurteilung des versicherungsinternen Facharztes zu wecken und gar die nach wie vor bestehende Unfallkausalität mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu belegen. Der AXA sei der Nachweis des Wegfalls des ursächlichen Zusammenhangs zwischen dem Unfallereignis und den bestehenden unfallbedingten Sprunggelenks-, Oberschenkel- und Kniebeschwerden nicht gelungen, weshalb die Zulässigkeit der rückwirkenden Leistungseinstellung bestritten werde. Eventualiter müsse angesichts der ernsthaften Zweifel an der versicherungsinternen ärztlichen Beurteilung und der geltenden Untersuchungsmaxime eine medizinische Begutachtung veranlasst werden (S. 4).

E. 2.3

In ihrer Beschwerdeantwort vom 6. September 2017 (Urk. 15) äusserte sich die AXA dahingehend, der behandelnde Neurologe Dr. med.

B.____ habe im Bereich des Oberschenkels eine Schädigung des Nervus

cutaneus

femoris

lateralis festgestellt. Diese Verletzung habe zu einer Meralgia

paraesthetica geführt, wobei diese bis zum 16. Juni 2017 als unfallbedingt und danach als unfallfremd einzu stufen sei (S. 4). Da der beratende Arzt diese Einschätzung für schlüssig befunden habe, sei davon auszugehen, dass die Oberschenkelbeschwerden in einem natürlichen Kausalzusammenhang mit dem Unfallereignis vom 17. Juni 2016 stünden. Bis zum 16. Juni 2017 bestehe daher eine Leistungspflicht für die damit verbundenen Heilbehandlungen (S. 5). Hinsichtlich der Restbeschwerden am Knie und am oberen Sprunggelenk links seien die Leistungen mit Blick auf den erreichten medizinischen Endzustand indes zu Recht eingestellt worden (S. 8).

E. 2.4

Die Beschwerdeführerin vertrat in ihrer Replik vom 14. November 2017 (Urk. 22) weiterhin die Auffassung, die AXA habe auch über den 21. November 2016 respektive 7. Februar 2017 hinaus die gesetzlichen Leistungen gemäss UVG zu erbringen. Entgegen der Argumentation der Beschwerdegegnerin sei der Endzustand ausgehend von den Berichten der behandelnden Ärztin Dr. med. C.____, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation, zu den genannten Zeitpunkten noch nicht eingetreten. 3.3.1

Strittig ist zunächst, ob die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen für die Beschwerden am Knie und am oberen Sprunggelenk links zu Recht nach dem 21. November 2016 beziehungsweise 7. Februar 2017 eingestellt hat. 3.2

Die Beschwerdegegnerin holte einerseits eine versicherungsinterne ärztliche Stellungnahme

ihres beratenden Arztes

Dr. Z.____ vom 20. September 2016 ein. Dieser ist zu entnehmen, dass die Versicherte bereits vor dem 17. Juni 2016 wegen Kniebeschwerden in Behandlung gewesen ist, wobei eine frühere MRI-Untersuchung Knorpelschädigungen gezeigt hat.

Durch den Unfall beziehungsweise das Knie Trauma sei es mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu einer vorübergehenden Verschlimmerung ohne zusätzliche strukturelle Veränderungen gekommen. In der Regel sei aber eine Kniedistorsion nach vier bis sechs Wochen als abgeheilt zu betrachten (Urk. 16/M4).

Andererseits legte die Beschwerdegegnerin die medizinischen Akten einem weiteren beratenden Arzt,

Dr. A.____, zur Beurteilung vor. Dieser hielt am 17. Januar 2017 fest, dass eine einfache Kniedistorsion erfahrungsgemäss innerhalb von drei Monaten ausheile. Aufgrund des Vorzustandes sei es jedoch zu einer sich gegenseitig negativ beeinflussenden Situation zwischen den reinen Distorsionsfolgen und dem Vorzustand gekommen, was eine verzögerte Abheilung der Distorsion zur Folge gehabt habe. Er könne daher der Einschätzung des behandelnden Arztes Dr. med. D.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, zustimmen, wonach der Status quo sine bezüglich des linken Kniegelenks per 21. November 2016 eingetreten sei. Hinsichtlich des linken Sprunggelenks seien keine Vorzustände nachweisbar. Zwecks Beurteilung des Zeitpunktes des Eintritts des Status quo ante seien weitere Verlaufsberichte einzuholen (Urk. 16/M18). Dem kam die Beschwerdegegnerin in der Folge nach, wobei Dr. med. E.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, am 23. Februar 2017 mitteilte, dass die Behandlung per 7. Februar 2017 abgeschlossen worden sei. Im Langzeitverlauf sei es zu einer deutlichen

Regredienz der von der Versicherten geschilderten Beschwerden im linken Knie und Fuss gekommen . Objektiv hätten

anlässlich der letzten Untersuchung weder eine Schwellung, noch eine Rötung oder Druckdolenz

festgestellt werden können (Urk. 16/M17). 3.3

Entgegen der Argumentation der Beschwerdeführerin ist nicht ersichtlich, inwiefern die Beurteilung der AXA in Anbetracht dieser medizinischen Grundlagen unzutreffend sein sollte. Die von ihr angeführten Berichte der behandelnden Ärzte (vgl. Urk. 1 S. 3 f. , Urk. 3/3 f.,

Urk. 12 und

Urk. 23) sind nicht geeignet, Zweifel an der Schlüssigkeit der Stellungnahmen der versicherungsinternen Fachärzte zu wecken, da sie sich - wenn überhaupt - nur in pauschaler Weise und ohne nähere Begründung zur Frage der Kausalität äussern. Sie lassen denn auch weitgehend ausser Acht, dass die stark übergewichtige Versicherte bereits vor dem Unfallereignis über starke Schmerzen im linken Knie gelenk geklagt hatte. In diesem Zusammenhang konnte im Rahmen radiologischer Untersuchungen im Mai 2016 eine Chondropathie der medialen Patellaacetabulum mit einer Knorpelläsion Grad II-III festgestellt werden (Urk. 16/M12/1, vgl. zudem Urk. 16/M1) . Dr. D.____ ging daher von einer unfallbedingten Aktivierung der vorbestehenden Arthrose aus (Urk. 16/M3). Unter Hinweis auf eine gute Gehfähigkeit, beidseits frei bewegliche Hüftgelenke, eine Beruhigung des synovialen Reizzustandes sowie die zuverlässig kontrollierende Muskulatur schloss er seine Behandlung am 21. November 2016 ab (Urk. 16/M6 f.). Daraus folgerte

Dr. A.____ , dass der Status quo sine per dieses Datum erreicht worden war , wobei er eine verzögerte Abheilung der Distorsion infolge von Wechselwirkungen zwischen den vorbestehenden und den unfallbedingten Beschwerden berücksichtigt (Urk. 16/M18).

In Bezug auf die Schmerzen am linken Sprunggelenk ist ferner

anzumerken, dass die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht in Anbetracht der Ausführungen von Dr. E.____

(Urk. 16/M17) berechtigterweise bis zum 7. Februar 2017 befristete . Diese Beurteilung erweist sich angesichts der allgemeinen medizinischen Erfahrungen hinsichtlich der Heilungsdauer von Kontusionen (vgl. Urk. 16/M21) sowie der vorliegenden, nicht auf den Unfall zurückzuführenden Belastungsfaktoren - massives Übergewicht und Fussfehlstellung (vgl. Urk. 3/4 und Urk. 16/M8 f.)

–

zumindest als angemessen (vgl. Urk. 16/M20).

Gesamt haft ist folglich nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin den Leistungsanspruch für die Beschwerden am Knie und am oberen Sprunggelenk links bis zum 21. November 2016 beziehungsweise 7. Februar 2017 befristet hat. Ab diesen Zeitpunkten stand der Eintritt des Status quo sine vel ante mit überwiegender Wahrscheinlichkeit fest, weshalb der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und den bestehenden Beschwerden

entfiel.

Dem steht angesichts des degenerativen Vorzustandes im Kniegelenk sowie der nicht auf das Ereignis vom 17. Juni 2016 zurückzuführenden körperlichen Belastungsfaktoren insbesondere auch nicht entgegen, dass die Versicherte nach der Leistungseinstellung weiterhin über Restbeschwerden klagte und Heilbehandlung in Form von Physiotherapien in Anspruch nahm (vgl. Urk. 3/4, Urk. 12 und Urk. 23).

E. 4

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. 4.1

Hinsichtlich der von der Beschwerdeführerin überdies geklagten Beschwerden am linken Oberschenkel legte Dr. B.____

in seinem Bericht vom 5. Mai 2017 dar, dass das Ausrutschen mit dem rechten Fuss am 17. Juni 2016 wahrscheinlich zu einer Überstreckung des linken Hüftgelenks geführt habe. Hierdurch sei der Nervus

cutaneus

femoris

lateralis am Leistenband links an seiner Durchtrittsstelle durch die Abdominalmuskulatur wohl gezerzt worden, weshalb wahrscheinlich eine posttraumatische Meralgia

paraesthetica links vorliege. Bei einer ausschliesslich traumatischen Genese dieser Meralgia sei mit einer kontinuierlichen Rückbildung der Nervenreizsymptomatik innerhalb zwölf Monaten ab Unfalldatum zu rechnen. Würden die Symptome über ein Jahr an dauern, so sei von einem unfallfremden Faktor auszugehen, da eine abdominale Adipositas die Entstehung einer Meralgia begünstigen könne (Urk.

E. 4.2

Im Verlauf des Beschwerdeverfahrens reichte die Beschwerdegegnerin zusammen mit der Beschwerdeantwort vom 6. September 2017 (Urk. 15) unter anderem eine abschliessende Beurteilung ihres beratenden Arztes Dr. F.____ vom 17. Juli 2017 ein (Urk. 16/M20). Darin hob Dr. F.____ betreffend die geklagten Beschwerden am rechten Oberschenkel den Bericht des Neurologen Dr. B.____ vom 5. Mai 2017 hervor und schloss sich in seiner Beurteilung den Ausführungen von Dr. B.____ an (Urk. 16/M20 S. 2). Er zitierte diesen, dass es bei der Beschwerdeführerin beim Ausrutschen mit dem rechten Fuss auf nassem Gras wahrscheinlich zu einer Überstreckung des linken Hüftgelenks gekommen sei. Hierdurch sei wohl der Nervus

Cutaneus

femoris

lateralis am Leistenband an seiner Durchtrittsstelle durch die abdominale Muskulatur gezerzt worden. Es liege also eine wahrscheinlich posttraumatische Meralgia

parästhetica links vor. Es fänden sich keine Hinweise auf eine Schädigung der Nervenwurzel L3 oder L4 oder auf eine Läsion des Plexus lumbalis links. An der unfallbedingten Ursache dieser Neuropathie bestehe kein Zweifel. Allerdings sei bei einer ausschliesslich traumatischen Genese der Meralgia

mit einer kontinuierlichen Rückbildung der Nervenreizsymptomatik innert 12 Monaten ab Unfalldatum zu rechnen. Da bekanntlich eine abdominale Adipositas die Entstehung einer Meralgia begünstigen könne, wäre bei mehr als 1 Jahr dauernden Krankheitssymptomen ein unfallfremder Faktor (abdominale Adipositas) anzunehmen. Die Behandlung dieser postdramatischen (gemeint wohl: posttraumatischen) Meralgia links bestehe in einer kontinuierlichen Gewichtsabnahme.

E. 4.3

Gemäss dem in Art. 64 Abs. 1 ATSG verankerten Grundsatz der absoluten Priorität hat ausschliesslich eine einzige Sozialversicherung die Heilbehandlung (soweit diese Leistung gesetzlich vorgeschrieben ist) zu übernehmen. Der in der Prioritätenordnung von Art. 64 Abs. 2 ATSG subsidiäre Sozialversicherungsträger wird nicht leistungspflichtig (BGE 134 V 1 E. 6.1 mit Hinweisen). Bei der Koordination von Heilbehandlungen gilt nach Art. 64 Abs. 1 und Abs. 2 ATSG das Prioritätsprinzip. Im ambulanten Bereich tritt Art. 36 Abs. 1 UVG neben die Regelung von Art. 64 ATSG (Kieser, Kommentar zum ATSG, 3. Aufl., Zürich 2015, N. 24 zu Art. 64; BBl 1999 4631). Danach werden die Pflegeleistungen und Kostenvergütungen sowie die Taggelder und Hilflosenentschädigungen nicht gekürzt, wenn die Gesundheitsschädigung nur teilweise Folge eines Unfalles ist.

Somit bestand anfänglich eine ausschliessliche Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin bezüglich der Heilbehandlung. Dies ist in Bezug auf die Meralgia

umso mehr zu bejahen, als für diese ausdrücklich nur eine traumatische Genese attestiert worden ist. Davon ist auch die Beschwerdegegnerin ausgegangen. Sie hielt jedoch die Einstellung der Leistungen für angebracht, da bekanntlich eine abdominale Adipositas die Entstehung einer Meralgia begünstigen könne und daher bei einer mehr als ein Jahr dauernden Krankheitssymptomatik ein unfallfremder Faktor in Form der abdominalen Adipositas anzunehmen sei. Zudem bestehe die Behandlung der posttraumatischen Meralgia links ja gerade in einer kontinuierlichen Gewichtsabnahme.

E. 4.4

Aus Art. 19 Abs. 1 UVG ergibt sich, dass die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen erst dahinfallen, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind. Ist dieser Zeitpunkt gekommen, wird der Anspruch auf eine Rente geprüft. Ist einerseits der Abschluss der vorübergehenden Leistungen erfolgt, weil von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung im Sinne von Art. 19 Abs. 1 UVG mehr erwartet werden konnte, und sind andererseits die Voraussetzungen von Art. 21 Abs. 1 UVG nicht erfüllt, hat die obligatorische Krankenpflegeversicherung für die (weiterhin) notwendige Heilbehandlung aufzukommen (BGE 134 V 109 E. 4.2 S. 115).

Die Begründung für die Einstellung der Leistungen im Einspracheentscheid, dass bekanntlich eine abdominale Adipositas die Entstehung einer Meralgia begünstigen könne und daher bei einer mehr als ein Jahr dauernden Krankheitssymptomatik ein unfallfremder

Faktor in Form der abdominalen Adipositas anzunehmen sei, genügt den gesetzlichen Anforderungen nicht. Denn wenn die abdominale Adipositas die Entstehung einer Meralgia begünstigen konnte, so ist es anhand der medizinischen Unterlagen, auf welche die Beschwerdegegnerin abgestellt hat, allenfalls möglich, aber nicht überwiegend wahrscheinlich, dass sie es auch getan hat. Und kann dieser Beweis nicht als erbracht gelten, so wirkt sich die Beweislosigkeit zu Ungunsten der Beschwerdegegnerin aus. Auch das von der Beschwerdegegnerin vorgebrachte Argument, dass die Behandlung der posttraumatischen Meralgia links gerade in einer kontinuierlichen Gewichtsabnahme bestehe, kann nicht zu einer Einstellung der Leistungen führen. Denn diese kontinuierliche Gewichtsabnahme und deren Zumutbarkeit sind bis jetzt noch nicht eingehend diskutiert worden, geschweige denn erfolgten der Beschwerdeführerin gegenüber diesbezüglich formelle Auflagen im Rahmen und unter dem Titel der Schaden minderungspflicht (Art. 21 Abs. 4 Satz 1 ATSG; Urteil des Bundesgerichts 8C_311/2010 vom 11. August 2010) . Die von der Beschwerdegegnerin vorgebrachten Argumente genügen somit für den Fallabschluss betreffend die post traumatische Meralgia

parästhetica links nicht , weshalb die AXA verpflichtet ist, die gesetzlichen Leistungen auch nach dem 16. Juni 2017 weiterhin zu erbringen, bis im Sinn von Art. 19 Abs. 1 UVG von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden kann.

5.

Die Beschwerdegegnerin sprach der Versicherten im Weiteren bis 1. August 2016 ausgehend von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit und danach bis 31. August 2016 bei einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % Taggeldleistungen zu (Urk. 2 S. 6). Dabei stützte sie sich auf die Stellungnahme von Dr. A.____ vom 17. Januar 2017 (Urk. 16/M18 S.

2).

Die Beschwerdeführerin erhob hiergegen - soweit ersichtlich

- weder in der Beschwerdeschrift vom 2. Mai 2017 (Urk. 1) noch in der Replik vom 14. November 2017 (Urk. 22) substantiierte Einwände, weshalb sich Weiterungen erübrigen.

Die Beurteilung von Dr. A.____ leuchtet jedenfalls sowohl mit Blick auf die körperlichen Einschränkungen der Versicherten als auch ihre berufliche Tätigkeit als Sachbearbeiterin (vgl. Urk. 16/A1) ein. Sie weicht ausserdem nicht wesentlich von den Einschätzungen der behandelnden Ärzte ab (vgl. Urk. 16/M8 S. 2, Urk. 16/M11 S. 2 und Urk. 16/M12/2 f.). 6.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen in Bezug auf die von der Versicherten geklagten Beschwerden am Knie und oberen Sprunggelenk links zu Recht per 21. November 2016 beziehungsweise 7. Februar 2017 eingestellt hat, da der Status quo sine vel ante spätestens zu diesen Zeitpunkten mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erreicht war. Hinsichtlich der Beschwerden am linken Oberschenkel ist die AXA verpflichtet, die gesetzlichen Leistungen in Form von Heilbehandlung nach dem 16. Juni 2017 weiterhin zu erbringen, bis im Sinn von Art. 19 Abs. 1 UVG von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden kann . Der angefochtene Einspracheentscheid vom 17. März 2017 (Urk. 2) ist dem zufolge in dieser Hinsicht abzuändern.

7.7.1

Das Beschwerdeverfahren ist kostenlos (Art. 1 Abs. 1 UVG in Verbindung mit Art. 61 lit . a ATSG). 7 .2

Ausgangsgemäss steht der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung zu, die gemäss Art. 61 lit . g ATSG in Verbindung mit § 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses zu bemessen ist. Unter Berücksichtigung des bloss teilweisen Obsiegens wird die Beschwerde gegnerin verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine reduziert e Prozessentschädi gung von Fr.

E. 8

00 .-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Assista Rechtsschutz AG - AXA Versicherungen AG - Bundesamt für Gesundheit 5.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, 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 Die VorsitzendeDer Gerichtsschreiber GrünigWürsch

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