

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2017.00229

vom 24. Mai 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-05-24, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2017.00229

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2017.00229 du 24 mai 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2017.00229 del 24 maggio 2019

Erwägungen

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 Unfall hat sich am 1. April 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

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 entfiel (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. 1.3

) die Be schwer degegnerin zu tragen, da sie das unbestrittene Unfallereignis vom 1. April 2014 anerkannt

und der Beschwerdeführerin für dessen Folgen bis 17. Juni 2014 Versicherungsleistungen ausgerichtet hat . 5.

Nach Gesagtem gelingt es der Beschwerdegegnerin nicht, das Dahinfallen jeder (teil -) kausalen Bedeutung der Folgen des Unfalls vom 1. April 2014 am 18. Juni 2014 beziehungsweise das Erreichen des Status quo sine vel ante bezüglich dieses Unfalls per 18. Juni 2014 mit genügender Bestimmtheit beziehungsweise mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachzuweisen. Die Beschwerdegegnerin bleibt daher auch hinsichtlich der über den 18. Juni 2014 hinaus geklagten rechtsseitigen Kniebeschwerden der Beschwerdeführerin grundsätzlich leistungspflichtig .

Die Sache ist daher in Gutheissung der Beschwerde zur weiteren Leistungsfestsetzung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. 6.

E. 1.4

Nach der Rechtsprechung gehören zu den im Sinne von Art. 6 Abs. 1 UVG massgebenden Ursachen auch Umstände, ohne deren Vorhandensein die gesundheitliche Beeinträchtigung nicht zur gleichen Zeit eingetreten wäre. Eine schadensauslösende traumatische Einwirkung wirkt also selbst dann leistungsbegründend, wenn der betreffende Schaden auch ohne das versicherte Ereignis früher oder später wohl eingetreten wäre, der Unfall somit nur hinsichtlich des Zeitpunkts des Schadenseintritts *Conditio sine qua non* war. Anders verhält es sich, wenn der Unfall nur Gelegenheits- oder Zufallsursache ist, welche ein gegenwärtiges Risiko, mit dessen Realisierung jederzeit zu rechnen gewesen wäre, manifest werden lässt, ohne im Rahmen des Verhältnisses von Ursache und Wirkung eigenständige Bedeutung anzunehmen (Urteile des Bundesgerichts 8C_380/2011 vom 20. Oktober

2011 E. 4.2.1, 8C_301/2007 vom 15. Januar

2008 E. 5.1.1 und U 413/05 vom 5. April

2007 E. 4.2 mit Hinweisen). Wenn ein alltäglicher alternativer Belastungsfaktor zu annähernd gleicher Zeit dieselbe Gesundheitsschädigung hätte bewirken können, erscheint der Unfall nicht als kausal signifikantes Ereignis, sondern als austauschbarer Anlass; es entsteht daher keine Leistungspflicht des obligatorischen Unfallversicherers (Urteile des Bundesgerichts 8C_380/2011 vom 20. Oktober 2011 E. 4.2.2, U 413/05 vom 5. April 2007 E. 4.2.3).

E. 1.5

Nach Gesetz und Rechtsprechung ist der Fall unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen und Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung abzuschliessen, 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 (vgl. Art. 19 Abs. 1, Art. 24 Abs. 2 UVG; Urteil des Bundesgerichts 8C_888/2013 vom 2. Mai 2014 E. 4.1, vgl. auch Urteil 8C_639/2014

vom 2. Dezember 2014 E. 3). In diesem Zeitpunkt ist der Unfallversicherer auch befugt, die Adäquanzfrage zu prüfen (Urteil des Bundesgerichts 8C_377/2013 vom 2. Oktober 2013 E. 7.2 mit Hinweis auf BGE

134 V 109, vgl. auch Urteil 8C_454/2014 vom 2. September 2014 E. 6.3).

Ob eine namhafte Besserung noch möglich ist, bestimmt sich insbesondere nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit diese unfallbedingt beeinträchtigt ist. Die Verwendung des Begriffes «namhaft» in Art. 19 Abs. 1 UVG verdeutlicht demnach, dass die durch weitere (zweckmässige) Heilbehandlung im Sinne von Art. 10 Abs. 1 UVG erhoffte Besserung ins Gewicht fallen muss. Weder eine weit entfernte Möglichkeit eines positiven Resultats einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch ein von weiteren Massnahmen – wie etwa einer Badekur – zu erwartender geringfügiger therapeutischer Fortschritt verleihen Anspruch auf deren Durchführung. In diesem

Zusammenhang muss der Gesundheitszustand der versicherten Person prognostisch und nicht aufgrund retrospektiver Feststellungen beurteilt werden (Urteil des Bundesgerichts 8C_888/2013 vom 2. Mai 2014 E. 4.1 mit Hinweis, insbesondere auf BGE 134 V 109 E. 4.3; vgl. auch Urteil 8C_639/2014 vom 2. Dezember 2014 E. 3).

E. 1.6

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis). 2. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging im angefochtenen Einspracheentscheid vom 7. September 2017 (Urk. 2) gestützt auf das Aktengutachten ihres beratenden Arztes, Dr. med. Z.____, vom 4. Juli 2017 davon aus, dass eine Verursachung der Ruptur des rechten vorderen Kreuzbandes der Beschwerdeführerin durch den versicherten Unfall vom 1. April 2014 nicht mit dem massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt sei (S. 11), und dass von einem Erreichen des Status quo sine am 18. Juni 2014 auszugehen sei (S.

12). 2.2

Die Beschwerdeführerin brachte hiergegen vor, dass ein rechtsgenügender Nachweis einer weggefallenen natürlichen Kausalität von der diesbezüglichen beweisbelasteten Beschwerdegegnerin nicht erbracht worden sei, weshalb auch für die Zeit nach dem 18. Juni 2014 von einem Fortbestehen der natürlichen Unfallkausalität auszugehen sei (Urk. 1 S. 9). 3. 3.1

Zu prüfen ist im Folgenden anhand des medizinischen Sachverhalts, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht den Fallabschluss auf den 18. Juni 2014 terminierte und die vorübergehenden Leistungen (Heilbehandlung und Taggeld) auf diesen Zeitpunkt einstellte. 3.2

Die Ärzte des Klinikums A.____

erwähnten in ihrem undatierten Bericht (Urk. 6/111/5), dass die Beschwerdeführerin vom 20. bis 25. März 2003 hospitalisiert gewesen sei, und diagnostizierten eine Ruptur des vorderen Kreuzbandes und einen Riss des Innenmeniskus- Hinterhorns des rechten Kniegelenks . Sie führten aus , dass am 20. März 2003 im Bereich des rechten Kniegelenks eine arthroskopische vordere Kreuzbandersatzplastik und eine Teilresektion des Innenmeniskushinterhorns durchgeführt worden seien (S. 1). 3.3

Die Ärzte der Radiologie B.____ stellten im MRI-Bericht vom 3. März 2011 (Urk. 6/90) fest, dass eine gleichentags durchgeführte Magnetresonanztomographie (MRI) des rechten Knies der Beschwerdeführerin ein fehlendes plastisches vorderes Kreuzband bei schon länger vorbestehender Ruptur ohne aktuellen Stumpfnachweis ergeben habe. 3.4

Dr. med. C.____ , Facharzt für Chirurgie, erwähnte im Auszug aus der Krankengeschichte vom 4. März 2011 (Urk. 6/114) , dass die Beschwerdeführerin unter Instabilitätsgefühlen und gelegentlich unter Schmerzen in ihrem rechten Kniegelenk leide, und dass eine Reoperation des vorderen Kreuzbandes angezeigt sei. 3.5

Die Ärzte der Radiologie D.____ stellten im MRI-Bericht vom 17. April 2014 (Urk. 6/8) fest, dass eine gleichentags durchgeführte MRI des rechten Knies der Beschwerdeführerin einen Status nach einer Operation des vorderen Kreuzbandes (VKB-Plastik) ergeben habe, wobei das Implantat nicht mehr erkennbar sei (S. 1). 3.6

Dr. med. E.____ , Facharzt für Allgemeine Innere Medizin , erwähnte in seinem Bericht vom 9. Mai 2014 (Urk. 6/10), dass die Beschwerdeführerin, welche sich bereits am 20. März 2003 in Deutschland einer Knieoperation unterzogen habe (Meniskusteilresektion und VKB-Ersatz rechts), am 1. April 2014 auf einer dunklen Treppe gestolpert und auf das rechte Knie gestürzt sei. Dabei habe sie sich auch das rechte Knie verdreht , einen Bluterguss erlitten und in der Folge unter einer starken Druckdolenz gelitten. Er stellte die folgenden Diagnosen: - Kontusion und Distorsion des rechten Knies , nachfolgend ein Reizknie rechts - Verdacht auf eine Sudeck-Reaktion 3.7

Dr. med. F.____ , Facharzt für

Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates , Oberarzt beim Kantonsspital G.____ , stellte in seinem Bericht vom 27. Mai 2014 (Urk. 6/19) die folgenden Diagnosen (S. 1): - VKB- Ruptur rechts am 1. April 2014 bei: - Status nach VKB-Plastik und Innenmeniskus-Teilresektion am 20. März 2003 in Deutschland - bekannte Akne inversa - Status nach Operation des Oberen Sprunggelenks (OSG) im Jahre 2001

Der Arzt erwähnte, dass die Beschwerdeführerin anamnestisch vor knapp zwei Monaten eine erstmalige Redistorsion des rechten Kniegelenks mit Instabilitätsgefühl ohne Giving-ways und mit diffusen Beschwerden erlitten habe , wobei die MRI-Untersuchung ihres rechten Kniegelenks ein fehlendes beziehungsweise ein klinisch insuffizientes VKB ergeben habe. Es sei vorerst für drei Monate eine Physiotherapie und eine Medizinische Trainingstherapie (MTT) angezeigt, um zu sehen, inwiefern eine genügende muskuläre Stabilisierung erreicht werden könne (S. 2).

In seinem Bericht vom 23. Juni 2014 (Urk. 6/26) stellte Dr. F.____ fest, dass die Beschwerdeführerin nach gut zwei Monaten nach der VKB-Ruptur das klinisch sicher fehlende Vordere Kreuzband für die aktuelle Belastung neuro-muskulär kompensieren könne. Für die Zeit ab 19. Juni 2014 sei von einer Arbeitsfähigkeit von 50 % und für die

Zeit ab 7. Juli 2014 von einer solchen von 100 % auszu gehen (S. 2). 3.8

Mit Bericht vom 28. August 2014 (Urk. 6/31) erwähnte Dr. F.____, dass die Beschwerdeführerin seit fünf Tagen unter plötzlich einschliessenden massiven Schmerzen im Bereich ihres rechten Kniegelenks leide (S. 1), und dass vermutlich von einer Läsion des Innenmeniskus, möglicherweise auch von einer Tendinose der Patellasehne in der Entnahmestelle am distalen Patellapol, auszugehen sei. Seit dem 26. August 2014 bestehe erneut eine (vollständige) Arbeitsunfähigkeit (S. 2). 3.9

Die Ärzte der Radiologie D.____ stellten im MRI-Bericht vom 29. August 2014 (Urk. 6/32) fest, dass eine gleichentags durchgeführte MRI des rechten Knies der Beschwerdeführerin eine progrediente Chondropathie am medialen Femur condylus, einen Status nach Meniskusteilresektion ohne Nachweis einer Reruptur sowie eine Reruptur der VKB-Plastik mit verbliebenen Bohrkanälen und Defekt in der Patella bei Status nach VKB-Plastik Entnahme ergeben habe und erwähnten, dass sich das VKB nicht mehr abgrenzen lasse. 3.10

In seinem Bericht vom 25. September 2014 (Urk. 6/37) führte Dr. F.____ aus, dass die Beschwerdeführerin trotz intensiver Physiotherapie, Analgesie und Entlastung unter persistierenden Schmerzen leide, weshalb eine Arbeitsunfähigkeit bestehe. Entgegen der Beurteilung durch die Ärzte der Radiologie D.____ vom 29. August 2014 halte er den teilresezierten Innenmeniskus für erneut zumindest im Corpusbereich für rerupturiert. Es sei deshalb eine Revision mit Meniskus beurteilung und allfälliger Restmeniskusteilresektion und VKB- Reersatzplastik indiziert (S. 2). 3.11

Dr. F.____ erwähnte im Operationsbericht vom 7. Oktober 2014 (Urk. 6/39/2), dass die Beschwerdeführerin am 3. Oktober 2014 an ihrem rechten Knie operiert worden sei. Dabei sei eine arthroskopische VKB- Reersatzplastik und eine Innenmeniskus- Hinterhorn-Teilresektion durchgeführt worden (S. 1). Dabei seien auch die Reste des rupturierten Kreuzbandes entfernt worden. Das bereits teilresezierte, deutlich degenerativ veränderte und aufgefaserte Innenmeniskushinterhorn

sei noch einmal reseziert worden (S. 2). 3.

E. 6

(Urk.

6/83) hielt die Allianz an der Einstellung der vorübergehenden Leistungen für Heilbehandlung und Taggeld per 18. Juni 2014 fest. Die von der Versicherten am 29. Februar 2016 dagegen erhobene Einsprache (Urk. 6/88) wies die Allianz mit Entscheid vom 7. September 2017 (Urk. 6/122 = Urk. 2) ab. 2.

Gege n den Einspracheentscheid vom 7. September 2017 (Urk. 2) erhob die Ver si cherte am 28. September 2017 Be schwerde (Urk. 1) und beantragte, dieser sei auf zuhe ben und es sei die Allianz zu verpflichten, ihr ab dem 18. Juni 2014 weiterhin Heilbehandlungs- und Taggeldleistungen für die Folgen des Unfalls vom 1. April 2014 auszurichten.

Mit Beschwerdeantwort vom 30. Oktober 2017 beantragte die Allianz die Abwei sung der Beschwerde (Urk. 5 S. 2), wovon der Beschwerdeführer in am 8. Janu ar 2018 Kenntnis gegeben wurde (Urk.

E. 6.1

Nach § 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 3 GSVGer d). 6.2

Ausgangsgemäss hat die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Prozessentschädigung, welche in Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses sowie eines gerichtlichen Stundenansatzes von Fr. 220.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) auf Fr. 2'400.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass der Einspracheentscheid

der Allianz Suisse Versicherungs-Gesellschaft AG vom 7. September 2017 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird, damit sie, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über den Anspruch der Beschwerdeführerin auf Versicherungsleistungen für die Zeit ab 18. Juni 2014 neu verfüge. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 2'400.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Fürsprecher Urs Kröpfli - Allianz Suisse Versicherungs-Gesellschaft AG - Bundesamt für Gesundheit sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 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 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 Der Vorsitzende Der Gerichtsschreiber MosimannVolz

E. 7

). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 12

Mit Bericht vom 29. Januar 2015 (Urk. 6/58) führte Dr. F.____ aus, dass die nach der Operation vom 3. Oktober 2014 aufgetretenen Entzündungszeichen regredient seien, und dass ein Infektaspekt nicht mehr vorhanden sei. Das rechte Knie sei jedoch noch stark in der Beweglichkeit eingeschränkt, weshalb eine wahrscheinlich monatelange Muskelaufbautherapie angezeigt sei. Für die Zeit vom 25. August 2014 bis vorerst Ende Februar 2015 bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (S. 2). 3.13

Dr. med. H.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Oberarzt beim Spital I.____, stellte in seinem Bericht vom 18. Juni 2015 (Urk. 6/67) die folgenden Diagnosen (S. 1): - Status nach VKB- Reersatzplastik und Innenmeniskushinterhorn -Teilektion am rechten Knie vom 3. Oktober 2014 mit /bei : - Status nach VKB- Reruptur am 1. April 2014 mit sekundärer Restinnenmeniskusläsion - Status nach VKB-Plastik am 20. März 2003 in Deutschland

Er erwähnte, dass die Beschwerdeführerin gegenwärtig schmerzfrei und ab sofort im Umfang von 100 % arbeitsfähig sei (S. 2). 3.14

Dr. med. J.____, Facharzt für Radiologie, nahm in seinem radiologischen Teilgutachten vom 22. Dezember 2015 (Urk. 6/82/2) zum Aktengutachten von Dr. Z.____ vom 12. Januar 2016 (vgl. nachfolgend E. 3.15)

zu den Bildern betreffend die MRI-Untersuchung des rechten Kniegelenks der Beschwerdeführerin vom 17. April 2014 Stellung und führte aus, dass auf Grund der vollständigen Resorption des vorderen Kreuzbandimplantates und der ossären Konsolidation der Bohrkanaäle des Implantates auf eine alte Läsion der vorderen Kreuzbandplastik zu schliessen sei. Demgegenüber sei das Ödem im subkutanen Fettgewebe wahr scheinlich posttraumatisch bedingt (S. 2). 3.15

Dr. med. Z.____, Facharzt für Chirurgie, beratender Arzt der Beschwerdegegnerin, führte in seinem Gutachten vom 12. Januar 2016 (Urk. 6/82/1) aus, dass die MRI-Untersuchung vom 17. April 2014 eine nicht mehr nachweisbare VKB-Plastik ergeben habe, weshalb davon auszugehen sei, dass der Unfall vom 1. April 2014 nicht zu einer Reruptur der VKB-Plastik geführt habe. Da bei der Beschwerdeführerin bereits im Jahre 2011 eine instabile Situation bei einem Status nach Resorption der VKB-Plastik bestanden habe, sei das Unfallereignis vom 1. April 2014 für die Instabilität des rechten Kniegelenks nicht verantwortlich. Durch das Ereignis vom 1. April 2014 sei es auch nicht zu einem zusätzlichen Schaden im Bereich des Innenmeniskus gekommen, da die zwei Wochen nach dem Unfallereignis durchgeführte MRI keine erneute Läsion des Restmeniskus ergeben habe (S. 4). 3.16

Dr. H.____ erwähnte in seiner Stellungnahme vom 20. April 2016 (Urk. 6/94/2), dass die MRI - Untersuchung vom März 2011 in Übereinstimmung mit derjenigen vom April 2014 zwar ein fehlendes Kreuzband ergeben habe, dass diese MRI-Befunde indes dem intraoperativen Befund von Oktober 2014

widersprächen. Dabei seien rupturierte Bandanteile festgestellt und bildlich dokumentiert worden. Für eine eher frische Reruptur des VKB spreche sodann die vorgängige Beschwerdefreiheit der Beschwerdeführerin und die erst nach dem Trauma vom 1. April 2014 aufgetretene Instabilitätsgefühle mit Gangunsicherheit und Schmerzen. Aus diesen Gründen sei von einer frischen Traumatisierung des Kreuzbandtransplantates am 1. April 2014 auszugehen. Eine alleinige Bewertung der Kausalität anhand der MRI-Bilder sei nicht ausreichend (S.

1), da die Sensitivität und Spezifität der MRI-Untersuchung bei VKB-Ersatzplastiken und entsprechenden Untersuchung

zwischen 85 % und 95

% zu liegen kämen (S. 2). 3.17

Dr. J.____

nahm in seinem radiologischen Teilgutachten vom 20. Juni 2017 (Urk.

6/119/2) zum Aktengutachten von Dr. Z.____ vom 4. Juli 2017 (vgl. nach folgend E. 3.18) ergänzend zu den MRI-Bildern betreffend die MRI-Untersuchung des Kniegelenks der Beschwerdeführerin vom 3. März 2011 Stellung und führte aus, dass bereits in den MRI-Bildern vom 3. März 2011 die vordere Kreuzbandplastik nicht mehr erkennbar gewesen sei. Er erwähnte, dass seines Wissens in der medizinischen Literatur kein Fall einer intakten vorderen Kreuzbandplastik, welcher in der MRI als gerissen beurteilt worden sei, beschrieben worden sei. 3.18

Dr. Z.____ führte in seinem Gutachten vom 4. Juli 2017 (Urk. 6/119/1) aus, dass es zu einer Diskrepanz des im Rahmen des arthroskopischen Eingriffs erhobenen Befundes im Vergleich zu einem vorgängigen MRI-Befund kommen könne. So sei es unter Kniespezialisten allgemein bekannt, dass trotz eines arthroskopischen Nachweises eines in situ liegenden Transplantats einer VKB-Plastik (gerissen oder intakt) der entsprechende MRI-Befund eine fehlende VKB-Plastik ergeben könne (S.

2). Aufgrund der vorliegenden peroperativen Bilddokumentation der arthroskopischen Operation vom 3. Oktober 2014 (vgl. Urk. 6/106) sowie des Operationsberichts von Dr. F.____ sei davon auszugehen, dass anlässlich der Operation vom 3. Oktober 2014 ein gerissenes VKB-Transplantat in situ gelegen habe. Unklar bleibe der Zeitpunkt der Ruptur der am 20. März 2003 implantierten VKB-Plastik. Obwohl die MRI vom 17. April 2017 ein Hämatom ergeben hätte, welches durch die Kniekontusion und -distorsion vom 1. April 2014

verursacht worden sei, sei dadurch nicht bewiesen, dass das VKB-Transplantat bei diesem Unfallereignis akut gerissen sei. Auch beim Eingriff vom 3. Oktober 2014 könne aufgrund der Beschreibung des Befundes durch den operierenden Arzt sowie aufgrund der peroperativen Bilddokumentation kein Rückschluss auf das Alter der Ruptur des VKB-Transplantats gezogen werden. Aufgrund der medizinischen Akten und der Bilddokumentation könne vielmehr lediglich geschlossen werden, dass die am 20. März 2003 implantierte VKB-Plastik zum Zeitpunkt der Reoperation vom 3. Oktober 2014 gerissen gewesen sei.

Obwohl aufgrund der durch Dr. C.____

im Jahre 2011 dokumentierten klinischen Beschwerden und objektivierbaren Befunde erstellt sei, dass das VKB-Transplantat vom 20. März 2003 bereits im Jahre 2011 insuffizient gewesen sei, sei eine Ruptur des Transplantats zu diesem Zeitpunkt nicht zu beweisen (S. 2 f.). Die Frage, warum verschiedene Radiologen nach mehrmaliger Durchsicht der MRI-Bilder zu einem falsch negativen Resultat gekommen seien und übereinstimmend davon ausgingen, dass das VKB-Transplantat vom 20. März 2003 nicht mehr sichtbar gewesen sei, obwohl das gerissene Transplantat beim arthroskopischen Eingriff vom 3. Oktober 2014 identifiziert, fotografiert und als Vorbereitung für die erneute VKB-Plastik reseziert worden sei, müsse offenbleiben. Seine vorgängige Beurteilung vom 12. Januar 2016, welche ohne Einsicht in die peroperative Fotodokumentation verfasst worden sei, müsse er daher revidieren. Es stehe daher fest, dass während der Operation vom 3. Oktober 2014 ein rupturiertes VKB-Transplantat bestanden habe, und dass der Zeitpunkt der Ruptur des Transplantats nicht sicher bestimmt

werden könne (S.

3). 4. 4.1

Den erwähnten medizinischen Akten ist zu entnehmen, dass die Ärzte der Radiologie B.____ am 3. März 2011 (vorstehend E. 3.3) und die Ärzte der Radiologie D.____

in ihren MRI-Bericht en vom 1 7. April 2014 (vorstehend E. 3.5) und vom 2 9. August 2014 (vorstehend E. 3.9) ein fehlendes beziehungs weise ein nicht mehr erkennbares VKB-Implantat vom 2 0. März 2003 feststellten. Demgegenüber stellte Dr. F.____ im Operationsbericht vom 7. Oktober 2014 (vorstehend E. 3.11) die Reste des rupturierten Kreuzbandes fest . Darauf stützte sich Dr. Z.____ in seinem Gutachten vom 4. Juli 2017 (vorstehend E.

3.18) und ging davon aus, dass auf Grund der peroperativen Bilddokumentation der arthros k o pischen Operation vom 3. Oktober 2014 sowie auf Grund des Operations be richts von Dr. F.____ davon auszugehen sei, dass anlässlich der Op eration vom 3. Oktober 2014 ein gerissenes VKB-Transplantat in situ gelegen habe . Auf Grund des Operationsberichts vom 7. Oktober 2014 (vorstehend E. 3.11) und der pe rope rativen Bilddokumentation der Operation vom 3. Oktober 2014 (Urk. 6/106) steht daher f est, dass anlässlich der Operation vom 3. Oktober 2014 ein gerissenes VKB-Transplantat in situ lag. Demnach ergaben die MRI-Untersuchungen vom 3. März 2011 (vorstehend E. 3.3), vom 1 7. April 2014 (vorstehend E. 3.5) und vom 2 9. August 2014 (vorstehend E. 3.9) den unrichtigen Befund eines fehlende n be ziehungsweise ein es nicht mehr erkennbare n VKB-Implantat s vom 2 0. März 200 3.

4.2

Dr. Z.____

ging in seinem Gutachten vom 4. Juli 2017 (vorstehend E. 3.18) davon aus, dass MRI-Untersuchungen bei einem durch Arthroskopie nachgewiesenen (ge rissenen oder intakten) , in situ liegenden

VKB-Transplantat

den unrichtigen MRI-Befund eine r fehlende VKB-Plastik ergeben könn t e n .

Diesbezüglich gilt es den sich in den Akten befindenden wissenschaftlichen Artikel zu MRI-Unter su chungen nach einer VKB-Plastik (Alberto Grassi, James R . Bailey, Cecilia Signorelli, Giuseppe Carbone , Andy Tchonang

Wakam , Gian Andrea Lucidi und Stefano Zaffagnini , Magnetic

resonance

imaging after anterior

cruciate

ligament

recon struction : A practical

guide , in: World Journal of

Orthop edics , 1 8. Oktober

20 16, S. 638-649 ; Urk. 6/119/3) zu berücksichtigen . Danach ist der MRI-Befund nicht immer zielführend , weil es zwischen den Ergebnissen der klinische n Untersuchung und denjenigen der MRI-Untersuchung zu Abweichungen kommen kann . Gemäss

eine r wissenschaftliche n Studie hätten MRI-Untersuchungen in 24

% der untersuchten Fälle von durch Arthroskopie und klinische Untersuchung nachgewiesenen Läsionen des VKB-Transplantats fälschlicherweise ein intaktes Transplantat gezeigt (S. 640). Insgesamt betrug die Abweichung der MRI-Befunde von den Ergebnissen der klinischen Untersuchungen 52 % und diejenige der MRI-Befunde von den Ergebnissen der arthroskopischen Untersuchungen 44 % . Im Vergleich zu der den diagnostischen Standard zur Diagnose einer Ruptur des VKB-Transplantats darstellenden arthroskopischen Untersuchung weist die MRI-Untersuchung eine Sensitivität von 60 % und eine Spezifität von 87

% auf. Es sei daher möglich, dass im Rahmen der MRI-Untersuchung ein scheinbar normales VKB-Transplantat zu sehen sei , obwohl sich das VKB-Transplantat in der klinischen oder in der arthroskopischen Untersuchung als verletzt oder

verlängert

erweise (S. 641). 4.3

Nach Gesagtem steht daher fest, dass die MRI-Untersuchungen vom 3. März 2011 (vorstehend E. 3.3), vom 17. April 2014 (vorstehend E. 3.5) und vom 29. August 2014 (vorstehend E. 3.9) den (unrichtigen) Befund eines fehlenden beziehungsweise ein es nicht mehr erkennbaren VKB-Implantats vom 20. März 2003 ergaben , obwohl das gerissene VKB-Implantat gemäss der peroperativen Bilddokumentation anlässlich der arthroskopischen Operation vom 3. Oktober 2014 erwiesenermassen noch in situ lag.

Aus diesem Grunde ist daher davon auszugehen , dass im Rahmen der MRI-Untersuchung vom 3. März 2011 entweder ein gerissenes oder ein noch intaktes VKB-Transplantat nicht gesehen wurde . Es kann demzufolge nicht ausgeschlossen werden, dass am 3. März 2011 noch ein intaktes VKB-Transplantat bestand, welches jedoch mittels MRI nicht zu sehen war. Lediglich im Rahmen einer

arthroskopischen Untersuchung, welche den diagnostischen Standard zur Diagnose einer Ruptur des VKB-Transplantats darstellt, wäre der Zustand des VKB-Transplantats zu diesem Zeitpunkt mit der erforderlichen Gewissheit zu beurteilen gewesen. In Würdigung der gesamten Umstände und insbesondere der erstellten Abweichungen der Befunde der MRI-Untersuchungen von den Befunden der arthroskopischen Untersuchung vom 3. Oktober 2014 kann vorliegend alleine gestützt auf die Ergebnisse der

MRI-Untersuchung vom 3. März 2011 mangels eines arthroskopischen Befundes nicht mit dem massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auf eine Ruptur des VKB-Transplantats zu diesem Zeitpunkt geschlossen werden. 4.4

Des Gleichen kann auch auf Grund des von Dr. C.____ am 4. März 2011 erhobenen klinischen Befundes (vorstehend E. 3.4), wonach die Beschwerdeführerin zu diesem Zeitpunkt unter Instabilitätsgefühlen und gelegentlich unter Schmerzen in ihrem rechten Kniegelenk gelitten habe, nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit darauf geschlossen werden , dass sich eine Ruptur des VKB-Implantats vom 20. März 2003 bereits zu diesem Zeitpunkt ereignet gehabt hätte . Denn Instabilitätsgefühle und gelegentliche

Knieschmerzen setzen nicht zwingend eine Ruptur des VKB-Transplantats voraus. Diese Symptome könnten auch andere Ursachen haben, beispielsweise eine Zerrung oder Elongation des ansonsten noch intakten VKB-Transplantats.

4.5

Gestützt auf die medizinische Aktenlage und insbesondere auf die nachvollziehbare Beurteilung durch Dr. Z.____ vom 4. Juli 2017 (vorstehend E. 3.18) ist daher davon auszugehen, dass eine Ruptur des VKB-Implantats vom 20. März 2003 erst zum Zeitpunkt der arthroskopischen Operation vom 3. Oktober 2014 mit dem massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit feststeht, dass indes der genaue Zeitpunkt, zu welchem sich die Ruptur des VKB-Transplantats ereignete, nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu bestimmen ist. 4.6

Demzufolge kann die Unfallkausalität der anlässlich der Operation vom 3. Oktober 2014 festgestellten Ruptur des VKB-Transplantats vom 20. März 2003 nicht mit der erforderlichen Gewissheit und insbesondere nicht mit dem massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden.

Auf Grund des Umstandes, dass sich die Beschwerdeführerin am 3. Oktober 2014 einem erneuten arthroskopischen Eingriff an ihrem rechten Kniegelenk unterzog, bei welchem die Reste des rupturierten

VKB-Transplantats entfernt wurden (vorstehend E. 3.11), ist in Bezug auf die Frage nach der Unfallkausalität davon auszugehen, dass ergänzende Beweissmassnahmen und weitere medizinische Abklärungen des Sachverhalts an diesem Ergebnis nichts ändern würden, weshalb davon abgesehen ist (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 124 V 90 E. 4b, 122 V 157 E. 1d mit Hinweisen). 4.7

Damit bleibt die Frage nach der Unfallkausalität der Ruptur des VKB-Transplantats vom 20. März 2003 und der dadurch bedingten Behandlungsbedürftigkeit und Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin in der Zeit ab 18. Juni 2014

offen.

Diese Beweislosigkeit hat nach Gesagtem (vorstehend E.

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