

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00176 vom 26. August 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-08-26, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2018.00176

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00176 du 26 août 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00176 del 26 agosto 2020

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1956, war seit dem 19. Juni 2007 beim Amt Y.____ angestellt und dadurch bei der AXA Versicherungen AG obligatorisch gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert, als sie am 29. Februar 2016 im Treppenhaus stolperte und sich das rechte Knie verdrehte (Urk. 9/ A1, Urk. 9/ M1).

Nachdem Berichte der behandelnden Ärzte eingegangen waren (Urk. 9/M2 ff.) ,

holte die Axa eine Stellungnahme des beratenden Arztes, Dr. med. Z.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, ein, der von einer Zerrung des medialen Seitenbandes ausging (Urk. 9/M13) , und teilte der Versicherten am 16. Februar 2017 mit, der status quo sine sei per 30. Juni 2016 erreicht worden, die Leistungen würden daher ab diesem Zeitpunkt eingestellt (Urk. 9/A4). Mit Schreiben vom 3. März 2017 erklärte die Versicherte, nicht mit der Leistungseinstellung einverstanden zu sein (Urk. 9/A6).

Am 22. März 2017 verdrehte sich die Versicherte beim Aufstellen von Stühlen bei einer schnellen Bewegung aus dem Oberkörper erneut das rechte Knie (Urk.

8/ A1 u. A2), worauf sie sich am 29. März 2017 zur Erstbehandlung in die Klinik A.____

begab, wo eine Kniegelenksdistorsion rechts und ein Verdacht auf eine Knieinnenläsion diagnostiziert wurde (Urk. 8/M1). Die Axa holte in der Folge weitere Berichte behandelnder Ärzte ein (Urk. 8/M

E. 1.1

Am 1. Januar 2017 sind die geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) in Kraft getreten.

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

Die hier zu beurteilenden Vorfälle haben sich am 29.

Februar

2016 und am 22.

März 2017 ereignet, weshalb die bis 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Normen auf das erste Ereignis Anwendung finden, wohingegen auf den zweiten Unfall die seit 1. Januar 2017 gültigen Normen anzuwenden sind. Vorliegend werden die Normen in der aktuell gültigen Fassung zitiert und auf Abweichungen zu den bis Ende 2016 gültig gewesenen Normen – falls vorhanden – aufmerksam gemacht.

E. 1.2

Gemäss Art. 6 UVG - sowohl in der bis 31. Dezember 2016 gültigen als auch gemäss der seit dem 1. Januar 2017 in Kraft stehenden Fassung

- werden, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt, die Versicherungsleistungen bei Berufs- und Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Abs. 1). Die Versicherung erbringt ihre Leistungen gemäss der seit 1. Januar 2017 in Kraft stehenden Fassung auch bei folgenden Körperschädigungen, sofern sie nicht vorwiegend auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen sind (Abs. 2): Knochenbrüche (lit. a), Verrenkungen von Gelenken (lit. b), Meniskusrisse (lit. c), Muskelrisse (lit. d), Muskelzerrungen (lit. e), Sehnenrisse (lit. f), Bandläsionen (lit. g) und Trommelfellverletzungen (lit. h). Ausserdem erbringt die Versicherung ihre Leistungen für Schädigungen, die der verunfallten Person bei der Heilbehandlung zugefügt werden (Abs. 3). In der bis zum 31. Dezember 2016 in Kraft stehenden Fassung von Art. 6 UVG verwies Abs. 2 auf einen identischen Katalog von Listenverletzungen in Art. 9 Abs.

E. 1.3

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, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat.

Nach Lehre und Rechtsprechung kann das Merkmal des ungewöhnlichen äusseren Faktors in einer unkoordinierten Bewegung bestehen. Bei Körperbewegungen gilt dabei der Grundsatz, dass das Erfordernis der äusseren Einwirkung lediglich dann erfüllt ist, wenn ein in der Aussenwelt begründeter Umstand den natürlichen Ablauf einer Körperbewegung gleichsam «programmwidrig» beeinflusst hat. Bei einer solchen unkoordinierten Bewegung ist der ungewöhnliche äussere Faktor zu bejahen; denn der äussere Faktor – Veränderung zwischen Körper und Aussenwelt – ist wegen der erwähnten Programmwidrigkeit zugleich ein ungewöhnlicher Faktor (BGE 130 V 117 E. 2.1 mit Hinweisen).

E. 1.4

Seit dem Inkrafttreten der Revision des UVG und der dazugehörigen UVV per 1. Januar 2017 ist das Bestehen einer vom Unfallversicherer zu übernehmenden unfallähnlichen Körperschädigung nicht länger vom Vorliegen eines äusseren Ereignisses abhängig. Die Tatsache, dass eine in Art. 6 Abs. 2 UVG genannte Körperschädigung vorliegt, führt zur Vermutung, dass es sich hierbei um eine unfallähnliche Körperschädigung handelt, die vom Unfallversicherer übernommen werden muss. Dieser kann sich aber von der Leistungspflicht befreien, wenn er beweist, dass die Körperschädigung vorwiegend auf Abnutzung oder Krankheit zurückzuführen ist (Zusatzbotschaft zur Änderung des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [Unfallversicherung und Unfallverhütung];

Organisation und Nebentätigkeiten der Suva] vom 19. September 2014, BBl 2014 7922 7934 f.) .

E. 1.5

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. 1.6

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 Unfalles genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt aber die entsprechende Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein

leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 1994 Nr.

U 206 S.

328

f. E.

3b, 1992 Nr.

U 142 S. 76).

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. 1.7

vorstehend), genügt die Tatsache, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, allein nicht, um auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit zu schliessen. Es bedarf besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Die Beschwerdeführer in zeigte indes keine konkreten Anhaltspunkte auf, welche an der Unparteilichkeit des beratenden Arztes zweifeln lassen. Solche sind ebenso wenig mit Blick auf die übrige Aktenlage ersichtlich, weshalb sich die Rüge nicht als stichhaltig erweist. 4.4

Dr. Z.____ und Dr. B.____ gingen übereinstimmend davon aus, dass die von den behandelnden Ärzten diagnostizierte Zerrung des Innenbandes innerhalb von acht bis zwölf Wochen nach dem Ereignis ausgeheilt sein sollte (Urk. 9/M13/2, Urk. 9/M17/3).

In Bezug auf die weiteren

gestellten Diagnosen wies Dr. B.____ darauf hin, dass das diagnostizierte Schmerzsyndrom (Tractus iliotibialis-Syndrom) per se unspezifisch und kaum als direkte Unfallfolge nachvollziehbar sei. In diesen Zusammenhang passe auch die später festgestellte Enthesiopathie, die klar unfallfremd sei (Urk.

E. 2

der UVV.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete den Einspracheentscheid vom 14. Juni 2018 dahingehend, dass es gemäss ihrem beratenden Arzt Dr. Z.____

beim Vorfall vom 29. Februar 2016 zu einer Zerrung des medialen Seitenbandes gekommen sei, welche in der Regel nach 8-12 Wochen als abgeheilt betrachtet werden könne. Weitere Beschwerden stünden nicht mehr mit dem Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit in Zusammenhang mit dem Unfallereignis, sondern seien auf die Vorzustände, das heisst die schwere Arthrose der Kniegelenke und wohl auch auf das Übergewicht zurückzuführen (Urk. 2 S. 4). Dieser Beurteilung habe sich auch Dr. B.____ angeschlossen (Urk. 2 S. 4 f.). Der Status quo sine sei bereits drei Monate nach dem Ereignis, jedoch spätestens per 30.

Juni 2016 erreicht gewesen. Die Leistungseinstellung sei aus diesem Grund nicht zu beanstanden (Urk. 2 S. 5).

Hinsichtlich des Vorfalls vom 22. März 2017 machte die Beschwerdegegnerin geltend, die Beschwerdeführerin habe beim Aufstellen der Stühle eine Knie-Dislokation erlitten, dabei fehle es an einem aussergewöhnlichen äusseren Faktor, weshalb es sich beim Vorfall vom 22. März 2017 nicht um einen Unfall im Sinne des Gesetzes handle (Urk. 2 S. 7). Laut den beratenden Ärzten handle es sich auch nicht um eine Listenverletzung im Sinne von Art. 6 Abs. 2 UVG (Urk. 2 S. 7).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin brachte dagegen vor, die Stellungnahmen von Dr. B.____ seien als Parteiaussagen der Beschwerdegegnerin zu betrachten, da dieser aufgrund seines Anstellungsverhältnisses die Interessen der Beschwerdegegnerin wahrzunehmen habe, und sie seien als solche nicht beweiskräftig (Urk. 1 S. 3 f.).

Den Schlussfolgerungen von Dr. Z.____

werde widersprochen. Sie leide seit dem Unfall vom 29. Februar 2016 an Schmerzen, eine Linderung sei zwar eingetreten, aber von einer Heilung könne nicht die Rede sein. Ebenfalls stehe für sie fest, dass diese Schmerzen nicht bestehen würden, wenn der Unfall nicht eingetreten wäre. Demnach seien nicht die Vorzustände, sondern das Ereignis vom 29. Februar 2016 die massgebliche kausale Ursache für den heute noch bestehenden Zustand (Urk. 1 S. 4).

Ferner werde bestritten, dass das Ereignis vom 22. März 2017 nicht als Unfall zu betrachten sei. Sämtliche Tatbestandselemente seien erfüllt, insbesondere sei im erwähnten Bewegungsablauf eine Abfolge entstanden, die als ungewöhnlich aber doch kausal für die eingetretenen Folgen zu betrachten sei. Ob vorliegend eine Körperschädigung aufgrund des Unfallereignisses bestehe oder nicht, sei gestützt auf die beantragten zusätzlichen medizinischen Abklärungen festzustellen (Urk. 1 S. 5).

E. 2.3

In der Beschwerdeantwort ergänzte die Beschwerdegegnerin, dass Stellungnahmen von beratenden Ärzten grundsätzlich Beweiswert zukommen, sofern nicht besondere Umstände vorlägen, die das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen liessen. Solche Umstände lägen nicht vor (Urk. 7 S. 1 f.). Da es sich um einen medizinisch feststehenden Sachverhalt handle, habe auch keine persönliche Untersuchung durchgeführt werden müssen. Nur weil die Schmerzen nach dem Unfall aufgetreten seien, könne sodann nicht darauf geschlossen werden, dass diese durch den Unfall verursacht worden seien (Urk. 7 S. 2). Hinsichtlich des Vorfalls vom 22. März 2017 sei zu erwähnen, dass sie, die Beschwerdegegnerin, sich selbst bei Annahme einer hier nicht gegebenen gesicherten Diagnose einer Listenverletzung im Sinne von Art. 6 Abs. 2 UVG, von ihrer Leistungspflicht durch den Nachweis zu befreien vermöge, dass die geltend gemachten Beschwerden vorwiegend auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen seien (Urk. 7 S. 3).

E. 3.1

Nach dem Ereignis vom 29. Februar 2016 begab sich die Beschwerdeführerin am 1. März 2016 zur Erstbehandlung ins Zentrum C.____.

Die dortigen Ärzte hielten fest, die Beschwerdeführerin habe sich bei einem Betriebsunfall am 29. Februar 2016 das rechte Bein beim Hinuntersteigen einer Treppe verletzt und sich dabei eine Kniegelenksdistorsion rechts zugezogen. Ferner leide sie unter einer ausgeprägten Gonarthrose beidseits und einer

Adipositas permagna. Radiologisch seien keine frischen ossären Läsionen festzustellen gewesen. Ein MRI habe aufgrund der Klaustrophobie der Beschwerdeführerin nicht erstellt werden können (Urk. 9/M1, Urk. 9/M11/4).

E. 3.2

Am 14. März 2016 stellten Dr. med. D.____ und Dr. med. E.____, Oberarzt beziehungsweise Chefarzt Sportmedizin der Klinik A.____, fest, klinisch liege eine mediale Seitenbandläsion Grad I Knie rechts mit/bei Tractus Iliotibialis-Syndrom vor und führten eine Infiltration des

anterioren Bereichs entlang des tractus

E. 3.3

Bei Diagnose eines Status nach Kniegelenksdistorsion rechts am 29. Februar 2016 mit/bei posttraumatischem Tractus iliotibialis Syndrom sowie Pes anserinus superficialis

Enthesiopathie

behandelten Dr. D.____ und Dr. E.____

die Beschwerdeführerin mit einer Stosswellen- und Neuraltherapie. Am 19. Mai 2016 stellten sie anlässlich der fünften beziehungsweise sechsten Sitzung einen ordentlichen Verlauf und eine deutliche Beschwerderegredienz fest (Urk. 9/M5/1). Am 14. Juli 2016 diagnostizierten sie sodann eine Dysregulation der Peronealmuskulatur

und des Musculus Gastrocnemius. Bei ebenfalls noch bestehenden Schmerzen aufgrund des Tractus iliotibialis Syndroms wurde erneut eine Infiltration durchgeführt (Urk. 9/M7/1). Anlässlich von Verlaufskontrollen am

E. 3.4

Dr. Z.____ nahm am 10. Februar 2017 Stellung zu den Akten und führte aus, dass die Beschwerden nach dem Unfallereignis überwiegend wahrscheinlich in kausalem Zusammenhang mit dem Unfallereignis gestanden hätten. Dabei sei es zu einer Grad I Zerrung des medialen Seitenbandes gekommen. Eine solche sei in der Regel nach 8-12 Wochen als abgeheilt zu betrachten. Allfällige anhaltende Beschwerden stünden jetzt nicht mehr mit überwiegender Wahrscheinlichkeit im Zusammenhang mit dem Unfallereignis, sondern seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf die Vorzustände zurückzuführen, also auf die schwere Arthrose der Kniegelenke und wohl auch auf die Adipositas permagna. Einerseits falle die Adipositas ursächlich als Faktor für schwere arthrotische Veränderungen der unteren Extremitäten in Betracht und andererseits könne sie

Arthroseschmerzen und Tenderpoints, wie sie bei der Beschwerdeführerin vorlägen, auslösen (Urk.

9/M13/2).

E. 3.5

Nachdem sich die Beschwerdeführerin am 22. März 2017 bei einer Hebe - und Drehbewegung das rechte Knie verdreht hatte, stellte Dr. med. F.____, Leitender Arzt Sportmedizin an der Klinik A.____, die Diagnose einer Knie gelenksdistorsion rechts mit Verdacht auf eine Knieinnenläsion. Klinisch hätten sich Hinweise auf eine kombinierte Verletzung des medialen Meniskushinter hornbereichs sowie des Ligamentum collaterale mediale in Verbindung mit einer Tendinopathie des Pes anserinus superficialis beziehungsweise einer Läsion erge ben (Urk. 8/M1).

E. 3.6

Am 3. April 2017 wurde ein e

Untersuchung des rechten Knies im Open MRI durch geführt, die einen deutlichen Kniegelenkserguss und ein deutlich degene rativ bedingt verm e hrtes Binnensignal beider Hinterhörner medial und lateral sei tig ergab. Eine Knieinnenläsion habe nicht sicher nachgewiesen werden können, möglich sei insbesondere ein kleinerer Riss im Meniskushinterhorn (Urk. 8/M2).

E. 3.7

Dr. F.____ führte in seinem Bericht vom 5. April 2017 aus, im Rahmen des Kniedistor s ionsunfalles vom 22. März 2017 sei es zu Zerrungen von Anteilen des Ligamentum patellae sowie dessen Insertion im Bereich der Tuberositas tibiae gekommen. Zudem bestehe bei deutlichem Kniegelenkserguss weiterhin der Ver dacht auf eine Läsion des Innenmeniskushinterhorns, wenngleich eine deutliche Abgrenzung eines Risses mittels MRI nicht möglich scheine (Urk. 8/M3/1). Anlässlich von Verlaufskontrollen vom 24. April, 15. Mai und 6. Juni 2017 wurden weiterhin von Schmerzen im rechten medialen Kniebereich berichtet und das mediale Seitenband infiltriert (Urk. 8/M4, Urk. 8/M6, Urk. 8/M7).

E. 3.8

In seiner Stellungnahme vom 7. Juli 2017 hielt Dr. Z.____ fest, dass gemäss dem MRI vom 3. April 2017 keine gesicherte Listendiagnose vorliege (Urk. 8/M9).

E. 3.9

Dr. G.____, Assistenzärztin, und Dr. med. H.____, leitender Arzt Orthopädie der Klinik A.____, diagnostizierten in ihrem Bericht vom 19.

September 2017 eine aktivierte mediale Gonarthrose rechts bei Status nach Kniegelenksdistorsionen am 22. März 2017 und am 29. Februar 2016. Im MRI vom 3. April 2017 hätten sich am medialen Kompartiment eine beginnende Gon arthrose femoral und tibial sowie eine Degeneration des Meniskus h interhorns medial- und lateralseitig gezeigt (Urk. 8/M10). In der Folge wurde am 21. Septem ber

2017 eine intraartikuläre Infiltration durchgeführt (Urk. 8/M11).

E. 3.10

Am 5. Oktober 2017 wurde ein erneutes MRI durchgeführt. Darauf zeigte n sich eine Fragmentation des medialen Meniskus am Übergang vom Hinterhorn zur Pars intermedia, ein kapsuloligamentärer Reizzustand medial, ein mässiger Knie gelenkserguss und synoviale Proliferationen sowie tiefe Knorpelschäden femoral und tibial medial betont ohne subchondrale Knochenmarksödeme oder Osteone krose (Urk. 8/M30).

E. 3.11

Dr. F.____

diagnostizierte in seinem Bericht vom 24. Oktober 2017 eine Kniegelenksdistorsion rechts nach Unfall vom 22. März 2017 mit/bei Fragmentation des medialen

Meniskushinterhorns mit radiärem Einriss und Subluxation der Pars intermedia, Läsion des medialen Kollateralbandes und kapsuloligamentärem Reizzustand sowie einem Knorpelschaden femoral und tibial

medialbetont ohne Gonarthrose (Urk. 8/M33/1). Er führte aus, er halte die von der Beschwerde führenden geklagten Beschwerden in der Gesamtschau der erhobenen Befunde für den Ausdruck der Meniskushinterhornläsion medial mit radiärem Einriss und Fragmentation am Übergang vom Vorderhorn zur Pars intermedia. Weiterhin mit dem Unfall vereinbar sei auch die Läsion des medialen Kollateralbandes einschliesslich ihrer Anheftung an den Meniskus sowie die kapsuloligamentäre Reizung. Altersentsprechende Oberflächendefizite im Bereich der Knorpel sähe er als nicht schmerzauslösend an, ebenso würden Hinweise auf erhebliche degenerative Veränderungen im Sinne einer Gonarthrose fehlen (Urk. 8/M33/2).

E. 3.12

Dr. med.

I.____, konservativer Oberarzt Orthopädie untere Extremitäten an der Klinik A.____, beschrieb in seinem Bericht vom 31. Oktober 2017,

im MRI vom 5. Oktober 2017 hätten sich vor allem medial teils tiefgreifende Knorpelschäden gezeigt, der mediale Meniskus sei vollkommen degenerativ verändert und extrudiert. Ferner bestünden deutliche Osteophyten am medialen Femorotibialgelenk lateral und ebenfalls teils tiefgreifende Knorpelschäden und degenerative Rissbildungen am Meniskus. Das LCM sei insbesondere am tibialen Ansatz deutlich gezerrt mit entsprechender Flüssigkeitskolektion. Retropatellär

sei die Patella noch gut zentriert aber auch hier zeigten sich teils tiefgreifende Knorpelschäden und ein mässiger intraartikulärer Erguss (Urk. 8/M12/2 = Urk. 8/M31). In der Folge wurde am 6. November 2017 erneut eine intraartikuläre Infiltration durchgeführt (Urk. 8/M13 = Urk. 8/M32).

E. 3.13

Dr. B.____ nahm am 2. Juni 2018 Stellung zu den Akten. Zum Ereignis vom 29. Februar 2016 führte er aus, bei der radiologischen Untersuchung vom 1. März 2016 hätten sich keine Befunde ergeben, welche mit überwiegender Wahrscheinlichkeit unfallbedingt seien, jedoch Befunde, die mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf eine krankheitsbedingte, klinisch relevante Vorschädigung im Sinne einer beginnenden Arthrose hinwiesen. Die Aussage, es handle sich um eine schwere Gonarthrose beidseits, könne klinisch und radiologisch nicht nachvollzogen werden. Alle Indizien sprächen für eine vorübergehende Aktivierung eines krankhaften Vorzustandes, welcher aber mit den Symptomen einer Arthrose nicht vereinbar sei. Erfahrungsgemäss seien andere, komplexe Hintergründe, welche auch im Zusammenhang mit der Adipositas permagna stünden, zu vermuten. Nach dem Ereignis vom 29. Februar 2016 sei aufgrund einer Fingerpalpation eine geringe Innenbandzerrung vermutet worden. Nebenbei sei ein Schmerzsyndrom (tractus iliotibialis

Syndrom) diagnostiziert worden, welches per se unspezifisch und kaum als direkte Unfallfolge nachvollziehbar sei. Es handle sich auch nicht um eine strukturell nachweisbare Schädigung. In diesen Zusammenhang passe auch die später festgestellte Enthesiopathie, die klar unfallfremd sei. Der Status quo sine sei spätestens drei Monate nach dem 29. Februar 2016 nachvollziehbar (Urk. 9/M17/3). Er teile die Auffassung der Beschwerdegegnerin und von Dr. Z.____, dass die Zerrung nach 8-12 Wochen

als abgeheilt zu betrachten sei und dass dem nach ab dem 30. Juni 2016 die krankheitsbedingten Befunde in den Vordergrund gerückt seien, wobei selbst die Innenbandzerrung Grad I angezweifelt werden könne. Die Frage einer relevanten beginnenden Arthrose sei in den ersten 12 Monaten weder klinisch noch radiologisch konklusiv abgeklärt worden, da es wohl keinen Anlass dazu gegeben habe, da das Knie mehrmals reizlos erschienen sei und die typischen Angaben von Arthroseschmerzen nicht gemacht worden seien (Urk. 9/M17/4).

Mit Bezug auf das Ereignis vom 22. März 2017 hielt Dr. B.____ fest, es liege keine Listendiagnose im Sinne eines Meniskusrisses mit dem ICD-10 Code S83.2 vor, sondern eine degenerative Meniskusschädigung (ICD-10 M23) in Verbindung mit einer progredienten Knorpelschädigung degenerativer Art im Sinne einer progredienten trikompartimentellen Gonarthrose. Die Beschwerden seien vorwiegend auf eine Erkrankung zurückzuführen (Urk. 8/M34/3). Im MRI vom 3. April 2017 habe ein Knochenödem und eine Bänderschädigung klar ausgeschlossen werden können, somit gebe es gemäss Ludolph (Kursbuch der ärztlichen Begutachtung 2016) keine Hinweise auf eine frische isolierte Meniskusrissbildung. Im MRI habe jedenfalls eine solche nicht sicher nachgewiesen werden können. Innerhalb von sechs Monaten habe eine deutliche Zunahme der Arthrose, sowohl klinisch als auch im MRI, stattgefunden, welche sicher nicht als Unfallfolge anzusehen sei. Die Extrusionstendenz des Innenmeniskus, die bereits im MRI vom 3. April 2017 erkennbar gewesen sei, habe sich deutlich und parallel zur Knorpelabnutzung verschlechtert. Diese Arthroseprogredienz gehorche mit überwiegender Wahrscheinlichkeit den Gesetzmässigkeiten einer rasch (innerhalb von Monaten) dekompenzierenden

Arthroseerkrankung. Die Ereignisse könnten ohne Weiteres weggedacht werden (Urk. 9/M34/4). 4. 4 .1

Die Beschwerdegegnerin hat das Ereignis vom 29. Februar 2016 als Unfall im Rechtssinne anerkannt und

ihre Leistungspflicht hinsichtlich dessen Folgen im angefochtenen Einspracheentscheid bis zum 30. Juni 2016 bejaht

(Urk. 2 S. 5, vgl. auch Urk. 7 S. 2 [Beschwerdeantwort]). Strittig und zu prüfen ist, ob für die von der Beschwerdeführerin

weiterhin geklagten Beschwerden am rechten Knie auch nach dem 30. Juni 2016 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit das Schadenereignis vom 29. Februar 2016 ursächlich ist, oder ob der natürliche Kausalzusammenhang infolge Erreichens des Status quo sine dahingefallen ist. 4 .2

Im Einspracheentscheid vom 14. Juni 2018 stützte sich die Beschwerdegegnerin hinsichtlich der Beurteilung der Folgen des Unfalles vom 29. Februar 2016 hauptsächlich auf die Stellungnahmen der beratenden Ärzte Dr. Z.____ und Dr. B.____ vom 10. Februar

2017 beziehungsweise vom 2. Juni 2018 (Urk. 2 S. 4 f.). 4 .3

Die Beschwerdeführer in zweifelte die Unabhängigkeit von Dr. B.____ an, da dieser aufgrund seines Anstellungsverhältnisses zur Beschwerdegegnerin deren Intereessen wahrzunehmen habe

(Urk. 1 S. 3 f.). Wie bereits erwähnt (vgl. E.

E. 6

Juli und 19. Oktober 2016 sowie am 15. März 2017 habe die Beschwerdeführerin über weiter deutlich rückläufige Beschwerden im Alltag berichtet. Die Neuraltherapie sei fortgeführt worden (Urk. 9/M8 , Urk. 9/M9, Urk. 9/M15).

E. 9

/M17/3). Diese Einschätzung begründete er jedoch nicht weiter. Beide beratenden Ärzte führten die weiterhin bestehenden Schmerzen sodann auf den krankhaften Vorzustand zurück. Dr. Z.____ erklärte die Beschwerden mit der anlässlich der Erstbehandlung diagnostizierten Kniearthrose und der Adipositas permagna (Urk. 9/M13/2), Dr. B.____

- dem im Gegensatz zu Dr. Z.____ die am 1. März 2016 erstellten Röntgenbilder vorlagen - konnte hingegen die ausgeprägte Arthrose nicht bestätigen und machte andere, komplexere und mit der Adipositas permagna im Zusammenhang stehende Gründe

für den Zustand der Beschwerdeführerin verantwortlich (Urk. 9/M17/3).

Die Berichte der beratenden Ärzte sind somit im Hinblick auf die Ursache der nach dem 30. Juni 2016 weiterhin bestehenden Beschwerden widersprüchlich. Die Beurteilung von Dr. Z.____ beruht ferner nicht auf den vollständigen medizinischen Akten, da ihm die Röntgenbilder vom 1. März 2016 nicht vorlagen. Nicht nachvollziehbar erscheinen sodann auch die von Dr. Z.____ nicht näher benannten komplexen Hintergründe, auf welche die Beschwerden zurückzuführen seien. Damit bestehen erhebliche Zweifel an den versicherungsinternen Beurteilungen.

Dementsprechend kann für die Beurteilung der Unfallkausalität nicht allein darauf abgestellt werden . 4 .5

Aus den Berichten der behandelnden Ärzte lässt sich hinsichtlich möglicher Vor Erkrankungen lediglich eine anlässlich der medizinischen Erstversorgung gestellte Diagnose einer ausgeprägten Arthrose, die nicht näher begründet wurde , entnehmen (Urk. 9/M11/4).

In Bezug auf das diagnostizierte

Tractus iliotibialis Syndrom wurde sodann zwar festgehalten, dass dieses posttraumatisch aufgetreten sei (vgl. Urk. 9/M5, Urk. 9/M7-9) .

Wie die Beschwerdegegnerin richtig aus führte , kann jedoch allein aus der Verwendung des Wortes «posttraumatisch» nicht abgeleitet werden, dass dieses unfallkausal sei, sondern nur, dass es erst nach dem Unfall aufgetreten ist. Es ist in jedem Einzelfall zu prüfen, welche Bedeutung diesem Begriff beizumessen ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_856/2017 vom 2. Mai 2018 E. 5.3 mit Hinweis). Weitere Ausführungen zur Entstehung des

Tractus iliotibialis Syndroms machten die Ärzte jedoch nicht . Daher kann auch aufgrund der Berichte der behandelnden Ärzte nicht beurteilt werden, ob die von der Beschwer

deführerin weiterhin g eklagten Beschwerden auf den Unfall vom 29. Februar 2016 zurückzuführen sind. 4 .6

Die Beschwer deführerin argumentierte , sie leide seit dem Unfall an Schmerzen, für sie stehe fest, dass die Schmerzen ohne den Unfall nicht bestehen würden (Urk. 1 S. 4). Rechtsprechungsgemäss ist eine solche Schlussfolgerung nach der Formel « post hoc ergo propter hoc», nach deren Bedeutung eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch den Unfall verursacht gilt, weil sie nach diesem aufgetreten ist,

beweisrechtlich nicht zulässig und vermag zum Nachweis der Unfallkausalität nicht zu genügen (BGE 119 V 335 E. 2b/ bb , Urteil des Bundes gerichts 8C_332/2013 vom 25. Juli 2013 E. 5.1).

4 . 7

Insgesamt kann die Frage der Unfallkausalität der nach dem 30. Juni 2016 fort bestehenden Beschwerden der Beschwerdeführerin aufgrund der vorliegenden medizinischen Akten nicht zuverlässig beurteilt werden. Es sind somit weitere medizinische Abklärungen zur Frage der Unfallkausalität der über den 30. Juni 2016 hinaus bestehenden Beschwerden erforderlich . 5 .

5 .1

Hinsichtlich des Ereignisses vom 22. März 2017 ist zunächst strittig, ob dieses ein Unfall im Sinne von Art. 4 ATSG darstellt. Die Beschwerdegegnerin stellte dies mit der Begründung in Abrede, es fehle an äusseren Auswirkungen auf den Körper, die in diesem Lebensbereich nicht alltäglich und üblich seien, auch sei nicht zu erkennen, dass der geschilderte Bewegungsablauf programmwidrig unterbrochen worden wäre (Urk. 2 S. 7). 5 .2

Zum Hergang des Ereignisses ist der Unfallmeldung vom 31. März 2017 und dem von der Beschwerdeführerin zum Ereignishergang am 12 . April 2017 ausgefüllten Fragebogen zu Händen der Beschwerdegegnerin zu entnehmen , sie habe sich beim Aufstellen der Stühle im Medienzentrum das Knie verdreht. Aus einer schnellen Bewegung aus dem Oberkörper heraus sei sie mit dem Bein stehen geblieben. Danach habe sie einen starken Schmerz im Knie verspürt. Sie s e i weder ges t ürtzt noch ausgeglitten (Urk. 8/A2) .

In der Beschwerdeschrift ergänzte sie ihre Ausführungen dahingehend, dass die Tätigkeit unter hohem Zeitdruck und bei engen Platzverhältnissen habe durch geführt werden müssen. Die Belastung des Knie s sei plötzlich eingetreten. Eine ungeschickte Bewegung habe zur eingetretenen Drehung des Knies geführt. Die zusätzliche Belastung in Form des Hebens des Stuhles beim Aufstellen und Einordnen an den richtigen Platz habe schliesslich zum erwähnten Ereignis ge führt. Die eingetretenen Folgen seien somit aufgrund des ungewöhnlichen Ab laufs zu erklären (Urk. 1 S. 5). 5 .3

Aus der Schilderung der Beschwerdeführerin ergibt sich, dass eine Drehung des Oberkörpers ausgeführt wurde, wobei das rechte Bein sich nicht mitbewegt hab e. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung kann das Merkmal des ungewöhn lichen äusseren Faktors in einer unkoordinierten Bewegung bestehen. Bei Körper bewegungen gilt dabei jedoch der Grundsatz, dass das Erfordernis der äusseren Einwirkung lediglich dann erfüllt ist, wenn ein in der Aussenwelt begründeter Umstand den natürlichen Ablauf einer Körperbewegung gleichsam «programm widrig» beeinflusst hat (BGE 130 V 117 E. 2.1). Dies trifft beispielsweise dann zu, wenn die versicherte Person stolpert, ausgleitet oder

wenn sie, um ein Ausgleiten zu verhindern, eine reflexartige Abwehrbewegung ausführt oder auszuführen versucht.

Der von der Beschwerdeführerin geschilderte Bewegungsablauf indessen liegt im Rahmen dessen, was üblicherweise beim Aufstellen von Stühlen statt finden kann. Ein in der Aussenwelt begründeter Umstand, der die Bewegung der Beschwerdeführerin programmwidrig beeinflusst haben könnte - wie ein Ausgleiten oder ein Stolpern - wurde von der Beschwerdeführerin ausdrücklich verneint. Dementsprechend fehlt es an einem aussergewöhnlichen äusseren Faktor und es ist erstellt, dass die Beschwerdeführerin am 22. März 2017

keinen Unfall im Rechtssinne erlitten hat. Es fehlt an einer schädigenden Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den Körper

der Beschwerdeführerin. 6.

6.1

Zu prüfen ist daher, ob die Beschwerdeführerin eine Körperschädigung im Sinne von Art. 6 Abs. 2 UVG erlitten hat, die nicht vorwiegend auf eine Erkrankung zurückzuführen ist. Die Beschwerdegegnerin stützte sich diesbezüglich hauptsächlich auf die Aktenbeurteilung von Dr. B. ___ vom 2. Juni 2018 (Urk. 8/M34). 6.2

Anlässlich der zeitnah zum Vorfall vom 22. März 2017 durchgeführten MRI-Untersuchung vom 3. April 2017 konnte eine Knieinnenläsion nicht sicher nachgewiesen werden, insbesondere bezüglich eines möglichen kleineren Risses im Meniskushinterhorn.

Es zeigte sich ein degenerativ bedingt vermehrtes Binnensignal beider Hinterhörner

(Urk. 8/M2). Dr. B. ___ ging jedoch angesichts des Ausschlusses eines Knochenödems und einer Bänderschädigung von fehlenden Hinweisen für eine frische Meniskusschädigung aus (Urk. 8/M34/4). Im Gegensatz dazu wiederholte der behandelnde Dr. F. ___ aufgrund des ebenfalls festgestellten deutlichen Kniegelenksergusses

seinen Verdacht, dass es sich um eine Läsion des Innenmeniskushinterhorns im Rahmen des Vorfalls vom 22.

März

2017 (Urk.

8/M3/1). Mit dieser von seiner Einschätzung abweichenden Beurteilung setzte sich Dr. B. ___ jedoch nicht auseinander.

Das MRI vom 5. Oktober 2017 ergab sodann eine Fragmentation des Meniskus am Übergang vom Hinterhorn zur Pars intermedia (Urk. 8/M30). Somit ist jedenfalls seit diesem Zeitpunkt von einer

Listenerletzung im Sinne von Art. 6 Abs. 2 UVG auszugehen. Während Dr. F. ___ diesen Befund auf den Vorfall vom 22.

März

2017 zurückführte und keine Hinweise für erhebliche degenerative Veränderungen im Sinne einer Gonarthrose sah, interpretierte ihn Dr. I. ___

als eine degenerative Rissbildung am Meniskus mit der Umschreibung , die er sei vollkommen degenerativ verändert und extrudiert (Urk. 8/M31/2).

Damit liegen widersprüchliche Einschätzungen der behandelnden Ärzte vor . Voraussetzung für ein beweiswertes Aktengutachten ist jedoch, dass ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht (Urteil des Bundesgerichts 8C_641/2011 vom 22. Dezember 2011 E. 3.2.2 mit Hinweisen) . Dies ist vorliegend nicht der Fall. Ferner beruht die Einschätzung von Dr. B.____ , es liege eine degenerative Meniskus schädigung vor, auch auf einer unvollständigen Kenntnis der medizinischen Aktenlage, da er sich dabei lediglich auf den Bericht von Dr. I.____ vom 31.

Oktober 2017 bezog , der Bericht und die Bilder der MRI-Untersuchung vom 5. Oktober 2017 sowie der Bericht von Dr. F.____ vom 24. Oktober 2017 lagen ihm nicht vor (Urk. 8/M34/3). Das

Aktengutachten von Dr. B.____ entspricht somit auch im Hinblick auf die Beurteilung der Folgen des Vorfalls vom 29. März 2017 nicht den Anforderungen an eine beweiswertige medizinische Expertise. Auf grund der dargelegten widersprüchlichen Beurteilungen der behandelnden Ärzte kann die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin gestützt darauf nicht abschliessend geklärt werden.

Bei der vorliegenden, sich widersprechenden medizinischen Aktenlage wäre die Beschwerdegegnerin gehalten gewesen, eine Drittbeurteilung zu veranlassen, die sich zu den gesamten relevanten Vorakten , insbesondere zum MRI vom 5. Oktober 2017 , und zur strittigen Frage, ob die festgestellte Fragmentation des Meniskus hinterhorns vorwiegend auf Abnutzung zurückzuführen ist, äussert . 7 .

Insgesamt erweist sich die Aktenlage für die Beurteilung der strittigen Frage n als ungenügend, weshalb der Einspracheentscheid vom

E. 14

Juni 2

E. 018

aufzuheben und die Sache zur ergänzenden medizinischen Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist. In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass der Einspracheentscheid vom 14.

Juni 2018 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird, damit sie nach Einholung eines versicherungsunabhängigen Gutachtens neu über ihre Leistungspflicht verfüge. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - X.____ - AXA Versicherungen AG - 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 Bundes

gesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweis mittel 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 VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin FehrEngesser

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