

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00275 vom 30. September 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-09-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2018.00275

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00275 du 30 septembre 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00275 del 30 settembre 2019

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1982, erlitt am 23. Dezember 1997 als Schüler einen Unfall, als er sich bei einem Treppensturz das rechte Knie verdrehte (Korbhennelläsion des Meniskus und Ruptur des vorderen Kreuzbandes). Am 30. Dezember 1997 erfolgte eine Naht des Meniskusrisses und am 5. März 1998 wurde eine Ersatzplastik des vorderen Kreuzbandes vorgenommen (Urk. 11/K3-4). Die Helsana Versicherungen AG, als damaliger Krankenversicherer, kam für die betreffenden Behandlungskosten auf (Urk. 11/K2). Ab August 1999 war X.____ als Praktikant beim Y.____ angestellt und bei der Helsana Unfall AG gegen Unfallfolgen versichert. Aufgrund eines Sturzes mit dem Snowboard am 10. Januar 2000 (Urk. 11/K1) kam es zu einem erneuten Riss des Meniskus Knie rechts, woraufhin am 13. Januar 2000 ein arthroskopischer Eingriff stattfand, bei dem der Meniskus refixiert wurde (Urk. 11/M2). Die Helsana Unfall AG kam für die betreffenden Behandlungskosten auf und schloss den Schadensfall im März 2000 formlos ab (Urk. 11/M4).

Seit dem 1. März 2000 arbeitete der Versicherte als Praktikant auf der Pflegeabteilung des Z.____. In dieser Eigenschaft war er bei der heutigen Unfallversicherung Stadt Zürich gegen die Folgen von Unfällen versichert. Am 29. Mai 2000 verletzte er sich das rechte Kniegelenk, als er im Gartenhaus etwas holen wollte und sich beim Umdrehen das rechte Knie verdrehte (Urk. 7/G1). Am 7. Juli 2000 wurde eine partielle Menisektomie, eine Entfernung der alten Schrauben und eine erneute Kreuzbandersatzplastik durchgeführt (Urk. 7/M2). Die Unfallversicherung Stadt Zürich erbrachte bis Anfang 2001 Versicherungsleistungen (vgl. Urk. 7/M15 S. 1).

Nach einem Basketballspiel am 28. Mai 2017 (ohne Verletzungsmechanismus) traten ein massiver Gelenkerguss sowie zunehmende Schmerzen am rechten Knie auf, die am 30. Mai 2017 zur Arbeitsniederlegung als Maurer und Vorstellung im A.____ der B.____, Zürich, führten (Urk. 6/M8). Wegen einer chronischen vorderen Instabilität des rechten Knies mit einer postero-medialen Gonarthrose, einer Meniskusläsion postero-lateral und postero-medial sowie einer Synovitis wurde der Versicherte am 22. Juni und am 14. Dezember 2017 im C.____, D.____, operiert (Urk. 3/8, Urk. 3/10).

Im November 2017 ersuchte der Versicherte die Unfallversicherung Stadt Zürich um Ausrichtung von Versicherungsleistungen aufgrund eines Rückfalls respektive von Spätfolgen des Unfallereignisses vom 29. Mai 2000 (vgl. Urk. 1 S. 4). Im Zuge ihrer Abklärungen holte die Unfallversicherung Stadt Zürich insbesondere ein Gutachten eines Facharztes für orthopädische Chirurgie FMH sowie die Stellungnahme ihres beratenden Arztes ein (Urk. 7/M13-14). Hernach lehnte sie ihre Leistungspflicht mit Verfügung vom 10. Juli 2018 ab (Urk. 7/G26), wo gegen der Versicherte am 10. September 2018

Einsprache erhob (Urk. 7/G30). Mit Einspracheentscheid vom 15. Oktober 2018 wies die Unfallversicherung Stadt Zürich die Einsprache ab (Urk. 2 = Urk. 7/G35).

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, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt werden (Absatz 1 der genannten Übergangsbestimmungen).

Die vorliegend in Frage kommenden Unfallereignisse haben sich allesamt vor dem 1. Januar 2017 ereignet (vgl. Sachverhalt E. 1), weshalb die bis 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Normen auf den vorliegenden Fall Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden.

E. 1.2

Gemäss Art. 6 UVG werden – soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt – die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Abs. 1). Für die Leistungspflicht eines Unfallversicherers setzt das UVG das Vorliegen eines Unfalls oder einer unfallähnlichen Körperschädigung (Art. 6 UVG in Verbindung mit Art. 9 Abs. 2 UVV) voraus.

Gemäss Art.

E. 1.3.1

Gemäss Art. 9 Abs. 1 UVV gilt als Unfall die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper (BGE 122 V 230 E. 1 mit Hinweisen).

E. 1.3.2

Nach der Definition des Unfalls bezieht sich das Begriffsmerkmal der Ungewöhnlichkeit nicht auf die Wirkung des äusseren Faktors, sondern nur auf diesen selber. Ohne Belang für die Prüfung der Ungewöhnlichkeit ist somit, dass der äussere Faktor allenfalls schwerwiegende, unerwartete Folgen nach sich zog. Der äussere Faktor ist ungewöhnlich, wenn er den Rahmen des im jeweiligen Lebensbereich alltäglichen oder üblichen überschreitet. Ob dies zutrifft, beurteilt sich im Einzelfall, wobei grundsätzlich nur die objektiven Verumstände in Betracht fallen (BGE 122 V 230 E. 1, 121 V 35 E. 1a, je mit Hinweisen).

E. 1.4

Bei den unfallähnlichen Körperschädigungen im Sinne von Art. 9 Abs. 2 UVV entfällt im Vergleich zu den eigentlichen Unfällen einzig das Tatbestandselement der Ungewöhnlichkeit des auf den Körper einwirkenden äusseren Faktors. Alle übrigen Begriffsmerkmale eines Unfalles müssen hingegen auch bei den unfallähnlichen

Körperschädigungen erfüllt sein. Dies gilt namentlich für das Erfordernis des einwirkenden äusseren Faktors an sich, worunter ein ausserhalb des Körpers liegender, objektiv feststellbarer, sinnfälliger – eben unfallähnlicher – Einfluss auf den Körper zu verstehen ist. Dabei kann die schädigende Einwirkung auch in einer körpereigenen Bewegung bestehen (BGE 129 V 466 E. 2.2, 4.1; 123 V 43 E. 2b).

Erforderlich für die Bejahung eines äusseren Faktors ist ein gesteigertes Schädigungspotenzial, sei es zufolge einer allgemein gesteigerten Gefahrenlage, sei es durch Hinzutreten eines zur Unkontrollierbarkeit der Vornahme der alltäglichen Lebensverrichtung führenden Faktors. Die physiologische Beanspruchung des Skeletts, der Gelenke, Muskeln, Sehnen und Bänder stellt keinen äusseren Faktor dar (BGE 129 V 466 E. 4.2.2, 4.3). Ein äusserer Faktor mit erheblichem Schädigungspotenzial liegt nach der Rechtsprechung vor, wenn die zur Diskussion stehende Betätigung mit einer mehr als physiologisch normalen und psychologisch beherrschten Beanspruchung des Körpers, insbesondere seiner Gliedmassen, verbunden ist (BGE 129 V 466 E. 4.2.2). Erfüllt ist das Erfordernis des äusseren schädigenden Faktors bei Änderungen der Körperlage, die nach unfallmedizinischer Erfahrung häufig zu körpereigenen Traumen führen können, so etwa beim plötzlichen Aufstehen aus der Hocke, bei heftigen belastenden Bewegungen oder bei einer wegen äusserer Einflüsse unkontrollierbar gewordenen Positionsänderung (BGE 129 V 466 E. 4.2.3).

E. 1.5

.2

Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 125 V 456 E. 5a, 123 V 98 E. 3d, 139 E. 3c, 122 V 415 E. 2a, 121 V 45 E. 3a mit Hinweis; RKUV 1997 Nr. U 272 S. 172 E. 3a).

E. 1.6

Die Versicherungsleistungen werden auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt (Art.

E. 2

Dagegen erhob der Versicherte am 14. November 2018 Beschwerde und beantragte, in Aufhebung des Einspracheentscheids vom 15. Oktober 2018 sei die Unfallversicherung Stadt Zürich zu verpflichten, die Leistungen nach dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) zu erbringen, und die Sache sei zur weiteren Abklärung des Umfangs der Leistungspflicht an die Unfallversicherung Stadt Zürich zurück zu weisen. In verfahrensrechtlicher Hinsicht beantragte er, dass die Helsana Unfall AG zum Verfahren beizuladen sei. Eventualiter sei das Beschwerdeverfahren bis zum Leistungsentscheid der Helsana Unfall AG zu sistieren (Urk. 1 S. 2).

Die Unfallversicherung Stadt Zürich beantragte mit Beschwerdeantwort vom 28. November 2018 Abweisung der Beschwerde (Urk. 6, unter Beilage ihrer Akten [Urk. 7/G1-G39, Urk. 7/M1-M15, Urk. 7/T1-T2]).

Mit Verfügung vom 4. Dezember 2018 wurde die Helsana Unfall AG zum Prozess beigeladen und ihr Frist angesetzt, um zu den Eingaben des Beschwerdeführers und der Beschwerdegegnerin Stellung zu nehmen (Urk. 8). Mit Eingabe vom 25. Januar 2019 liess sich die Beigeladene vernehmen und ersuchte um Abweisung der Beschwerde (Urk. 10, unter Beilage ihrer Akten [Urk. 11/K1-K11, Urk. 11/M1-M6]).

Mit Verfügung vom 29. Januar 2019 wurde der Antrag des Beschwerdeführers auf Sistierung des Verfahrens abgewiesen und dem Beschwerdeführer sowie der Beschwerdegegnerin Frist angesetzt, um zur Stellungnahme der Beigeladenen so wie deren Akten Stellung zu nehmen (Urk. 12). Mit Eingaben vom 5. Februar (Urk. 14) und vom 4. April 2019 (Urk. 17) reichten die Parteien je eine Stellungnahme ein, woraufhin allen Verfahrensbeteiligten mit Verfügung vom 5. April 2019 (Urk. 18) die Möglichkeit eingeräumt wurde, sich zu den Eingaben zu äussern. Die Parteien liessen sich sodann mit Eingabe vom 9. April (Urk. 19) beziehungsweise 29. April 2019 (Urk. 21) vernehmen. Nachdem die Beigeladene keine weitere Stellungnahme mehr einreichte, wurde der Schriftenwechsel mit Verfügung vom 5. Juni 2019 geschlossen (Urk. 22). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Der Beschwerdeführer führte in seiner Beschwerdeschrift im Wesentlichen aus, nach der ersten Operation im März 1998 habe trotz VKB-Plastik eine gewisse Instabilität des Knies vorgelegen. Die Re-Traumatisierung (Überdehnung) des vorderen Kreuzbands und ein erneutes Einreissen des Meniskus seien anlässlich des Snowboard-Unfalls von 2000 geschehen, woraufhin der Meniskus erneut genäht worden

sei. Die Knie-Distorsion Ende Mai 2000 habe dann jedoch schon wieder zu einem Reißen des Meniskus geführt und erst nach diesem Ereignis sei auch die Indikation zur erneuten Kreuzbandplastik gestellt worden. Es sei erwiesen, dass die Operation vom 7. Juli 2000 völlig unzureichend durchgeführt wurde. Statt die Instabilität zu beseitigen, habe die Operation zu noch grösseren Schäden und den heutigen Spätfolgen geführt. Die heutige Situation sei somit hauptsächlich durch die Operation vom 7. Juli 2000 verursacht worden. Dabei sei umstritten, ob diese Operation aufgrund der Ruptur des Meniskus nach der Knie-Distorsion Ende Mai 2000 Anlass für diese Operation war. Im Falle alternativer Kausalität sei der für den letzten Unfall leistungspflichtige Versicherer auch für Rückfälle und Spätfolgen zuständig, was wiederum die Beschwerdegegnerin wäre (Urk. 1 S. 5-6).

E. 2.2

Demgegenüber

stellt sich die Beschwerdegegnerin

in ihrem abweisenden Einspracheentscheid im Wesentlichen auf den Standpunkt, die Instabilität am Kniegelenk bilde das Hauptproblem. Diese Instabilität bestehe gemäss der Beurteilung von Dr. med. E.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, seit 1997, wobei diese nicht entstanden wäre, hätte der erste Operateur (Operation vom 5. März 1998) eine stabile Kreuzbandrekonstruktion vorgenommen. Selbst wenn nun der zweite Operateur (Operation vom 7. Juli 2000) schwierige Verhältnisse vorgefunden habe, welche er nicht optimal habe meistern können, habe die erste Operation die Instabilität ursächlich verursacht. Selbst in der Annahme, dass die zweite Operation eine richtunggebende Verschlimmerung zur

Folge gehabt hätte, sei diese nicht aufgrund des bagatellären Alltagsereignisses vom 29. Mai 2000, sondern durch das viel erheblichere Snowboard-Unfallereignis vom Januar 2000 medizinisch indiziert gewesen. Im Sinne einer Kausalkette bestünde in diesem Annahmefall somit im Verhältnis vom ersten zum zweiten Ereignis eine überholende Kausalität. Da die zweite Operation somit nicht durch das Ereignis vom 29. Mai 2000 indiziert ge wesen sei, würde Art. 6 Abs. 3 UVG für das hier relevante Ereignis keine Anwen dung finden (Urk. 2 S. 4-5 , vgl. auch Urk. 14).

E. 2.3

Die Beigeladene hielt in ihrer Stellungnahme im Wesentlich en fest, gemäss ver trauensärztlicher Beurteilung von Dr. med. F.____ , Facharzt FMH für Or thopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, sei die Insuf fizienz der vorderen Kreuzbandplastik aufgrund der Operation vom 5. März 1998 und mithin das Unfallereignis vom 23. Dezember 1997 als mit dem Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit kausal für die heutigen Folgeschäden. In die sem Sinne sei seine Beurteilung deckungsgleich mit den Stellungnahmen von Dr. med.

G.____ , Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Trauma tologie des Bewegungsapparates, und Dr. E.____ . Demnach habe der Snow boardunfall vom 10. Januar 2000 nur zu einer vorübergehenden Verschlimme rung geführt, zumal im März 2000 der Schadenfall behandlungsseitig habe ab geschlossen werden können. Dementsprechend sei nicht die Helsana, sondern die aktuelle Krankenkasse des Beschwerdeführer s für das Unfallereignis im Jahr 1997 leistungspflichtig . Dem Beschwerdeführer gelinge es aufgrund der vorhandenen medizinischen Beurteilungen von Dr. F.____ , Dr. G.____ und Dr. E.____ nicht , mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine Kausalität zwischen den zu Beginn des Jahres 2017 wieder auftretenden Beschwerden und dem Ereignis vom 10. Januar 2000 nachzuweisen. Zudem habe gemäss den Unterlagen in den knapp 17 Jahren seit dem Fallabschluss im März 2000 keine ärztliche Behandlung die Unfallfolgen vom 10. Januar 2000 betreffend stattgefunden, womit die für die Kausalitätsbeurteilung wesentlichen Brückensymptome fehlen würden (Urk. 10 S. 3 -4

Rz 5 -6). 3. 3.1

Im Rahmen der Kniegelenksarthroskopie vom 22 . Juni 2017 stellte Dr. med.

H.____ , Facharzt FMH für Chirurgie, eine vordere Instabilität im rechten Knie fest. Bildgebend hätten sich Meniskusläsionen postero -medial und postero -lateral sowie eine beginnende postero -mediale Gonarthrose gezeigt. Die Computertomo graphie habe grosse Knochendefekte gezeigt, vor allem im Schienbeinkopf bei Status nach VKB-Plastiken 1996 und 200 0. Der Leidensdruck des Beschwerde führer s sei inzwischen erheblich. Aufgrund des jungen Alters werde ein gelenk erhaltendes Konzept angestrebt. Intraoperativ hätte sich eine massive Synovitis vor allem anterior gezeigt. Hier bestünden Vernarbungen, vor allem im Bereiche des Meniskusvorderhornes medial. Der Knorpel am Femur sei erstaunlich gut er halten. Lediglich posterior sei der Knorpel ausgedünnt, der Knochen liege jedoch nicht frei. Das Tibiaplateau zeige in der vorderen Hälfte ebenfalls einen komplet ten Knorpelüberzug. Dieser sei gegen posterior vollständig abgerieben. Hier liege der Knochen frei und der postero -mediale Meniskus sei ebenfalls komplett dege neriert. Intermediär und ventral sei der mediale Meniskus erhalten. Intercondylär sei das hintere Kreuzband intakt. Das vorder e Kreuzband sei insuffizient. Es fän den sich hier noch Restfasern. Das Kreuzband sei insgesamt eher dorsal positio niert, so dass keine Isometrie gegeben sei.

Auch intraoperativ zeige sich eine massive vordere Schublade von mehr als 10 mm. Im lateralen Kompartiment fänden sich sehr schöne Knorpelverhältnisse. Der laterale Meniskus zeige einen kleinen Radiärriss. Femoropatellar würden sich insgesamt sehr schöne Verhältnisse zeigen. Hier fänden sich nur leichte, oberflächliche Degenerationen des Knorpels (Grad I - II). Aufgrund dieser Situation erscheine es sinnvoll, das Gelenk nochmals mit einer VKB-Plastik zu stabilisieren (Urk. 3/8, Urk. 6/M12). 3.2

In seiner Beurteilung zuhanden der Beschwerdegegnerin
vom 6. Juni 2018

diag. nostizierte Dr. G. ___ eine sekundäre, medial betonte Gonarthrose und chronische Zentralpfeilerinsuffizienz mit/bei Status nach multiplen Eingriffen seit 1997 (Urk. 3/12 S. 8).

Es sei aktenkundig und unbestritten, dass der Beschwerdeführer das rechte Knie am 23. Dezember 1997 gravierend verletzt habe. Daraufhin er folgten die primäre Meniskusnaht und in einer zweiten Operation die VKB-Plastik. Die initial durchgeführte Meniskusnaht sei überwiegend wahrscheinlich beim Snowboard-Trauma verletzt worden und habe am 13. Januar 2000 revidiert werden müssen. Bereits zu diesem Zeitpunkt sei eine altersunübliche Tendenz einer medialen Gonarthrose festgestellt und erkannt worden, dass die VKB-Plastik insuffizient gewesen sei. Die Unfallmeldung lasse vor diesem Hintergrund die Schlussfolgerung zu, dass es sich beim «Ereignis» (Drehbewegung: 13. September 2000 [richtig wohl: 29. Mai 2000]) um ein «Giving-way» gehandelt habe, ergo um eine überwiegend wahrscheinliche Folge eben dieser Zentralpfeilerinsuffizienz mit konsekutiv erneuter Beeinträchtigung des medialen Meniskus. Bei der nächsten Revision am 7. Juli 2000 habe ein weiteres und unüblich rasches Fortschreiten der medialen Gonarthrose festgestellt werden müssen. Aus den RX-Bildern ergebe sich, dass die femorale Fixation der VKB-Plastik bei dieser Operation als maximal «suboptimal» (eigentlich als schlecht) bezeichnet werden

müsse

(Urk. 3/12 S. 7).

Bei den heutigen Beschwerden handle es sich aufgrund der medizinischen Befunde nicht um Spätfolgen beziehungsweise einen Rückfall des Ereignisses vom 29. Mai 2000. Die Evaluation der zeitnahen Akten ergebe, dass das gemeldete Ereignis am 29. Mai 2000 retrospektiv zwar im engeren Sinn als richtunggebende Verschlimmerung des traumatisch bedingten Vorzustandes bezeichnet werden könne/müsse, dies aber nur vordergründig und «nur» im Zusammenhang mit dem Meniskusproblem. Das banale Ereignis im Alltag könne nämlich nur im Rahmen einer vorbestehenden Zentralpfeilerinsuffizienz, welche am 13. Januar 2000 intraoperativ festgestellt worden sei, eintreten (Urk. 3/12 S. 9). Das Hauptproblem (Instabilität mit der konsekutiven, schicksalhaften, «natürlichen» Folge – Giving-way – bei insuffizienter VKB-Plastik) habe es aber erst «ermöglicht», dass die Meniskusnaht erneut rerupturiert sei, wobei nicht unerwähnt bleiben dürfe, dass die perifokale (sekundäre) Knorpelveränderung (als Folge des Unfalls 1997) als Prädisposition für eine Meniskusbeeinträchtigung zu bezeichnen sei. Selbst ein vorher gesunder Meniskus werde bei einem Giving-way oft verletzt. Zusammen gefasst sei demnach der Snowboard-Unfall im Verlauf bis heute überwiegend wahrscheinlich die Hauptursache der Problematik (Urk. 3/12 S. 9). 3.3

Dr. E.____

bestätigte in seiner zuhänden der Beschwerdegegnerin abgegebenen Beurteilung vom 26. Juni 2018 die Einschätzung von Dr. G.____, dass die Instabilität das Hauptproblem darstelle. Für diese Instabilität gebe es drei Ursachen: Erstens habe der Beschwerdeführer nach einer vorderen Kreuzbandrekonstruktion unvernünftige Sportarten durchgeführt, zweitens habe der erste Operateur eine vordere Kreuzbandplastik operiert, die relativ schnell zu einer Instabilität geführt habe, womit es eine ungenügende Rekonstruktion gewesen sei, drittens habe der zweite Operateur die Kreuzband-Re-Plastik schlecht durchgeführt (Ausbruch der hinteren Kondylenwand, insuffiziente Spannung des Transplantates).

Aufgrund der ungenügenden Stabilität des vorderen Kreuzbandtransplantates sei es zu einer Überlastung der Meniskusnaht gekommen, welche anlässlich des Snowboardsturzes im Januar 2000 definitiv wieder gerissen sei. Das Kniegelenk sei seit 1997 mehrheitlich instabil. Die chronische Insuffizienz des vorderen Kreuzbandes müsse zwangsläufig zu einer Überlastung des Knorpels und damit zu einer langsam progredienten Gonarthrose führen. Eine Meniskusnaht, respektive später eine Teilmeniskektomie würden zwangsläufig zu einer Überlastung des medialen Gelenkspaltes führen und seien damit ebenfalls für das Auftreten einer langsam progredienten Gonarthrose verantwortlich zu machen. Jede Meniskus-Teilresektion schwäche die Pufferwirkung des medialen Meniskus und dies führe zu einer Überlastung des medialen Kompartiments. Die Meniskusproblematik sei erst durch die Instabilität des Kreuzbandtransplantates entstanden. In der Regel halte eine Meniskusnaht bei einer stabilen Kreuzbandsituation.

Hätte der erste Operateur eine stabile vordere Kreuzbandrekonstruktion durchgeführt, dann wäre an diesem Kniegelenk keine Spät-Problematik aufgetreten. Der zweite Operateur habe schwierige Verhältnisse vorgefunden, habe die Situation nicht meistern können und eine schlechte Schraubenposition im Femur gesetzt und damit wieder eine Instabilität erzeugt. Gesamthaft gesehen sei der Meniskus nur eine sekundäre Problematik, die Hauptursache sei die Instabilität (Urk. 3/13). 3.4

Dr. F.____ diagnostizierte in seinem zuhänden der Beigeladenen erstatteten Bericht vom 8. Januar 2019 eine chronische Insuffizienz der vorderen Kreuzbandplastik rechts mit postero-medialer Gonarthrose sowie medialer und lateraler Meniskusläsion.

Die erhobenen Befunde und Diagnosen würden überwiegend wahrscheinlich mit dem Unfall vom 10. Januar 2000 in einem natürlichen Kausalzusammenhang stehen. Nach dem Snowboardsturz am 10. Januar 2000 sei arthroskopisch neben dem erneuten Riss des medialen Meniskus eine Insuffizienz der vorderen Kreuzbandplastik aus dem Jahre 1998 festgestellt, damals jedoch vorerst so belassen worden. Aufgrund der belassenen Insuffizienz der vorderen Kreuzbandplastik sei es am 29. Mai 2000 im Rahmen eines Bagatelltraumas zu einem erneuten Riss des medialen Meniskus gekommen, weshalb am 7. Juli 2000 eine mediale Teilmeniskektomie und erneute vordere Kreuzbandplastik notwendig geworden sei. Bei einem bestehenden Vorzustand sei die Frage (nach dem natürlichen Kausalzusammenhang zum Unfall vom 10. Januar 2000) aber nicht eindeutig zu beantworten. Im Rahmen des Bagatelltraumas vom 29. Mai 2000 sei wieder eine Instabilität des medialen Meniskus beziehungsweise ein Ausreißen der Naht festgestellt worden, bei im Januar 2000 diagnostizierter Insuffizienz der vorderen Kreuzbandplastik. Somit wäre grundsätzlich davon auszugehen, dass der Unfall vom 10. Januar 2000 zu einer

richtunggebenden Verschlimmerung geführt habe, da die Instabilität nicht behoben worden sei. Bei einer solchen Beurteilung würde jedoch der Vorzustand aus dem Jahre 1997 ausser Betracht bleiben.

Insgesamt handle es sich um einen sehr komplexen Fall, der aus rein medizinischer Sicht nicht abschliessend beurteilt werden könne. Es würden sich folgende Fragen stellen: (1.) Bei dem Unfallereignis vom 10. Januar 2000 sei eine Insuffizienz der vorderen Kreuzbandplastik, jedoch keine Läsion festgestellt worden. Es sei von einer Überdehnung des Transplantates ausgegangen worden bei fester Verankerung sowohl femoral als auch tibial. Bei intaktem Transplantat stelle sich die Frage, ob die zu niedrige Bandspannung nicht bereits seit der Operation vom 5. März 1998 bestanden habe. Bereits bei der ersten vorderen Kreuzbandplastik vom 5. März 1998 habe es Probleme mit der femoralen Fixation des Transplantates gegeben, vermutlich sei gemäss Operationsbericht die dorsale Wand ausgebrochen. Somit sei gut vorstellbar, dass die Insuffizienz der vorderen Kreuzbandplastik bereits vor dem Unfall vom 10. Januar 2000 vorgelegen und der Snowboardunfall entsprechend nur zu einer vorübergehenden Verschlimmerung geführt habe. Die gesamte heutige Problematik mit der bereits vorhandenen postero-medialen Gonarthrose wäre dann auf das Unfallereignis aus dem Jahre 1997 zurückzuführen. (2.) Im Rahmen des Bagateltraumas vom 29. Mai 2000 habe ein Teil des Innenmeniskus entfernt werden müssen. Allein hierdurch bestehe ein erhöhtes Arthroserisiko. Die dann durchgeführte erneute vordere Kreuzbandplastik sei bereits durch zwei Gutachter als schlecht beurteilt worden. Bei der Arthroskopie vom 22. Juni 2017 hätten sich von der vorderen Kreuzbandplastik nur noch Restfasern gefunden, was ebenfalls für eine Insuffizienz der vorderen Kreuzbandplastik vom 7. Juli 2000 spreche. Auch wenn der körperlich schwer arbeitende Beschwerdeführer (Maurer) gemäss Unterlagen über viele Jahre angeblich beschwerdefrei gewesen sei, sei das Instabilitätsproblem mit der Operation vom 13. Januar 2000 nicht gelöst mit den entsprechenden Folgeschäden von heute (mediale Gonarthrose). Ob die heutigen Folgeschäden und die daher erneuten Operationen im Jahr 2017 auf die Insuffizienz der vorderen Kreuzbandplastik vom 7. Juli 2000 oder auf die nicht behandelte Insuffizienz der vorderen Kreuzbandplastik im Rahmen des Unfalls vom 10. Januar 2000 oder schlussendlich auf das primäre Unfallereignis von 1997 zurückzuführen sei, sei für ihn eine juristische Frage (Urk. 11/M6 S. 1-2) . 4.

4.1

Strittig und zu klären ist die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin für den im Jahr 2017 bestehenden Gesundheitsschaden, der im Juni und Dezember 2017 zwei operative Eingriffe erforderte und zu einer Arbeitsunfähigkeit ab Ende Mai 2017 geführt hat.

Der zur Beurteilung des Leistungsanspruches

relevante medizinische Sachverhalt fusst hauptsächlich auf den drei ärztlichen Berichten von Dr. G.____, Dr. E.____ und Dr. F.____ (vgl. E. 3.2- 3.4). Von Seiten der Parteien wurden keine Einwände gegen die Beweiskraft dieser Berichte erhoben. Es bestehen denn auch keine Anhaltspunkte dafür, welche daran zweifeln liessen, dass die betreffenden Berichte die rechtsprechungsgemässen Voraussetzungen erfüllen (vgl. E. 1.7). Auf die ärztlichen Berichte von Dr. G.____, Dr. E.____ und Dr. F.____

kann somit abgestellt werden. 4. 2

Der der Rückfallmeldung

zugrundeliegende Gesundheitsschaden blieb unter den Parteien unbestritten und ist anhand der Berichte von Dr. H.____ ausgewiesen (Urk. 3/8-11): Im Juni 2017 wurde eine chronische vordere Instabilität des rechten Kniegelenks mit postero -medialer Gonarthrose, Meniskusläsion postero -laterale, Meniskusläsion postero -medial und Synovitis festgestellt.

Dr. H.____ erachtete es aufgrund der Ergebnisse der bilanzierenden Arthroskopie vom 23. Juni 2017 als sinnvoll, das Kniegelenk nochmals mit einer VKB-Plastik zu stabilisieren (Urk. 3/8).

Dementsprechend wurde am 14. Dezember 2017 eine Ersatzplastik des vorderen Kreuzbandes eingesetzt (Urk. 3/10).

4.3

Der Beschwerdeführer war ab dem 1. März 2000 bei der Beschwerdegegnerin versichert. Als potentielle Anknüpfungspunkte für eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin für den Rückfall respektive die Spätfolgen

fallen vor diesem Hintergrund das Ereignis vom 29. Mai 2000 sowie der am 7. Juli 2000 durchgeführte ärztliche Eingriff

in Betracht (vgl. Sachverhalt E. 1.2). 4.4

Am 29. Mai 2000 wollte der Beschwerdeführer im Gartenhaus etwas holen, drehte sich um und verdrehte sich das rechte Knie (Unfallmeldung vom 8. Juni 2000 , Urk. 7/G1). Dabei zog er sich eine Meniskusreläsion im Hinterhorn medial des rechten Kniegelenks zu (Urk. 11/M5). Dem geschilderten Ereignis mangelt es an einer plötzlichen schädigenden Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper , um es als Unfall im Rechtssinne qualifizieren zu können (vgl. E. 1.3) . Vielmehr ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen , dass dem Meniskusriss ein gewöhnlicher physiologischer Bewegungsablauf voranging. So bezeichneten denn auch Dr. G.____ und Dr. F.____ das Ereignis als «banales Ereignis im Alltag» bzw. als «Bagateltrauma» , welches nur aufgrund der vorbestehenden Instabilität des Kniegelenks habe geschehen können (vgl. E. 3.2 und E. 3.4).

Vor dem 1. Januar 2017 wurde auch für eine unfallähnliche Körperschädigung noch ein plötzliches Ereignis als Auslösfaktor (sog. s inffälliges Ereignis) vorausgesetzt (vgl. E. 1.4) .

Ein solches fehlt je doch bei einem gewöhnlichen physiologischen Bewegungsablauf wie dem Vorliegenden, weshalb

das Ereignis vom 29. Mai 2000 auch nicht als unfallähnliche Körperschädigung zu qualifizieren ist . Dementsprechend stellt das Ereignis vom 29. Mai 2000

kein versichertes Unfallereignis dar und es kann gestützt darauf keine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin

begründet werden.

Zu prüfen bleibt jedoch, inwiefern der operative Eingriff vom 7. Juli 2000 (Menisektomie , Entfernung der alten Schrauben, Vornahme einer erneuten Kreuz band ersatz plastik; Urk. 3/7) an sich den Unfallbegriff erfüllt. 4.5

4.5.1

Auch ein

ärztlicher Eingriff hat sämtliche Voraussetzungen des Unfallbegriffs zu erfüllen, wobei die Begriffsmerkmale

der Ungewöhnlichkeit der Einwirkung eines äusseren Faktors ebenso Geltung beanspruchen (vgl. E. 1.3.2). Die Frage, ob eine ärztliche Vorkehr als mehr oder weniger ungewöhnlicher äusserer Faktor zu betrachten ist, ist aufgrund objektiver medizinischer Kriterien zu beantworten. Sie ist nur dann zu bejahen, wenn die ärztliche Vorkehr als solche den Charakter des ungewöhnlichen äusseren Faktors aufweist; denn das Merkmal der Aussergewöhnlichkeit bezieht sich nach der Definition des Unfallbegriffs nicht auf die Wirkungen des äusseren Faktors, sondern allein auf diesen selber. Nach der Praxis ist es mit dem Erfordernis der Aussergewöhnlichkeit streng zu nehmen, wenn eine medizinische Massnahme in Frage steht. Damit eine solche Vorkehr als ungewöhnlicher äusserer Faktor qualifiziert werden kann, muss ihre Vornahme unter den jeweils gegebenen Umständen vom medizinisch Üblichen ganz erheblich abweichen und zudem, objektiv betrachtet, entsprechend grosse Risiken in sich schliessen. Im Rahmen einer Krankheitsbehandlung, für welche der Unfallversicherer nicht leistungspflichtig ist, kann ein Behandlungsfehler ausnahmsweise den Unfallbegriff erfüllen, nämlich wenn es sich um grobe und ausserordentliche Verwechslungen und Ungeschicklichkeiten oder sogar um absichtliche Schädigungen handelt, mit denen niemand rechnen noch zu rechnen braucht. Ob ein Unfall im Sinne des obligatorischen Unfallversicherungsrechts vorliegt, beurteilt sich unabhängig davon, ob der beteiligte Mediziner einen Kunstfehler begangen hat, der eine (zivil- oder öffentlichrechtliche) Haftung begründet. Ebenso wenig besteht eine Bindung an eine allfällige strafrechtliche Beurteilung des ärztlichen Verhaltens (BGE 118 V 283 E. 2.b mit Hinweisen). 4.5.2

Dr. G.____ beurteilte die femorale Fixation der VKB-Plastik als « maximal sub optimal (eigentlich als schlecht) » (vgl. E. 3.2).

Die femorale Interferenzschraube liege nicht nur absolut falsch (keine korrekte, langstreckige Interferenz – volle Schraubenlänge – möglich, höchstens bzw. eventuell ein « eintrittsnahes », sicher aber insuffizientes Verklemmen, was eine Integration verhindere), sondern habe auch einen relevanten Zusatzschaden (Verletzung der dorsalen Kortikalis) bewirkt. Tibial sei die Bio-Interferenzschraube korrekt platziert worden, retrospektiv erscheine aber fraglich, ob so eine suffiziente Verankerung habe gewährleistet werden können (Urk. 3/12 S. 5). Dr. E.____ bestätigte sodann, dass die Operation schlecht durchgeführt worden sei und verwies auf den Ausbruch der hinteren Kondylenwand sowie eine insuffiziente Spannung des Transplantates (vgl. E. 3.3).

Relativierend wies Dr. E.____ jedoch darauf hin, dass der Operateur am 7. Juli 2000 auf schwierige Verhältnisse bei vorbestehender Instabilität des Kniegelenks getroffen sei (E. 3.3). Bereits anlässlich der ersten vorderen Kreuzbandplastik vom 5. März 1998 konnte beim Eindrehen der Polylaktatschraube femoral kein festes Gefühl erreicht werden und wurde befürchtet, dass die dorsale Wand etwas ausgebrochen war (Urk. 3/4). So wies denn auch Dr. F.____ darauf

hin, dass es bereits bei der Operation vom 5. März 1998 Probleme mit der femoralen Fixation des Transplantates gegeben habe und vermutlich die dorsale Wand ausgebrochen sei (vgl. E. 3.4). Dem Operationsbericht vom 10. Juli 2000 ist sodann zu entnehmen, dass

die Interferenzschraube im femoralen Block anfänglich keinen guten Halt gefunden hat. Der Operateur hatte das Gefühl, die Schraube würde durch die noch nicht resorbierte Interferenzschraube behindert. Daraufhin wurde die Eindrehrichtung etwas geändert, woraufhin die Schraube fixiert werden konnte (Urk. 3/7). Aufgrund der konkreten Umstände – insbesondere des ausgewiesenen Vorzustandes – kann das Herausbrechen aus der dorsalen Wand bei der zweiten VKB-Plastik im Juli 2000 nicht als völlig unerwartet eingetretener Zusatzschaden

eingestuft werden (vgl. E. 4.5.1).

Neben dem Herausbrechen der dorsalen Wand erschöpft sich die Kritik am ärztlichen Eingriff darin, dass keine suffiziente Spannung erreicht werden konnte. Bei der nach dem Eingriff (nach wie vor) bestehenden Insuffizienz handelt es sich um eine unerwünschte Wirkung des Eingriffs als äusserem Faktor, was jedoch nicht die Ungewöhnlichkeit des Eingriffs an sich zu begründen vermag (vgl. E. 1.3.2 und E. 4.5.1).

Den postoperativen ärztlichen Beurteilungen sind darüber hinaus keine Anzeichen dafür zu entnehmen, dass der Eingriff an sich unter den gegebenen Umständen vom medizinisch üblichen abgewichen ist und erhebliche Risiken an sich barg.

Vor diesem Hintergrund ist nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit darauf zu schliessen, dass dem ärztlichen Eingriff eine grobe und ausserordentliche Ungeschicklichkeit des Operateurs innewohnte. Vielmehr ist – mit der Beschwerdegegnerin (vgl. E. 2.2) – davon auszugehen, dass der Operateur am 7. Juli 2000 auf schwierige Verhältnisse traf, welche er nicht optimal zu meistern vermochte, womit die strengen Anforderungen an den Ungewöhnlichkeitsbegriff nicht erfüllt werden. Der ärztliche Eingriff vom 7. Juli 2000 stellt damit keinen Unfall im Rechtssinne dar. 4.6

Da keine weiteren potentiell versicherten Ereignisse infrage kommen, kann eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin ausgeschlossen werden.

Ergänzend ist – insbesondere der Argumentationslinie der Prozessparteien geschuldet – darauf hinzuweisen, dass aufgrund der Ereignisse vom 29. Mai und 7. Juli 2000 auch dann keine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin

bestehen würde, wenn diese Ereignisse den gesetzlichen Unfallbegriff erfüllten. So kamen Dr. G.____ und Dr. E.____

– entgegen der Interpretation des Beschwerdeführers (vgl. Urk. 1 S. 6) – einhellig zum Schluss, dass der im Rahmen des Rückfalls respektive der Spätfolgen geltend gemachte Gesundheitsschaden überwiegend wahrscheinlich auf ein vor dem 1. März 2000 stattgehabtes Ereignis kausal zurückzuführen ist (E. 3.2-3.3). Übereinstimmend wird davon ausgegangen, dass die für den Gesundheitsschaden primär verantwortliche Instabilität des Kniegelenks spätestens seit dem Snowboardunfall vom 10. Januar 2000 bestanden hat, was auch mit den am 13. Januar 2000 erhobenen intraoperativen Befunden in Einklang steht (Urk. 3/5). Da vor dem 1. März 2000 keine Versicherungsdeckung bei der Beschwerdegegnerin bestand, kommt sie somit auch unter dem Blickwinkel der natürlichen Kausalität nicht als Leistungspflichtige in Frage.

Vorliegend würde es dem Beschwerdeführer nicht gelingen, den – aufgrund der Zeitspanne von 17 Jahren zwischen dem (hypothetisch) versicherten Ereignis und dem Eintritt des Ge

sundheitsschadens besonders anspruchsvollen (vgl. E. 1.6) – Wahrscheinlichkeitsbeweis des natürlichen Kausalzusammenhangs

zu erbringen.

Dass Dr. F. ___ die Operation vom 7. Juli 2000 – neben dem Unfall vom 10. Januar 2000 und dem primären Unfallereignis von 1997 – als mögliche (Teil-)Ursache für die Instabilität erachtet (vgl. E. 3.4), vermag daran nichts zu ändern. 4.7

Kommen weder das Ereignis vom 29. Mai 2000 noch die darauffolgende Operation vom 7. Juli 2000 als natürlich kausale Ursache im Sinne eines versicherten Unfalles für die im Jahre 2017 festgestellten Rückfälle oder Spätfolgen in Frage, greift auch Art. 100 Abs. 3 UVV nicht. Diese Bestimmung setzt voraus, dass mit überwiegender Wahrscheinlichkeit feststeht, dass ein Gesundheitsschaden Folge eines Unfalles ist, jedoch die Zuordnung zu einem von mehreren in Frage kommenden Unfallereignissen nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit möglich ist (vgl. RKUV 2002 Nr. U 469 S. 522, U 417/01 E. 3a). Ein solcher Sachverhalt liegt – jedenfalls im Verhältnis zur Beschwerdegegnerin – nicht vor. 5.

Aus dem Gesagten ergibt sich, dass die Beschwerdegegnerin in ihrem Einspracheentscheid vom 15. Oktober 2018 eine Leistungspflicht zu Recht verneinte. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Yolanda Schweri -
Unfallversicherung Stadt Zürich - Helsana Unfall 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 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 dem 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 HurstKübler

E. 6

Abs. 3 UVG hat die Versicherung ihre Leistungen für Schädigungen zu erbringen, die der versicherten Person bei der Heilbehandlung (Art.

E. 10

UVG) zugefügt werden. Danach hat die Unfallversicherung für Schäden einzustehen, die durch Krankenpflegemassnahmen (Heilbehandlung) im Anschluss an versicherte Unfälle herbeigeführt werden, ohne dass diese behandlungsbedingte Schadensverursachung den Unfallbegriff, den Tatbestand des haftpflichtrechtlichen Kunstfehlers oder der strafrechtlich relevanten Körperschädigung erfüllen müsste (BGE 118 V 286 E. 3b).

E. 11

UVV). Bei einem Rückfall handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit, so dass es zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise sogar zu (weiterer) Arbeitsunfähigkeit kommt; von Spätfolgen spricht man, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Verlaufe längerer Zeit organische oder auch psychische Veränderungen bewirkt, die zu einem anders gearteten Krankheitsbild führen können (BGE 118 V 293 E. 2c mit Hinweisen).

Rückfälle und Spätfolgen schliessen sich begrifflich an ein bestehendes Unfallereignis an. Entsprechend können sie eine Leistungspflicht der Unfallversicherung nur auslösen, wenn zwischen den erneut geltend gemachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 118 V 293 E. 2c in fine).

Bei Rückfällen und Spätfolgen obliegt es der versicherten Person, das Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem neuen Beschwerdebild und dem Unfall mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachzuweisen. Je grösser der zeitliche Abstand zwischen dem Unfall und dem Auftreten der gesundheitlichen Beeinträchtigung ist, desto strengere Anforderungen sind an den Wahrscheinlichkeitsbeweis des natürlichen Kausalzusammenhangs zu stellen. Bei Beweislosigkeit fällt der Entscheid zu Lasten der versicherten Person aus. Werden durch einen Unfall Beschwerden verursacht, übernimmt die Unfallversicherung den durch das Unfallereignis verursachten Schaden, spätere Gesundheitsstörungen dagegen nur, wenn eindeutige Brückensymptome gegeben sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_589/2017 vom 21. Februar 2018 E. 3.2.2 mit Hinweisen). 1. 7

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

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

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