

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00083**

## **vom 4. August 2019**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-08-04, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2019.00083](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2019.00083)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00083 du 4 août 2019

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00083 del 4 agosto 2019

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

4. Juli 2017; Urk. 9/ 314-316) , wobei die Versicherte am 8. Mai 2017 vorgängig über die Ergänzungsfragen in Kenntnis gesetzt wurde ( Urk. 9/302). Gestützt auf das Gut achten vom 1 4. Juli 2017 stellte die Swica der Versicherten mit Schreiben vom 1 8. September 2017 ( Urk. 9/317) die Einstellung der Versicherungs leistungen für die Folgen des Unfalls vom 9. Dezember 2011 infolge Erreichens des Status quo sine per

#### **E. 1.1**

Am 1. Januar 2017 sind die am 25. September 2015 beziehungsweise am 9. November 2016 verabschiedeten 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, 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 9. Dezember 2011 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 entfielen (BGE 129

V 177 E. 3.1, 402 E. 4.3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die bloße Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

### **E. 1.3**

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 bloße 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). Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend (Urteil des Bundesgerichts 8C\_637/2013 vom 11.

März 2014 E. 2.3.1 mit Hinweisen).

Mit dem Erreichen des Status quo sine vel ante entfällt eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden. Solange jedoch der Status quo sine vel ante noch nicht wieder

erreicht ist, hat der Unfallversicherer gestützt auf Art. 36 Abs. 1 UVG in aller Regel neben den Taggeldern auch Pflegeleistungen und Kostenvergütungen zu übernehmen, worunter auch die Heilbehandlungskosten nach Art. 10 UVG fallen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_637/2013 vom 11. März 2014 E. 2.3.2). 1.

### **E. 1.5**

) der natürliche Kausalzusammenhang dahin fällt, wenn und sobald der Gesundheitsschaden nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies ist einerseits dann gegeben, wenn der Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante), wieder erreicht wird, oder andererseits, wenn derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht wird. Dem

Gutachten der Ärzte der A.\_\_\_\_ vom 14. Juli 2017 und der Stellungnahme von Dr. N.\_\_\_\_ vom 3. Oktober 2018 ist jedoch zweifellos zu entnehmen, dass die Ärzte der A.\_\_\_\_ und Dr. N.\_\_\_\_ von einem progredienten Verlauf des arthrotischen Leidens im Bereich des linken Kniegelenks ausgingen. Aus diesem Grunde stellt sich vorliegend die Frage nach dem Erreichen des Status quo sine. Insoweit Dr. N.\_\_\_\_ in seinen Beurteilungen die Ansicht vertrat, dass der Status quo ante nach einem Zeitraum von längstens 12 Wochen nach dem Unfallereignis erreicht worden sei, kann darauf vorliegend daher nicht abgestellt werden. Demgegenüber erscheint die Beurteilung durch Dr. N.\_\_\_\_ vom

3. Oktober 2018, worin er die Ansicht vertrat, dass die Gesundheitsbeeinträchtigungen im Bereich des linken Kniegelenks der Beschwerdeführerin auch ohne das angeschuldigte Sturzereignis vom 9. Dezember 2011 eingetreten wären, und davon ausging, dass der Status quo sine ungefähr Ende September beziehungsweise Ende Oktober 2012 erreicht worden sei, als nachvollziehbar und schlüssig, weshalb vorliegend grundsätzlich darauf abgestellt werden kann.

### **E. 1.6**

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 Hinweisen, insbesondere auf BGE 134 V 109 E. 4.3; vgl. auch Urteil 8C\_639/2014 vom 2. Dezember 2014 E. 3).

### **E. 1.7**

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 129 V 177 E. 3.2, 402 E. 2.2, 125 V 456 E. 5a). 1.

### **E. 1.9**

Für die Beurteilung der Frage, ob ein Unfall nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und der allgemeinen Lebenserfahrung geeignet ist, eine psychische Gesundheitsschädigung herbeizuführen, ist nach der in BGE 115 V 133 ergangenen Rechtsprechung auf eine weite Bandbreite von Versicherten abzustellen. Dazu gehören auch jene Versicherten, die aufgrund ihrer Veranlagung für psychische Störungen anfälliger sind und einen Unfall seelisch weniger gut verkraften als Gesunde, somit im Hinblick auf die erlebnismässige Verarbeitung des Unfalles zu einer Gruppe mit erhöhtem Risiko gehören, weil sie aus versicherungsmässiger Sicht auf einen Unfall nicht optimal reagieren (BGE 115 V 133 E. 4b).

Für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhanges zwischen dem Unfall und psychischen Gesundheitsschädigungen ist im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall für die Entstehung der Arbeits- beziehungsweise Erwerbsunfähigkeit eine massgebende Bedeutung zukommt. Dies trifft dann zu, wenn er objektiv eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt (vgl. RKUV 1996 Nr. U 264 S. 288 E. 3b; BGE 115 V 133 E. 7 mit Hinweisen). Für die Beurteilung dieser Frage ist an das Unfallereignis anzuknüpfen, wobei – ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf – folgende Einteilung vorgenommen wurde: banale beziehungsweise leichte Unfälle einerseits, schwere Unfälle andererseits und schliesslich der dazwischen liegende mittlere Bereich (BGE 115 V 133 E. 6; vgl. auch BGE 134 V 109 E. 6.1, 120 V 352 E. 5b/ aa ; SVR 1999 UV Nr. 10 E. 2).

### **E. 1.10**

Bei der Einteilung der Unfälle mit psychischen Folgeschäden in leichte, mittel schwere und schwere Unfälle ist nicht das Unfallerlebnis des Betroffenen massgebend, sondern das objektiv erfassbare Unfallereignis (vgl. BGE 120 V 352 E. 5b/ aa , 115 V 133 E. 6; SVR 1999 UV Nr. 10 E. 2; RKUV 2005 Nr. U 549 S. 237, 1995 Nr. U 215 S. 91).

### **E. 1.11**

) zu prüfen. Die Beurteilung hat dabei unter Ausklammerung der psychischen BeschwerdekompONENTEN zu erfolgen. Vorerst ist im Hinblick auf die Adäquanzfrage die

objektive Schwere des Unfallereignisses vom 9. Dezember 2011 zu prüfen. 6.2

Das Bundesgericht hat in BGE 115 V 133 E. 6a einen gewöhnlichen Sturz und ein Ausrutschen als Beispiele für ein leichtes Unfallereignis aufgeführt. Leichte Unfälle wurden auch angenommen beim Ausrutschen auf einer nassen Wurzel und anschliessendem Sturz auf die linke Seite anlässlich eines Spaziergangs im Wald (Urteil des Bundesgerichts 8C\_526/2008 vom 14. Mai 2009 E. 5.1), bei einem Treppensturz auf das Gesäss mit einem initialen Verdacht auf Handgelenksbruch und später festgestelltem Steissbeinbruch (Urteil des Bundesgerichts U 91/01 vom 19. Dezember 2001), bei einem Ausgleiten beim Tragen einer Motorsäge auf abschüssigem Gelände im Wald (Urteil des Bundesgerichts U 221/04 vom 7. April 2005), bei einem Sturz auf einer Eisfläche mit Kopfanprall (Urteil des Bundesgerichts U 78/02 vom 25. Februar 2003), bei einem Sturz bei Eisregen mit Schenkelhalsbruch (Urteil des Bundesgerichts U 145/02 vom 2. Dezember 2002), bei einem Sturz beim Hinuntersteigen von einer Baumastschne (Urteil des Bundesgerichts U 18/00 vom 17. Oktober 2000) sowie bei einem Schlag eines 600 Kilogramm schweren Betonblocks an den rechten Oberarm während Betonfräsarbeiten (Urteil des Bundesgerichts U 5/01 + U 7/01 vom 15. Oktober 2001). 6.3

Mittelschwere Unfälle im Grenzbereich zu den leichten Unfällen wurden angenommen bei einem schweren Sturz auf den Rücken (BGE 123 V 137 E. 3d), bei einem Ausgleiten beim Hinuntersteigen von einer Böschung mit anschliessendem heftigem Aufschlagen mit dem Rücken auf einem Betonstück am Boden (BGE 115 V 133 E. 11a-b), bei einem Sturz von einem 1,2 Meter hohen Gerüst mit einer Calcaneusfraktur (RKUV 1998 Nr. U 307 S. 449), bei einem Sturz in einen Lichtschacht mit Kontusion der rechten Hüfte und Distorsion des rechten Knies und beim Sturz auf einer schneeplatten Unterlage mit Läsion der Supraspinatussehne an der linken Schulter (Urteil des Bundesgerichts U 232/02 vom 5. August 2003) sowie beim Sturz an einem steinigem Flussufer hangabwärts auf den Rücken ohne schwere Verletzungen (Urteil des Bundesgerichts U 173/03 vom 15. November 2004). 6.4

Beim Unfallereignis vom 9. Dezember 2011

handelt es sich um ein Ausgleiten auf nassem, rutschigem Boden, wobei die Beschwerdeführerin einen Sturz durch eine entsprechende ausgleichende Bewegung noch auffangen beziehungsweise verhindern konnte

(Urk. 9/3-4). Auf Grund des augenfälligen Geschehensablaufs und der dabei erlittenen Verletzungen, insbesondere einer Distorsion und Kontusion des linken Kniegelenks (vorstehend E. 5.1), ist das erwähnte Unfallgeschehen den leichten Unfällen zuzuordnen. Bei solchen Unfällen kann die Adäquanz des Kausalzusammenhangs in der Regel ohne weiteres verneint werden, da solche Ereignisse nicht geeignet erscheinen, zu einer psychischen Fehlentwicklung zu führen (BGE 115 V 133 E. 6a). Ausnahmsweise (beispielsweise bei einem verzögerten Heilungsverlauf, bei einer langdauernden Arbeitsunfähigkeit oder bei Komplikationen durch eine besondere Art der erlittenen Verletzung; vgl. RKUV 1998 Nr. U 297 S. 243 ff.) ist die Adäquanzfrage zwar auch bei leichten Unfällen zu prüfen, wobei die Kriterien, die für Unfälle im mittleren Bereich gelten, heranzuziehen sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_68/2009 vom 7. Mai 2009 E. 5.2 mit Hinweisen). Im vorliegenden Fall lassen indes keine Anhaltspunkte auf solche Ausnahmefälle schliessen. 6.5

Mangels besonderer Umstände, bei deren Vorliegen auch bei leichten Unfällen eine Adäquanzbeurteilung vorzunehmen wäre, wäre der adäquate Kausalzusammenhang

zwischen den psychischen Beschwerden

im Sinne einer gegenwärtig schwergradigen depressiven Störung und einer Agoraphobie mit Panikstörung (vorstehend E. 3. 10 ) beziehungsweise einer rezidivierende n depressive n Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (vorstehend E. 3.8), und dem versicherten Unfall vom 9. Dezember 2011 selbst dann zu verneinen, wenn der natürliche Kausalzusammenhang zu bejahen wäre. Demzufolge ist die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin für die psychische Gesundheitsbeeinträchtigung zu verneinen. 7.

7.1

Nach Gesagtem ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin mit der Verfügung vom 13. November 2017 (Urk. 9/328) beziehungsweise mit dem diese bestätigenden Einspracheentscheid

vom 26. Februar 2019 (Urk. 2) einen adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem versicherten Unfallereignis vom 9. Dezember 2011 und den psychischen Beschwerden verneinte und einen Anspruch der Beschwerdeführerin auf Dauerleistungen (Invalidenrente und Integritätsentschädigung) für die Folgen des versicherten Unfallereignisses verneinte. Gestützt auf die Beurteilung durch Dr. N.\_\_\_\_ vom 14. Juli 2017 (vorstehend E. 3.10) und vom 3. Oktober 2018 (vorstehend E. 3.12) ist indes - wie bereits erwähnt (vorstehend E. 5.1) - in Bezug auf das linke Kniegelenk der Beschwerdeführerin von einem Erreichen des Status quo sine vel ante per 31. Oktober 2012 und nicht, wie die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Einspracheentscheid (vgl. Urk. 2 und Urk. 9/328) annahm, bereits per 2. März 2012 auszugehen. Demzufolge ist ein Anspruch der Beschwerdeführerin auf vorübergehende Leistungen (Taggeld und Heilungskosten) grundsätzlich bis 31. Oktober 2012 ausgewiesen. 7.2

Obwohl die Beschwerdegegnerin gemäss ihren Angaben in der Beschwerdeantwort vom 3. Mai 2019 (Urk. 7 S. 4) der Beschwerdeführerin die vorübergehenden Leistungen (Heilbehandlung und Taggeld) bis Ende Oktober 2014 ausgerichtet habe, hat sie in der Verfügung vom 13. November 2017 (Urk.

9/328) und in dem diese bestätigenden Einspracheentscheid vom 26. Februar 2019 (Urk. 2) die Versicherungsleistungen für die Folgen des Unfalls vom 9. Dezember 2011 per 2. März 2012 eingestellt. Da die Beschwerdegegnerin gegenüber der Beschwerdeführerin auf eine allfällige Rückerstattung (vgl. Art. 25 Abs. 1 ATSG und BGE 130 V 318 E. 5.2)

für die Zeit vom 2. März bis 31. Oktober 2012 ausgerichteteter vorübergehender Leistungen indes jedenfalls nicht rechtsverbindlich verzichtet, ist vorliegend von einem Obsiegen der Beschwerdeführerin in diesem Umfang auszugehen.

Insoweit ist die Beschwerde daher teilweise gutzuheissen. 8.

### **E. 1.12**

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.

### **E. 1.14**

). Denn einerseits verfügte er als Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates

über eine für die Beurteilung des somatischen Gesundheitsschadens der Beschwerdeführerin

notwendige medizinische Weiterbildung. Andererseits setzte er sich eingehend mit den medizinischen Vorakten und den Ergebnissen der bildgebenden Untersuchungen auseinander und begründete in nachvollziehbarer Weise seine Schlussfolgerungen, wonach

ein massgeblicher Vorzustand im Sinne deutlicher arthrotischer Veränderungen und Knorpelunregelmässigkeiten im Bereich des linken Kniegelenks vorbestanden habe, und wonach die vorbestehenden Gesundheitsbeeinträchtigungen im Bereich des linken Kniegelenks durch das versicherte Unfallereignis lediglich vorübergehend aktiviert, nicht hingegen richtunggebend beziehungsweise dauerhaft verschlimmert worden seien. Er legte alsdann unter Hinweis auf die medizinische Fachliteratur sowie auf die medizinische Erfahrungstatsache, wonach mechanisch bedingte Knochenmarködeme in der Regel ohne Spätschaden ausheilen, in nachvollziehbarer Weise dar, dass das Knochenmarködem, welches sich die Beschwerdeführerin anlässlich des Unfallereignisses vom 9. Dezember 2011 zuzog, nicht geeignet gewesen sei, Spätschäden zu verursachen, und dass es sich beim mittels MRI im Bereich ihres linken Kniegelenks festgestellten Erguss mangels eines Einrisses durchbluteter Weichteile und mangels eines Knochenbruchs mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht um einen Bluterguss, sondern um einen serösen Erguss gehandelt habe, weshalb davon auszugehen sei, dass es durch das versicherte Unfallereignis lediglich zu einer temporären Verschlechterung des vorbestehenden Leidens im Bereich des linken Kniegelenks gekommen sei.

## **E. 2**

7. März 2019 Beschwerde und beantragte, dieser sei aufzubeheben, und es seien ihr auch nach dem 2. März 2012 die versicherten Leistungen im Sinne von Taggeld und Heilbehandlung sowie nach Erreichen des medizinischen Endzustandes

eine Rente und eine Integritätsentschädigung (von mindestens 20%) zu gewähren (Urk. 1 S. 2).

Mit Beschwerdeantwort vom 3. Mai 2019 (Urk. 7) beantragte die Swica die Abweisung der Beschwerde (S. 2). Mit Eingabe vom 5. Juni 2019 (Urk. 11) hielt die Beschwerdeführerin an ihrem beschwerdeweise gestellten Rechtsbegehren fest (S.

2), worüber die Beschwerdegegnerin am 11. Juni 2019 (Urk. 12) in Kenntnis gesetzt wurde. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin ging im angefochtenen Einspracheentscheid vom 26. Februar 2019 (Urk. 2) gestützt auf das Gutachten der Ärzte der A.\_\_\_\_,

vom 14. Juli 2017 (Urk.

9/314-316), davon aus, dass es sich bei den von der Beschwerdeführerin nach dem 2. beziehungsweise 9. März 2012 geklagten Beschwerden im Bereich ihres linken Kniegelenks nicht mehr um natürlich kausale Folgen des versicherten Unfalls vom 9. Dezember 2011 handle beziehungsweise, dass zu diesem Zeitpunkt der Status quo sine vel

ante erreicht worden sei , und dass die ab diesem Zeitpunkt weiterbestehenden psychischen Beschwerden nicht in einem adäquaten Kausalzusammenhang zum versicherten Unfallereignis stünden , wes halb die Versicherungsleistungen auf den 2. März 2012 einzustellen seien (S. 7) . In der Beschwerde antwort vom 3. Mai 2019 ( Urk. 7) hielt die Beschwerdegegnerin fest, dass sie der Beschwerdeführerin die vorübergehenden Leistungen (Heilbehandlung und Taggeld) bis Ende Oktober 2014 und somit über den 2. beziehungsweise 9. März 2012 hinaus bereits ausgerichtet habe (S. 4).

### **E. 2.2**

Die Beschwerdeführerin brachte

hiergegen vor, dass auf das Gutachten der Ärzte der A.\_\_\_\_

nicht abschliessend abgestellt werden könne, weshalb die Beschwerdegegnerin für die Folgen der Knieverletzung weiterhin Versicherungsleistungen zu erbringen habe . Da sie durch den Gebrauch von Gehhilfen, auf welche sie infolge der unfallbedingten Knieverletzung angewiesen gewesen sei , zusätzlich unter gesundheitlichen Beeinträchtigungen im Bereich der Hand- und Schultergelenke

leide, habe die Beschwerdegegnerin zudem auch hierfür Versicherungsleistungen zu erbringen ( Urk. 1 S. 17) .

### **E. 2.3**

Das hiesige Gericht erwog in dem in Rechtskraft erwachsenen Urteil vom 30. September 2016 in Sachen der Parteien (Prozess Nr. UV.2015.00191; Urk. 9/269) einerseits , dass weder die Stellungnahme von PD Dr. med.

B.\_\_\_\_

vom 7. Juni 2012 , noch das Gutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_

vom 12. Dezember 2012, das Gutachten von Dr. med. D.\_\_\_\_ vom 8. August 2013

und dasjenige der Ärzte der E.\_\_\_\_ vom 12. Oktober 2014 zu überzeugen vermöchten , weshalb darauf nicht abgestellt werden könne (E. 3.5). Im Folgenden ist daher anhand der Ergebnisse der seit Erlass des

Urteils des hiesigen Gerichts vom 30. September 2016 in Sachen der Parteien (Prozess Nr. UV.2015.00191; Urk. 9/269) durchgeführten ergänzenden Sachverhaltsabklärungen zu prüfen , ob die Beschwerdegegnerin die Versicherungsleistungen für die Folgen des Unfalls vom 9. Dezember 2011 zu Recht per

2. März 2012 ein stellte. 3. 3.1

Die Ärzte des F.\_\_\_\_ , Radiologie, stellten im MRI-Bericht vom 19. Dezember 2011 (Urk. 9/1) fest, dass eine gleichentags durchgeführte Magnetresonanztomographie (MRI) des linken Kniegelenks der Beschwerdeführerin intakte Bandstrukturen , eine aktivierte mediale Gonarthrose sowie eine Retropatellararthrose ohne Anhaltspunkte für eine Meniskuläsion ergeben habe und erhoben den folgenden Befund: - erhaltene Artikulation im linken Kniegelenk - keine Luxation , keine Subluxation , keine pathologische Konturunterbrechung im Sinne einer Fraktur - vermehrter Kniegelenkserguss - intakte vordere und hintere Kreuzbänder - altersentsprechende Meniskiohne Rissbildung - diskretes Knochenmarksödem im Bereich der gelenkbildenden Fläche femoral

medialseitig bei Knorpelunregelmässigkeiten - deutliche Knorpelunregelmässigkeiten retropatellär - intakte Darstellung des Ligamentum collaterale laterale und des Ligamentum collaterale mediale - unauffällige Darstellung der Quadrizepssehne und der Patellarsehne - diskrete Imbibition der Weichteile ventral des Ligamentum patellae - kleinste Baker-Zyste 3.2

Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, diagnostizierte mit Bericht vom 25. April 2012 (Urk. 9/16) einen Verdacht auf eine (posttraumatische) Gonarthrose links und erwähnte, dass die Beschwerdeführerin gemäss ihren Angaben im jugendlichen Alter an ihren beiden Kniegelenken, wahrscheinlich wegen einer Chondropathia patellae, operiert worden sei. Anschliessend sei sie indes in Bezug auf ihre Kniegelenke schmerzfrei gewesen. Am 9. Dezember 2011 sei sie bei der Arbeit als Serviertochter auf nassem Boden ausgeglitten und habe sich das linke Knie verdreht, welches anfänglich stark geschwollen und schmerzhaft gewesen sei. Im Verlauf hätten die Schmerzen auf der Innenseite und auch im Kniescheibenbereich persistiert, vor allem beim Treppensteigen. Anlässlich des am 19. Dezember 2011 durchgeführten MRI des linken Kniegelenks hätten sich nur diskrete Knorpelschäden medial und femoropatellär sowie ein gewisser Gelenkserguss ohne Meniskus- oder Kreuzbandläsionen gezeigt. Die Gelenkbeweglichkeit sei vollständig frei gewesen; positive Meniskuszeichen seien nicht nachzuweisen gewesen (S. 1).

Röntgenologisch seien keine eindeutigen degenerativen oder posttraumatischen Veränderungen zu erkennen gewesen; in der MRI hätten sich lediglich diskrete degenerative Knorpelveränderungen gezeigt. Am 18. Mai 2012 seien eine (diagnostische) Arthroskopie und eine allfällige Gelenktoilette vorgesehen. Ob die geschilderten Beschwerden tatsächlich posttraumatischen Ursprunges seien, sei schwierig zu beurteilen (S. 2). 3.3

Dr. G.\_\_\_\_ erwähnte im Operationsbericht vom 18. Mai 2012 (Urk. 9/19), dass bei der Beschwerdeführerin gleichentags eine Arthroskopie mit retropatellärem und medialem KnorpelDébridement sowie Pridiebohrungen am medialen Kondylus links durchgeführt worden sei, und diagnostizierte einen medialen und femoropatellären Knorpelschaden im Bereich des linken Kniegelenks. Retropatellär sei eine erhebliche Knorpelschädigung im Sinne einer Chondromalazie Grad II bis III und femoralseitig ein hochgradig ausgedünnter Knorpel in der ganzen Belastungszone festzustellen gewesen (S. 1), weshalb ein ausgedehntes Knorpel Débridement mit Entfernung der instabilen und vulnerablen Knorpelteile und multiple Pridiebohrungen in der Defektzone durchgeführt worden seien. Das vordere und hintere Kreuzband und die Menisken seien intakt und rissfrei gewesen (S. 2). 3.4

Die Ärzte des H.\_\_\_\_ stellten im MRI-Bericht vom 16. Juli 2012 (Urk. 9/27) fest, dass eine gleichentags durchgeführte MRI des linken Kniegelenks der Beschwerdeführerin die folgenden Befunde ergeben habe: - Zeichen einer Varusgonarthrose mit Chondropathie

- Bone

bruise und bereits zystoide resorptive Veränderungen am medialen Femurkondylus - leichte Trochleodysplasie mit verkürzter medialer

Auflagefläche - Retropatellararthrose - Zustand nach Zerrung und Einriss des medialen Retinakulum patellae - Zustand nach Zerrung und Einriss der posterioren Gelenkkapsel -

Ergussanteile im post erieren K ompartiment , interkondylär und retro-supra patellar -  
mukoide Menisk usveränderungen ohne Riss

- minime initiale Bakerzyste

Sie erwähnten sodann, dass mittels MRI eine deutliche mediale Gelenks spalt ver-  
schmälerung mit Höhenminderung des Knorpels femoral , partiell bis zur Knor pelglatze ,  
sowie ein knochenödemäquivalentes Signal im Bereich des medialen Femurk ondylus bei  
intaktem Kollateralband und mediale r Gelenk kapsel sowie mukoide degenerative  
Veränderungen , ohne Rissbildung im Bereich der Aussen - und Innenmeniski

festgestellt worden seien. 3.5

Dr. med. I.\_\_\_\_ , Facharzt für Chirurgie

und für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, J.\_\_\_\_ ,  
erwähnte im Austrittsbericht vom 1 2. September 2016 ( Urk. 9/290 S. 2), dass die  
Beschwerdeführerin vom 8. bis 9. September 2016 hospitalisiert gewesen sei, und  
diagnostiziert e eine unklare femo ro patellare Schmerzproblematik bei Status nach diversen  
Vorooperati onen am linken Knie und bei Status nach Knietotalpro thesen- Implantati on . Er  
stellte fest, dass ein low grade Infekt anlässlich des Eingriffs im Bereich des linken  
Kniegelenks mit Adhäsiolyse

peri patellär und mit diversen Gewebsbiopsien habe ausgeschlossen werden können. 3.6

Die Ärzte der K.\_\_\_\_ stellten in ihrem Bericht vom 2 0. Januar 2017 ( Urk. 9/296) die  
folgenden Diagnosen: - s eptische Lockerung einer Knietotalendoprothese links mit  
Nachweis von Staphylokokkus Epide rm idis mit/bei : - Status nach diagnostischer K  
niegelenksarthroskopie mit Entna hme von Gew ebe biopsien vom 8. September 2016, -  
Status nach Fistelverschluss im Bereich des Arthroskopieportales am 2. November 2016 -  
Status nach Konversion auf eine Knietotalendoprothese

im Bereich des linken Kniegelenk s im August 2013 mit/bei Status nach Implantation einer  
medialen unikondylären Knieteilprothese links im August 2012 und Status nach  
Kniegelenksarthroskopie links im Mai 2012 nach Distorsion des linken Kniegelenk s  
im Dezember 201 1

Die Ärzte erwähnten, dass die Beschwerdeführerin nach den erwähnten Eingriffen nie  
beschwerdefrei gewesen sei , weshalb sie auf Grund einer unklaren f emoropa tellären  
Schmerzsymptomatik am 8. September 2016 arthroskopiert

worden sei . Im weiteren Verlauf habe ein Infekt durch eine P unktion bestätigt werden kön-  
nen . Eine Untersuchung mittels Spect -CT ( Single Photon Emission Computed

Tomography / Computed

Tomography ) habe eine Lockerung der tibialen Kompo nente ergeben (S. 1) . Auf Grund  
der Infektsituation bestehe die Indikation zum zweizeitigen Knieprothesenwechsel , wobei  
vorgesehen sei, die Knietotal endoprothese

in der ersten Operation zu entfernen und einen Spacer

einzusetzen . Die Prothese sei anschliessend nach einer Zeit von ungefähr sechs bis acht  
Wochen erneut einzusetzen (S. 2).

3.7

Im Austrittsbericht vom 8. Februar 2017 (Urk. 9/299) erwähnten die Ärzte der K.\_\_\_\_, dass die Beschwerdeführerin vom 5. bis 20. Februar 2017 hospitalisiert gewesen sei, und dass anlässlich des operativen Eingriffs im Bereich des linken Knies vom 6. Februar 2017 die Knie totalendoprothese

ausgebaut und ein Spacer implantiert worden sei. Sie stellten die folgenden Diagnosen (S. 1): - septische Lockerung einer Knie totalendoprothese links mit/bei: - Nachweis von Staphylokokkus epidermidis - Status nach diagnostischer Kniegelenksarthroskopie mit Entnahme von Gewebebiopsien vom 8. September 2016 - Status nach Fistelverschluss im Bereich des Arthroskopieportales am 2. November 2016 - Status nach Konversion auf eine Knie totalendoprothese

im Bereich des linken Kniegelenks im August 2013 mit/bei Status nach Implantation einer medialen unikondylären Knie teilprothese links im August 2012 und Status nach Kniegelenksarthroskopie links im Mai 2012 nach Distorsion des linken Kniegelenks im Dezember 2011. Im Weiteren stellten sie die folgenden Nebendiagnosen (S. 2): - Status nach Karpaltunnelsyndrom beidseits, Erstdiagnose 2014 - zervikoradikuläres Schmerzsyndrom im Bereich C5/C6 rechts mit/bei: - Sensibilitätsverminderung im Verlauf von C5/C6 sowie C7/C8 rechts bei Nachweis einer Diskusprotrusion mit neuroforaminaler Einengung C6 rechts - Periarthropathia

humeroscapularis rechts - chronische Rhinosinusitis mit/bei: - Status nach Infundibulotomie beidseits, Septumplastik 2008 - Status nach Revisionsethmoidektomie und Medialisierung der mittleren Nasenmuschel beidseits im Jahre 2008 - Status nach Sphenoidotomie links im Jahre 2010 - lumbospondylogenes Schmerzsyndrom links mit/bei: - LWS Hyperlordose - Diskusprotrusion L3/L4

Die Ärzte erwähnten, dass am 6. Februar 2017 die Knie totalendoprothese ausgebaut und

ein

Spacer

im linken Kniegelenk implantiert worden sei

(S. 2). Die Schmerzsituation habe mittels adäquater Analgesie gut kompensiert werden

können. Anschliessend sei eine Reimplantation einer Knie totalendoprothese vorgesehen (S. 3).

#### **E. 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 schadenlösende traumatische Einwirkung wirkt also selbst dann leistungs begründend, 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). Einem Ereignis kommt der Charakter einer anspruchsbegründenden Teilursache zu, wenn das aus der potentiellen pathogenen Gesamtursache resultierende Risiko zuvor nicht dermassen gegenwärtig war, dass der auslösende Faktor gleichsam beliebig und austauschbar erschiene. Dagegen entspricht die unfall bedingte Einwirkung - bei erstelltem Auslösezusammenhang - einer (anspruchshindernden) Gelegenheits- oder Zufallsursache, wenn sie auf einen der art labilen, prekären Vorzustand trifft, dass jederzeit mit einem Eintritt der (organischen) Schädigung zu rechnen gewesen wäre, sei es aus eigener Dynamik der pathogenen Schadensanlage oder wegen Ansprechens auf einen beliebigen anderen Zufallsanlass.

Wenn ein alltäglicher alternativer Belastungsfaktor zu annähernd gleicher Zeit dieselbe Gesundheitsschädigung hätte bewirken können, erscheint der Unfall nicht als kausales 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. 4.1**

Den erwähnten medizinischen Akten ist zu entnehmen, dass ein 10 Tage nach dem versicherten Unfall vom 9. Dezember 2011 durchgeführtes MRI des linken Kniegelenks der Beschwerdeführerin eine aktivierte mediale Gonarthrose, eine Retropatellararthrose ohne Anhaltspunkte für eine Meniskusläsion, einen vermehrten Kniegelenkserguss sowie ein diskretes Knochenmarksödem im Bereich der gelenkbildenden Fläche bei Knorpelunregelmässigkeiten ergab (vorstehend E. 3.1). Damit übereinstimmend stellte Dr. G. \_\_\_ im Operationsbericht vom 18. Mai 2012 (vorstehend E. 3.3) eine erhebliche Knorpelschädigung im Sinne einer Chondromalazie Grad II bis III im retropatellären Bereich und femoralseitig einen hochgradig ausgedünnten Knorpel in der ganzen Belastungszone im Bereich des linken Kniegelenks fest.

#### **E. 4.2**

Dr. N. \_\_\_

ging im orthopädischen Teilgutachten zum Gutachten der Ärzte der A. \_\_\_ vom 14. Juli 2017 (vorstehend E. 3.10) gestützt auf den MRI-Befund vom 19. November 2011 und auf den anlässlich der Operation vom 18. Mai 2012 erhobenen arthroskopischen Befund davon aus, dass die Beschwerdeführerin zum Unfallzeitpunkt vom 9. Dezember 2011 im Bereich ihres linken Kniegelenks unter einem arthrotischen Vorzustand im Sinne deutlicher arthrotischer Veränderungen mit deutlichen Knorpelunregelmässigkeiten gelitten habe. Anlässlich des versicherten Unfallereignisses habe sich die Beschwerdeführerin im Bereich ihres linken Kniegelenks ein Knochenmarködem beziehungsweise einen

Bone

bruise

zugezogen, welche indes nicht geeignet seien, Spätschäden zu verursachen. Durch das Unfallereignis

vom 9. Dezember 2011 sei es vielmehr zu keinen strukturellen Verletzungen im Bereich des linken Kniegelenks gekommen, weshalb davon auszugehen sei, dass der Status quo ante nach einem Zeitraum von längstens 12 Wochen seit dem Unfallereignis erreicht worden sei. In seiner Stellungnahme vom

3. Oktober 2018 (vorstehend E. 3.12) führte Dr. N.\_\_\_\_

ergänzend aus, dass aufgrund des

MRI

vom 19. Dezember 2011 nicht feststehe, ob es sich beim festgestellten Erguss um einen Reizerguss oder um einen Bluterguss gehandelt habe, dass ein Bluterguss jedoch auszuschliessen sei, da im MRI weder Einrisse durch blutete Weichteile noch Knochenbrüche festgestellt worden seien. Sodann seien gemäss einer medizinischen Erfahrungstatsache Spätschäden eines Bone

bruise auszuschliessen, weshalb davon auszugehen sei, dass es durch das Unfallereignis vom 9. Dezember 2011 lediglich zu einer temporären Verschlechterung eines vorbestehenden arthrotischen Leidens im Bereich des linken Kniegelenks gekommen sei. Der Status quo ante sei nach einem Zeitraum von längstens 12 Wochen und der Status quo sine Ende September beziehungsweise Ende Oktober 2012 erreicht worden.

#### **E. 4.3**

Demgegenüber vertrat Dr. C.\_\_\_\_ in seinen Stellungnahmen vom 9. Oktober 2017 (vorstehend E. 3.11) und vom 16. Februar 2019 (vorstehend E. 3.13) die Ansicht, dass die Beschwerdeführerin neben einem Bone

bruise unter einem massiven Erguss im Sinne eines schmerzhaften Hämatoms im Bereich des linken Kniegelenks gelitten habe, und dass ein

Bone

bruise

im Bereich des Kniegelenks üblicherweise mit einem langwierigen Heilungsprozess verbunden sei und bis zu einem Jahr oder darüber hinaus Schmerzen verursachen könne. Da es sich beim Bone

bruise

zudem um eine strukturelle Veränderung handle, sei von einer richtungsgebenden Verschlechterung auszugehen. In seiner Stellungnahme vom 16. Februar 2019 (vorstehend E. 3.13) ergänzte Dr. C.\_\_\_\_, dass es sich bei einem Bone

bruise

und einem Bluterguss im Kniegelenk um strukturelle Verletzungen handle, und dass bei einem traumatisch bedingten Bone

bruise und einem mittels MRI festgestellten Kniegelenkserguss die Wahrscheinlichkeit für ein Hämatom gross sei, obwohl alleine gestützt auf die Ergebnisse des

MRI nicht feststehe, ob es sich beim festgestellten Erguss um einen

serösen Erguss oder um einen Bluterguss handle.

#### **E. 4.4**

Dem von der Invalidenversicherung im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten, von der Beschwerdegegnerin unbestritten rechtmässig beigezogenen bidisziplinären

Gutachten der Ärzte der A.\_\_\_\_ vom 14. Juli 2017 (vorstehend E. 3.10) kommt der Beweiswert eines versicherungsexternen, im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger in Auftrag gegebenen Gutachten s

zu (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.4 und Urteil des Bundesgerichts 8C\_71/2016 vom 1. Juli 2016 E. 5.3).

Die Beurteilungen durch Dr. N.\_\_\_\_ vom 14. Juli 2017 (vorstehend E. 3.10) und vom 3. Oktober 2018 (vorstehend E. 3.12) erfüllen die nach der Rechtsprechung für eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage vorausgesetzten Kriterien (vgl. vorstehend E.

#### **E. 4.5**

Die Beurteilungen durch Dr. N.\_\_\_\_

vermögen grundsätzlich die für eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage vorausgesetzten Kriterien zu erfüllen. Insoweit Dr. N.\_\_\_\_

in seinem Teilgutachten zum Gutachten der Ärzte der A.\_\_\_\_ vom 14. Juli 2017 und in seiner Stellungnahme vom 3. Oktober 2018 indes die Ansicht vertrat, dass der Status quo ante nach einem Zeitraum von längstens 12 Wochen nach dem Unfallereignis erreicht worden sei, vermag dessen Beurteilung in inhaltlicher Hinsicht nicht zu überzeugen. Denn diesbezüglich gilt es zu beachten, dass gemäss der erwähnten Rechtsprechung (vorstehend E.

#### **E. 4.6**

Nicht zu überzeugen vermögen indes die Beurteilungen durch Dr. C.\_\_\_\_. Denn obwohl er in seiner Stellungnahme vom 16. Februar 2019 (vorstehend E.

3.13) ausdrücklich feststellte, dass mittels MRI lediglich festgestellt werden könne, ob ein Erguss vorliege, nicht jedoch, ob es sich dabei um einen serösen Erguss oder um einen Bluterguss handle, postulierte er einen Bluterguss und begründete dies damit, dass bei einem traumatisch bedingten Bone

bruise die Wahrscheinlichkeit für einen solchen gross sei. Im Vergleich zur Beurteilung durch Dr. N.\_\_\_\_, welcher in nachvollziehbarer Weise darlegte, dass es sich mangels eines Knochenbruchs und mangels eines Einrisses durchbluteter Weichteile bei dem mittels MRI festgestellten Erguss im Bereich des linken Kniegelenks der Beschwerdeführerin mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht um einen Bluterguss, sondern um einen serösen Erguss gehandelt habe, vermag die davon abweichende Beurteilung durch Dr. C.\_\_\_\_

nicht zu überzeugen. Des Gleichen vermag mangels einer nachvollziehbaren Begründung die Beurteilung durch Dr. C.\_\_\_\_

nicht zu überzeugen, insoweit er die Ansicht vertrat, dass es sich beim mittels MRI festgestellten Knochenmarködem beziehungsweise Bone

bruise

um eine strukturelle Veränderungen gehandelt habe, welche zu einer richtungsgebenden Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin geführt habe. Diesbezüglich erscheint vielmehr die Beurteilung durch Dr. N.\_\_\_\_, welcher in nachvollziehbarer Weise gestützt auf die entsprechende medizinische Fachliteratur darlegte, dass mechanisch bedingte Knochenmarködeme gemäss einer medizinischen Erfahrungstatsache in der Regel ohne Spätschaden ausheilen, weshalb das mittels MRI festgestellte Knochenmarködem beziehungsweise Bone

bruise im Bereich des linken Kniegelenks der Beschwerdeführerin nicht geeignet sei, Spätschäden zu verursachen, als schlüssig. Auf die Beurteilungen durch Dr. C.\_\_\_\_ kann vorliegend daher nicht abgestellt werden. 5. 5.1

Nach Gesagtem steht gestützt auf die nachvollziehbaren Beurteilungen durch Dr. N.\_\_\_\_ vom 14. Juli 2017 (vorstehend E. 3.10) und vom 3. Oktober 2018 (vorstehend E. 3.12) fest, dass sich die Beschwerdeführerin anlässlich des versicherten Unfallereignisses vom 9. Dezember 2011 eine Distorsion sowie eine Kontusion ihres linken Kniegelenks zugezogen hat, dass das versicherte Unfallereignis indes keine strukturellen traumatischen Läsionen verursacht hat, dass der vorbestehende arthrotische Gesundheitsschaden im Bereich des linken Kniegelenks dadurch lediglich vorübergehend aktiviert, nicht jedoch richtungsgebend verschlechtert wurde, und dass in Bezug auf das versicherte Unfallereignis der Status quo sine vel ante mit überwiegender Wahrscheinlichkeit spätestens Ende Oktober 2012 erreicht wurde. Damit entfällt zu diesem Zeitpunkt auch eine Teilsächlichkeit (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_816/2009 vom 21. Mai 2010 E. 4.3) für die noch bestehenden Beschwerden im Bereich des linken Kniegelenks der Beschwerdeführerin. 5.2

Da nicht davon auszugehen ist, dass ergänzende Beweismassnahmen an diesem Ergebnis etwas ändern würden, besteht für weitere Abklärungen kein Anlass und es ist von einer erneuten Rückweisung der Sache an die Beschwerdegegnerin zur Durchführung solcher abzusehen (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 124 V 90 E. 4b, 122 V 157 E. 1d mit Hinweisen). 6. 6.1

Die Frage, ob die psychischen Beschwerden in einem adäquaten Kausalzusammenhang zum versicherten Unfallereignis stehen, ist nach der in BGE 115 V 133 dargelegten Methode (vorstehend E.

## **E. 8**

Die Ärzte der L.\_\_\_\_, M.\_\_\_\_, erwähnten im Austrittsbericht vom 15. Mai 2017 (Urk. 9/306 S. 1-3), dass die Beschwerdeführerin vom 6. bis 8. Mai 2017 hospitalisiert gewesen sei, und stellten die folgenden Diagnosen (S. 1): psychiatrie Diagnosen und Belastungsfaktoren nach ICD-10: - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode somatische Diagnosen nach ICD-10: - septische Lockerung einer Kniegelenktotalendoprothese links - zervikoradikuläres Schmerzsyndrom C5/C6 rechts - lumbospondylogenes Schmerzsyndrom links - Refluxoesophagitis Grad I nach Savary-Miller - Varizen der unteren Extremitäten - chronische Rhinosinusitis

Die Ärzte erwähnten, dass die Beschwerdeführerin auf Grund einer akuten Krisensituation mit suizidalen Gedanken

und bei verschiedenen psychosozialen Belastungsfaktoren hospitalisiert worden sei, und dass sie sich durch den stationären Aufenthalt psychisch rasch stabilisieren können. Bei Klinikaustritt hätten keine suizidalen Gedanken mehr bestanden. Es sei eine

Weiterführung der medikamentösen antidepressiven Therapie und eine regelmässige ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Therapie angezeigt (S. 3). 3.9

Die Ärzte der K.\_\_\_\_ führten im Austrittsbericht vom 16. Mai 2017 (Urk. 9/306 S. 28-30) aus, dass die Beschwerdeführerin vom 10. bis 20. Mai 2017 zum Ausbau des Spacers und zur Implantation einer Knie totalendoprothese hospitalisiert worden sei. Dieser operative Eingriff sei am 11. Mai 2017 erfolgt (S. 1). Der peri- und postoperative Verlauf habe sich komplikationslos gestaltet. Die Mobilisation sei unter physiotherapeutischer Anleitung erfolgt und die intraoperativ entnommenen Gewebeproben hätten keinen Keimnachweis ergeben. Die Beschwerdeführerin sei am 20. Mai 2017 mit reizlosen Wundverhältnissen und in gutem Allgemeinzustand in die weitere ambulante Betreuung entlassen worden (S. 2). 3.10

Die Ärzte der A.\_\_\_\_, Dr. med. N.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, und Dr. med. O.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie und für

Psychiatrie und Psychotherapie, stellten in ihrem bidisziplinären Gutachten vom 14. Juli 2017 (Urk. 9/314-316) die folgenden Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit

(Urk. 9/314 S. 2): - chronische Schmerzsymptomatik mit Bewegungs- und Belastungseinschränkung im Bereich des prothetisch versorgten linken Kniegelenks mit: - Beugedefizit von 30° - Streckdefizit von 10° - lymphödematöser Umfangsvermehrung von 7 Zentimeter - Status nach medialer Arthrotomie mit Tuberositasosteotomie, Spacer Ausbau und neuerliche Implantation einer Knie totalendoprothese sowie Patellarrückflächenersatz

am 11. Mai 2017 - Status nach septischem Ausbau der linken Knieprothese mit zeitgleicher Implantation eines Spacers bei antibiotischer Therapie am 6. Februar 2017 - Status nach Punktion des linken Kniegelenks mit positivem Nachweis von Staphylococcus

epidermidis am 25. Januar 2017 - Status nach Fistelverschluss im Bereich des linken Kniegelenkes am 2. November 2016 - Status nach Arthroskopie des linken Kniegelenks mit peripatellärer

Adhäsionolyse und Gewebebiopsien am 8. September 2016 - Status nach Wechsel auf eine Knie totalendoprothese am 7. August 2013 - Status nach Implantation einer unikondylären Schlittenprothese am

7. August 2012 - Status nach Arthroskopie des linken Kniegelenkes mit

retropatellärem und medialem Knorpeldebridement sowie Pridiebohrungen am medialen Kondylus am 18. Mai 2012 - Status nach Patellazentrierung mit Abtragung von Auflagerungen im Jahre 1980 - chronisches zervikozephalisches Schmerzsyndrom ohne Radikulopathie mit: - endgradig eingeschränkter Reklination

- beidseitiger Rotationseinschränkung um 20° - Osteochondrose C5/C6 mit Endplattenveränderungen - dorsale Spondylophyten C4-C7 und flache Protrusion (C4/C5) sowie Bulging (C3/C4 und C5/C6) - leichten bis massigen

Foraminalstenosen C4-C6 beidseits bei Unkarthrosen

- Bewegungseinschränkung im Bereich der Schultergelenke bei: - knöchernem Outletimpingement

- Bursitis subacromialis

- AC-Gelenksarthrose rechts mit Randosteophyten und subtotal aufgebrauchtem Gelenkspalt entsprechend einer Chondropathie Grad Kellgren II - beidseitiges Karpalkanalsyndrom mit linksseitiger Betonung - rezidivierende depressive Störung seit März 2015, seit ungefähr März 2017

bis gegenwärtig schwergradiger Ausprägung, im Verlauf mittelgradig, zuvor mittelgradige depressive Episode - Agoraphobie mit Panikstörung Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Gutachter folgende (S. 4) : - Senk-Spreizfuss beidseits - lumbospondylogenes Schmerzsyndrom ohne Radikulopathie bei Diskusprotrusion im Segment L3/4, gegenwärtig ohne Funktionseinschränkung - Status nach im Jahre 1982 erfolgter Patellamedialisierung rechts, gegenwärtig ohne Funktionseinschränkung sowie ohne Beschwerde vortrag

Sie erwähnten, dass nach dem Sturzereignis vom 9. Dezember 2011 am 19. Dezember 2011 ein MRI des rechten (richtig: linken) Kniegelenks durchgeführt worden sei, und dass dabei keine Begleitverletzungen schützender Strukturen hätten objektiviert werden können. Es hätten weder eine ligamentäre noch eine meniskiale Strukturveränderung vorgelegen. Es hätten sich jedoch eine aktivierte mediale Gonarthrose sowie eine Retropatellararthrose gezeigt (Urk. 9/316 S. 79).

Auf Grund des Umstandes, dass sowohl anlässlich des

### **E. 8.1**

Nach § 34 Abs. 1 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).

### **E. 8.2**

.2

Die Kosten privat eingeholter Gutachten sind im Rahmen der Parteientschädigung dann zu vergüten, wenn die Parteiexpertise für die Entscheidungsfindung unerlässlich war (BGE 115 V 62 E. 5c). Dies gilt unter Umständen auch dann, wenn die versicherte Person in der Sache unterliegt (Urteil 8C\_1005/2012 vom 4. Februar 2013 E. 5 mit Hinweisen). Die von der Beschwerdeführerin im Verwaltungsverfahren eingereichten Stellungnahmen des Dr. C.\_\_\_\_ vom 9. Oktober 2017 (vorstehend E. 3.11) und vom 16. Februar 2019 (vorstehend E. 3.13)

waren weder notwendig noch für die Entscheidungsfindung unerlässlich, weshalb die Voraussetzungen einer Kostenübernahme durch die Unfallversicherung nicht erfüllt sind. Die Beschwerde ist daher in diesem Punkt abzuweisen.

### **E. 8.3**

Ausgangsgemäss hat die nur in einer verhältnismässig geringen Masse teilweise obsiegende Beschwerdeführerin

für das vorliegende Verfahren Anspruch auf eine um 70% reduzierte Prozessentschädigung, welche in Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache und der

Schwierigkeit des Prozesses mit Fr. 960.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bemessen ist. Das Gericht erkennt: 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid der SWICA Versicherungen AG

vom 26. Februar 2019 aufgehoben und es wird festgestellt, dass in Bezug auf den Unfall vom 9. Dezember 2011 der Status quo sine vel ante am 31. Oktober 2012 erreicht wurde, und dass die Beschwerdeführer in bis zu diesem Zeitpunkt grundsätzlich Anspruch auf vorübergehende Leistungen für die Folgen des versicherten Unfalls hat. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine reduzierte Prozessentschädigung von Fr. 960.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Reto Zanotelli - SWICA Versicherungen AG - Bundesamt für Gesundheit 5.

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

## **E. 10**

Tage nach dem Unfall ereignis durchgeführten MRI als auch anlässlich der am 18. Mai 2012 durchgeführten Spiegelung des linken Kniegelenks strukturelle Verletzungsfolgen der schützenden ligamentären und

mesikialen Strukturen ausgeschlossen worden seien, sei davon auszugehen, dass das Unfallereignis vom 9. Dezember 2011 keine strukturelle Verletzung im Bereich des linken Kniegelenks verursacht habe. Dem gegenüber hätten anlässlich der MRI vom 19. Dezember 2011 sowie anlässlich der Spiegelung des linken Kniegelenks am 18. Mai 2012 deutliche arthrotische Veränderungen mit deutlichen Knorpel unregelmässigkeiten femoral medial und retropatellar bildtechnisch objektiviert werden können (Urk. 9/316 S. 80). Da das MRI am 19. Dezember 2011 und damit nur 10 Tage nach dem Unfallereignis durchgeführt worden sei, sei es mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit auszuschliessen, dass sich die festgestellten arthrotischen Veränderungen in diesem Zeitraum hätten ausbilden können. Die arthrotischen Veränderungen seien vielmehr als vorbestehend anzusehen.

Des Weiteren sei auf Grund des mittels MRI bildtechnisch objektivierten Knochenmarködems

davon auszugehen, dass es anlässlich des Unfallereignisses vom 9. Dezember 2011 nicht nur zu einer Distorsion,

sondern auch zu einer Kontusion des linken Kniegelenks gekommen sei. Bei einem Bone bruise beziehungsweise einem vorübergehenden Knochenmarködem (transitorisches Knochenmarködem) bestehe eine vermehrte Wasseransammlung im Knochen, welche auf eine Ödem- oder Blutergussbildung im Knochen beruhe. Nach Abschluss eines Knochenbruchs sei bei einem mechanisch bedingtem Knochenmarködem die frühzeitige Mobilisierung unter Entlastung der betroffenen Gelenke empfohlen (Urk. 9/316 S. 81). Eine Belastungssteigerung sei meist nach 6 Wochen möglich. Knochenmarködeme stellen eindeutige Folgen eines Unfallgeschehens dar. Es handle sich dabei um Mikrofrakturen des spongiösen Knochens mit Einblutungen, Ödemen und ablaufenden Reparatursprozessen. Gemäss der medizinischen Literatur führe ein Bone

bruise

zu keinen Spätschäden. Es sei davon auszugehen, dass insbesondere isolierte Verletzungen ohne Residuen ausheilen. Obwohl es sich beim Knochenmarködem

im Bereich des linken Kniegelenks um die Folge einer durch das Unfallereignis vom 9. Dezember 2011 verursachten Kontusion handeln dürfte, sei es dadurch zu keiner massgeblichen strukturellen Verletzung im Bereich linken Kniegelenks gekommen (Urk. 9/316 S. 82).

Gestützt auf eine verbreitete

Lehrmeinung in der orthopädischen Chirurgie sei davon auszugehen, dass das Unfallereignis vom 9. Dezember 2011 geeignet gewesen sei, eine vorbestehende Gonarthrose zu aktivieren. Damit sei es zu einer temporären Verschlechterung eines vorbestehenden Leidens im Bereich des linken Kniegelenks gekommen, wobei davon auszugehen sei, dass der Status quo ante nach einem Zeitraum von längstens 12 Wochen (seit dem Unfallereignis) erreicht worden sei (Urk. 9/316 S. 83).

Psychopathologisch leide die Beschwerdeführerin gegenwärtig unter einer

schwergradigen depressiven Störung sowie unter einer Agoraphobie mit Panikstörung (Urk. 9/315 S. 55). Bei der Beschwerdeführerin bestehe eine reduzierte psychische Resilienz infolge der psychischen Traumatisierungen im Rahmen der Ehescheidung, welche durch die (somatische) gesundheitliche Problematik zusätzlich belastet werde (Urk. 9/315 S. 53). Die Beschwerdeführerin sei nicht in der Lage, die Schmerzen und die Folgen der Depression und der Agoraphobie zu überwinden (Urk. 9/315 S. 54). Die psychischen Erkrankungen stünden indes in keinem Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 9. Dezember 2011, da ein Knie trauma nicht geeignet sei, das psychiatrische Störungsbild einer Gemüts erkrankung und einer spezifischen Angststörung zu verursachen (Urk. 9/315 S. 61). Der Unfall und dessen Folgen hätten jedoch die psychische Störung verstärkt (Urk. 9/315 S. 62). 3.11

Dr. med.

C.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, nahm mit seiner Stellungnahme vom 9. Oktober 2017 ( Urk. 9/323 /9-10 ) zum Gutachten der Ärzte der A.\_\_\_\_ vom 14. Juli 2017 ( vorstehend E. 3.10 ) Stellung und erwähnte, dass das

MRI vom 19. Dezember 2011 ein Bone

bruise

im Bereich der linken Patella ergeben habe. Bei einer m

Bone

bruise handle es sich um Mikrofrakturen, welche aufgrund direkter Gewalteinwirkung entstanden, wobei der

Bone

bruise

insbesondere im Bereich des Knies eine häufige Läsion sei. Neben dem

Bone

bruise habe die Beschwerdeführerin unter einem massiven Erguss im Sinne eines schmerzhaften Hämatoms im Bereich des linken Kniegelenks gelitten.

Eine Knochenprellung an der Kniescheibe mit einer m

Bone

bruise

sei üblicherweise mit einem langwierigen Heilungsprozess verbunden.

Belastungsschmerzen und Schmerzen könnten auch nach einem Jahr oder darüber hinaus weiterbestehen. Die Dauer des Heilungsprozesses sei kaum vorhersehbar und individuell sehr unterschiedlich. Magnetresonanztomographisch sei ein Bone

bruise in der Regel noch nach sechs bis neun Monaten nachzuweisen (S. 1). Es könne vorliegend daher nicht von einem Erreichen des Status quo ante nach drei Monaten ausgegangen werden. Vielmehr seien strukturelle Veränderungen anlässlich des Unfalles aufgetreten, sodass von einer richtungsgebenden Verschlechterung auszugehen sei (S. 2) .  
3.

## **E. 12**

Am 3. Oktober 2018 ( Urk. 9/340) nahm Dr. N.\_\_\_\_ zur Stellungnahme von Dr. C.\_\_\_\_

vom 9. Oktober 2017 Stellung und hielt an seiner Beurteilung vom 14. Juli 2017 ( vorstehend E. 3.10 ), wonach es anlässlich des Unfallereignisses vom 9. Dezember 2011 zu keiner strukturellen Verletzung des linken Kniegelenks der Beschwerdeführerin gekommen sei (S. 1), fest.

Er erwähnte, dass das MRI vom 19. Dezember 2011 zwar einen vermehrten Kniegelenkserguss sowie ein diskretes Knochenmarködem ( Bone

bruise ) im Bereich der gelenkbildenden Fläche ergeben habe, dass daraus - entgegen der diesbezüglichen Beurteilung durch Dr. C.\_\_\_\_ - indes nicht geschlossen werden könne, dass es sich beim festgestellten Kniegelenkserguss um einen massiven Erguss im Sinne eines

schmerzhaften Hämatoms gehandelt habe. Denn das MRI könne lediglich darstellen , ob sich Flüssigkeit im Kniegelenk befinde (Erguss).

Über die Art der Flüssigkeit könne das MRI jedoch keine Aussage treffen , weshalb es bei einem mittels MRI festgestellten Erguss nicht feststehe, ob es sich um einen Reizerguss (Wasser), wie er bei degenerativ geschädigte m Kniegelenk regelmässig anzutreffen sei, oder um einen unfallbeding ten Bluterguss (Hämatom) handle (S. 2). Da im MRI vom 19. Dezember 2011 jedoch weder ein Einriss durchbluteter Weichteile noch ein Knochenbruch festgestellt worden seien , sei eine Einblutung in das Kniegelenk auszuschliessen und es ist davon auszugehen , dass es sich bei m festgestellten Erguss um serösen Erguss (seröse Flüssigkeit) und nicht um einen Bluterguss gehandelt habe (S. 3) .

Sodann handle es sich beim Bone  
bruise

(transitorisches Knochenmarködem) gemäss der evidenzbasierten medizinischen Literatur um eine vermehrte Wasseransammlung im Knochen , welche auf eine r Ödem- oder Blutergussbildung im Knochen beruhe . Nach Ausschluss eines Knochenbruchs sei bei einem mechanisch bedingten (unfallbedingten) Knochenmarködem die frühzeitige Mobilisierung unter Entlastung der betroffenen Gelenke indiziert und es könne auf eine externe Ruhigstellung in der Regel verzichtet werden. Eine Belastungssteigerung sei meist nach sechs Wochen möglich (S. 3) . Es gebe in der medizinischen Fachliteratur keine Anhaltspunkte für durch Bone

bruises verursachte Spätschäden. Vielmehr sei davon auszugehen, dass insbesondere isolierte Verletzungen ohne Residuen ausheilen . Auf Grund des mittels MRI vom 19. Dezember 2011 festgestellten Knochenmarködems

sei davon auszugehen, dass es anlässlich des versicherten Unfalls zu einer Kontusion im Bereich des linken Kniegelenks gekommen sei. Eine massgebliche strukturelle Verletzung könne jedoch sowohl auf Grund der Ergebnisse des 10 Tage nach dem Unfallereignis durchgeführten MRI als auch auf Grund der Ergebnisse der im Mai 2012 erfolgten Spiegelung des linken Kniegelenks ausgeschlossen werden (S. 4) . Durch das Unfallereignis vom 9. Dezember 2011 sei es zu einer temporären Verschlechterung eines vorbestehenden Leidens im Bereich des linken Kniegelenks gekommen . Der Status quo ante sei nach einem Zeitraum von längstens 12 Wochen erreicht worden . Es sei sodann davon auszugehen, dass die bestehenden Gesundheitsstörungen des linken Kniegelenkes auch ohne das angeschuldigte Sturzereignis vom 9. Dezember 2011 eingetreten wären , weshalb von einem Status quo sine ungefähr Ende September beziehungsweise Ende Oktober 2012 auszugehen sei (S. 5) . 3.13

In seiner Stellungnahme vom 16. Februar 2019 ( Urk. 9/347 S. 2 bis S. 4) führte Dr. C.\_\_\_\_ aus, dass es sich bei einem Bone

bruise um eine Knochenmarkverletzung handle, bei welcher Blut in den Zwischenraum zwischen den Knochen und der Knochenhaut eindringe. Zusätzlich könnten n auch im Kniegelenk Hämatome (Blutergüsse) entstehen. Dabei handle es sich zweifelsfrei um eine massgebliche strukturelle Verletzung. Es sei richtig, dass man in einem MRI keine Unterscheidung zwischen serösem Erguss und Hämarthros machen könne. Dies bezüglich spiele die Anamnese eine wichtige Rolle (S. 2) . Bei einem Trauma , insbesondere bei

einem traumatisch bedingten Bone

bruise ,

sei die Wahrscheinlichkeit gross, dass der Erguss ein Hämatom sei (S. 3) . 4.

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