

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00156 vom 18. Januar 2021

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-01-18, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2019.00156

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00156 du 18 janvier 2021

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00156 del 18 gennaio 2021

Erwägungen

E. 24

Juli 2019 (Urk. 7)

dazu aus , das Sozialversicherungsgericht habe in seinem Urteil bestätigt, dass das Gutachten von PD Dr. Z. ___ nicht umfassend sei, weshalb dem interdisziplinären Gutachten der MEDAS das massgebende Gewicht zukomme. Darauf habe sie in der Verfügung und im Einspracheentscheid hinreichend Bezug genommen und daher kein rechtliches Gehör verletzt (S. 14) . Aufgrund der Ergebnisse der Begutachtung stehe fest, dass es sich bei der Arthrose des rechten oberen Sprunggelenks (OSG) und der neuropathischen Schmerzkomponente an der rechten unteren Extremität um Unfallfolgen handle , deren medizinische Behandlung abgeschlossen sei. Aus orthopädischer und neurologischer Sicht sei hingegen kein somatisches Korrelat vorhanden für die geklagten Beschwerden an der Wirbelsäule und in den oberen Extremitäten (S. 15).

Das linke OSG sei beim Unfallereignis nicht verletzt worden und es sei auch nicht zu einer richtungsgebenden Verschlimmerung gekommen. Die deutlichen Vernarbungen der Bänder und die nachgewiesenen Knorpelschädigungen am linken OSG seien ein klarer Hinweis darauf, dass es sich bei den linksseitigen Arthrosebeschwerden

am ehesten um solche herrührend von einer Fraktur des linken Knöchels im Jugendalter handle

(S. 15 f.). Nach Lage der Akten sei weiter erstellt , dass sich die Beschwerdeführerin beim Unfallereignis weder am linken noch am rechten Knie verletzt habe . Die mehrjährige Latenz zwischen dem erstmaligen Auftreten der beidseitigen Kniebeschwerden nach dem Unfallereignis spreche über die s gegen einen überwiegend wahrscheinlichen natürlichen Kausalzusammenhang (S.

17 f.) .

Aufgrund des Gutachtens stehe fest, dass die Beschwerdeführerin an teilunfallkausalen psychischen Beschwerden und an psychischen Vorzuständen leide. Ein adäquater Kausalzusammenhang zwischen den psychischen Beschwerden und dem Unfallereignis sei

gestützt auf die Adäquanzkriterien jedoch zu verneinen (S. 19 f.). Das interdisziplinäre MEDAS-Gutachten erweise sich auch in Bezug auf die zumutbare Arbeitsfähigkeit

als umfassend und nachvollziehbar und die verfügte Leistungsterminierung unter Verneinung eines Invalidenrentenanspruchs sei nicht zu beanstanden (S. 21 f.). Aufgrund

des fehlenden Kausalzusammenhangs zwischen den geltend gemachten Beschwerden im linken Fuss/ OSG und dem Unfallereignis stehe der Beschwerdeführerin dafür keine Integritätserschädigung zu (S. 22). Bezüglich der unfallkausalen Gesundheitsschäden im rechten Sprunggelenk bestehe unter den Ärzten Einigkeit und es ergebe sich auch aus den neusten Befunden, dass keine schwere Arthrose vorliege, weshalb die Beurteilung des Integritätsschadens im MEDAS-Gutachten nicht zu beanstanden sei (S. 23 f.). 2.4

In materieller Hinsicht ist streitig und zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin den Fall Nr. «...» betreffend das Ereignis vom 30. Dezember 2012 hinsichtlich der Versicherungsleistungen (Heilbehandlungskosten und Taggelder) zu Recht per 30. November 2018 abgeschlossen hat und hinsichtlich der geltend gemachten Langzeitfolgen zu Recht einzig diejenigen am rechten Fussgelenk berücksichtigt und dabei nur eine Integritätserschädigung für einen Schaden von 15 % und keine Invalidenrente zugesprochen hat.

2.5

Soweit die Beschwerdeführerin eine Verletzung des rechtlichen Gehörs geltend macht (vgl. Urk. 1 S. 3 f.), darf diese - soweit sie überhaupt vorliegen sollte - als geheilt betrachtet werden, handelt es sich beim hiesigen Gericht doch um eine

Beschwerdeinstanz, die sowohl den Sachverhalt wie die Rechtslage frei überprüfen kann (BGE 127 V 431 E. 3d/aa). 3. 3.1

3.1.1

Dr. med. C.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, Dr. med. D.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, sowie Dr. med.

E.____, Fachärztin für Neurologie, nannten im Gutachten der MEDAS- B.____ vom 24. Mai 2018 (Urk. 8/402)

in konsensueller Hinsicht folgende Diagnosen,

welche mit überwiegender Wahrscheinlichkeit durch das Ereignis vom 30.

Dezember

2012 verursacht worden seien (S.

E. 25

f.): - leichte Arthrose rechtes OSG (Kellgren-Lawrence Grad II) sowie chronisches Schmerzsyndrom des rechten Fusses nach: - Malleolar-Fraktur rechts lateral, Typ B nach Weber, am 30. Dezember 2012 - offener Reposition und Osteosynthese am 30. Dezember 2012

- Stellschrauben-Entfernung am 27. Februar 2013 - Re-Osteosynthese wegen delayd

union am 3. Juli 2013 - Arthroskopie und Syndesmosen-Stabilisierung am 30. April 2014 - Zugschraubenentfernung und Osteophytenabtragung am 5. Juli 2014 - schwere depressive Episode (ICD-10 F32.2), Differenzialdiagnose rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode (ICD-10 F33.2) - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) - Abhängigkeit von Nikotin und Verdacht auf Abhängigkeit von Opiaten, eventuell weiteren Substanzen

Als unfallfremde Diagnosen nannten sie (S. 30 Mitte): - beginnende Arthrose am linken oberen Sprunggelenk links (Kellgren -Lawrence Grad I) nach: - Malleolar -Fraktur links im Jugendalter - offener Reposition und Osteosynthese - Hypersomnie unklarer Genese - episodische Kopfschmerzen vom Spannungstyp - Verdacht auf Carpaltunnel-Syndrom rechts - chronisches Schmerzsyndrom Becken, Knie und linker Fuss - leichtes zerviko -vertebrales Syndrom nach: - Heckauffahrkollision und HWS-Distorsion am 9. Oktober 2016 3.1.2

Zur Frage, welche der festgestellten Gesundheitsschäden mindestens mit über wiegender Wahrscheinlichkeit durch das Ereignis vom 30. Dezember 2012 ver ursacht worden seien, hielten die Gutachter fest, das rechte OSG zeige eine leichte Arthrose nach einer Malleolar -Fraktur rechts am 30.

Dezember

2012 und mehre ren Eingriffen und eine leichte Nervenläsion am ehesten des N. peron e us super fizialis im Rahmen der operativen Behandlungen. Eine neuropathische Schmerz komponente als indirekte Folge des Unfalles am rechten Fuss lasse sich nicht ausschliessen (S. 27 unten).

Die leichte Arthrose des rechten oberen Sprunggelenkes und die neuropathische Schmerzkomponente infolge des Ereignisses vom 30. Dezember 2012 und die beginnende Arthrose des linken oberen Sprunggelenkes infolge einer Verletzung im Jugendalter würden auf einem organischen Substrat beruhen. Dieses lasse sich mit den bildgebenden Untersuchungen (Röntgenbilder, MRI, CT) und klinisch objektivieren (S. 28 oben).

Bei den Beschwerden an der rechten unteren Extremität infolge der leichten Arthrose des rechten OSGs und der neuropathischen Schmerzkomponente handle es sich mindestens mit überwiegender Wahrscheinlichkeit um Folgen des Ereig nisses vom 30. Dezember 2012. Die übrigen Beschwerden seien aus orthopä di sch er und neurologischer Sicht nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit Folgen des Ereigni sses vom 30. Dezember 2012 (S. 28 oben). 3.1.3

Aus orthopädisch-traumatologischer und neurologischer Sicht könne von weite ren Behandlungsmassnahmen mindestens mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine Besserung des unfallbedingten Gesun dheitszustandes erwartet werden (S. 2 8 Mitte). 3.1. 4

In Anbetracht der Unfallfolgen seien d er versicherten Person aus orthopädischer und neurologischer Sicht folgende Körperhaltungen und -funktionen nicht mehr zumutbar (S. 28 unten): - a ndauerndes Stehen - r egelmässiges Gehen von grossen Distanzen - regelmässiges Treppensteigen - Besteigen von Leitern, Gerüsten, Regalen - Tätigkeiten in der Hocke und im Knien - Sprünge - Velofahren

Folgende Körperhaltungen und Funktionen seien

der versicherten Person in An betracht der Unfallfolgen aus orthopädischer und neurologischer Sicht nur in einem beschränkten zeitlichen oder leistungsmässigen Umfang zumutbar (S.

E. 29

oben): - kurzzeitiges Stehen bis zirka 10 Minuten - k urze Gehstrecken bis zirka 300 m - ve reinzeltes Treppensteigen, zum Beispiel zweimal pro Halbttag - Obwohl die oberen

Extremitäten keine Einschränkungen aufweisen würden und somit ein Heben oder Tragen von Lasten bis 10 kg möglich wäre, sei das Heben und Tragen von Lasten wegen der eingeschränkten Gehfähigkeit nicht möglich. Hingegen sei das Hantieren mit Lasten bis 10 kg am Tisch sitzend möglich.

Aus orthopädischer und neurologischer Sicht bestünden bei sitzenden Tätigkeiten keine Einschränkungen. Die Einschränkung für sitzende Tätigkeiten, wie sie in früheren Gutachten beschrieben worden sei, könne aus rein orthopädischer Sicht nicht nachvollzogen werden (S. 29 oben). Die zeitlichen Limiten seien aus orthopädischen und neurologischen Belangen in den oben formulierten Einschränkungen bereits enthalten. Somit könne die versicherte Person eine angepasste Tätigkeit aus rein orthopädischer und neurologischer Sicht ganztags ausüben. Es seien in Anbetracht der Unfallfolgen keine zusätzlichen zeitlichen Limiten in Form von zusätzlichen Pausen, verlängerter Mittagszeit, halbtägiger Arbeit und dergleichen nötig. Vorbehalten seien allfällige weitere Limiten aus psychiatrischer Sicht. In Anbetracht der Unfallfolgen seien keine weiteren Einschränkungen zu beachten (S. 29 Mitte).

Da die Einschränkungen im Zumutbarkeitsprofil berücksichtigt seien, sei die versicherte Person aus rein orthopädischer und neurologischer Sicht in Anbetracht der Unfallfolgen bei einer angepassten Tätigkeit gegenüber einer gesunden Person nicht verlangsamt oder in anderer Weise in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt (S. 29 unten). 3.1. 5

Aus orthopädischer und neurologischer Sicht seien zur Aufrechterhaltung oder Verbesserung der verbleibenden Leistungsfähigkeit und des bisherigen Gesundheitszustandes keine weiteren Behandlungen, wie Operationen, Physiotherapie und Hilfsmittel sinnvoll. Allenfalls seien aus psychiatrischer Sicht Medikamente angezeigt (S. 29 f.). 3.1. 6

Aus orthopädischer Sicht beeinträchtigte die unfallbedingte Arthrose am rechten Sprunggelenk die körperliche Integrität. Diese Einschränkung sei dauerhaft und werde in den nächsten Jahren langsam zunehmen. Aus rein neurologischer Sicht bestehe kein unfallbedingter Gesundheitsschaden, der die körperliche Integrität dauerhaft einschränke.

Die Integritätseinbusse betrage 15 % (S. 30 oben). 3.1. 7

Aus orthopädischer und neurologischer Sicht führten die unfallbedingten Diagnosen im Verlauf nicht zur Verschlechterung der unfallfremden Diagnosen. Aus neurologischer Sicht sei eine allfällige Verschlechterung / Beeinflussung der Schlafstörung (Hypersomnie) zum aktuellen Zeitpunkt nicht zu beurteilen (S. 31 oben). 3.1. 8

Die rezidivierende depressive Störung beziehungsweise anhaltende depressive Episode habe wahrscheinlich bereits vor dem Unfallereignis bestanden, ebenso die somatoforme autonome Funktionsstörung des Urogenitalsystems, die Abhängigkeit von Nikotin, Benzodiazepinen und der übermäßige Gebrauch von NSAR sowie die vermutete Persönlichkeitsstörung. Hinzugekommen seien die Abhängigkeit von Opiaten und die chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (S. 31 Mitte).

Die Frage, ob die Gesundheit der Beschwerdeführerin bereits vor dem Unfall vom 30. Dezember 2012 in stummer oder manifester Weise beeinträchtigt gewesen sei, bejahten die Gutachter und hielten fest, dass die bereits in der Kindheit und Adoleszenz vorhandenen Ängste und Schlafstörungen, die psychiatrische Behandlung ab 2003 sowie die IV-Anmeldung im Jahr 2011 und vor allem die Berufsbiographie dafür

sprechen würden. Die seitdem nie abgeklungene depressive Symptomatik, aktuell schweren Ausmasses, und die zusätzliche chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren hätten zu einer Verschlimmerung der gesamten psychischen Störung geführt (S. 31 unten).

Eine Aussage zum status quo sine vel ante sei von medizinisch-psychiatrischer Seite nicht verlässlich möglich. Evidenzbasierte Aussagen hierzu, auf die Bezug genommen werden könnte, lägen nicht vor

(S. 32 oben) . 3.2

Dr. med. F.____, Facharzt für Radiologie, G.____, berichtete am 11. Juli 2018 über ein MRI beider Kniegelenke (Urk. 8/424/11-12) und hielt in seiner Beurteilung fest, bei beiden Kniegelenken läge eine Chondromalazia patellae Grad II vor. Zudem bestünden beidseits degenerative Meniskusläsionen zweiten Grades ohne Nachweis eines Einrisses. Der Bandapparat sei intakt und es bestehe kein nennenswerter Erguss. 3.3

Der behandelnde Dr. med.

H.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, und med. pract. I.____, J.____, nannten im Bericht vom 4. September 2018 (Urk.

8/438) folgende verkürzt wiedergegebene Diagnosen (S. 1): - chronische Schmerzen im rechten Unterschenkel und Fuss - posttraumatische Arthrose OSG rechts - Verdacht auf Läsion Suralis im Rahmen der Voroperationen - chronische Instabilität OSG links mit beginnender Degeneration überbelastungsbedingt aufgrund Schonhinken

Dazu führten sie aus, bei der Beschwerdeführerin zeige sich persistierend ein diffuser Schmerz in beiden OSG, dies aktuell links führend. Bei OSG-Arthrose beidseits seien die Schmerzen gut durch die fortgeschrittene Degeneration erklärbar (S. 2). 3.4

In einem weiteren Bericht vom 25. Oktober 2018 (Urk. 8/447/15) führte Dr. H.____ aus, bei der Versicherten liege ein komplexes Problem beidseits vor. Es bestehe der hochgradige Verdacht, dass zum chronischen Schmerzbild die posttraumatische Arthrose im rechten OSG deutlich beitrage und zumindest einen grossen Teil der für die Versicherten limitierenden Schmerzen verantwortlich sei. Zum anderen bestünden auf der Gegenseite wohl aufgrund der chronischen Überbelastung und des Status nach multiplen Distorsionen in der Folge ebenfalls degenerative Veränderungen auf dem Boden einer chronischen Instabilität. Dies sei MT-tomographisch nachgewiesen. Es würden sich mittelschwere Knorpeldefekte an der Fibulaspitze sowie schmale Knochenfissuren in der distalen Tibia gelenkfläche sowie Geröllzysten zeigen. Das vordere Syndesmoseband sei vernarbt und es bestehe ein partiell vernarbter medialer lateraler Kollateralbandapparat. Für die Versicherte sei die Situation aufgrund der Dauerschmerzen insbesondere rechts sowohl physisch als auch psychologisch sehr belastend, da sie auf eine Rückkehr in den normalen Alltag hoffe. 3.5

Dr. med. K.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, sowie Dr. med. L.____, J.____, berichteten am 29. November 2018 (Urk. 8/458) über eine Verlaufskontrolle. Die in den Vorberichten genannte Diagnose einer chronischen Instabilität OSG links mit beginnender Degeneration versahen sie mit der Differentialdiagnose « überlastungsbedingt aufgrund Schonhinken ». Zusätzlich nannte sie eine Gonalgie beidseits (S. 1). Die Situation sei aktuell noch unklar, wobei die Versicherte mehrheitlich ihre Beschwerden auf Höhe des OSG angebe. Neben der

Erneuerung der bildgebenden Diagnostik sei die Sinnhaftigkeit eines erneuten Aufgebots im Schmerzzentrum besprochen worden, wofür sich die Versicherte jedoch nicht habe gewinnen lassen. 3.6

Dr. med. M.____, Facharzt für Radiologie, G.____, berichtete am 30. November 2018 (Urk. 8/459) über ein MR des rechten OSG und führte aus, es bestehe eine mässige bis fortgeschrittene Arthrose im OSG rechts mit leichten Zeichen der Aktivierung. Es bestehe ein osteochondraler Defekt dorsomedial im Talusdom rechts. Im linken Sprunggelenk bestehe eine mittel gradige Arthrose. 3.7

Dr. med. N.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, führte im Bericht vom 10. Dezember 2018 (Urk. 3/4) aus, die Versicherte beschreibe beidseitige Kniebeschwerden seit zirka 2015 mit zunehmend schlimmer werdender und häufiger auftretender Symptomatik (S. 1). Bei der Versicherten bestehe ein chronisches Schmerzsyndrom, hauptsächlich im Beinbereich. Heute seien die Kniegelenke beurteilt worden, dies bei einer sehr ausgedehnten Vorgeschichte mit einer Rückfussverletzung, Mehrfachoperationen und posttraumatischer OSG-Arthrose mit bleibenden Beschwerden. Die Beschwerden an den Kniegelenken seien durch die MRI-Untersuchung erklärbar, sie seien möglicherweise durch die Chondromalazie Grad II-III femoropatellar zu erklären (S. 2 unten). Das Hauptgelenk zeige gute Befunde, die intrameniskale Degeneration des medialen Meniskus rechts sei mit guter Sicherheit nicht schmerzverursachend. Damit sei es wahrscheinlich, dass diese Knorpeldegeneration femoropatellar für die Symptomatologie verantwortlich sei. Es handle sich um sicher konservativ zu behandelnde Kniegelenke, ganz im Vordergrund stehe das absolut konsequente Bewegungstraining (S. 3 oben). 4. 4.1

Unbestritten und aufgrund der medizinischen Aktenlage erstellt ist, dass sich die Beschwerdeführer in am 30. Dezember 2012 auf der letzten Stufe einer Treppe den rechten Fuss verdrehte, sich dabei eine

Malleolarfraktur rechts Typ B und eine kurze Schrägfraktur mit ossärem Ausriss der vorderen Syndesmose

zuzog, welche operativ behandelt werden musste (Urk. 8/ 11- 12). In der Folge kam es aufgrund einer zunächst verzögerten Konsolidierung des äusseren Knöchels und anhaltenden - sich ausbreitenden - Schmerzen zu weiteren Operationen (Urk. 8/60, Urk.

8/144), welche die Beschwerden jedoch nicht nachhaltig verbesserten.

In der Folge klagte die Beschwerdeführerin über eine Ausdehnung des Schmerzsyndroms auf die rechte Körperseite, die Knie und Hände sowie die Wirbelsäule.

Während die Beschwerdegegnerin gestützt auf die polydisziplinäre Abklärung die Einschränkungen am linken Sprunggelenk nicht auf den Unfall vom 30. Dezember 2012 zurückführte, von einem Endzustand ausging, eine sitzende Tätigkeit ohne Einschränkungen als zumutbar erachtete, die psychischen Beschwerden beim Zumutbarkeitsprofil sowie bei der Schätzung des Integritätsschadens infolge fehlenden adäquaten Kausalzusammenhangs

nicht berücksichtigte und schliesslich von einer Integritätseinbusse von 15 % ausging (Urk. 2 S. 7 ff.), erachtete die Beschwerdeführerin die degenerativen Veränderungen am linken Sprunggelenk sowie das chronische Schmerzsyndrom als kausale Unfallfolge, den End

zustand als noch nicht erreicht, nur noch eine angepasste Teilzeitbeschäftigung halbtags im Pensum von 30 % als möglich, ein en grosse n Teil der psychischen Beschwerden als auf einem organischen Substrat beruhend und die Integritätsent schä di gung als zu tief

(Urk. 1 S. 4 ff.). 4.2

4.2.1

Zunächst ist zu prüfen, ob die geklagten Schmerzen der Sprunggelenk e , der Knie gelenke und Hände sowie der gesamten Wirbelsäule mit einem natürlich unfall kausalen organisch objektiv ausgewiesenen Gesundheitsschaden zu erklären sind. Bejahendenfalls erübrigt sich eine besondere Adäquanzprüfung. 4.2.2

Die Gutachter de r MEDAS B.____ sind zusammengefasst zum Ergebnis gelangt, dass es sich bei den Beschwerden an der rechten unteren Extremität zufolge der Arthrose des rechten OSG und der neuropathischen Schmerzkom po nente um überwiegend wahrscheinliche Unfallfolgen handelt. Zu diesem Schluss gelangte auch PD Dr. Z.____ in seinem orthopädischen Gutacht en vom 18. Ma i 2016 (Urk. 8/286 S. 24-25). Gestützt auf das MEDAS-Gutachten vom 24. Mai 2018 steht weiter fest, dass die Beschwerdeführerin an zumindest natürlich-teil kausalen psychischen Beschwerden sowie an psychischen Vorzuständen leidet (vgl. Urk. 8/404 S. 44). Eine natürliche Teilkausalität bejahte bereits der Konsi liarpsychiater der Suva med. pract. O.____ in seiner psychiatrischen Beur teilung vom 21. Oktober 2015 (Urk. 8/220). Dies ist soweit unbestritten.

4.2.3

Die Schmerzen am linken OSG wu rden fachärztlicherseits ebenfalls auf eine beginnen de Ar throse im Gelenk und damit auf einen somatischen Befund zurück geführt. Sowohl PD Dr. Z.____ als auch der orthopädische Gutachter der MEDAS äusserten diese Ansicht Urk. 8/286/24, Urk. 8/402/30). Beide ortho pä dischen Fachärz t e

führten diesen bildgebend nachgewiesenen Befund jedoch auf die in der Jugend erlittene Malleolar -Fraktur zurück . D as linke OSG

wurde beim Unfall nicht mitverletzt und es kam auch nicht zu einer richtungsgebenden Verschlimmerung des linken OSG nach deren Ansicht . Diese Folgerungen be ruhen auf eingehenden Untersuchungen, einer einlässlichen Auseinandersetzung mit den medizinischen Vorakten und einer überzeugend begründeten interdis zi plinären Wür digung, womit s ie entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin als beweiskräftig zu betrachten sind.

Die Ansicht der Beschwerdeführerin, wonach die degenerativen Veränderungen am linken Sprunggelenk als

Folge der jahre langen Überbelastung des linken Fusses aufgrund der Verletzung am rechten Fuss entstanden seien , vermag da gegen nicht zu überzeugen. Bereits in der ärztlichen Konsultation bei Dr. med. P.____ am 31. Juli 2014 führte die Beschwerdeführer in die stärker gewordenen Beschw erden im linken Fuss und OSG selber auf eine Fehl belastung zurück (vgl. Urk. 8/1 52 S. 2) . Diese subjektive Schlussfolgerung , welche die Beschwerdeführerin auch im Rahmen der Explora tion e rneut äusserte (vgl. Urk. 8/403 S. 3-4) , wurde vom behandelnden D r. H.____

in seinem Bericht vom 25. September 2017 übernommen , ohne dass er sich damit

medizinisch begründet auseinander gesetzt oder sich nachvollziehbar zur Kau salität ge äusser t

hätte (Urk. 8/367 S. 2). Auch seinen Folgeberichte n lässt sich hierzu nichts Konkretes ent nehmen. Zur Begründung der degenerativen Veränderungen

führte er eine chro nische Überbelastung auf, nannte diese aber zusammen mit dem Status nach multiplen Distorsion en sowie chronische r Instabilität und schwächte seine Aussage zusätzlich insofern ab, als dass er von einer «wohl» chronischen Überbelastung sprach (vgl. Urk. 8/438 S. 12, Urk. 8/447 S. 15). Gegen eine massgebliche Beteili gung einer durch Schonhinken überlastung s bedingt ent standene degenerative Veränderung spricht schliesslich weiter , dass die Arzt k ollegen von Dr. H.____

der J.____

diese in einem späteren Bericht nur noch differentialdiagnostisch aufführten (vgl. Urk. 8/458/1). Angesichts der Tat sache, dass

das linke Sprung gelenk – wie gesagt - beim Unfallereignis nicht ver letzt wurde, es somit zu keiner objektivierten richtungsgebenden Verschlim me rung kam und das linke OSG Knorpelfissuren und -defekte sowie Vernar bungen an den Bändern aufweist, erscheint es nicht plausibel und als nicht überwiegend wahrscheinlich, dass die Beschwerden und beginnende Arthrose durch ein über lastungsbedingtes Schon hinken entstanden sind.

Dass eine infolge der Proble matik am rechten Sprung gelenk erfolgte Schonung die Ursache für die Symptome auf der linken Seite sein könnte, verneinte n die MEDAS Gutachter

auch mit dem Hinweis auf die Entlas tung beider Sprunggelenke durch den Stockgebrauch. Messbare Schonungs atro phien anhand der Umfangmasse sowie Schwellungszu stände stellten sie nicht fest und führte n weiter aus, dass es auch bei Personen nach Amputationen einer unteren Extremität oder bei einseitig Gelähmten nicht zu vorzeitigen Arthrosen auf der Gegenseite komm e

(vg l. Urk. 8/403 S. 12) . Vor diesem Hintergrund schloss die Beschwerdegegnerin zu Recht darauf, dass die linksseitigen Arthrose be schwerden

auf den unfallfremden Vorzustand zurückzu führen sind und die Verletzung aus dem Jugendalter eine gewichtige Arthro se ursache setzte . Dass die degenerativen Veränderungen am linken Sprunggelenk ohne das Unfallereignis nicht eingetreten wären (vgl. Urk. 1 S. 6-7) oder die Arthrose in ihrer Progredienz durch das Schonhinken verstärkt wurde , ist nach dem Gesagten nicht mit über wiegender Wahrscheinlichkeit

erstellt und wird auch durch die behandelnden Ärzte nicht nachvollziehbar begründet . Daran vermag auch der von der Be schw er deführerin bis Ende 2016 beziehungsweise Mitte 2017 negierte Stockgebrauch nichts zu ändern, wie die Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort vom 24.

Juli 2019 ausführlich und nachvollziehbar darlegte (vgl. Urk.

7 S.

18 unten). Weiter bezeichnete der orthopädische Sachverständige der MEDAS- B.____

die Verwendung von Gehstöcken aus rein orthopädischer Sicht ohnehin als nicht nachvollziehbar.

Die beginnende Arthrose am linken und die leichte Arthrose am rechten Sprunggelenk würden noch keine andauernde Stockentlastung begründen (vgl. Urk. 8/403 S. 13).

Es

ist damit festzuhalten, dass die Verneinung der Kausalität zwischen den am linken OSG geklagten Beschwerden und dem Unfallereignis vom

E. 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 Die Vorsitzende Der Gerichtsschreiber Fehr P. Sager

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