

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2020.00001 vom 9. September 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-09-09, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2020.00001

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2020.00001 du 9 septembre 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2020.00001 del 9 settembre 2020

Erwägungen

E. 1

Die 1989 geborene X.____ war seit dem 1. September 2013 als Küchenhilfe und Raumpflegerin im Hotel Y.____ angestellt und dadurch bei der Helvetia Schweizerische Versicherungsgesellschaft AG (nachfolgend: Helvetia) gegen Berufs- und Nichtberufsunfälle versichert, als sie am 4. Februar 2014 bei einem Skifahren stürzte (Urk. 7/1/UM, Urk. 8/K3). Der am 6. Februar 2014 erstbehandelnde Assistenzarzt des Spitalzentrums Z.____ diagnostizierte bildgebend (Röntgen) den Verdacht auf eine Ruptur des vorderen Kreuzbandes (VKB) rechts mit knöchernem Innenbandausriss und attestierte der Versicherten eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 6. bis 20. Februar 2014 (Urk. 7/M1). Die Helvetia anerkannte den Schadenfall und erbrachte die gesetzlichen Leistungen (Taggelder und Heilungskosten). Die am 13. Februar 2014 durchgeführte MRT-Untersuchung

bestätigte die vermutete VKB-Ruptur (Urk. 7/M2). Am 25. Februar 2014 wurde im Spitalzentrum Z.____ eine arthroskopische VKB-Readaptation durchgeführt (Urk. 7/M5); der postoperative Verlauf gestaltete sich problem- und komplikationslos und

die Versicherte nahm ihre Tätigkeit drei Wochen postoperativ wieder zu 100% auf (vgl. Urk. 7/M9 f., vgl. auch Urk. 7/M48 S. 8).

Die im September 2014 infolge eines Misstritts

diagnostizierte VKB-Ruptur

hatte die am 9. Oktober 2014 durchgeführte Revisions-Kreuzbandplastik

sowie erneute Arbeitsunfähigkeit bis am 11. Januar 2015 zur Folge (Urk. 7/M11f., Urk. 7/M14f.). Im weiteren Verlauf kam es zu anhaltenden Überlastungs- und Restbeschwerden im rechten Knie

(Urk. 7/M26, Urk. 7/M30ff.), welche die im Dezember 2015 konsultierten Fachärzte der Uniklinik A.____ auf ein muskuläres Defizit resp. Rehabilitationsdefizit zurückführten (Urk. 7/M31, Urk. 7/M34).

Ende 2016 wurde der Verdacht auf eine chronische hintere Kreuzband (HKB)-Insuffizienz sowie eine beginnende mediale Degeneration am rechten Knie diagnostiziert (Urk. 7/M43ff.). Daraufhin veranlasste die Helvetia insbesondere die Beurteilung von Dr. med. B.____, Facharzt FMH für orthopädische Chirurgie

und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 22. Dezember 2016 (Urk. 7/M48) sowie das interdisziplinäre (Orthopädie/Psychiatrie) Gutachten des Zentrums C.____ vom 24. August 2018 (Urk. 7/M62). Gestützt darauf stellte sie die Taggelder und Heilungskosten

mit Verfügung vom 7. Februar 2019 per 1 2. April 2018 ein und sprach der Versicherten eine Integritätsentschädigung gestützt auf eine Integritätseinbusse von 7.5 % zu (Urk. 8/K177). Die am 1 3. März 2019 da gegen erhobene Einsprache (Urk. 8/K181) wies die Helvetia mit Einspracheent scheid vom 1 8. November 2019 ab (Urk. 2).

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 ver wirklicht 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 ausgebro chen sind, nach bisherigem Recht gewährt werden (Absatz 1 der genannten Über gangsbestimmungen).

Der hier zu beurteilende Unfall hat sich am 4. Februar 2014 ereignet, weshalb die bis 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Normen auf den vorliegenden Fall An wendung 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 Berufs krankheiten gewährt (Abs. 1).

E. 1.3

Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmäs sige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 % invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG).

E. 1.4

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwi schen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des na türlichen 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. Ent sprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzu sammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder un mittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädi gende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geis tige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weg gedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene ge sundheitliche Störung entfiel (BGE 129 V 177 E. 3.1, 402 E. 4.3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

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

E. 1.5

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).

E. 1.6

Erleidet die versicherte Person durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität, so hat sie Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung (Art. 24 Abs. 1 UVG). Die Integritätsentschädigung wird in Form einer Kapitalleistung gewährt. Sie darf den am Unfalltag geltenden Höchstbetrag des versicherten Jahresverdienstes nicht übersteigen und wird entsprechend der Schwere des Integritätsschadens abgestuft (Art. 25 Abs. 1 UVG). Nach Art. 25 Abs. 2 UVG regelt der Bundesrat die Bemessung der Entschädigung. Von dieser Befugnis hat er in Art. 36 UVV Gebrauch gemacht.

Im Anhang 3 zur UVV hat der Bundesrat Richtlinien für die Bemessung der Integritätsschäden aufgestellt und in einer als gesetzmässig erkannten, nicht abschliessenden Skala (BGE 124 V 29 E. 1b mit Hinweisen) häufig vorkommende und typische Schäden prozentual gewichtet.

Die Medizinische Abteilung der Suva hat in Weiterentwicklung der bundesrätlichen Skala weitere Bemessungsgrundlagen in tabellarischer Form (sog. Feinstruktur) erarbeitet. Diese von der Verwaltung herausgegebenen Tabellen stellen zwar keine Rechtssätze dar und sind für das Gericht nicht verbindlich, umso weniger als Ziff. 1 Abs. 1 von Anhang 3 zur UVV bestimmt, der in der Skala angegebene Prozentsatz des Integritätsschadens gelte im Regelfall, welcher im Einzelfall Abweichungen nach unten wie nach oben ermöglicht. Soweit sie jedoch lediglich Richtwerte enthalten, mit denen die Gleichbehandlung aller Versicherten gewährleistet werden soll, sind sie mit dem Anhang 3 zur UVV vereinbar (BGE 124 V 29 E. 1c, 116 V 156 E. 3a).

E. 1.7

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).

E. 2

Dagegen erhob X.____ am 6. Januar 2020 Beschwerde und beantragte, es seien ihr in Aufhebung des angefochtenen Entscheids vom 18. November 2019 für die Folgen der hinteren Kreuzbandschädigung am rechten Knie über den 12. April 2018 hinaus Taggelder und Heilungskosten auszurichten;

es sei en ihr eine Integritätsentschädigung und eine Rente nach Gesetz zuzusprechen und es sei ein gerichtliches Obergutachten einzuholen. In prozessualer Hinsicht er suchte die Beschwerdeführerin um Durchführung eines zweiten Schriftenwechsels (Urk. 1 S. 2). Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 11. Februar 2020 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6), was der Beschwerdeführerin am 12. Februar 2020 zur Kenntnis gebracht wurde. Zeitgleich wurde ihr mitgeteilt, dass das Gericht die Anordnung eines zweiten Schriftenwechsels als nicht erforderlich erachte (Urk. 9). Das Gericht zieht in Erwägung:

1.

E. 2.1

Im angefochtenen Entscheid erwog die Beschwerdegegnerin, gestützt auf die Beurteilung von Dr. B.____ sowie das C.____-Gutachten sei der Gesundheitsschaden am HKB auf einen Vorfall anno 2010 und nicht auf den Unfall vom 6. Februar 2014 zurückzuführen. Es habe sich von 2014 bis 2016 sowohl bildgebend als auch intraoperativ ein intaktes HKB gezeigt. Erst gegen Ende 2016 sei der Verdacht auf eine HKB-Insuffizienz diagnostiziert worden. Damit sei letzteres nicht überwiegend wahrscheinlich auf den Unfall vom 6. Februar 2014 zurückzuführen und seien die Leistungen per 12. April 2018 einzustellen; ab diesem Zeitpunkt habe sich die Behandlung auf die HKB-Problematik beschränkt (Urk. 2).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin machte geltend, im Zusammenhang mit dem C.____-Gutachten seien ihre Verfahrensrechte verletzt worden, indem sich die Beschwerdegegnerin mit Ergänzungsfragen an die Gutachter gerichtet habe, ohne dies der Beschwerdeführerin vorgängig mitzuteilen und ihr Gelegenheit zu bieten, sich dazu zu äussern und auch selber vorab Zusatzfragen zu stellen. Zudem seien sowohl das C.____-Hauptgutachten als auch die sehr «eindimensionale» Beantwortung der Zusatzfragen alles andere als schlüssig, geschweige denn plausibel. Insbesondere sei die zur Diskussion stehende Frage nach der Kausalität der HKB-Verletzung in der ergänzenden Stellungnahme in keiner Weise beantwortet worden. Bei allem dem sei ein neues bzw. gerichtliches Obergutachten einzuholen, unter Vorlage des in der Beschwerde konkret aufgelisteten Fragenkatalogs. Bei der vorliegenden derart komplexen medizinischen Knieverletzung sei es unabdingbar, dass ein Kausalitätsgutachten auf den vollständigen Vorunfallakten basiere und auch weitere Angaben zu einem allfälligen Vorzustand enthalte. Mithin müsse der genaue Verlauf nach dem ersten Unfall 2010 abgeklärt und entsprechend gewürdigt werden. Zudem müsse geklärt werden, ob allenfalls eine ärztliche Fehlbehandlung vorliege, welche die Beschwerden verschlimmert hätten (insbesondere Nichtentdeckung der HKB-Problematik). Zwischen den beiden Unfällen lägen immerhin vier Jahre, in denen die Beschwerdeführerin keinerlei Beschwerden gehabt habe; Brückensymptome fehlten. Es sei vorliegend davon auszugehen, dass die Behandlungen des VKB auch die Schutzfunktion des HKB beeinträchtigt hätten. Mithin sei die durch die HKB-Verletzung eingetretene Chronifizierung erst nach dem zweiten Unfall entstanden und habe der Unfall 2014 zur

Verursachung oder zum Wiederaufleben der HKB-Schmerzen geführt. Mit anderen Worten hätten der Unfall 2014 sowie die darauffolgenden Behandlungen das HKB beeinträchtigt, weshalb zumindest eine Teilkausalität nicht mehr ernsthaft in Abrede gestellt werden könne. Diese habe denn auch Dr. B. ___ implizit bestätigt. Zudem habe die Arbeitsfähigkeit gestützt auf das C. ___ - Gutachten damals bloss 80 % betragen. Dies aufgrund einer leichten depressiven Episode. Daher bestehe

Anspruch auf entsprechende Taggelder, resp. eventualiter eine Rente und sei im Rahmen des beantragten Obergutachtens auch eine Renten- und Adäquanzprüfung vorzunehmen (Urk. 1).

E. 3.1

Die Beschwerdeführerin moniert die Verletzung ihres rechtlichen Gehörs.

E. 3.1.1

Gemäss Art. 29 Abs. 2 BV und Art. 42 ATSG haben die Parteien Anspruch auf rechtliches Gehör. Sie brauchen indessen nach Art. 42 Satz 2 ATSG nicht angehört zu werden vor Verfügungen, welche durch Einsprache anfechtbar sind. Rechtsprechungsgemäss bezieht sich die im ATSG vorgesehene Einschränkung des rechtlichen Gehörs lediglich darauf, dass die versicherte Person sich bei Verfügungen, welche durch Einsprache anfechtbar sind, nicht vorgängig zum vorgesehenen Entscheid äussern kann; die übrigen Aspekte des verfassungsmässigen Rechts sind von der Einschränkung nicht betroffen. In Verfahren, welche mittels durch Einsprache anfechtbarer Verfügung abgeschlossen werden, braucht der Versicherungsträger ein eingeholtes Gutachten grundsätzlich nicht vor Verfügungserlass zunächst der versicherten Person zuzustellen (BGE 136 V 113 E. 5.3 mit Hinweisen).

Hält der Versicherungsträger bei Vorliegen eines externen Gutachtens Erläuterungs- oder Ergänzungsfragen für notwendig, so ist er berechtigt, der Gutachtensperson solche zu stellen (BGE 119 V 208 E. 4d S. 215), hat jedoch die versicherte Person darüber zu informieren und ihr eine Kopie des Gutachtens zuzustellen hat. Damit erhält die versicherte Person Gelegenheit, auch ihrerseits solche Fragen zu stellen. Der Versicherungsträger wird anschliessend die allfälligen ergänzenden - sachdienlichen - Fragen der versicherten Personen zusammen mit seinen eigenen an die begutachtende Person zur Beantwortung weiterleiten. Dies gilt auch in Verfahren, welche mittels durch Einsprache anfechtbarer Verfügung abgeschlossen werden (BGE 136 V 113 E. 5.2).

E. 3.1.2

Mit Schreiben vom 7. November 2018 wies sich der Rechtsvertreter als Bevollmächtigter aus (Urk. 8/K166), woraufhin die Beschwerdegegnerin ihm unter anderem die vollständigen medizinischen Akten (worumter das Gutachten des C. ___) sowie die Ergänzungsfragen im Schreiben vom 15. November 2018 (Urk. 8/K167) zustellte. In der Folge verzichtete die Beschwerdeführerin nach Lage der Akten auf eigene Zusatzfragen. Das Antwortschreiben des Gutachters vom 21. Januar 2019 wurde der Beschwerdeführerin mit der Verfügung vom 7. Februar 2019 zu gestellt (Urk. 8/K177). Der nach Praxis des Bundesgerichts allenfalls auch als leicht anzusehende Verfahrensmangel in Zusammenhang mit den Zusatzfragen kann angesichts der auch in der Einsprache- sowie Beschwerdeschrift (Urk. 8/K181, Urk. 1) fehlenden Zusatzfragen - das interdisziplinäre Gutachten vom 24. August 2018 wird insgesamt hinsichtlich seiner Beweiskraft in Frage gestellt - als geheilt gelten.

E. 3.2

Strittig und zu prüfen bleibt

daher, ob die Beschwerdegegnerin die Heilbehandlungskosten zu Recht per 12. April 2018 eingestellt hat und damit zusammenhängend die Frage, ob die am 12. April 2018 diagnostizierte HKB-Insuffizienz in einem Kausalzusammenhang mit dem Skiunfall vom 6. Februar 2014 steht.

E. 4.1

In medizinischer Hinsicht ist vorab darauf hinzuweisen, dass die Beschwerdeführerin anlässlich eines Autounfalls am 18. September 2010 eine linksseitige Schulter-, Becken- und beidseitige Kniekontusion erlitten hatte (vgl. Urk. 7/M70 ff.), für deren Folgen die Beschwerdegegnerin nicht leistungspflichtig war.

E. 4.2

Im Bericht vom 17. Februar 2014 diagnostizierte der erstbehandelnde Assistenzarzt des Spitalzentrums Z.____ den Verdacht auf eine VKB-Ruptur rechts mit knöchernem Innenbandausriss

(Urk.

E. 4.7

Im Gutachten vom 22. Dezember 2016 hielt Dr. B.____ folgende Diagnosen fest (Urk. 7/M48 S. 10): - Komplexes Knie Trauma beidseits, rechtsdominant 2010 mit hohem Verdacht auf HKB-Schädigung rechts - Knie distorsion rechts (6. Februar

2014) mit partieller Ruptur des VKB (anteromediales Bündel) rechts - VKB-Refixation mit Ligamens-Verstärkung 25. Februar 2014 rechts - VKB-Ersatz mit autologer Patellarsehne 9. Oktober 2014 - Progredientes chronifizierendes Schmerzsyndrom rechtes Bein - Persistierende leichte vordere und hintere Instabilität rechts, beginnende leichte Meniskusschädigung und Knorpelschädigung medial und lateral

Anamnestic habe die Beschwerdeführerin am 6. Februar 2014 als Anfänger in einen Skiunfall erlitten. Dabei sei sie relativ langsam in stammender Belastung mit innenrotierten Kniegelenken unterwegs gewesen, mit den Spitzen im Schnee stecken geblieben und möglicherweise vornüber geworfen worden. Es sei alles schnell gegangen und sie sei geschockt gewesen, habe sofort Schmerzen, aber keinen Knall und kein Rissgefühl erlebt. Danach sei das Knie nicht belastbar und geschwollen gewesen. Sie sei am Knie operiert worden. Sechs Wochen postoperativ sei sie auf einen Stuhl gestiegen und dabei eingesunken. Daraufhin sei es wieder zu «einer Unsicherheit» und Schwellung gekommen; im Oktober 2014 sei sie erneut operiert worden. Danach habe sie stets ein un gutes Gefühl, eine Gefühlsverminderung und zunehmend Schmerzen verspürt. Zudem sei

eine Blaufärbung aufgetreten. Sie nehme täglich 8 Tabletten Zaldiar ein; der Schmerz gehe vom Gesäss über die Poplitea in die Wade hinunter. Zudem habe sie ein Schweregefühl im rechten Bein, ein Unsicherheitsgefühl und eine diskrete Torsionsempfindlichkeit. Manchmal komme es abends zu Schwellungen (Urk. 7/M48 S. 7f.).

In klinischer Hinsicht hätten sich im Wesentlichen

massive diffuse Druckschmerzen im medialen und lateralen Kompartement, jedoch ohne Torsionsschmerzen nach aussen oder innen sowie eine Instabilität in der Frontalebene

ergeben (Urk. 7/M48 S. 8).

Dr. B.____ kam zum Schluss, es ergebe sich der sehr hohe Verdacht, dass das Ereignis vom 18. September 2010 eine relevante Vorschädigung der Kniegelenke, speziell rechts, gezeitigt habe. Das Auto der Beschwerdeführerin habe sich dabei mehrfach überschlagen, bis es 150 Meter unterhalb der Passstrasse zum Stillstand gekommen sei. Die Beschwerdeführerin erinnere sich an eine rechtsdominante Schmerzhaftigkeit, das Fahrzeug sei aber vorne nicht zusammengestaucht gewesen. Im Bericht des Spitals D.____

sei von beidseitigen Knieschmerzen und Schwellungen die Rede; die Kniegelenke seien kaum richtig untersuchbar gewesen. Die Beschwerdeführerin sei offenbar eingeklemmt gewesen und habe durch Rettungskräfte befreit werden müssen. Somit müsse dieses Ereignis durchaus als geeignet betrachtet werden, am ehesten im Sinne einer möglichen Dashboard-Verletzung das hintere

Kreuzband zumindest zu einer Elongation oder Partialruptur gebracht zu haben. Die Angabe einer Knieschwellung spreche sogar für eine relevante Binenschädigung im Sinne einer Ruptur. Das Ereignis vom 6. Februar 2014 sei mechanisch nicht klar einzuordnen. In Stemmstellung dürfte eher eine Innenrotation der Kniegelenke vorgelegen haben. Das Steckenbleiben der Skispitzen dürfte grundsätzlich eher zu einem Vornübersturz geführt haben, verbunden mit Hyperextension, was einerseits das hintere Kreuzband belastet oder überbelastet haben könnte. Bei diesem Mechanismus müsste aber zwangsläufig das posterolaterale Bündel des VKB, und nicht das anteromediale, ebenfalls überbelastet worden sein. Im MRI vom 13. Februar 2014 sei die Rede von einem Bone

Bruise am posterolateralen

Tibiaplateau im Rahmen des Impakttraumas. Dies spreche eher gegen ein Hyperextensionstrauma. Zudem sei die initiale Symptomatik im medialen Kompartiment lokalisiert gewesen. Es sei bekannt, dass die Diagnose einer hinteren oder allenfalls kombinierten Kreuzbandschädigung oft nicht angemessen gestellt werden könne, wenn einmal die Zeichen der viel häufigeren VKB-Ruptur vorlägen. Zudem seien HKB-Rupturen bildgebend nicht einfach feststellbar.

Mit der offenbar für alle eher überraschenden Diagnose der HKB-Schädigung, welche mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit 2010 entstanden sei und bei zeitnaher Anamneseerhebung 2014 mit hoher Wahrscheinlichkeit hätte erfasst werden können, lasse sich auch gut erklären, warum die VKB-Operationen nicht zum Behandlungserfolg geführt hätten. Dieser negativ erscheinende Verlauf dürfte in den Folgejahren zur Schmerzchronifizierung beigetragen haben. Die heutigen Schmerzen seien eher unspezifisch für eine relevante intraartikuläre Folgeschädigung. In der Palpation des muskulären Triggerpunktmusters hingegen seien sie gut reproduzierbar. Die propriozeptiven Schutzfunktionen seien geschädigt, letztlich auch durch die Anlage der Bohrkanäle am jeweiligen VKB-Ansatz.

Der jetzige Behandlungsvorschlag eines hinteren Kreuzbandersatzes richte sich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nach einer alten Knieschädigung aus dem Jahr 2010.

Es sei allerdings heute sehr schwierig auszusagen, ob das hintere, allenfalls durch Elongation vorgeschädigte Kreuzband 2014 eine zusätzliche Schädigung mitbekommen habe. Der Hämarthros

sei mit dem Befund am vorderen Kreuzband gut erklärt und die Ruptur könne durch die Schwächung des hinteren Kreuzbandes begünstigt gewesen sein. Das Schadensbild mit den Befunden medial und lateral spreche letztlich eher für eine wesentliche distorsionelle Komponente mit Zerrung medial und Stauchung lateral. Bei einer erstmaligen Ruptur des hinteren Kreuzbandes 2014 hätten die Begleitschäden auch osteochondral deutlicher ausgeprägt gewesen sein müssen; auch die Traumaenergie

hätte eindrücklicher sein müssen. Für eine relevante Schädigung des hinteren Kreuzbandes brauche es höhere Energien. Von einer HKB-Rekonstruktion sei keine Steigerung der Arbeitsfähigkeit zu erwarten. Im besten Fall könne die Stabilität etwas verbessert werden (Urk. 7/M48 S. 11 f.). 4.

E. 4.9

Im C.____-Gutachten vom 24. August 2018 stellten die begutachtenden Fachärzte folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/M62 S. 41): - Instabilität und beginnende Arthrosezeichen des rechten Kniegelenkes mit/bei: - Zustand nach Kniearthrose rechts bei einem Skisturz am 6. Februar 2014 mit vorderer Kreuzbandruptur - Zustand nach zweimaliger vorderer Kreuzbandplastik am 25. Februar 2014 und am 9. Oktober 2014 - Leichte depressive Episode (ICD-10: F32.0)

Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hielten sie (1) eine Lumbago mit Wirbelsäulenfehlhaltung und Myogelose der HWS, (2) Spreizfüsse und (3) einen Zustand nach Aussenbandruptur des rechten oberen Sprunggelenks 2018 fest (Urk. 7/M62 S. 27).

Aus orthopädischer Sicht stellte der begutachtende Orthopäde im Wesentlichen eine Muskelatrophie und leichte Weichteilmantelschwellung im Bereich des rechten Kniegelenkes und des rechten Beines fest. Im rechten Kniegelenk habe sich zudem eine leichte Instabilität, insbesondere der Seitenbänder

sowie ein deutlicher Druckschmerz im medialen Kompartiment, weniger im lateralen Kompartiment gezeigt. Das Gangbild selbst sei unauffällig. Die Beschwerdeführerin benutze keinerlei Gehhilfen oder Orthesen. Sowohl die Hocke als auch der Einbeinstand seien ausführbar. Bildgebend zeige sich eine leichte Kniearthrose rechts. Die bisherige, vornehmlich stehend ausübende Tätigkeit sei der Beschwerdeführerin aufgrund der Kniebefunde nicht mehr zuzumuten. In einer knieschonenden Tätigkeit, vorwiegend sitzend, bestehe indes eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/M62/41 f.).

Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine leichte depressive Episode. Die Beschwerdeführerin habe den Skiunfall zunächst ohne psychische Probleme verarbeitet. Im weiteren Verlauf sei es aufgrund ihrer anhaltenden Kniebeschwerden mit der Tendenz zur Verschlechterung und finanziell belastenden Situation zu einer depressiven Symptomatik gekommen. Die Beschwerdeführerin habe Angst, ihren Job zu verlieren. Sie wolle soweit es gehe in ihrer angestammten Tätigkeit

weiterarbeiten. Einen gewissen Rückhalt erfahre sie von ihrem direkten Chef. Ohne das zuvor erlittene Trauma (Unfall) wäre es nicht zu einer psychischen Störung gekommen. Bei der derzeitigen depressiven Ausprägung

bestehe eine quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 2,5 Stunden täglich. Mithin sei die Beschwerdeführerin in ihrer

zuletzt ausgeübten Tätigkeit zu 80 % arbeitsfähig. Die Prognose sei grundsätzlich gut. Innerhalb von 6 bis 12 Monaten sei von

einer 100%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen (Urk. 7/M62 S. 42 f.) .

Auf entsprechende Rückfragen der Beschwerdegegnerin führt

der orthopädische Fachgutachter der C.____

mit Schreiben vom 21. Januar

2019 aus, die HKB- Insuffizienz sei sekundär und mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis aus dem Jahre 2010 zurückzuführen und es ergebe sich daraus keine Operationsindikation

(Urk. 9/M67). 5. 5.1

Ausweislich der Akten hat die Beschwerdeführerin anlässlich des Skiunfalls vom 6. Februar 2014

eine VKB-Ruptur erlitten . Was die umstrittene Schädigung des HKB betrifft, ist vorab darauf hinzuweisen, dass von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen rechtsprechungsgemäss erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt wurden und die hierbei angewendeten Untersuchungsmethoden wissenschaftlich anerkannt sind (BGE 138 V 248 E. 5.1 mit Hinweisen). 5.2

Vorliegend verblieb das HKB

im Bericht zur Erstuntersuchung vom 6. Februar 2014 gänzlich unerwähnt. Am 13. Februar 2014 und 19. September 2014 zeigte sich MR-tomographisch ein intaktes HKB mit verstärkter Angulierung

(vgl. Urk. 7/M2 , Urk. 7/M11f.) .

Anlässlich der arthroskopischen VKB- Readaption am 25. Februar 2014 wurde das hintere Kreuzband als unauffällig beurteilt (vgl. Urk. 7/M5). Am 29. Juni 2015 zeigte sich

MR-tomographisch ein elongiertes HKB

(vgl. Urk. 7/M17, vgl. auch Urk. 7/M35). Im MRT-Bericht vom 28. Juli

2016 wurde erneut ein intaktes HKB festgehalten (Urk. 7/M42) ; entsprechend zeigte sich keine hintere Schublade

(vgl. Urk. 7/M37 S. 2 ; vgl. auch CT-Bericht vom 8. September 2016, Urk. 7/M44) . Anfangs November 2016 wurde erstmals verdecktweise eine HKB- Insuffizienz dokumentiert

(vgl. Bericht des A.____ vom 3. November 2016, Urk. 7/M43) und zeigte sich

Mitte November 2016 apparativ (Röntgenknie-Spannungsaufnahme) eine deutlich vergrösserte hintere Schublade (Urk. 7/M46, Urk. 7/M65) .

Mithin

ergeben sich aufgrund der zum Unfall zeitnahen medizinischen Unterlagen unbestrittenemassen (vgl. Urk. 1 S. 9) keine Hinweise auf eine Verletzung des HKB . Im Gegenteil wurde von 2014 bis 2016 MR-tomographisch sowie in traoperativ wiederholt ein

intaktes HKB festgestellt . Daran vermag auch die zeit gleich dokumentierte verstärkte Angulierung nichts zu ändern. Handelt es sich doch hierbei um ein indirektes Zeichen für eine vordere Kreuzbandinsuffizienz (vgl. Urk. 7/ M12).

Dazu passend zeigte sich in klinisch er Hinsicht

bis Mitte 2016 keine hintere Schublade. Erst Ende 2016 und damit fast drei Jahre nach dem Unfall vom 4. Februar 2014 wurde eine

HKB-Insuffizienz diagnostiziert . Dies hat denn auch die Beschwerdeführerin wiederholt anerkannt (Urk. 1 S. 9 und S. 11) . Dass die HKB-Insuffizienz

auf diesen Unfall zurückzuführen sei, wurde in der gesamten medizinischen Aktenlage ärztlicherseits nirgends postuliert. Im Gegenteil hielt der kausalarisch beigezogene Orthopäde der Klinik E.____ im Bericht vom 12. April 2018 fest, die festgestellte HKB-Insuffizienz sei etwas ungewöhnlich bei stattgehabten Skisturz (vgl. Urk. 7/59, S. 2). Bei der vorliegenden Aktenlage, namentlich in Abwesenheit handfester Hinweise auf eine Unfallkausalität

der HKB-Insuffizienz, sahen sich die C.____ -Gutachter diesbezüglich zu Recht nicht zu Weiterungen veranlasst. Dass das Gutachten gleichwohl in Kenntnis der HKB-Insuffizienz erging, ergibt sich zwanglos aus der Auflistung der berücksichtigten medizinischen Vorakten auf S. 2 ff. des Gutachtens (Urk. 7/M62/2ff.). Soweit Dr.

B.____ darauf hinwies, eine HKB-Ruptur werde diagnostisch oft vernachlässigt und sei darüber hinaus MR-tomographisch nicht leicht erkennbar, lässt sich nichts zugunsten der Beschwerdeführerin ableiten. Vielmehr tragen die Parteien im Sozialversicherungsrecht insofern eine Beweislast, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheidung zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte (BGE 115 V 133 E. 8a). Für die beschwerdeweise aufgeworfene Hypothese, wonach die HKB-Insuffizienz teilweise oder zumindest mittelbare Folge des Unfalls 2014 sein könne, etwa aus Fehlbelastung, als sekundäre OP-Folge, aufgrund ärztlicher Fehlbehandlung oder wegen verspäteter Diagnosestellung (Urk. 1 S. 6 und S. 9f.), liefern die vorliegenden Akten keine Hinweise. Das gilt auch für die Ausführungen von Dr. B.____ , welchen entgegen der Beschwerdeführerin (Urk. 1 S. 10 f.) – derartige Hinweise weder in direkter noch indirekter Form zu entnehmen sind. Im Übrigen umfasst die behördliche und richterliche Abklärungspflicht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit . c ATSG) nicht unbesehen alles; umso weniger in Abwesenheit gewichtiger

Anhaltspunkte für einen bestimmten Sachverhalt. Davon abgesehen untergräbt die Beschwerdeführerin ihre eigene Argumentation, wenn sie gestützt auf die Ausführungen von Dr. B.____ eine irgendwie geartete Unfallkausalität zu begründen versucht und gleichzeitig an denselben Ausführungen Kritik ausübt und deren Beweiseignung in Abrede stellt (Urk. 1 S.

E. 7

/M1). 4. 3

Im Konsiliarbericht vom 13. Februar 2014 hielt der beurteilende Radiologe aufgrund der selben Tags durchgeführten MR- tomographie des rechten Kniegelenks folgende Beurteilung fest (Urk. 7/M2 S. 2): - Massiver intraartikulärer Erguss im Sinne eines Hämarthros - Ruptur des anterioren Kreuzbandes - Bone

bruise mit Impression am posterolateralen

Tibiaplateau im Rahmen des Impaktraumas - Überdehnung des lateralen Kollateralbandes und des Tractus iliotibialis - Intakter medialer und lateraler Meniskus - Trochleadysplasie mit retropatellären kleinen Ausfransungen der medialen Gelenkfacette parazentral - Kontusionierung des Hoffa'schen Fettkörpers zum Interkondylärraum hin - Klassische Baker-Zyste posteromedial

4. 4

Am 25. Februar 2014 erfolgte eine arthroskopische VKB-Readaption; im Rahmen der intraoperativ inspizierten medialen und lateralen Kniegelenkskompartimente, einschliesslich des Kreuzbandbereichs, zeigte sich ein unauffälliges HKB (Urk.

7/M5). 4. 5

Die am 19. September

2014 durchgeführte MR-Tomographie ergab folgende Beurteilung (Urk. 7/M11): - Status nach vorderer Kreuzbandreadaptation unter interner Schienung mit Ligamys. Es zeigt sich eine Ausdünnung des vorderen Kreuzbandes mit Signalanhebung und möglichem Teileinriss. Verdacht auf

anteriore Kreuzbandinsuffizienz bei verstärkter Angulierung des posterioren Kreuzbandes. Zu erwähnen ist ein starker Suszeptibilitätsartefakt durch das Verankerungsmaterial im tibialen Bohrkanal mit Beeinträchtigung der Bildqualität - Leicht- bis mittelgradiger intraartikulärer Erguss - Intakter medialer und lateraler Meniskus mit leichtgradiger Abrundung im medialen Hinterhorn ohne erkennbare Einrisse - Keine Hinweise für osteochondrale Läsionen - Geringfügige Chondromalazie

retropatellär Grad I

4. 6

Im November 2016 wurde in der Uniklinik A.____ bildgebend gesichert eine chronische HKB-Insuffizienz diagnostiziert (vgl. Bericht vom 17. November 2016, Urk. 7/M46).

E. 8

und S.

E. 10

ff.).

Im Übrigen

hat

PD Dr. med. F.____, Facharzt FMH für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates und leitender Arzt der Uniklinik A.____, im Bericht vom 30. Januar 2017 – entgegen der Beschwerdeführerin (Urk. 1 S. 11) - lediglich insoweit Kritik an den Ausführungen von Dr. B.____ geussert, als dass letzterer eine HKB-Rekonstruktion als nicht indiziert erachtete (vgl. Urk. 7/M49). Ob die HKB-Problematik auf den Unfall anno 2010, für dessen Folgen die Beschwerdegegnerin mangels Zuständigkeit unbestrittenermassen nicht leistungspflichtig war und

es dementsprechend auch für etwaige Spätfolgen oder Rückfälle nicht wäre, zurückzuführen ist, kann mangels Relevanz offenbleiben. Damit geht auch die in diesem Zusammenhang beschwerdeweise geltend gemachte Verletzung der Abklärungspflicht ins Leere (Urk. 1 S. 8).

Mit ihren übrigen Vorbringen ist die Beschwerdeführerin mangels Relevanz nicht zu hören.
5.3

Der angefochtene Einspracheentscheid vom 18. November 2019 (Urk. 2) äussert sich aus schliesslich zur Einstellung der kniebedingten Heilbehandlungskosten per 12. April 2018. Die Beschwerdeführerin beantragt schliesslich die Fortführung von Heilbehandlungskosten und Ausrichtung von Taggeldern aufgrund der leichten depressiven Episode (Urk. 1 S. 13 f.). Hierzu hat sich die Beschwerdegegnerin zwar nicht explizit geäussert, der angefochtene Einspracheentscheid vom 18. November 2019 umfasst aber die Einstellung vorübergehender Leistungen betreffend sämtliche adäquat auf den Unfall vom 4. Februar 2014 zurückzuführende Leiden. Vorliegend kann jedoch auf weitere medizinische Abklärungen hinsichtlich natürlicher Unfallkausalität und verbliebener Arbeitsunfähigkeit infolge psychischer Leiden verzichtet werden. Die Adäquanz allfälliger psychischer Gesundheitsschäden zum als höchstens im Grenzbereich zu den leichten Unfällen zu qualifizierenden Sturz auf den Skiern kann zum vornherein verneint werden (vgl. zur umfangreichen Rechtsprechung statt vieler: 115 V 133). 5.4

Zusammenfassend ist in Würdigung der hinreichend aufschlussreichen und in allen Belangen den rechtsprechungsgemässen Anforderungen (vgl. E. 1.7) als genügend zu betrachten. Die medizinischen Unterlagen im Zusammenhang zwischen der Ende 2016 diagnostizierten

HKB-Insuffizienz

und dem Unfall vom 6. Februar 2014 jedenfalls nicht überwiegend wahrscheinlich und hat die Beschwerdegegnerin die kniebedingten Heilbehandlungskosten zu Recht per 12. April 2018 eingestellt. 6.

6.1

Den beschwerdeweisen Antrag auf eine Integritätsentschädigung hat die Beschwerdeführerin weder substantiiert noch begründet. Vielmehr hat sie lediglich die Zusprache einer Integritätsentschädigung «nach Gesetz»

verlangt (vgl. Urk. 1 S. 2; vgl. auch S. 12, N 28). 6.2

Als Integritätsschaden hielt den die C.____-Gutachter eine bleibende, leichte Instabilität des rechten Knies sowie leichte Arthrose fest (Urk. 7/M62) und bezifferte diese gestützt auf die Suva-Tabelle 5 (Integritätsschaden bei Arthrosen) und 6 (Integritätsschaden bei Gelenkinstabilitäten) mit insgesamt 7.5 % (Urk. 7/M62/30 f.; vgl. auch E. 1.5). Daraus ergibt sich kein Anlass zur gerichtlichen Korrektur. Im Übrigen greift das Gericht nicht ohne Not bzw. nur insoweit ein, als dass die unfallmedizinische Beurteilung sachlich nicht gerechtfertigt ist und zu stossenden Ungleichheiten führen würde. Dies ist nach dem Gesagten vorliegend offensichtlich nicht der Fall.

7.

Nach dem Gesagten erweist sich die Beschwerde als unbegründet, was zur Abweisung führt, soweit darauf einzutreten ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt David Fischer - Helvetia Schweizerische Versicherungsgesellschaft 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 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 Die Gerichtsschreiberin HurstHediger

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