

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2020.00280 vom 7. Mai 2021

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-05-07, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2020.00280

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2020.00280 du 7 mai 2021

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2020.00280 del 7 maggio 2021

Erwägungen

E. 1

Die 1961 geborene X._____

war seit Mai 2017 bei Y._____

als Travel Counselor

(Reiseberaterin) angestellt und über den Arbeitgeber bei der AXA Versicherungen AG

(AXA) gegen die Folgen von Unfällen v. ersichert. Mit « Bagatell- Unfallmeldung UVG» liess die Versicherte am 2. Februar 2018 der AXA

mitteilen, dass sie sich am

E. 1.1

Gemäss Art. 6 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) werden – soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt – die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Abs. 1). Die Versicherung erbringt ihre Leistungen auch bei folgenden Körperschädigungen, sofern sie nicht vorwiegend auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen sind (Abs. 2): Knochenbrüche (lit . a), Verrenkungen von Gelenken (lit . b), Meniskusrisse (lit . c), Muskelrisse (lit . d), Muskelzerrungen (lit . e), Sehnenrisse (lit . f), Bandläsionen (lit . g) und Trommelfellverletzungen (lit . h). Ausserdem erbringt die Versicherung ihre Leistungen für Schädigungen, die der verunfallten Person bei der Heilbehandlung zugefügt werden (Abs. 3).

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 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 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).

E. 2

S. 2), die Beschwerdeführerin habe gemäss Unfallmeldung am 28. Januar 2018 beim Skifahren eine Verletzung am rechten Knie erlitten. Als Unfallversicherer habe sie ohne nähere Deckungsprüfung die gesetzlichen Leistungen, namentlich die Kosten für das erstellte MRI vom 15. Februar 2018 sowie die bezogenen Medikamente, vergütet. Die letzte dokumentierte unfallbedingte ärztliche Konsultation habe dabei am 16. Mai 2018 bei Dr. med. A. ___ stattgefunden. Am 17. Juli 2018 habe die Beschwerdeführerin zudem eine Ellbogenkontusion erlitten, für deren Folgen sie ebenfalls die gesetzlichen Leistungen ausrichte. Zwei Jahre nach dem Ereignis vom 28. Januar

2018 am 29. Januar 2020 sei sie über einen anstehenden Eingriff am rechten Knie informiert worden.

Aufgrund des MRI vom 15. Februar 2018 und der erneuten

Bildgebung vom 15. Januar 2020 (richtig 2019)

sei

festzustellen, dass die am 15. Februar 2015 (richtig 2018) objektivierte Innenbandruptur nicht mehr zur Darstellung gelange und folglich abgeheilt sei. Dafür spreche, dass über den 16. Mai 2018 hinaus lediglich noch Konsultationen zur Behandlung der oberen Extremität stattgefunden hätten. Folglich fehlten nach dem 16. Mai 2018 jegliche Hinweise, welche eine weitere sturzbedingte Behandlungsbedürftigkeit belegen könnten, weshalb mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden dürfe, dass die rein sturzbedingten Folgen zu jenem Zeitpunkt abgeklungen gewesen seien. Gemäss ihrem beratenden Arzt Dr. Z. ___ zeigten sich in beiden MRIs vorbestehende, degenerative Veränderungen, welche nicht als durch das Ereignis vom 28. Januar 2018 verursacht angesehen werden könnten. Die Beschwerdeführerin habe in diesem Zusammenhang auch bestätigt, dass der Knorpelschaden auf ein früheres Ereignis aus dem Jahr 1982 zurückzuführen sei. Damals sei sie von einer Flugzeugtreppe gestürzt und habe sich die Kniescheibe gebrochen (S. 5). Zwischen der anlässlich der Arthroskopie vom 5. Februar 2020 behandelten Pathologie und dem Ereignis vom 28. Januar 2018 bestehe kein Kausalzusammenhang (S. 5).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin hielt in ihrem Einspracheentscheid vom 23. Oktober 2020 fest (Urk.

E. 2.2

Dem hielt die Beschwerdeführerin entgegen (Urk. 1), ihre Ärztin Dr. A. ___

habe ihr geraten, nicht gleich zu operieren. Seit dem Unfall sei das Knie nicht mehr das Gleiche gewesen. Der Treppensturz,

welcher sich

im Jahr 1980 ereignet habe, habe sie in den letzten 30 bis 40 Jahre nie gehindert,

jeden Sport ohne jegliche Schmerzen ausüben zu können. Erst seit dem Skiunfall habe sie Schmerzen vor allem in der Nacht und diese seien nie weggegangen und das Knie habe seither auch nicht mehr gestreckt werden können, weil wahrscheinlich der Aussenmeniskus gestört habe und zerfranst und gerissen sei. Es sei ihr daher keine andere Wahl geblieben, als die Operation durchzuführen, ansonsten sie keinen Sport mehr hätte betreiben können.

E. 3.1

Im Bericht der B. ____

über die Magnetresonanztomografie (MRI) des rechten Kniegelenks nativ vom 15. Februar 2018 (Urk. 13/M10) führte der zuständige Radiologe aus, die Indikation zur Untersuchung sei der Skiunfall am 28. Januar 2018 mit Distorsion des rechten Knies, persistierenden Schmerzen und leichter Schwellung. Klinisch bestehe der Verdacht auf eine Bakerzyste und die Frage nach einer Knieinnenverletzung. Zum Befund hielt der Radiologe fest, es zeigten sich ein Ödem im und um das Innenband, passend zu einer leichten Partialruptur und darüber

hinaus eine Partialruptur der Popliteussehne. Es bestünden eine fokale Synovialitis zwischen Aussenmeniskus und dem Aussenband und ein horizontal verlaufender Riss im Aussenmeniskus, der sich von der Pars intermedia bis in das Hinterhorn verfolgen lasse, mit Volumenminderung des Hinterhorns aber ohne Nachweis einer Fragmentdislokation. Es zeigte sich eine Chondropathie Grad III des lateralen Femurkondylus mit irregulärer Knorpel-Konturierung in der Hauptbelastungszone und ein normaler Knorpelbelag des lateralen Tibiaplateaus. Es bestehe kein Kniegelenkserguss und die Darstellung des Hoffa-Fettkörpers sei regelrecht. Die Kreuzbänder seien in ihrer Kontinuität erhalten und es sei eine bilobierte

Bakerzyste ersichtlich. Der

Knorpelbelag des medialen Femurkondylus des medialen Tibiaplateaus sei gut. Degenerative Signalstörungen zeigten sich im Hinterhorn des Innenmeniskus, aber ohne Rissbildung. Es bestehe ein intaktes Innenband und es sei eine Signalstörung am retropatellaren Knorpel am Patella First (Chondropathie Grad I) ersichtlich und darüber hinaus bestünden subkortikale Geröllzysten entlang der medialen Patella-Facette mit ausgedünntem Knorpel (Chondropathie Grad II). Der Knorpelbelag in der femoralen Trochlea

sei gut und angrenzend an die

geröllzystischen Veränderungen, entlang der medialen Facette der Patella sei eine winzige Plica

mediopatellaris ersichtlich, die möglicherweise interponierend sei.

Unter Beurteilung führte der Radiologe aus, wahrscheinlich bestünden eine auf das vorangegangene Trauma zurückzuführende Partialruptur des Innenbandes und der Popliteussehne sowie eine nicht dislozierte Rissbildung im Hinterhorn des Aussenmeniskus mit angrenzender Synovialitis. Die Chondropathie Grad III des lateralen Femurkondylus sei differentialdiagnostisch Trauma assoziiert. Es sei kein Kniegelenkserguss vorhanden, allerdings bestehe der Nachweis einer kleinen bipolaren Bakerzyste und degenerative Veränderungen bestünden im Hinterhorn des Innenmeniskus. Degenerativ seien am

ehosten chronisch-degenerativ bedingte Geröllzysten entlang der medialen Facette der Patella mit ausgedünntem Knorpel (Grad II), die möglicherweise im Rahmen einer Interposition der kleinen Plica

mediopatellaris zu sehen seien.

E. 3.2

Am 15. Januar 2019 (Urk. 13/M6) hielt der Radiologe über die am gleichen Tag durchgeführte MRI Kniegelenk nativ rechts fest, es bestehe ein Status nach Skiunfall im Januar 2018 mit Partialruptur des Innenbands, nicht dislozierter Rissbildung des lateralen Meniskus und einer Chondropathie Grad III bei persistierenden Schmerzen vor allem bei Flexion. Es stelle sich die Frage nach einer Dislokation der Rissbildung des lateralen Meniskus und ob die Seitenbänder intakt seien.

Die Darstellung des Aussenbands sei regelrecht. Es bestehe eine Chondropathie Grad III in der Hauptbelastungszone des lateralen Femurkondylus und des lateralen Tibiaplateaus, bislang noch ohne angrenzendes Knochenmarködem und dies sei gegenüber der Voruntersuchung weitgehend unverändert. Es zeige sich eine horizontal verlaufende Rissbildung des Aussenmeniskus, bereits in der Vorderhornwurzel beginnend, die sich über das Vorderhorn und die Pars intermedia bis in das Hinterhorn und die Hinterhorn-Wurzel erstreckt, mit Kontakt zur Peripherie anterior, lateral und dorsal sowie mit Kontakt zur Oberfläche im Bereich des Hinterhorns, wobei in der Voruntersuchung die Rissbildung vor allem im Hinterhorn ersichtlich gewesen sei. Eine Fragmentdislokation sei nicht nachweisbar, allerdings bestehe nun eine leichte Menisksextrusion. Ein Kniegelenkerguss bestehe nicht und es zeige sich eine leichte ödematöse Imbibierung des Hoffa-Fettkörpers. Die Kreuzbänder seien in ihrer Kontinuität erhalten und es bestehe wie in der Voruntersuchung eine kleine bilobierte

Bakerzyste und eine Chondropathie Grad II des medialen Femurkondylus und des medialen Tibiaplateaus. Der Innenmeniskus zeige leichte degenerativ bedingte Signalstörungen im Hinterhorn und zusätzlich eine winzige horizontal verlaufende Rissbildung ohne Kontakt zur Ober- oder Unterfläche, wie in der Voruntersuchung. Das Innenband sei intakt und nahe der Patella-Basis falle im Übergang vom Patella-First zur medialen Facette eine ausgeprägte osteochondrale Defektzone auf, mit höhergradigem Knorpeldefekt Grad I/II und angrenzendem subkortikalem Geröllzyste mit deutlichem Knochenmarködem, die ausgedehnter sei als in der Voruntersuchung. Der Knorpelbelag sei entlang der lateralen Patella-Facette kräftig, die Patella-Retinakula

sei intakt und es zeige sich eine schmale Plica

mediopatellaris. Letztlich könne

eine Interposition vorliegen und ein Nachweis freier Gelenkkörperchen ergebe sich nicht.

Gegenüber der Voruntersuchung vom 15. Februar

2018 bestehe eine ausgedehntere Rissbildung im Aussenmeniskus, die sich jetzt von der Vorderhorn-Wurzel über das Vorderhorn, die Pars intermedia bis in das Hinterhorn und die Hinterhorn-Wurzel erstreckt und sich nun mit einer leichten Menisksextrusion zeige, die weiterhin aber ohne Fragment-Dislokation sei. Im Wesentlichen sei die höhergradige Chondropathie im lateralen Kompartiment stationär und es zeige sich kein Kniegelenkerguss. Wie in der Voruntersuchung sei eine winzige Rissbildung im Hinterhorn des

Innenmeniskus erkennbar und die osteochondrale Läsionen im Übergang vom Patella-First zur medialen Facette sei ausgeprägter. Differentialdiagnostisch sei diese trauma assoziiert oder im Rahmen eines Impingements zu sehen, wobei sich eine etwas prominente Plica mediopatellaris nachweisen lasse, die allerdings nicht signalalteriert und nicht verdickt erscheine. Stationär sei eine bilobierte kleine Bakerzyste sowie eine einzelne kleinere perikapsuläre

Ganglionzyste an der dorsalen Kapsel medial und lateral auf Höhe der Femurkondylen.

E. 3.3

Der Operateur Dr. med. C. ____, orthopädische Chirurgie FMH, führte im Bericht vom 5. Februar 2020 (Urk. 13/M 18) über die am gleichen Tag durchgeführte arthroskopische Aussenmeniskusteilresektion Kniegelenk

rechts aus, als Diagnose bestehe eine komplexe Aussenmeniskusläsion am Kniegelenk rechts, ein solitärer grosser Knorpeldefekt am lateralen Femurkondylus und eine Synovitis. Mittels Anlage des anterolateralen Portals sei bei der Inspektion des Recessus supra patellaris eine ausgeprägte Synovitis, eine Chondromalazie Grad II patellofemoral und beim Umschwenken in das mediale Kompartiment eine kleine Plica

medio patellaris ersichtlich. Beim

weiteren Umschwenken in das mediale Kompartiment zeige sich ein intakter Meniskus- und Knorpelbelag und bei m

zusätzlichen

Umschwenken in das zentrale Kompartiment ein intaktes vorderes und hinteres Kreuzband. Beim Umschwenken in das laterale Kompartiment und Anlage des anteromedialen Portals zeige sich vom Übergang des Hinterhorns zum Pars intermedia eine komplexe Rissbildung mit grosser horizontaler Rissbildung bis in den Vorderhornbereich. Im Pars intermedius sei diese so aufgefasert, dass hier nur eine Teilresektion erfolgen könne. Eine kleine horizontale Komponente werde noch belassen, da ansonsten zu viel Meniskus reseziert werde. Auffällig sei ein grosser Knorpeldefekt von zwei mal zwei cm in der Hauptbelastungszone des lateralen Femurkondylus und wo der Knochen komplett freiliege. Hier gebe es auch eine intraläsionale Osteophyten. Es erfolge der Portalwechsel sowie die sparsame Resektion auch des unteren rupturierten Anteils des Aussenmeniskus, wobei hier kein einklemmender Anteil bestehe, sodass der Rest belassen werden könne.

E. 3.4.1

Am 30. Januar 2020 (Urk. 13/M15) hatte Dr. Z. ____, in seiner Aktenbeurteilung zu Händen der Beschwerdegegnerin ausgeführt, am 28. Januar 2018 habe sich die Beschwerdeführerin eine Verletzung des rechten Knies beim Skifahren zugezogen. Das MRI am 15. Februar 2018 habe einen Teilriss des medialen Kollaterallandes, eine Zerrung der Popliteussehne, eine dislozierte Rissbildung im Hinterhorn des Aussenmeniskus, eine drittgradige Chondropathie femoral lateral und einen deutlichen Knorpelschaden retropatellär und intakte Kreuzbänder gezeigt. Die Behandlung sei konservativ erfolgt, mit etwas persistierenden Beschwerden. Das neue MRI vom 15. Januar 2019 zeige, dass sich die Rissbildung im Aussenmeniskus nun bis ins Vorderhorn ausgedehnt habe und der Knorpelschaden lateral betreffe jetzt auch das Tibiaplateau. Medial ebenfalls femoral wie tibial bestehe eine zweitgradige Chondropathie und retropatellär weiterhin ein

Knorpelschaden. Das mediale Kollateralband sei unauffällig und es erfolge weiterhin eine konservative Behandlung mit mässigem Erfolg. Im Januar 2020 sei nun doch eine operative Revision geplant worden, wobei sich erst intraoperativ entscheiden lassen, wie weit eine Refixation des Meniskus noch möglich sei.

Es handle sich dabei um die weitere Entwicklung von degenerativen Veränderungen, wie sie schon im Februar 2018 zur Darstellung gekommen seien. Besonders die Knorpelschädigung im lateralen Kompartiment und die Ausdehnung der lateralen Meniskusläsion. Die mediale Bandläsion sei geheilt, ebenso die Popliteussehne. Die laterale Meniskusläsion sei schon 2018 als degenerativ und nicht traumatisch bedingt einzustufen gewesen. Ein kausaler Zusammenhang zwischen der geplanten Operation und dem gemeldeten Ereignis bestehe nicht.

E. 3.4.2

In einer weiteren Stellungnahme vom 12. Mai

2020 (Urk. 13/M19) führte Dr. Z. _____

aus, es habe am 5. Februar 2020 eine Kniearthroskopie rechts stattgefunden. Dabei sei eine Synovitis, eine zweitgradige femoropatellare Chondromalazie bei intaktem medialem Kompartiment und intakten

Kreuzbändern,

ein tiefer lateraler Knorpelschaden am Kondylus von zwei mal zwei Zentimeter Grösse und ein mehrfach auch horizontal eingerissener Aussenmeniskus

festgestellt worden und es habe keine Naht, sondern nur eine Teilresektion durchgeführt werden können. Die Befunde im Operationsbericht und im Austrittsbericht entsprächen dem Erwarteten. Die Knorpelschädigung am lateralen Kondylus sei schon im ersten MRI vom 15. Februar 2018 vorhanden gewesen, ebenso die horizontale Rissbildung, damals ohne Verschiebung im Aussenmeniskus. Dies seien degenerative Elemente, die nicht durch eine Knieinstabilität am 28. Januar 2018 erklärt werden könnten. Diese degenerativen Elemente hätten das Potential, sich weiter zu entwickeln und symptomatisch zu werden.

E. 3.5

Dr. med. A. _____, FMH Allgemeine Innere Medizin, führte im Bericht vom 14. November 2020 (Urk. 3) aus, die Beschwerdeführerin habe am 18. Januar 2018 einen Skiunfall mit Knieinnenverletzungen erlitten. Dabei seien die Diagnosen Partialruptur Innenband rechts, nicht dislozierte Rissbildung Hinterhorn Meniskus lateralis rechts, Chondropathie Grad III des lateralen Femurkondylus und eine

bilobierte

Bakerzyste gestellt worden und eine konservative Therapie erfolgt. Ein erneutes MRI im Januar 2019 habe eine ausgedehntere Rissbildung des Aussenmeniskus rechts und eine stationäre Chondropathie im lateralen Kompartiment ergeben. Sie habe damals mit der Beschwerdeführerin besprochen, dass nicht jede Meniskusläsion sofort operiert werden müsse oder soll. Sie sei mit dem Vorgehen « wait and see » einverstanden gewesen und anfänglich sei es auch ordentlich gegangen. Doch später habe sich die Rissbildung ausgedehnt und die Operationsindikation sei gegeben gewesen. In erster Linie seien sicher die Traumafolgen die Ursache für die spätere Arthroskopie, die am 5. Februar 2020 durch

geführt worden sei. Die degenerativen Veränderungen, die im MRI beschrieben seien, seien vor dem Unfall nicht symptomatisch und deshalb kaum von Relevanz gewesen.

E. 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
Der Gerichtsschreiber Gräub Nef

E. 4.1

Aus der vorliegenden Aktenlage ergibt sich, dass sich die Beschwerdeführerin am 28. Januar 2018 beim Skifahren Verletzungen am rechten Knie zugezogen und sich deshalb in ärztliche Behandlung begeben hat. Dabei zeigte das MRI vom 15. Februar 2018 neben einer Partialruptur am Innenband und an der Popliteussehne

unter anderem eine fokale Synovialitis (Entzündung der Gelenkinnenhaut) zwischen dem Aussenmeniskus und dem Aussenband sowie einen horizontal verlaufenden Riss im Aussenmeniskus, ohne Nachweis einer Fragmentdislokation (Fragmentverschiebung). Dabei erachtete es der Radiologe für wahrscheinlich, dass die

Partialruptur am Innenband und an der Popliteussehne sowie die Rissbildung im Hinterhorn des Aussenmeniskus auf das vorangegangene Trauma zurückzuführen seien. Ebenso hielt er auch die Chondropathie Grad III des lateralen Femurkondylus

differentialdiagnostisch für trauma assoziiert, während er

die Veränderungen im Hinterhorn des Innenmeniskus und die Geröllzysten entlang der medialen Facette der Patella mit ausgedünntem Knorpel (Grad II) als chronisch-degenerativ bedingt und möglicherweise im Rahmen einer Interposition der kleinen Plica

mediopatellaris

interpretierte (E. 3.1 hiervor).

Knapp ein Jahr später im MRI vom 15. Januar 2019 hielt der gleiche Radiologe fest, dass sich nun eine ausgedehntere Rissbildung im Aussenmeniskus zeige, die sich von der Vorderhorn- bis in die Hinterhornwurzel erstreckt aber weiterhin keine Fragment-Dislokation zeigt. Die Chondropathie im lateralen Kompartiment bezeichnete er als stationär ohne Kniegelenkerguss und betreffend

Innenmeniskus führte er aus, dass die nach wie vor bestehende

winzige Rissbildung im Hinterhorn und die

osteochondrale Läsionen sich im Übergang vom Patella-First zur medialen Facette nun etwas ausgeprägter präsentieren ,

wobei er dies

differential diagnostisch als traumaassoziiert oder im Rahmen eines Impingements

interpretierte (E. 3.2 hiervor) .

Wiederum ein Jahr später, nämlich des arthroskopischen Eingriffs vom 5. Februar 2020 , bestätigte sich dann bei der intraoperativen Sichtung die vom Übergang des Hinterhorns bis in den Vorderhornbereich reichende

horizontale Rissbildung im Aussenmeniskus , die sich so aufgefasert zeigte , dass nur eine Teilresektion durchgeführt werden konnte . Dabei wurde eine kleine horizontale Komponente belassen

und auch der untere rupturierte Anteil des Aussenmeniskus

spärlich reseziert , da dort kein einklemmenden Anteil e

bestand en (E. 3.3).

E. 4.2

Ausweislich der medizinischen Akten ist damit erstellt, dass zeitnah zum Unfall ereignis neben den Verletzungen am Bandapparat auch der Riss am Aussenmeniskus als traumatisch bedingt gesehen wurde. Diese Einschätzung des Radiologen ist insofern nachvollziehbar, als es sich nicht um einen isolierten Meniskus schaden handelt, sondern auch die umliegenden Gewebestrukturen verletzt wurden. Der Aussenmeniskus zeigte sich dann im zweiten MRI ein Jahr später derart verschlimmert , dass bei persistierenden Beschwerden wiederum ein Jahr später die Operationsindikation gestellt und der arthroskopische Eingriff am Aussenmeniskus durchgeführt wurde. Ein Vorzustand am Aussenmeniskus des rechten Knies vor dem Ereignis vom 28. Januar 2018

kann nicht als gesichert gelten. Insofern erscheinen die Ausführungen des Dr. Z. ___ als unbegründet, wonach der Meniskusriss nicht durch eine Kniedistorsion erklärt werden könne respektive bereits 2018 als degenerativ bedingt einzustufen gewesen sei.

Zwar erlitt die Beschwerdeführerin ihren eigenen Angaben zufolge offenbar in den 80iger Jahren bei einem Sturz von einer Flugzeugtreppe

auch eine Verletzung am rechten Knie (Urk. 13/A21) . Akten dazu existieren aber keine mehr (Urk. 13/ A19 und A20). Jedenfalls ist ein allfälliger Vorschaden am rechten Knie nicht derart in Erscheinung getreten, dass dieser im Alltag oder bei sportlichen Aktivitäten Anlass für eine medizinische Behandlung gab. Dabei schadet es der Beschwerdeführerin auch nicht, dass sie sich nach dem Unfallereignis vorerst konservativ behandeln liess und sich nicht sogleich, sondern erst als sich keine Besserung abgezeichnet hatte und die Symptomatik schlimmer worden war , zur operativen Intervention entschied. Fest steht damit, dass das als Unfall zu qualifizierende Geschehnis vom 28. Januar 2018 einen bis dahin allenfalls bestehenden Vorzustand insbesondere am Aussenmeniskus zumindest aktiviert und behandlungsbedürftig gemacht hat und damit zumindest teilkausal für den Gesundheitsschaden ist.

E. 4.3

Anspruch auf die gesetzlichen Leistungen der Unfallversicherung hat. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - X.____ - AXA Versicherungen AG - Bundesamt für
Gesundheit - Concordia Hauptsitz, Luzern

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