

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



I 2026 30

Entscheid vom 10. Juli 2026

Besetzung

Dr.iur. Vital Zehnder, Präsident
Dr.med. Bernhard Zumsteg, Richter
Dr.med. Pierre Lichtenhahn, Richter
lic.iur. Josef Mathis, Gerichtsschreiber

Parteien

A._____,
Beschwerdeführerin,
vertreten durch **B.**_____,

gegen

C._____**AG**,
Vorinstanz,

Gegenstand

Unfallversicherung (Unfallkausalität; Spätfolgen)

Sachverhalt:

A. A._____ (Jg. 1964) war bei der C._____AG (nachfolgend Vorinstanz) obligatorisch unfallversichert, als sie am 1. September 1984 eine Frontalkollision mit dem Auto erlitt und sich schwere Frakturverletzungen im Beckenbereich und den unteren Extremitäten zuzog (vgl. Unfallmeldung Vi-act. 15). Die Vorinstanz anerkannte ihre Leistungspflicht. Mit Verfügung vom 11. Januar 1989 wurden die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen eingestellt und A._____ eine Integritätsentschädigung von 40% zugesprochen (wobei diese wegen Nichttragen der Sicherheitsgurte um 10% gekürzt wurde); mangels Erwerbseinbusse bestand kein Anspruch auf eine Rente (vgl. Verfügung 11.1.1989 in Vi-act. 16).

B. Am 7. Januar 2025 ersuchte das D._____ Spital um Kostengutsprache für einen stationären Aufenthalt bei Diagnose Rückenschmerzen / Schmerztherapie (Vi-act. 80), was die Vorinstanz mit Schreiben vom 10. Februar 2025 ablehnte (Vi-act. 84). Am 31. März 2025 ersuchte A._____ um neuerliche Prüfung der Leistungsübernahme (Vi-act. 110). Mit formlosem Schreiben vom 12. Mai 2025 bestätigte die Vorinstanz die Leistungsablehnung (Vi-act. 125). Nachdem A._____ eine anfechtbare Verfügung verlangt hat (Vi-act. 130), verfügte die Vorinstanz am 19. Mai 2025 (Vi-act. 131):

1. C._____AG erbringt keine Versicherungsleistungen bezugnehmend auf die Rückenbeschwerden.
2. Einer Einsprache wird die aufschiebende Wirkung entzogen.
3. [Zustellung Beschwerdeführerin und Krankenversicherung]

C. Am 16. Juni 2025 erhob A._____ Einsprache gegen die Leistungsablehnung (Vi-act. 156). Mit Schreiben vom 19. November 2025 gewährte die Vorinstanz A._____ das rechtliche Gehör zur versicherungsmedizinischen Beurteilung von PD Dr.med. E._____ (Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Wirbelsäulenchirurgie), wovon A._____ mit Stellungnahme vom 23. November 2025 Gebrauch machte (Vi-act. 170). Mit Entscheid vom 11. Dezember 2025 wies die Vorinstanz die Einsprache ab.

D. Am 22. Dezember 2025 lässt A._____ beim Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Beschwerde einreichen mit den Anträgen:

1. Der Einsprache Entscheid der Zürich Versicherung AG vom 11.12.2025 sei aufzuheben.
2. Es sei eine **unabhängige, neutrale medizinische Begutachtung** (z.B. MEDAS oder gleichwertige Stelle) anzuordnen.

3. Die gesetzlichen Versicherungsleistungen (insbesondere Heilbehandlung / Physiotherapie) seien bis zum Vorliegen des Gutachtens **weiterzuführen**.
4. Eventualiter sei die Sache zur **ergänzenden medizinischen Abklärung** an die Zürich Versicherung AG zurückzuweisen.
5. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der Beschwerdegegnerin.

Mit Beschluss vom 30. Januar 2026 (UV.2025.00247) trat das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich mangels örtlicher Zuständigkeit auf die Beschwerde nicht ein. Es überwies die Akten nach Ablauf der Rechtsmittelfrist an das Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz (Eingang Gericht 31.3.2026).

E. Mit Vernehmlassung vom 8. Mai 2026 beantragt die Vorinstanz, die Beschwerde sei vollumfänglich abzuweisen. Mit Replik vom 18. Mai 2026 hält die Beschwerdeführerin an den Beschwerdeanträgen fest. Duplizierend ersucht die Vorinstanz am 22. Mai 2026 um antragsmässe Abweisung der Beschwerde.

Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1. Am 7. Januar 2025 wurde um Kostengutsprache für einen stationären Aufenthalt der Beschwerdeführerin ersucht bei Diagnose Rückenschmerzen / Schmerztherapie (Vi-act. 80). Am 10. Februar 2025 beschied ihr die Vorinstanz, die Rückenbeschwerden stünden nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 17. September 1984 [recte 1.9.1984], weshalb der Unfallversicherer für die Kosten des stationären Aufenthaltes nicht aufkomme (Vi-act. 84). Nach Einholen von Arztberichten und versicherungsmedizinischen Beurteilungen hielt die Vorinstanz an der Leistungsablehnung fest (Verfügung vom 19.5.2025 [Vi-act. 131] und Einspracheentscheid vom 11.12.2025 [Vi-act. 178]). Hiergegen richtet sich die vorliegende Beschwerde, weshalb nachfolgend zu prüfen ist, ob die von der Beschwerdeführerin geklagten Rückenbeschwerden eine Spätfolge des Verkehrsunfalls vom 1. September 1984 sind oder ob die Vorinstanz ihre Leistungspflicht zu Recht abgelehnt hat mit der Begründung, dass kein rechtsgenügend nachgewiesener Kausalzusammenhang zwischen den geltend gemachten Rückenbeschwerden und dem Unfall bestehe.

2.

2.1 Gemäss Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) vom 20. März 1981 werden Leistungen der Unfallversicherung bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt. Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person u.a. Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen so-

wie auf ein Taggeld, falls sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig ist (vgl. Art. 16 Abs. 1 UVG).

2.2 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 134 V 109 E. 2.1; BGE 129 V 177 E. 3.1 f.).

2.2.1 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 bzw. 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 des Versicherten beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiele (BGE 147 V 161 E. 3.2); m.a.W. wenn der Unfall überwiegend wahrscheinlich zumindest eine indirekte Teilursache der gesundheitlichen Beschwerden ist (BGE 142 V 435 E. 1; BGE 134 V 109 E. 2.1; Urteile BGer 8C_361/2025 vom 11.3.2026 E. 4.1; 8C_685/2024 vom 5.9.2025 E. 4.1; 8C_640/2022 vom 9.8.2023 E. 3.2; 8C_156/2025 vom 7.8.2025 E. 9.1 je mit Hinweisen).

2.2.2 Als adäquate Ursache eines Erfolges hat ein Ereignis nach der Rechtsprechung dann 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; BGE 125 V 461 E. 5a, je mit Hinweisen; Mosimann; Wie adäquat ist die Adäquanzpraxis, SZS 2026 S. 126 ff., 127). Die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers spielt bei organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate und natürliche Kausalität weitgehend decken (BGE 134 V 109 E. 2; Urteil BGer 8C_582/2021 vom 11.1.2022 E. 9.3).

2.2.3 Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung und in erster Linie mit den Angaben medizinischer Fachpersonen zu befinden hat, wogegen die Adäquanz eine Rechtsfrage ist, die

nur vom Rechtsanwender, mithin der Versicherung und im Beschwerdefall dem Gericht, beantwortet werden kann (Urteile BGer 8C_634/2022 vom 23.12.2022 E. 3.1, 8C_15/2021 vom 12.5.2021 E. 7.3).

2.3 Versicherungsleistungen werden gemäss Art. 11 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) vom 20. Dezember 1982 auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt.

2.3.1 Bei einem Rückfall handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit, so dass es zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise sogar zu (weiterer) Arbeitsunfähigkeit kommt; von Spätfolgen spricht man, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Verlaufe längerer Zeit organische oder psychische Veränderungen bewirkt, die zu einem anders gearteten Krankheitsbild führen können (Urteile BGer 8C_148/2018 vom 6.7.2018 E. 6.1; 8C_382/2018 vom 6.11.2018 E. 2.2).

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

2.3.2 Zu betonen ist, dass der Unfallversicherer bei der Leistungspflicht gemäss Art. 11 UVV für Rückfälle und Spätfolgen nicht auf der Anerkennung des natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhangs beim Grundfall oder bei früheren Rückfällen behaftet werden kann, weil die unfallkausalen Faktoren durch Zeitablauf wegfallen können (Urteil BGer 8C_646/2019 vom 6.3.2020 E. 4.2). Es obliegt dem Leistungsansprecher, das Vorliegen eines Kausalzusammenhangs zwischen dem als Rückfall oder Spätfolge geltend gemachten Beschwerdebild und dem Unfall nachzuweisen. Nur wenn die Unfallkausalität mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt ist, entsteht eine erneute Leistungspflicht des Unfallversicherers; dabei sind an den Wahrscheinlichkeitsbeweis umso strengere Anforderungen zu stellen, je grösser der zeitliche Abstand zwischen dem Unfall und dem Auftreten der gesundheitlichen Beeinträchtigung ist (Urteile BGer 8C_617/2023 vom 11.3.2024 E. 2.3; SVR 2016 UV Nr. 18 S. 55, 8C_331/2015 E. 2.2.2; SVR 2010 UV Nr. 31 S. 125, 8C_816/2009 E. 6, je mit Hinweis).

Eine allfällige Beweislosigkeit wirkt sich zu Lasten der versicherten Person aus, welche einen Rückfall oder eine Spätfolge geltend macht und daraus einen Leistungsanspruch ableiten will (vgl. BGE 117 V 264 E. 3b; Urteil des EGv U 69/03 vom 7.4.2004 E. 2.3, je mit Hinweis; Rumo-Jungo/Holzer, Rechtsprechung des

Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. 2012, S. 78 f.). Werden durch einen Unfall Beschwerden verursacht, übernimmt die Unfallversicherung den durch das Unfallereignis verursachten Schaden, spätere Gesundheitsstörungen dagegen nur, wenn eindeutige Brückensymptome gegeben sind (Urteil BGer 8C_331/2015 vom 21.8.2015 E. 2.2.2 mit Hinweis auf 8C_521/2008 vom 27.11.2008 E. 2.2.2 mit Hinweisen).

2.3.3 Unfallbedingte Fehlbelastungen (wegen Fuss- und Beinverletzungen, Beinlängenverkürzung usw.) können im Sinne indirekter Unfallfolgen zu Rückenbeschwerden führen. Es liegt in der Natur solcher Fehlbelastungsbeschwerden, dass sie erst einige Zeit nach dem Unfall auftreten und nicht direkt traumatisch bedingt sind. Dies muss allerdings im Einzelfall medizinisch abgeklärt werden (RKUV 2003 Nr. U 487 S. 337 E. 5.2.2 [U 38/01]; vgl. auch Urteile BGer 8C_747/2013 vom 18.3.2014 E. 3.2; 8C_588/2013 vom 16.1.2014 E. 4.3.3; 8C_456/2009 vom 28.7.2009 E. 5.2). Ein Schonhinken ist nicht geeignet, eine Fehlbelastung der Wirbelsäule zu verursachen, wenn nicht zusätzlich schwerwiegende Deformationen (wie Beinlängendifferenz oder Hüftarthrose) vorliegen (Urteil BGer 8C_248/2008 vom 4.7.2008 E. 3.2 mit Hinweis).

2.4 Gemäss dem in Art. 43 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) vom 6. Oktober 2000 normierten Untersuchungsgrundsatz hat der Versicherungsträger die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vorzunehmen. Diese Untersuchungspflicht gilt grundsätzlich auch im Gerichtsverfahren (Art. 61 lit. c ATSG; Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Aufl., Art. 43 Rz. 28). Was notwendig ist, ergibt sich zum einen daraus, in welchem Umfang Abklärungen vorzunehmen sind, und zum anderen daraus, in welcher Tiefe dies der Fall ist. Zunächst sind die für die zu entscheidende Frage massgebenden Bereiche abzustecken und in der Folge ist der Sachverhalt abzuklären. Die Verwaltung als verfügende Instanz und im Beschwerdefall das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Es ist jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste zu würdigen ist (BGE 144 V 427 E. 3.2; BGE 138 V 218 E. 6; BGE 126 V 353 E. 5b; BGE 125 V 193 E. 2). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus, da es Sache des Sozialversicherungsgerichts (oder der verfügenden Verwaltungsstelle) ist, für die Zusammentragung des Beweismaterials besorgt zu sein. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ab-

leiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 144 V 427 E. 3.2; Urteil BGer 8C_765/2020 vom 4.3.2021 E. 3.2.2). Auf ein beantragtes Beweismittel kann ohne Verletzung des Gehörsanspruches des Versicherten verzichtet werden, wenn die Verwaltung oder der Richter bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung gelangt, der Sachverhalt, den eine Partei beweisen will, sei nicht rechtserheblich oder der angebotene Beweis vermöge keine Abklärungen herbeizuführen. In der damit verbundenen antizipierten Beweiswürdigung kann kein Verstoß gegen das rechtliche Gehör nach Art. 29 Abs. 2 BV erblickt werden (BGE 144 V 361 E. 6.5).

2.5 Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 43 und 61 ATSG). Danach haben die beurteilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen und alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten.

2.5.1 Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen, weshalb die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall der Richter wesensgemäss auf zuverlässige Angaben ärztlicher Fachkräfte angewiesen ist (Urteil BGer 8C_361/2025 vom 11.3.2026 E. 5.1). Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1). Ausschlaggebend für den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a; BGE 122 V 157 f. E. 1c mit Hinweisen; Weber, 'Hürden' und 'Hilfen' bei der richterlichen Würdigung von medizinischen Gutachten, JaSo 2020, S. 199).

2.5.2 Auch den Berichten versicherungsinterner Ärzte kann rechtsprechungsgemäss Beweiswert beigemessen werden, sofern sie als schlüssig erscheinen,

nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (Urteil BGer 8C_372/2024 vom 1.5.2025 E. 3.2). Ein Anstellungsverhältnis dieser Person zum Versicherungsträger alleine lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 145 V 97 E. 8.5; BGE 142 V 58 E. 5.1 mit Hinweisen).

2.5.3 In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten darf und soll der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass die Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. Urteil BGer 8C_760/2023 vom 24.6.2024 E. 7.4 mit Hinweisen; BGE 135 V 465 E. 4.5; BGE 125 V 353 E. 3b/cc). Dies gilt grundsätzlich nicht nur für Hausärzte (BGE 135 V 465 E. 4.5), sondern auch für spezialärztlich behandelnde Medizinalpersonen (Urteile BGer 8C_760/2023 vom 24.6.2024 E. 7.4; 8C_609/2017 vom 27.3.2018 E. 4.3.3; 8C_180/2017 vom 21.6.2017 E. 4.4.2). Mit Blick auf die Verschiedenheit von Behandlungs- und Begutachtungsauftrag kann daher im Streitfall regelmässig nicht auf die Sicht des behandelnden (Fach-)Arztes abgestellt werden (vgl. statt vieler: Urteil BGer I 701/05 vom 5.1.2007 E. 2 mit Hinweisen).

2.5.4 Eine ärztliche Beurteilung aufgrund der Akten ist nicht an sich unzuverlässig. Für die Beweistauglichkeit entscheidend ist, dass genügend Unterlagen von persönlichen Untersuchungen vorliegen (Urteil BGer 8C_582/2021 vom 11.1.2022 E. 8.2 m.w.H.). Dem reinen Aktengutachten kann voller Beweiswert zukommen, sofern ein lückenloser Befund vorliegt, und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhaltes geht. Aktengutachten sind insbesondere dann von Belang, wenn die relevanten Befunde mehrfach und ohne wesentlichen Widerspruch bereits erhoben worden sind, aber die Zuordnung zu einer Diagnose oder der Kausalzusammenhang und das Ausmass der Behinderung verschieden bewertet werden. In diesen Fällen kann in einem Aktengutachten das Für und Wider der verschiedenen Meinungen erwogen und die überwiegende Wahrscheinlichkeit für eine bestimmte Beurteilung deutlich gemacht werden (BGE 125 V 352 E. 3b/ee; Urteile BGer 8C_608/2020 vom 15.12.2020 E. 5.2; 8C_523/2018 vom 5.11.2018 E. 5.2; 8C_540/2007 vom 27.3.2008 E. 3.2 mit Hinweisen).

3.

3.1 Die Beschwerdeführerin erlitt am 1. September 1984 einen Verkehrsunfall mit Beckenringfraktur mit Acetabulumfraktur links, per- und subtrochantärer Femurfraktur links, subtotaler Abtrennung der Zungenspitze sowie einer Peronäusläsion links (vgl. Schadenanzeige in Vi-act. 15 sowie Arztzeugnis UVG in Vi-act. 16).

3.2 Zwecks Fallabschlusses liess die Vorinstanz die Beschwerdeführerin 1988 in der F._____klinik begutachten (Vi-act. 16). Im Arztbericht der F._____klinik vom 22. August 1983 [recte 1988] wurde unter objektivem Befund festgehalten (vgl. Vi-act 17):

Hinkendes Gangbild mit Beinverkürzung links, Fussheberparese links. Zehengang links abgeschwächt, Fersengang links nicht durchführbar, Beckenschiefstand links tief ca. 2.5cm. Hyperlordose der LWS, gute Entfaltbarkeit. Finger-Boden-Abstand knapp 0cm. Reizlose Incisionsstellen. Parästhesien im Bereich des vorderen Beckenkammes, gestrecktes Anheben beider Beine problemlos durchführbar.

<u>Hüftbeweglichkeit</u>	<u>links</u>	<u>rechts</u>
Flexion/Extension	90-0-90 [sic]	130-0-0
Innen-/Aussenrotation	0-10-30	40-0-50
Ab-/Adduktion	40-0-40	50-0-50
Kniebeweglichkeit:	130-5-0	130-0-5

Fuss links passiv in orthograde Stellung redressierbar, rechts bis 15 Grad Dorsalextension. Hypästhesien und Parästhesien an der linken Aussenseite des Unterschenkels sowie Fusssohle links. Muskuläre Atrophie des linken Beines: Oberschenkel links 48cm, rechts 53cm (gemessen 20cm über dem medialen Gelenkspalt). Unterschenkel: grösster Umfang links 33cm, rechts 37.5cm.

PSR beidseits lebhaft, ASR links deutlich schwächer. Babinski links wegen Hyperästhesie nicht auslösbar. Ueber dem Mittelgelenk Zehe V und Metatarsaleköpfchen V links St.n. Hautläsion.

Es handle sich ausschliesslich um Unfallfolgen. Auf die Frage im Gutachtenzeitpunkt noch geltend gemachte Beschwerden, wurde festgehalten, im Vordergrund stehe die rasche Ermüdbarkeit bei bestehender Beinlängendifferenz von 2.5cm links. Dadurch unregelmässiges Gangbild, zudem Fussheberparese links und Hypästhesie. Dies schränke die Beschwerdeführerin in ihrer Leistungsfähigkeit erheblich ein, insbesondere sei es fast nicht möglich, den ganzen Tag durchzuarbeiten. Auf die Frage nach weiterer Behandlung wird notiert, Physiotherapie sei weiterzuführen, um eine allfällige Spitzfussstellung bei bestehender Fussheberparese zu verhindern; ggf. seien Schuheerhöhungen links anzubringen.

3.3 In einem ärztlichen Folgezeugnis UVG vom 12. Dezember 2000 wird als aktuelle Diagnose eine beginnende posttraumatische Coxarthrose links aufgeführt sowie eine Ischiadicusläsion mit Fussheberparese links bei St. Osteosyn-

these einer Beckentrümmerfraktur (in Vi-act. 17). Im Bericht vom 15. Januar 2001 erklärt der behandelnde Arzt, die posttraumatische Coxarthrose bedürfe früher oder später einer endoprothetischen Versorgung (in Vi-act. 15). Anlässlich einer Besprechung der Vorinstanz mit der Beschwerdeführerin vom 17. Januar 2001 klagte diese über permanent vorhandene Beschwerden im Hüft-/Rückenbereich sowie im linken Fuss; die Schmerzen würden je nach Belastung variieren. Im Vordergrund der Beschwerden liege der "lahme, linke Fuss"; sie habe keinen guten Stand und hinke bzw. sei sie in der Gehfähigkeit eingeschränkt. Dadurch sei es vermutlich auch zu den Hüft- und Rückenbeschwerden bzw. der Arthrose gekommen (in Vi-act. 15).

3.4 Am 20. März 2009 berichtete die Beschwerdeführerin der Vorinstanz über immer wieder bestehende erhebliche Probleme; es stehe nun eine Hüft-OP an. Die Vorinstanz ersuchte um Rückfallmeldung, welche am 30. Juni 2009 erfolgte (in Vi-act. 15). Am 7. Juli 2009 wurde eine Hüfttotalprothesen-Implantation durchgeführt (in Vi-act. 17). Zur Indikation wurde ausgeführt, es habe sich eine posttraumatische Coxarthrose links mit zunehmender Gehstreckeneinschränkung (wenige 100m) entwickelt. Aus der präoperativen Befundaufnahme zeigte sich klinisch ein Schonhinken/Entlastungshinken links, Beckenschiefstand links von knapp 0.8cm. Fallfuss, Atrophie der Oberschenkel/Unterschenkelmuskulatur links. N. femoralis intakt. Quadrizeps gute Kraft. Flexion/Extension linkes Hüftgelenk 85/10/0, Abduktion/Adduktion 20/0/20, Aussen-/Innenrotation aufgehoben mit starken Schmerzen bei Innenrotation. Im Bericht vom 25. August 2010 zur Jahreskontrolle vom 15. Juli 2010 wird als Befund eine gute Beweglichkeit der linken Hüfte sowie ausgeglichene Beinlängen notiert. Im Schlusszeugnis vom 19. Dezember 2011 wird von sehr zufriedenstellendem Heilungsverlauf berichtet (in Vi-act. 17).

3.5 Mit Bericht vom 30. Dezember 2014 informierte der behandelnde Arzt über die Wiederaufnahme im September 2014 wegen erneut belastungsabhängigen Fersenschmerzen rechts; es bestehe massive Überlastung des rechten Fusses bei St.n. komplexem Unfall mit Fussheberparese; als Diagnose wird ausgedehnte Faszitis plantaris mit kleiner Partialruptur dokumentiert (in Vi-act. 17). Im Rahmen einer versicherungsinternen Kausalitätsbeurteilung vom 1. April 2015 wurde im Bericht vom 19. Mai 2015 festgehalten (in Vi-act. 17):

Anlässlich des Unfallereignisses im September 1984 zog sich die Vte. schwere Frakturverletzungen im Beckenbereich sowie in den unteren Extremitäten zu. Unter Anderem resultierte auch eine Peroneusparese links als Folge einer traumatisch bedingten Läsion des N. ischiadicus. Prof. Zollinger gibt zu bedenken, dass die Fallfussproblematik mit Spitzfussentwicklung eine Fehlbelastung über mehrere Jahre nach sich gezogen hat. Daraus hat sich eine immerwährende Fehlbelastung

bzw. Überlastung auf der rechten Seite entwickelt und es daher plausibel sei, dass es nun zu entsprechenden rechtsseitigen Beschwerden gekommen ist. Für eine überlastungsbedingte Situation spreche auch der Umstand, dass sich radiologisch, anlässlich der MRI-Abklärung vom Dezember 14, keine relevanten degenerative Veränderungen feststellen liessen. Angesichts der vorliegenden Gesamtsituation erachtet Prof. Zollinger die Kausalität der rechtsseitigen Fussbeschwerden als gegeben bzw. stehen seines Erachtens mit den Unfallfolgen aus dem Ereignis 84 im Zusammenhang.

3.6 Mit Bericht vom 12. Oktober 2015 informiert der behandelnde Arzt, die Beschwerdeführerin habe sich am 10. September 2015 wegen deutlicher muskulärer Destabilisierung gemeldet. Angesichts der langjährigen Anamnese sowie hartnäckigen Fersenspornsbeschwerden rechts, welche zusätzlich den normalen Bewegungsablauf behindert habe und erst nach Anpassen von Einlagen im Februar in den Griff bekommen wurden, scheine eine Behandlung mit Physiotherapie angezeigt. Es gehe prinzipiell um eine Wiederherstellung von ausbalancierten muskulären Verhältnissen ausgehend von den unteren Extremitäten mit Einbezug der Rumpfmuskulatur (in Vi-act. 17). Am 16. November 2015 wird von einem positiven Effekt der Physiotherapie berichtet (in Vi-act. 17).

Im Jahr 2017 ging erneut die Meldung einer Überlastung im Bereich des linken [recte rechten] Fusses ein. Den Bericht abschliessend stellte der Arzt fest, insgesamt lege sich doch eine zunehmende Dysbalance mit Verschlechterung der Situation und Überlastungszeichen der unteren Extremität bei St.n. erheblicher Verletzung (Bericht 15.3.2017 in Vi-act. 17). Auch im Verlaufsbericht vom 6. Februar 2019 wurde von einer positiven Wirkung der Physiotherapie berichtet; eine Verordnung sei im September 2018 ausgestellt worden, seither seien keine weiteren physiotherapeutischen Behandlungen mehr erfolgt (in Vi-act. 17).

3.7 Im März 2019 stellte der behandelnde Arzt eine Langzeitverordnung Physiotherapie aus, worauf die Beschwerdeführerin um deren Kostenübernahme ersuchte. Hierzu führte die Vorinstanz in einer versicherungsmedizinischen Beurteilung vom 26. August 2019 aus (in Vi-act. 17):

Es liegt weder ein Rückfall noch eine Spätfolge vor. Verletzungsbedingt - bei bestehendem Fallfuss und der daraus resultierenden Gehbehinderung - kommt es unausweichlich zu Überlastungsfolgen, welche jedoch schon zum Zeitpunkt der Verfügung im Jahre 1989 bestanden hatten. Schon damals wurde eine Beinlängendifferenz von 2.5cm mit Fallfuss sowie muskulären Defizit bzw. Atrophie in der linken unteren Extremität dokumentiert. Gestützt auf den Physiotherapiebericht vom 15.07.2019 hat sich in dieser Hinsicht im Vergleich zu den Befunden im Jahre 88 (siehe Schreiben vom 22.08.88) kaum eine Veränderung eingestellt, so dass es sich aus versicherungstechnischer Sicht weder um einen Rückfall noch um eine Spätfolge handelt.

Es ist jedoch anzumerken, dass in medizinischer Hinsicht eine regelmässige Physiotherapie sicher sinnvoll ist, um weitere überlastungsbedingte Folgen wie Rückenschmerzen, Wiederaufflackern der Fersenschmerzen rechts sowie haltungsbedingte Schäden/Verspannungen entgegen zu wirken, so dass vom medizinischen Standpunkt gesehen bis zur Pensionierung zwei Serien pro Jahr ausgewiesen wären. Dies auch unter dem Aspekt einen allfälligen Arbeitsausfall bei Zunahme von Beschwerden zu umgehen. Der Entscheid, ob aus versicherungstechnischer Sicht eine Leistungsübernahme im Sinne eines Entgegenkommens zugesagt werden kann, liegt nicht in meinem Kompetenzbereich.

3.8 Mit E-Mail vom 17. Juni 2021 meldete die Beschwerdeführerin neuerlich einen Rückfall an. Sie habe seit längerer Zeit extreme Schmerzen im ISG-Bereich; nach dem Sitzen könne sie nicht mehr schmerzfrei laufen. Schmerzmedikamente würden nicht lindern. Es sei daher eine MRI-Untersuchung durchgeführt worden. Sie sei dann eine Woche konsequent an Stöcken gelaufen, was genützt habe (Vi-act. 26). Der MRI Befund des linken Hüftgelenkes vom 28. April 2021 ergab (Vi-act. 27):

Hüft-TP links in situ.

Subtotale fettige Atrophie der Musculi gluteus minimus et medius und tensor fasciae latae links, rechts ohne Atrophie. Status nach altem ossären Abriss der Sehnen der Musculi gluteus medius et minimus am Trochanter major mit Retraktion.

Status nach alter Fraktur des Trochanter major, welche zentral nicht ganz durchgebaut ist.

Keine Bursitis trochanterica.

Mit Verlaufsbericht vom 23. September 2021 berichtete der behandelnde Arzt, welcher die Beschwerdeführerin im Mai 2021 letztmals gesehen habe. Es sei ihr eine Teilbelastung an Stöcken empfohlen worden bis zur eindeutigen Schmerzreduktion sowie die Weiterführung der Physiotherapie, Schmerztherapie mit NS-RA bei Bedarf. Es sei am 31. Mai 2021 eine Einlagenversorgung erfolgt, in erster Linie zur guten Fussbettung mit Dämpfung, damit die Hüfte nicht überlastet werde. Gleichzeitig sei eine neue Fallfusschiene ausprobiert worden (Vi-act. 32).

3.9 Am 8. Dezember 2023 stellte die Beschwerdeführerin der Vorinstanz eine weitere Rechnung zu und informierte, es sei eine MRI-Untersuchung durchgeführt worden und sie sei an die Klinik G._____ überwiesen worden (Vi-act. 42).

Aufgrund des MRT-Befund des linken OSG vom 3. November 2023 gelangte der Radiologe zur Beurteilung einer gering- bis mässiggradigen anterior betonten USG-Arthrose und einer deutlich aktivierten Arthrose des Tarsus (Vi-act. 43). Der behandelnde Arzt berichtete am 28. Dezember 2023, die Beschwerdeführerin habe sich wegen belastungsabhängigen Schmerzen im linken Fuss gemeldet.

Eine MRI-Untersuchung zeige eine aktivierte Arthrose im Bereich des Chopart-, aber auch teilweise des Lisfranc-Gelenkes. Es komme zunehmend zu einer Insuffizienz der ligamentären Strukturen aufgrund der Nervenverletzung. Sie sei mit der Frage nach einer Einlagenversorgung/Schuhzurichtung bei vorhandenem Fallfuss an die Universitätsklinik G._____ überwiesen worden. Es handle sich um eine Folgeproblematik des Unfalls von 1984 (Vi-act. 48).

Dem Bericht der Universitätsklinik G._____ zur Sprechstunde vom 16. November 2023 lässt sich folgende Diagnose entnehmen (Vi-act. 51):

Posttraumatische Fussparese links m/b

- Knick-Senk-Spreizfuss
- Arthrose Talonaviculäre und NC 1-Gelenk links
- beginnende USG-Arthrose links
- St.n. Ischiadicusverletzung im Rahmen eines Polytraumas mit Becken-trümmerfraktur, ISG-Luxation, Acetabulumfraktur und per-/subtrochantärer Femurfraktur links 1984

Es wurde eine Prepreg Unterschenkelorthese mit Spezialschuhen für Orthesen und mit Schuhzurichtung geplant und ein Unterschenkelgehcass angepasst zur Ruhigstellung der aktivierten Arthrose. Am 14. Dezember 2023 berichtete die Beschwerdeführerin über eine deutliche Beschwerderegress; kaum Schmerzen mit dem Unterschenkelgips; ohne Gips habe sie beim Laufen Schmerzen (Vi-act. 52). In der Verlaufskontrolle (mit Unterschenkelgips) vom 9. Februar 2024 zeigte sich die Beschwerdeführerin beschwerdefrei; sie warte noch auf die Unterschenkel-Orthese. Zudem wurde im Rahmen eines Off-Label-Use auf Xarelto 10mg umgestellt, da sie die Clexane Applikation nicht weiter toleriert hat (Vi-act. 66). Nachdem die Vorinstanz die Kostengutsprache für eine Unterschenkelorthese im Prepreg-Verfahren nach Mass vorerst abgelehnt hat, wurden die Kosten nach neuerlicher Prüfung übernommen. Dies auch, weil bei der ausgewiesenen Arthrose im weiteren Verlauf mit einem operativen Vorgehen gerechnet werden müsse und mit der massangefertigten Orthese der OP-Zeitpunkt verzögert werden könne (Vi-act. 71).

3.10 Am 7. Januar 2025 hat das D._____ Spital um Kostengutsprache für einen stationären Aufenthalt bei Diagnose Rückenschmerzen/Schmerztherapie ersucht (Vi-act. 80). Mit E-Mail vom 10. Februar 2025 lehnte die Vorinstanz eine Kostenübernahme ab, da die Rückenbeschwerden nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit im Zusammenhang mit dem Unfall von 1984 stünden (Vi-act. 84). Gleichzeitig wurde vom behandelnden Arzt eine Zusammenfassung des Verlaufs vom 14. November 2024 bis 8. Januar 2025 eingefordert. Gemäss seiner zusammenfassenden Krankengeschichte vom 19. Februar 2025 fanden am 14. und 28. November 2024, 23. Dezember 2024 sowie 8. Januar 2025 Konsulta-

tionen statt, nachdem sich die Beschwerdeführerin wegen seit zwei Monaten stark zunehmenden Schmerzen in der linken Hüfte meldete. Sie empfinde diese vor allem im Gesäss, habe teilweise aber auch Kribbelparästhesien entlang des Beines dorsal bis zum lateralen Fussrand. Klinisch deutliches Hinken bei bekannter Problematik am linken Unterschenkel mit leichtem Trendelenburgzeichen. Hüftbeweglichkeit vor allem bei Innenrotation endgradig schmerzhaft. Bekannte Sensibilitätsstörung am linken Unterschenkel und Fuss. Hauptschmerzpunkt im Bereich des Gluteus maximus zwischen Spina iliaca posterior superior und Trochanter major links. Das Röntgen zeige einen unauffälligen Sitz der Hüftprothese. Eine zusätzliche Röntgen- und MRI-Untersuchung der LWS zeige eine multisegmentale degenerative diskovertebrale und intervertebrale Pathologie mit Hauptbefund L4/L5 mit linksseitiger rezessaler und foraminaler Enge auf diesem Niveau sowie auf Höhe L5/S1. Aus diesem Grunde sei eine Schmerztherapie LWS organisiert worden mit etwa 10tägiger Wirkung. Entsprechend sei eine neue Schmerztherapie organisiert worden. Unter Verweis auf die Unfallgeschichte und die Hüfttotalprothesen-Implantation links 2009 wurde ergänzt, es persistiere ein stark gestörtes Gangbild, vor allem aufgrund der neurologischen Verletzungsfolgen und entsprechender Fehlbelastung der Wirbelsäule (Vi-act. 86, 87).

3.11 Zum erwähnten MRT LWS und ISG vom 27. November 2024 notierte der Radiologe als Befund und Beurteilung (Vi-act. 81):

Befund

Konventionelle Röntgen Voruntersuchung vom 23.08.2024.

Im wesentlichen normale Haltung der LWS.

Gutes Alignment der Wirbelkörperhinterkanten und normal weiter knöcherner Spinalkanal.

Normales altersentsprechendes Knochenmark.

Keine intraspinale Raumforderung. Der Conus medullaris endet regelrecht auf Höhe BWK 12.

Ausgehend von einer fünfgliedrigen LWS wurde sagittal von BWK 11 bis einschliesslich SWK 4 untersucht.

Segmente TH11-L1: Anterior betonte Spondylosen ohne Reizzustand mit anterior betonten geringgradigen Diskusprotrusionen. Keine Beeinträchtigung der Nervenwurzeln.

Segmente L1-L4: Geringgradige Osteochondrosen. Gering- bis mässiggradige allseitige, der dorsalen Zirkumferenz betonte Diskusprotrusionen ohne Beeinträchtigung der Nervenwurzeln. Gering- bis mässiggradige Spondylarthrosen, etwas betont auf Höhe L2/3.

Segment L4/5: Geringgradige Osteochondrose. Intrakorporale Diskushernie durch die Bodenplatte von LWK4 mit umgebendem Knochenmarksödem/Reizzustand. Diffuses Knochenmarksödem im Bereich der Deckplatte von LWK5 links lateral. Einstrahlen der Knochenmarksödeme in die linksseitigen Pedikel, geringgradig auch in den rechtsseitigen Pedikel LWK5. Allseitige Diskusprotrusion. Mässiggra-

dige aktivierte Spondylarthrosen mit gelenknahem Knochenmarks- und Weichteilödem. Einengung des linksseitigen Recessus lateralis und linksseitigen Foramen intervertebrale mit somit möglicher Beeinträchtigung der linksseitigen L5, respektive L4 Nervenwurzeln.

Segment L5/S1: Intervertebrale Höhe erhalten. Diskusprotrusion an der dorsalen Zirkumferenz, betont an der rechts dorsolateralen Zirkumferenz. Gering- bis mässiggradige rechtsbetonte Spondylarthrosen, beidseits mit aktivierter Komponente mit gelenknahem Knochenmarks- und Weichteilödem. Geringgradige Einengung des rechtsseitigen Foramen intervertebrale mit somit möglicher Beeinträchtigung der rechtsseitigen L5 Nervenwurzel.

Iliosakralgelenke kongruent mit rechtsbetonter gering- bis mässiggradiger Arthrose. Minimales subchondrales Knochenmarksödem rechts reaktiv/im Sinne einer Fehlbelastung. Keine Fraktur.

Beurteilung:

Multisegmentale degenerative diskovertebrale und intervertebrale Veränderungen wie oben beschrieben mit Hauptbefund auf Höhe L4/5 mit geringgradiger Modic Typ I Osteochondrose, intrakorporalen Diskushernien, DD zusätzliche laterale betonte nicht dislozierende Deckplattenfraktur von LWK5 und mässiggradigen, deutlich aktivierten Spondylarthrosen und linksseitiger rezessaler und foraminale Enge.

Keine spinale Enge.

Zusätzliche geringgradige foraminale Enge auf Höhe L5/S1 rechts.

Am 24. Februar 2025 erkundigte sich das D. _____ Spital nach der Kostengutsprache und ob aufgrund des Berichts des Behandlers vom 17. Februar 2025, worin dieser von einer Fehlbelastung der Wirbelsäule aufgrund der neurologischen Verletzungsfolgen spreche, eine Neuprüfung erfolgt sei (Vi-act. 93). Noch gleichentags bestätigte die Vorinstanz die Leistungsablehnung (Vi-act. 94).

Am 13. März 2025 opponierte die Beschwerdeführerin mündlich gegen die Leistungsablehnung. Seit November 2024 leide sie unter Rückenschmerzen. Aufgrund der jahrelangen Fehlhaltung seien die Beschwerden klar unfallbedingt; auch der Behandler sei klar der Ansicht, dass die Beschwerden Spätfolgen und somit auf den Unfall vom 17. September 1984 zurückzuführen seien (Vi-act. 95). Am 19. März 2025 gelangte der Krankenversicherer an die Vorinstanz. Bei der Beschwerdeführerin bestehe seit dem Unfall ein Beinlängenverkürzung von 2.5cm und durch die Folgen des Unfalls (Parese) ein seit Jahren gestörtes Gangbild mit Fehlbelastung der Wirbelsäule. Der Krankenversicherer sei daher der Ansicht, die Rückenbeschwerden seien zumindest teilkausal zum Unfall und er erwarte eine Neuprüfung (Vi-act. 100).

Am 12. März 2025 erfolgte eine weitere MRT-Untersuchung LSW und ISG ohne wesentliche Befundänderung zur Voruntersuchung vom 27. November 2024 (vgl. oben E. 3.11; Vi-act. 102). Am 31. März 2025 reichte die Beschwerdeführerin

Bilder der unteren Extremitäten ein und forderte eine erneute Beurteilung durch einen Vertrauensarzt (Vi-act. 110-114).

Am 3. April 2025 stellte der Rheumatologe Dr.med. H._____ (Facharzt FMH für Rheumatologie) dem behandelnden Orthopäden eine rheumatologische Beurteilung zu (Vi-act. 122). Anamnestisch berichtet er von seit vielen Jahren chronischen Rückenbeschwerden, selten mit Ausstrahlung in das linke Bein, vorwiegend lumbogluteale Schmerzen links. Zudem chronische neuropathische Schmerzen von Seiten der Peroneus-Plegie. Nun sei es zu einer massiven Exazerbation der Schmerzproblematik betont gluteal links gekommen; Interventionelle Schmerztherapien hätten nur kurzfristigen Erfolg gezeigt; Physiotherapie habe nur sehr mässig geholfen. Erst eine Schmerztherapie mittels Tramaltropfen, Sirdulad kombiniert mit Vimovo habe die Situation stabilisieren können. Weiter führte der Rheumatologie aus:

In der klinischen Untersuchung: Gangbild aufgrund der bestehenden schwerwiegenden Ischiadicusparese dysfunktional mit ausgeprägtem Hinken. Auch die Statik ist verändert mit Beckenschiefstand zugunsten rechts bei kürzerem linkem Bein, leichte Ausgleichskoliose.

Palpatorisch ausgeprägter Muskelhartspann gluteal linksbetont, extrem verspannt ist insbesondere Piriformis linksseitig. Druckdolenz jedoch auch Prozessus Spinatus L5 und paravertebral davon ungefähr auf Höhe L4/5 deutlich links betont. Die Beweglichkeit ergibt eine erstaunlich gute aktive Flexion mit kleinem Schober von 10/15 cm. Die Rückkehr in die Aufrichte schmerzfrei, auch die Extension und Quadrantentest nach hinten bds. schmerzfrei. ISG druckindolent, ist derzeit nicht symptomatisch. Keine Nervenwurzelreizungszeichen derzeit.

Im durchgeführten MRI der LWS fällt insbesondere ein groteskes Knochenmarksödem L4/5 sowohl der Boden- als auch der Deckplatte auf.

Mit diesem aussergewöhnlichen Befund und den persistierend hohen Schmerzen initial, Repetition der durch die diesbezüglichen Untersuchungen, welche jedoch den Befund unverändert zu zeigen vermag, weshalb ich eher von einer aktivierten Osteochondrose (MODIC I) ausgehe. Es gibt eine Diskusprotrusion L4/5 und L5/S1 mit Beeinträchtigung L5 links. Ausgeprägtere Spondylarthrosen, jedoch auch deutlich links betont tieflumbal.

Labor mit negativen humoralen Entzündungsparametern.

Zusammenfassend: Zu den chronischen Beschwerden als Spätfolge des Unfalls 1984 mit schwerwiegender Ischiadicusparese und dadurch bedingter Fehlstatik, stark dysfunktionales Gangbild und sekundären Schäden durch Überlastungen gluteal, ISG, LWS besteht aufgrund der Ausstrahlung wie sie die Patientin beschreibt, offenbar intermittierend zusätzlich eine radikuläre Komponente L5, korrelierend zur Bildgebung. Derzeit besteht klinisch kein radikuläres Syndrom mehr.

3.12 Am 10. Mai 2025 erstattete PD Dr.med. E._____ (Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, speziell Wirbelsäulenchirurgie) der Vorinstanz eine Aktenbeurteilung (Vi-act. 124). Nach

Zusammenfassung des medizinischen Aktenverlaufs gelangte er zu folgender Kausalitätsbeurteilung der Wirbelsäulenbeschwerden:

Aktenkundig hatte die Versicherte nach dem Unfallereignis vom 17.09.1984 keine primäre Verletzung an der Wirbelsäule. Die überwiegende Wahrscheinlichkeit, dass die aktuell geltend gemachten Beschwerden im Bereich der Wirbelsäule auf den Unfall, sprich die Fehlstatik aufgrund der Unfallfolgen, zurückzuführen sind, ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht gegeben. Ein MRT der Lendenwirbelsäule und des Iliosakralgelenks vom 12.03.2025 zeigt rein degenerative Veränderungen. Diese Veränderungen könnten theoretisch durch Unfallfolgen möglicherweise mit beeinflusst worden sein. Angesichts der langen Zeitspanne von über 20 [recte 40] Jahren seit dem Unfall ist es jedoch überwiegend unwahrscheinlich, dass die aktuellen Beschwerden mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auf das damalige Unfallereignis zurückzuführen sind. Die objektivierten degenerativen Veränderungen sind jedoch krankheitsbedingte Prozesse, die bei jedem Menschen auftreten können und nicht spezifisch auf ein Unfallereignis, sprich als Folge der Unfallfolgen, zurückzuführen sind.

In der Folge informierte die Vorinstanz die Beschwerdeführerin mit Schreiben vom 12. Mai 2025, die geklagten gesundheitlichen Rückenbeschwerden seien aufgrund der Beurteilung von PD Dr.med. E. _____ nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis zurückzuführen, weshalb keine Leistungen erbracht würden (Vi-act. 125). Am 15. Mai 2025 ersuchte die Beschwerdeführerin um eine anfechtbare Verfügung, da alle behandelnden Ärzte klar sagen würden, dass es sich um Unfallfolgen handle (Vi-act. 130). Am 19. Mai 2025 verfügte die Vorinstanz die Leistungsablehnung (Vi-act. 131).

3.13 Am 22. Mai 2025 wurde die Beschwerdeführerin durch Dr.med. I. _____ (Facharzt Anästhesiologie) untersucht (Vi-act. 145-147), worauf er dem zuweisenden Rheumatologen am 25. Mai 2025 berichtete:

Die Einordnung der Ätiologie der seit August letzten Jahres bestehenden, teils immobilisierenden Lumboglutealgie links ist, wie du mich bereits vorinformiert hast, nicht trivial. Es ist sicher von einem chronischen neuropathischen Schmerz der linken unteren Extremität mit Betonung des Nervus peroneus, aber auch N. tibialis Anteilen, auszugehen. Diese stehen für die Patientin anamnestisch aktuell aber nicht im Vordergrund, aber wenn neuropathische Positivsymptome beschrieben werden. Sie scheint sich arrangiert zu haben. Therapeutisch wären neben anti-neuropathischen Co-Analgetika auch eine spinale Neurostimulation (SCS) möglich. Ich habe der Patientin dieses heute erläutert. Die funktionellen Defizite, welche durch die sensomotorische Läsion des Nervus ischiadicus eingetreten sind, lassen sich hierdurch natürlich nicht beeinflussen. Der massive, teils als brennend und empfundene Schmerz lumbogluteal ist vordergründig als myofaszial im Sinne eines Deep Gluteal Pain Syndromes einzuordnen, wobei für eine Differenzierung verschiedene interventionelle Schritte diagnostisch notwendig wären. Neben dem Musculus piriformis erachte ich eine Irritation/Entrapment der Nervi clunii superiores an der Crista iliaca für denkbar. Des Weiteren ist bei fortgeschrittenen Facetengelenksarthrosen eine degenerative Komponente gut möglich. Diese würde die neuropathischen Sensationen gluteal, welche im Herbst im Vordergrund standen,

aber nicht hinreichend erklären. Auch die bildgebend darstellbare Kompression der Nervenwurzel L4 lässt sich nicht klar ausschliessen, da die ausgeprägte periphere Nervenläsion die klinische Abgrenzung erschwert. Eine neurophysiologische Abklärung könnte helfen. Neben den unten skizzierten diagnostischen Schritten sollte die bereits langjährig etablierte konservative Therapie mit Physiotherapie, Heimtraining und paramedizinischen Behandlungen fortgesetzt werden, um den funktionellen status quo zu erhalten.

3.14 In E-Mail vom 16. Juni 2025 erklärte die Beschwerdeführerin, sie leide seit dem Unfall täglich an starken Rückenbeschwerden, teils generalisierten Schmerzen, die sich nicht nur auf den Rücken beschränken, sondern den gesamten Bewegungsapparat betreffen würden und im Alter sicherlich zunehmen. Diese seien sehr einschränkend und laut Einschätzung mehrerer behandelnder Fachärzte, zuletzt Dr.med. I._____, handle es sich um Spätfolgen des Unfallgeschehens (Vi-act. 144). Gleichentags erhob sie Einsprache mit gleichlautender Begründung. Sie beantragte die Aufhebung der Leistungsablehnung und Prüfung der Kostenübernahme der bisherigen und aufkommenden Behandlungen; Begutachtung durch einen neutralen Vertrauensarzt und Entzug der aufschiebenden Wirkung (Vi-act. 156).

3.15 Nachdem PD Dr.med. E._____ auch der Bericht von Dr.med. I._____ vorgelegt worden war mit der Frage, ob sich dadurch an seiner Beurteilung vom 5. Mai 2025 etwas ändere, hielt er in der Beurteilung vom 27. Oktober 2025 fest (Vi-act. 166):

Der neu eingegangene Bericht von 26.05.2025 von Dr.med. I._____ (ISSZ) bringt keine neuen medizinischen Erkenntnisse. Dass sich nach dieser langen Zeit etwas ändert im Sinne von einer Verschlechterung ist medizinisch nicht schlüssig begründbar.

PD Dr. E._____ bleibt bei seiner Beurteilung vom 10.05.2025.

Am 23. November 2025 nahm die Beschwerdeführerin Stellung zu dieser Beurteilung. Es sei nur eine Aktenbeurteilung und kein persönlicher Untersuch erfolgt; eine unabhängige Begutachtung sei zwingend. Der Bericht verkenne zentrale Aspekte wie die seit Jahrzehnten dokumentierten Beschwerden in zeitlichem Zusammenhang mit dem Unfall, die nachgewiesenen Verschlechterungen bei Behandlungsunterbruch, die therapeutische Notwendigkeit regelmässiger Physiotherapie; 18 Behandlungen pro Jahr sei medizinisch unzureichend; es bestehe ein klar ausgewiesener, regelmässiger Therapiebedarf (Vi-act. 170).

4. Im Einspracheentscheid vom 11. Dezember 2025 verweist die Vorinstanz auf die versicherungsmedizinische Aktenbeurteilung von PD Dr.med. E._____ vom Mai 2025 (vgl. oben E. 3.12). Er habe schlüssig und nachvollziehbar erläutert, weshalb die Rückenschmerzen nicht mit überwiegender Wahr-

scheinlichkeit auf das Unfallereignis von 1984 zurückzuführen seien (keine primäre Verletzung an der Wirbelsäule; Bildgebung zeige rein degenerative Veränderungen, die bei jedem Menschen auch ohne Unfall auftreten könnten; lange Zeitdauer seit dem Unfall). Auch wenn er einen natürlichen Kausalzusammenhang nicht gänzlich ausschliessen könne, sondern für möglich halte, genüge dies dem Erfordernis der überwiegend wahrscheinlichen Unfallkausalität nicht. Die Berichte von Dr.med. H._____ und Dr.med. I._____ vermöchten keine Zweifel hieran zu begründen. Sie würden zwar festhalten, dass die Beschwerdeführerin seit vielen Jahren unter chronischen Rückenbeschwerden leide und es zu einer Exazerbation gekommen sei. In Bezug auf die Ätiologie seien sie allerdings unterschiedlicher Ansicht. Dr.med. H._____ sehe die Beschwerden als Spätfolge des Unfalls mit schwerwiegender Ischiadicusparese und dadurch bedingter Fehlstatik, wogegen Dr.med. I._____ die Ätiologie als nicht trivial beurteile und eine multifaktorielle Genese der chronischen Lumboglutealgie sehe sowie bei fortgeschrittener Facettengelenksarthrose eine degenerative Komponente als gut möglich erachte. Damit würden sie mit PD Dr.med. E._____ insofern übereinstimmen, dass der Unfall von 1984 nur in einem möglichen natürlichen Kausalzusammenhang zu den Rückenbeschwerden zusammenhänge, was für eine Leistungspflicht des Unfallversicherers nicht genüge.

5.

5.1 Vor Verwaltungsgericht verweist die Beschwerdeführerin auf den vor über 40 Jahren erlittenen Verkehrsunfall. Die Vorinstanz habe während Jahrzehnten Leistungen erbracht, diese per November 2024 eingestellt mit der Begründung, es bestünden keine unfallkausalen Folgeschäden mehr. Indem dies ohne persönliche Untersuchung, allein gestützt auf eine versicherungsinterne Aktenbeurteilung des Vertrauensarztes entschieden worden sei, habe die Vorinstanz den Sachverhalt unvollständig abgeklärt. Bei langjährigen, komplexen Beschwerdebildern genüge eine rein aktenbasierte Beurteilung den gesetzlichen Anforderungen nicht. Den Berichten versicherungsinterner Ärzte komme nicht der gleiche Beweiswert zu wie neutralen Gutachten, namentlich wenn sie ohne persönliche Untersuchung erstellt worden seien. Ihr Antrag auf eine unabhängige Begutachtung sei ohne ausreichende Begründung abgelehnt worden, was eine Verletzung des rechtlichen Gehörs darstelle. Die Beschwerdeführerin sei gehindert worden, den medizinischen Sachverhalt objektiv klären zu lassen. Schliesslich begründe eine jahrzehntelange Leistungspflicht der Versicherung hohe Anforderungen an eine spätere Leistungsaufhebung; sie dürfe nicht ohne vertiefte, unabhängige medizinische Abklärung erfolgen.

5.2 Nachdem die Vorinstanz vernehmlassend bestreitet, dass ein externes Gutachten nach Art. 44 ATSG hätte eingeholt werden müssen und betont, bei Auftreten von Rückfällen oder Spätfolgen müsse die versicherte Person den überwiegend wahrscheinlichen Kausalzusammenhang nachweisen, wobei dieser Nachweis vorliegend nicht erbracht sei, wiederholt die Beschwerdeführerin replizierend ihre Begründung der Beschwerde. Weiter hält sie fest, die medizinischen Unterlagen würden keine einheitliche Beurteilung zeigen. Während Dr.med. H._____ den Kausalzusammenhang ausdrücklich sehe, bezeichne Dr.med. I._____ die Ätiologie als multifaktoriell und nicht trivial und selbst PD Dr.med. E._____ schliesse einen Kausalzusammenhang nicht vollständig aus. Es sei daher klar, dass die medizinische Situation nicht eindeutig sei. Es bestünden weiterhin funktionelle Einschränkungen im Bereich des linken Fusses bzw. Beines. Die bisherige Übernahme von lediglich zwei Physiotherapie-Sessionen à neun Sitzungen pro Jahr sei daher unzureichend. Zudem bestünden weiterhin Unsicherheiten hinsichtlich zukünftiger Behandlungs- oder Reparaturkosten der unfallbedingten Zahnbrücke. Hierauf erklärt die Vorinstanz, nach Erreichen des medizinischen Endzustandes (wie er in der Verfügung vom 11.1.1989 festgestellt worden sei) habe die versicherte Person jederzeit das Recht, einen Rückfall oder Spätfolgen zu melden. Dies gelte auch für die Beschwerdeführerin und die von ihr replizierend geltend gemachten Beschwerden. Allerdings müsse ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen dem neuen Beschwerdebild und dem Unfall mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen werden, was sie vorliegend in keinsten Weise belege.

6.

6.1 Soweit die Beschwerdeführerin festhält, der Unfall sei 1984 geschehen, die Vorinstanz habe während Jahrzehnten Leistungen erbracht und diese nun plötzlich per November 2024 eingestellt, so gilt es zu berichtigen, dass bereits mit Verfügung vom 11. Januar 1989 festgestellt worden war, der medizinische Endzustand sei erreicht, der Fall werde abgeschlossen und die Heilkosten- und Taggeldleistungen würden eingestellt, ein Anspruch auf eine Rente bestehe nicht (aber auf eine Integritätsentschädigung; vgl. Verfügung in Vi-act. 16). Gleichzeitig hatte die Vorinstanz indes auch bestätigt, die Beschwerdeführerin könne sich beim Auftreten von Spätfolgen oder einem Rückfall erneut melden. Wenn die Vorinstanz in den folgenden Jahrzehnten Leistungen erbracht hatte, so erfolgte dies daher stets unter dem Titel Spätfolge/Rückfall und setzte jeweils eine neue Leistungsanspruchsprüfung der Vorinstanz voraus. Nachdem die Beschwerdeführerin nun wegen Rückenbeschwerden um Kostengutsprache ersuchte, hat die Vorinstanz neuerlich ihre Leistungspflicht infolge Rückfalls bzw. Spätfolge geprüft, diesmal mit negativem Ausgang. Mithin hat die Vorinstanz nicht Leistungen

eingestellt, sondern einen neuen Anspruch geprüft. Die damalige Anerkennung des Unfalls 1984 führt nicht dazu, dass die Vorinstanz auch Jahre später ohne neue Kausalitätsprüfung Leistungen erbringen muss. Vielmehr obliegt es der Beschwerdeführerin, den Nachweis zu erbringen, dass zwischen den Rückenbeschwerden und dem Unfall von 1984 ein Kausalzusammenhang mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit besteht (vgl. oben E. 2.3). Bleibt zu ergänzen, dass die Vorinstanz das Recht der Beschwerdeführerin, Rückfälle und Spätfolgen zu melden, auch noch in der Duplik ausdrücklich anerkannt hat. Mithin trifft es nicht zu, dass die Vorinstanz nicht mehr bereit ist, Leistungen für Folgen des Unfalles von 1984 zu erbringen.

6.2 Soweit die Beschwerdeführerin geltend macht, die Vorinstanz habe die Ablehnung ihres Begehrens um eine unabhängige Begutachtung ohne ausreichende Begründung abgelehnt, was einer Gehörsverletzung gleichkomme, kann dem nicht gefolgt werden. Die Vorinstanz hat erklärt, dass sie ihren Entscheid auf die Beurteilung ihres beratenden Arztes PD Dr.med. E._____ abgestützt habe und dass auf solche Beurteilungen abgestellt werden könne, solange nicht konkrete Indizien gegen deren Zuverlässigkeit sprächen. Weiter hielt die Vorinstanz fest, einerseits sei die Beurteilung von PD Dr.med. E._____ schlüssig und nachvollziehbar und andererseits vermöchten die Berichte von Dr.med. H._____ und Dr.med. I._____ keine auch nur geringen Zweifel an seiner Beurteilung erwecken. Damit aber begründete die Vorinstanz ausreichend, warum sie keine Notwendigkeit für eine externe Begutachtung sah. Eine Gehörsverletzung liegt nicht vor. Ob die Vorinstanz zur Recht auf die Beurteilungen von PD Dr.med. E._____ abgestellt hat, gilt es nachfolgend noch zu prüfen.

6.3 Unbegründet ist der beschwerdeführerische Vorwurf der unvollständigen Sachverhaltsabklärung, indem sich die Vorinstanz nur auf eine Aktenbeurteilung abgestützt habe.

Auf Aktenberichte kann abgestellt werden, wenn ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht (Urteil BGer 8C_646/2019 vom 6.3.2020; vgl. oben E. 2.5.4).

Die Beschwerdeführerin war seit dem Unfall von 1984 - in unregelmässigen Abständen - in medizinischer Behandlung. Die Vorinstanz hat bei den Behandlern regelmässig Verlaufsberichte eingeholt (vgl. oben E. 3). Alle diese Berichte fanden Eingang in die Versicherungsakten. Auch die Beschwerdeführerin macht nicht geltend, die Vorinstanz verfüge über ein unvollständiges Dossier, wichtige medizinische Berichte hätten nicht Eingang ins Dossier gefunden. Desweiteren

ergibt sich aus den Beurteilungen von PD Dr.med. E._____, dass ihm alle diese medizinischen Berichte für seine Beurteilungen zur Verfügung standen (vgl. Vi-act. 124, 166). Neben all den Berichten, welche den Verlauf seit dem Unfall dokumentieren, verfügte er insbesondere auch über die Berichte der behandelnden Ärzte seit der Meldung der Rückenbeschwerden im Jahr 2025. Diese geben insbesondere die von den Behandlern erhobene Anamnese und klinischen Befunde wieder, nennen die Diagnosen und Beurteilungen der Ärzte (Vi-act. 80, 81, 87, 102, 122, 147). Dass diese lückenhaft wären, behauptet die Beschwerdeführerin nicht. Hinsichtlich Befunde und Diagnosen stimmen diese Berichte überein; Widersprüche bestehen keine. Strittig ist allein die Beurteilung der Ätiologie, der Frage, ob die geklagten und in den Berichten beschriebenen Rückenbeschwerden einen Rückfall resp. eine Spätfolge des Unfallereignisses vom 1. September 1984 darstellen, der Unfall für die Rückenbeschwerden überwiegend wahrscheinlich mindestens teilursächlich ist. Diese Beurteilung aber kann rein aktenbasiert erfolgen, wenn - wie vorliegend - die Akten umfassend mit lückenlosen Befunden ohne Widersprüche sind.

6.4 Ebenso wenig kann der Beschwerdeführerin gefolgt werden, wenn sie geltend macht, in Fällen wie dem ihren dürfe nicht auf Beurteilungen versicherungsinterner Ärzte oder solchen von der Versicherung beratenden Ärzten abgestellt werden. Vielmehr kann auch deren Beurteilungen voller Beweiswert beigemessen werden, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Nur wenn Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen, wobei schon geringe Zweifel ausreichen (vgl. oben E. 2.5.2).

6.4.1 Die Vorinstanz stellte auf die Beurteilungen des sie beratenden Arztes PD Dr.med. E._____ ab, womit die zitierte Rechtsprechung Anwendung findet. PD Dr.med. E._____ erstellte für die versicherungsmedizinische Kausalitätsbeurteilung Aktenbeurteilungen, wobei er sich auf die umfassende medizinische Dokumentation abstützen konnte. In der ersten Beurteilung vom 10. Mai 2025 fasste er den gesamten medizinischen Verlauf seit dem Unfallereignis zusammen (vgl. Vi-act. 124). In der ergänzenden Beurteilung vom 27. Oktober 2025 kam der Bericht von Dr.med. I._____ vom 26. Mai 2025 hinzu mit der Fragestellung, ob dieser an der Kausalitätsbeurteilung vom Mai 2025 etwas ändere (vgl. Vi-act. 166). Wie bereits ausgeführt, ergingen die Beurteilungen damit auf der umfassenden medizinischen Aktenlage.

6.4.2 In der Beurteilung vom 10. Mai 2025 hielt PD Dr.med. E._____ fest, Verletzungen an der Wirbelsäule nach dem Unfallereignis seien nicht aktenkundig. In Würdigung der Akten kann dem insoweit beigespflichtet werden, als etwa in der Unfallmeldung vom 21. September 1984 oder im Arztbericht KSSG vom Februar 1985 keine Verletzungen der Wirbelsäule dokumentiert sind (vgl. Vi-act. 15 und 16). Wenn dann aber PD Dr.med. E._____ hieraus schliesst, "die überwiegende Wahrscheinlichkeit, dass die aktuell geltend gemachten Beschwerden im Bereich der Wirbelsäule auf den Unfall, sprich die Fehlstatik aufgrund der Unfallfolgen, zurückzuführen sind, ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht gegeben", so lässt dies eine schlüssige und nachvollziehbare Auseinandersetzung mit weiteren Akteneinträgen missen.

So fehlt etwa eine Beurteilung, dass als Folge des Unfalls am 7. September 1984 zwar eine Arthrodeese des ISG links erfolgen musste (nach mehrfacher Becken-trümmerfraktur mit Luxation im ISG-Gelenk links), dies aber dennoch auch nicht teilursächlich für spätere Rückenbeschwerden sein kann (vgl. Vi-act. 17). Auch wäre eine Begründung zu erwarten, warum bzw. inwiefern die teilweise Inkongruenz des ISG im dorsalen Anteil oder die Sklerosierung des linken ISG-Gelenkspaltes mit unregelmässigen Konturen, wie sie im Bericht vom 22. August 1988 festgehalten sind, nicht ursächlich sind für die späteren Beschwerden, namentlich auch nicht für die im MRI vom 12. März 2025 gezeigten Veränderungen, welche laut PD Dr.med. E._____ rein degenerativ sind (vgl. Vi-act. 17). Immerhin wird etwa im Befund zum MRI vom 27. November 2024 festgehalten, das ISG weise ein minimales subchondrales Knochenmarksödem rechts reaktiv / im Sinne einer Fehlbelastung auf (Vi-act. 81); eine nachvollziehbare Begründung würde zumindest eine kurze Auseinandersetzung mit diesem Befund erfordern. Wenn PD Dr.med. E._____ auf die lange Zeitdauer seit dem Unfall anspricht, dann wäre auch zu erwarten, dass er auf die im Verlaufe der Zeit immer wieder erwähnten Rückenbeschwerden einginge und begründet, warum dennoch nicht von Brückensymptomen die Rede sein kann. Schon in einer Notiz vom 22. Dezember 1986 (zu einer Besprechung vom 19.12.1986) wird festgehalten, die Beschwerdeführerin leide fast immer unter Rückenbeschwerden (Vi-act. 16). Auch anlässlich der Besprechung vom 8. Juli 1988 wurde notiert, "dass zudem dieses [linke] Bein um ca. 2cm verkürzt ist, ist aus den Akten ersichtlich. Durch diese Beinverkürzung hat sie, wenn sie keine[n] Gips trägt, abends Rückenschmerzen. Dies ist medizinisch ohne weiteres erklärbar. Heute da sie den Gips trägt, der um diese 2cm erhöht wurde, sind die Rückenschmerzen nicht sehr stark" (Vi-act. 16). Mithin wurde es damals als ohne weiteres erklärbar erachtet, dass die unfallbedingte Beinlängendifferenz ursächlich ist für die Rückenbeschwerden. Die Beinlängendifferenz bestand über die gesamte Zeitdauer (vgl. allerdings Bericht

vom 25.8.2010 in Vi-act. 17), weshalb eine Würdigung zu erwarten wäre, warum daraus resultierende Rückenbeschwerden aktuell nicht mehr medizinisch ohne weiteres erklärbar sind. Auch anlässlich der Besprechung vom 17. Januar 2001 wird festgehalten, die Beschwerdeführerin leide u.a. unter Rückenbeschwerden, wozu ausgeführt wird, wegen des lahmen linken Fusses habe sie keinen guten Stand, hinke und sei in der Gehfähigkeit eingeschränkt, wodurch es vermutlich zu den Hüft- und Rückenbeschwerden gekommen sei (Vi-act. 15). Auch in einer versicherungsinternen Beurteilung vom 19. Mai 2015 wurde festgehalten, die Fallfussproblematik mit Spitzfussentwicklung habe eine Fehlbelastung über mehrere Jahre nach sich gezogen. Damals ging es um die Kausalitätsbeurteilung von rechtsseitigen Beschwerden als Folge einer immerwährenden Fehlbelastung bzw. Überlastung der rechten Seite, wobei die Kausalität bejaht wurde (vgl. Vi-act. 17). Noch 2015 wurde damit die seit dem Unfall bestehende Fehlbelastung bestätigt und ebenso deren Ursächlichkeit für Spätfolgen. Warum dies für die Rückenbeschwerden im Jahr 2024/2025, d.h. nach noch längerer Dauer der Fehlbelastung nur möglich ist, erhellt aus der Beurteilung von PD Dr.med. E._____ nicht. Insgesamt ergibt sich damit aus den Akten, dass eine Beinlängendifferenz aus dem Unfall resultierte sowie eine relevante Fallfussproblematik, welche zu einer langjährigen, dokumentierten Fehlbelastung und immer wieder erscheinenden Rückenbeschwerden geführt haben. Bei dieser Aktenlage muss von einer schlüssigen und nachvollziehbaren versicherungsinternen Aktenbeurteilung erwartet werden, dass sie hierauf Bezug nimmt und würdigt, warum diese objektiven Befunde nicht im Mindesten teilursächlich für die geklagten Rückenbeschwerden sind, warum die Rückenbeschwerden keine Spätfolge sind (vgl. oben E. 2.3.3).

6.4.3 Es ist wohl zutreffend, dass die Beschwerdeführerin als Leistungsansprecherin den Nachweis der Kausalität zu erbringen hat und die Vorinstanz nicht beweisen muss, dass eine andere Ursache als der Unfall ursächlich ist für die Beschwerden. Dies entbindet aber die Vorinstanz nicht davon, ihren Entscheid auf schlüssige und nachvollziehbare medizinische Beurteilungen abzustellen. Diesem Anspruch können die Beurteilungen von PD Dr.med. E._____ nach dem Gesagten nicht genügen, setzt er sich doch mit den effektiven Unfallfolgen, den daraus resultierenden Fehlbelastungen und den während des gesamten Zeitraums immer wieder geklagten Rückenbeschwerden nicht nachvollziehbar auseinander.

6.5 Damit aber bestehen mehr als nur geringe Zweifel an der nicht nachvollziehbaren Beurteilung von PD Dr.med. E._____, weshalb die Vorinstanz nicht auf diese abstellen durfte. Der Sachverhalt ist damit ungenügend abgeklärt. Der

Einspracheentscheid ist aufzuheben und die Sache für weitere Abklärungen und neuen Entscheid an die Vorinstanz zurückzuweisen. Sie wird über die Frage, ob die geklagten Rückenbeschwerden eine Spätfolge des Unfallereignisses vom 1. September 1984 ist, auf eine fachärztliche Beurteilung abzustellen haben, welche den Anforderungen gemäss Rechtsprechung zu genügen vermag.

7. Damit erweist sich die Beschwerde als begründet und ist gutzuheissen. Der Einspracheentscheid vom 11. Dezember 2025 ist aufzuheben und die Sache zur weiteren Sachverhaltsabklärung und neuem Entscheid im Sinne der Erwägungen zurückzuweisen.

8. Die Rückweisung der Sache an die Vorinstanz zur erneuten Abklärung und neuem Entscheid (mit noch offenem Ausgang) gilt nach ständiger Praxis für die Frage der Auferlegung der Gerichtskosten wie auch der Zusprechung einer Parteientschädigung als Obsiegen der beschwerdeführenden Partei, unabhängig davon, ob die Rückweisung überhaupt beantragt, oder ob das entsprechende Begehren im Haupt- oder Eventualantrag gestellt wird (vgl. BGE 137 V 210 E. 7.1; VGE I 2019 75 vom 16.3.2020 E. 6.2, je mit Hinweisen).

8.1 Es sind keine Kosten zu erheben (Art. 61 lit. f^{bis} ATSG).

8.2 Nach Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Sie werden vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. Art. 61. lit. g ATSG spricht von Parteikosten, worunter gemäss ständiger Rechtsprechung die Vertretungskosten zu verstehen sind. Solche sind der nicht anwaltschaftlich vertretenen Beschwerdeführerin keine entstanden. Entsprechend besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid vom 11. Dezember 2025 aufgehoben und die Sache im Sinne der Erwägungen zur weiteren Sachverhaltsabklärung und neuem Entscheid an die Vorinstanz zurückgewiesen.
2. Es werden keine Kosten erhoben.
3. Es besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.
4. Gegen diesen Entscheid kann unter den Voraussetzungen von Art. 42 ff., Art. 82 ff. sowie Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) vom 17. Juni 2005 innert 30 Tagen seit Zustellung Beschwerde* in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, erhoben werden.

Soweit die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten nicht zulässig ist, kann unter den Voraussetzungen von Art. 113 ff. BGG innert 30 Tagen seit Zustellung Verfassungsbeschwerde* erhoben und die Verletzung von verfassungsmässigen Rechten gerügt werden. Bei gleichzeitiger ordentlicher Beschwerde sind beide Rechtsmittel in der gleichen Rechtschrift einzureichen.

5. Zustellung an:
 - den Vertreter der Beschwerdeführerin (2/R)
 - die Vorinstanz (R)
 - und das Bundesamt für Gesundheit, BAG, 3003 Bern (A).

Schwyz, 10. Juli 2026

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Präsident:

Der Gerichtsschreiber:

***Anforderungen an die Beschwerdeschrift**

Die Beschwerdeschrift ist in einer Amtssprache (Deutsch, Französisch, Italienisch, Rumantsch Grischun) abzufassen und hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. In der Begründung ist in gedrängter Form darzulegen, inwiefern der angefochtene Entscheid Recht verletzt. Die Urkunden, auf die sich die Partei als Beweismittel beruft, sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat; der angefochtene Entscheid ist beizulegen.

Versand: 10. August 2026