Eidgenössisches Versicherungsgericht
Tribunale federale delle assicurazioni
Tribunal federal d'assicuranzas

Sozialversicherungsabteilung
des Bundesgerichts

Prozess
{T 7}
U 258/02

Urteil vom 18. Dezember 2003
IV. Kammer

Besetzung
Präsidentin Leuzinger, Bundesrichter Rüedi und nebenamtlicher Richter Weber; Gerichtsschreiber Grunder

Parteien
Z._____, 1940, Beschwerdeführerin, vertreten durch Rechtsanwalt Jürg Senn, Ulrichstrasse 14, 8032 Zürich,

gegen

Winterthur Schweizerische Versicherungs-Gesellschaft, General Guisan-Strasse 40, 8400 Winterthur, Beschwerdegegnerin, vertreten durch Rechtsanwältin Marianne I. Sieger, Kuttelgasse 8, 8001 Zürich

Vorinstanz
Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich, Winterthur

(Entscheid vom 23. Juli 2002)

Sachverhalt:
A.
Z._____, geboren 1940, war seit 1. August 1988 bei der Q._____ AG als Lageristin angestellt und bei der Winterthur Schweizerische Versicherungs-Gesellschaft (nachfolgend: Winterthur) gegen die Folgen von Unfällen versichert. Am 19. Oktober 1988 fiel ihr eine Bücherkiste auf den rechten Fuss; später stolperte sie beim Betreten des Balkons über eine Schwelle und stürzte auf beide Knie. Sie zog sich eine Rissquetschwunde über dem Endgelenk der 4. Zehe und auf der Aussenseite der 5. Zehe des rechten Fusses mit Schwellungen auch über dem Fussrist sowie Prellungen an beiden Knien zu. Der am 24. Oktober 1988 konsultierte Arzt, Dr. med. R._____, Allgemeine Medizin FMH, schloss die konservativ durchgeführte Behandlung am 3. November 1988 ab und gab ab 7. November 1988 eine vollständige Arbeitsfähigkeit an (Bericht vom 3. November 1988). Wegen Beschwerden im linken Knie suchte Z._____ Dr. med. K._____, Spezialarzt für Orthopädie FMH, auf, der eine posttraumatische Bursitis präpatellaris (Schleimbeutelentzündung) feststellte (Bericht vom 24. November 1988) und am 5. Dezember 1988 eine Bursektomie vornahm. Am 6. Januar 1989 trat im Operationsgebiet ein akuter Spätinfekt auf, der eine Inzision im Bereiche der alten Narbe mit Entfernung des nekrotischen Gewebes notwendig machte (Bericht des Dr. med. K._____ vom 7. Januar 1989). Am 20. Januar 1989 verschloss Dr. med. K._____ die inzwischen saubere Wunde mit einer Sekundärnaht (Bericht vom 23. Januar 1989). Nachdem wegen erneuten Infekts zwei weitere Wundrevisionen (am 16. März und 28. April 1989) erforderlich gewesen waren (Berichte des Dr. med. K._____ vom 12. April und 2. Mai 1989), überwies Dr. med. K._____ die Versicherte zur stationären Infektsanierung an die Klinik X._____. Mit den in dieser Klinik durchgeführten medizinischen Massnahmen (insbesondere präpatellares Débridement am 12. Mai 1989, Sekundärnaht am 2. Juni 1989 und erneutes Débridement mit Hautverschluss präpatellar links am 8. September 1989) konnte keine Heilung erzielt werden. Im Bericht vom 19. Januar 1990 hielten der leitende Arzt, Prof. Dr. med. U._____, und Dr. med. L._____ fest, es bestehe unverändert ein

nicht heilender Ulcus. Eine Ursache für den protrahierten Verlauf habe bisher nicht gefunden werden können. Die Versicherte werde ebenfalls an der Medizinischen Poliklinik des Spitals Y._____ eingehend abgeklärt. Am 7. März 1990 entfernte Prof. Dr. med. E._____, Klinik für Unfallchirurgie, Spital Y._____, mittels grosszügiger spindeliger Excision den unklaren exulcerierenden granulatomösen Tumor, wobei sich keine Anhaltspunkte für Spezifität oder Tumor ergaben (Bericht vom 1. April 1990). Der postoperative Verlauf war komplikationslos und die Wunde heilte vollständig ab (Berichte des Prof. Dr. med. E._____ vom 27. Mai 1990 und 3. November 1990). Um die weiteren von der Versicherten angegebenen chronischen Kniebeschwerden abzuklären, war eine diagnostische Arthroskopie vorgesehen, die jedoch wegen Infektionsgefahr eines zwischenzeitlich entstandenen, ausgedehnten nässenden Ekzems an beiden Oberarmen erst am 4. September 1991 vorgenommen werden konnte (Berichte des Prof. Dr. med. G._____, Abteilung Gelenk- und Sporttraumatologie, Spital Y._____ vom 1. Juli und 4. September 1991). Prof. Dr. med. G._____ beschrieb im Arthroskopiebericht vom 4. September 1991 eine schwerste Schädigung des Kniegelenks mit Meniskuslappenriss, Knorpelschäden, Chondropathia patellae, Narbenbildungen und eine Seiten- und Kreuzbandinstabilität. Die von diesem Arzt zur Kräftigung der atrophen Oberschenkel-Muskulatur angeordnete physikalische Therapie hatte keine Besserung der Kniebeschwerden zur Folge (Bericht des Prof. Dr. med. G._____ vom 21. April 1993). Am 19. Mai 1993 operierte Prof. Dr. med. G._____ das linke Knie nach vorangegangener Arthroskopie zur Behebung allfälliger mechanischer Störfaktoren und nahm anschliessend eine Retinaculumspaltung vor. Der postoperative Verlauf war gezeichnet durch eine Serombildung und eine anhaltende Fistelung der lateralen Retinaculumspaltung. Nach mehreren chirurgischen Eingriffen zur Behebung der Infekte mussten schliesslich Hauttransplantate angesetzt werden (Bericht des Prof. Dr. med. G._____ vom 26. März 1996). Am 27. April 1996 fand PD Dr. med. B._____, Chefarzt Chirurgie, Spital C._____, bei einer weiteren operativen Wundrevision wegen eines fistelnden Infekts in der Tiefe der linken Wade einen textilen Fremdkörper (Epigard, ein Material zur provisorischen Wundabdeckung; Bericht vom 5. Juli 1996). Nach den Angaben dieses Arztes verliess die Patientin das Spital am 1. Mai 1996 überraschend, ohne die definitive Wundheilung abzuwarten. Es folgten regelmässig weitere Wundrevisionen zur Behebung der chronischer Infektionen im Bereich des linken Knies (Bericht des Prof. Dr. med. G._____ vom 8. Oktober 1996).

Im November 1996 wurde Z._____ in das Spital Y._____ mit der Diagnose einer chronischen Synovitis eingewiesen. Nachdem der Klinikdirektor, Prof. Dr. med. T._____, am 15. November 1996 eine Synovektomie durchgeführt hatte, stellte er neun Tage nach der Operation eine Vollhautschädigung über der linken Kniescheibe fest, die durch Druck oder eine Verbrennung mit einer Wärmeflasche entstanden sein musste (Bericht des Prof. Dr. med. T._____ vom 5. Dezember 1996). Im Bericht vom 19. Dezember 1996 hält der Vertrauensarzt der Winterthur, Dr. med. S._____, Spezialarzt FMH für Chirurgie, fest, er habe mit Prof. Dr. med. T._____ die Möglichkeit einer Factitia (von der Patientin selbst herbeigeführte Schädigung) diskutiert. Im von der Winterthur in Auftrag gegebenen Aktengutachten vom 27. Januar 1997 verneinte Dr. med. S._____ einen Kausalzusammenhang zwischen den heutigen ärztlichen Befunden und dem Unfall vom 19. Oktober 1988. Für den Krankheitsverlauf müssten psychische Ursachen verantwortlich gemacht werden. Die durch die Prellung des linken Knies wahrscheinlich verursachte Schleimbeutelentzündung hätte gemäss medizinischer Erfahrung drei Monate nach der Bursektomie vom 5. Dezember 1988 abgeheilt sein müssen. Prof. Dr. med. T._____ äusserte im Bericht vom 11. Januar 1997 einen Verdacht auf eine Factitia, für die jedoch keine Beweise vorlägen; ein Kausalzusammenhang zwischen Unfall und bestehenden Befunden liege nicht vor. Die Winterthur, die seit dem Unfall vom 19. Oktober 1988 bis am 25. April 1997 die gesetzlichen (und vertraglichen) Leistungen (Taggeld, Heilbehandlung) erbracht hatte, stellte mit Verfügung vom 24. Juni 1997 (recte: 24. Juli 1997) ihre Leistungspflicht rückwirkend ab 5. März 1989 ein und verneinte einen Anspruch auf Integritätsentschädigung oder Invalidenrente. Auf Einsprache hin holte die Unfallversicherung die Gutachten des Prof. Dr. med. N._____, Klinik J._____, vom 2. November 1998 (mit Konsiliarbericht des Prof. Dr. med. V._____, Chefarzt medizinische Klinik, Spital D._____ vom 30. Oktober 1998) und des Dr. med. Walter H._____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, Ärztehaus F._____, vom 15. April 2000 ein. Mit Entscheid vom 6. September 2000 wies die Winterthur die Einsprache ab.

B.

Hiegegen liess Z._____ Beschwerde einreichen und beantragen, unter Aufhebung des Einspracheentscheids sei die Winterthur zu verpflichten, die gesetzlichen Leistungen, insbesondere Taggeld und Heilbehandlung, eventualiter eine Rente und eine Integritätsentschädigung auszurichten. Während des hängigen kantonalen Verfahrens legte die Beschwerdeführerin die Berichte des Dr. med. I._____, Orthopädische Klinik X._____,

vom 12. September 2001 und des Dr. med. W._____, Facharzt FMH Psychiatrie/Psychotherapie, vom 23. August 2001 auf. Das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich hiess die Beschwerde insoweit teilweise gut, dass es die Winterthur verpflichtete, die gesetzlichen Leistungen für die Folgen des Unfalles vom 19. Oktober 1988 bis 30. September 1993 zu erbringen. Im Übrigen wies es das Rechtsmittel ab (Entscheid vom 23. Juli 2002).
C.
Mit Verwaltungsgerichtsbeschwerde lässt Z._____ die Rechtsbegehren stellen, der vorinstanzliche Entscheid sei insoweit aufzuheben, "als darin die gesetzlichen Leistungen für Unfallfolgen lediglich bis 30. September 1993 zugesprochen werden, und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, der Beschwerdeführerin auch ab 1. Oktober 1993 die gesetzlich geschuldeten Leistungen zu entrichten, insb. Taggelder und Heilbehandlung, evtl. eine Rente und eine Integritätsentschädigung". Gleichzeitg wird um Erteilung der unentgeltlichen Verbeiständung ersucht.
Die Winterthur schliesst auf Abweisung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde. Das Bundesamt für Sozialversicherung verzichtet auf eine Vernehmlassung.

Das Eidg. Versicherungsgericht zieht in Erwägung:
1.
1.1 Nach der Rechtsprechung ist der Erlass einer Feststellungsverfügung im Sinne von Art. 5 Abs. 1 lit. b und Art. 25 VwVG dann zulässig, wenn ein schutzwürdiges, mithin rechtliches oder tatsächliches und aktuelles Interesse an der sofortigen Feststellung des Bestehens oder Nichtbestehens eines Rechtsverhältnisses nachgewiesen ist, dem keine erheblichen öffentlichen oder privaten Interessen entgegenstehen, und wenn dieses schutzwürdige Interesse nicht durch eine rechtsgestaltende Verfügung gewahrt werden kann (BGE 129 V 290 Erw. 2.1, 126 II 303 Erw. 2c, je mit Hinweisen).
1.2 Die Winterthur stellte mit Verfügung vom 24. Juli 1997 ihre Leistungspflicht mit Wirkung ab 5. März 1989 ein und teilte der Beschwerdeführerin und der Krankenkasse O._____ mit, dass die ab 5. März 1989 entrichteten Taggelder teilweise und die Heilbehandlungskosten vollständig zurückgefordert würden. Soweit die Unfallversicherung damit den Anspruch auf bereits erbrachte Leistungen verneinte, stellte sie das Nichtbestehen eines Rechts fest. Es lagen aber keine besonderen Umstände vor, weder aus Sicht der Winterthur noch der Versicherten, welche die Festlegung des Anspruchs losgelöst von der Rückforderung als notwendig, weil von aktuellem rechtlichem oder tatsächlichem Interesse, erscheinen liessen. Vielmehr hätte die Unfallversicherung eine Rückforderung direkt mit Erlass einer entsprechenden Verfügung geltend machen können. Demnach lag kein schutzwürdiges Interesse vor, für die bis am 25. April 1997 ausgerichteten Versicherungsleistungen eine Feststellungsverfügung zu erlassen. Das kantonale Gericht, welches die Beschwerde in diesem Punkt materiell beurteilte, hat übersehen, dass es an einer Prozessvoraussetzung fehlte (Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2. Aufl., Bern 1983, S. 72 und 144). Nach der mit BGE 129 V 289
geänderten Rechtsprechung musste es zwar auf die Beschwerde eintreten, hätte jedoch die Verfügung und den diese bestätigenden Einspracheentscheid vom 6. September 2000 aufheben müssen, soweit damit über das Nichtbestehen eines Anspruchs vor Verfügungserlass vom 24. Juli 1997 befunden wurde. Daher sind der kantonale Entscheid vom 23. Juli 2002 sowie der Einspracheentscheid vom 6. September 2000 aufzuheben, soweit sie den Zeitraum vor Verfügungserlass betreffen.
2.
Nach dem Gesagten ist streitig und zu prüfen, ob die Beschwerdeführerin ab 24. Juli 1997 Anspruch auf die gemäss UVG obligatorischen Versicherungsleistungen (Heilbehandlung und Taggeldzahlung, eventuell Invalidenrente und Integritätsentschädigung) hat.
3.
3.1 Am 1. Januar 2003 ist das Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 in Kraft getreten. Mit ihm sind zahlreiche Bestimmungen im Invalidenversicherungsbereich geändert worden. Weil in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend sind, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 127 V 467 Erw. 1), und weil ferner das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung eines Falles grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses des streitigen Einspracheentscheids (hier: 6. September 2000) eingetretenen Sachverhalt abstellt (BGE 121 V 366 Erw. 1b), sind im vorliegenden Fall die bis zum 31. Dezember 2002 geltenden Bestimmungen anwendbar.

3.2 Die Vorinstanz hat die Bestimmung über den Anspruch auf Leistungen der Unfallversicherung (Art. 6 Abs. 1 UVG) sowie die Rechtsprechung zu dem für die Leistungspflicht des Unfallversicherers vorausgesetzten natürlichen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod; BGE 118 V 289 Erw. 1b) und zu der auch bei psychischen Unfallfolgen erforderlichen Adäquanz des Kausalzusammangs (BGE 115 V 133; vgl. auch BGE 123 V 99 Erw. 2a) zutreffend dargelegt. Ebenso verhält es sich mit den Ausführungen zu dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 126 V 360 Erw. 5b mit Hinweisen) sowie zur Beweiswürdigung und zum Beweiswert ärztlicher Gutachten und Berichte (BGE 125 V 352 Erw. 352 Erw. 3a mit Hinweisen). Darauf wird verwiesen. Zu wiederholen ist, dass die Leistungspflicht des Unfallversicherers bei einem durch den Unfall verschlimmerten oder überhaupt erst manifest gewordenen krankhaften Vorzustand erst entfällt, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) 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 1994 Nr. U 206 S. 328 Erw. 3b mit Hinweisen). Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Da es sich um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht beim Versicherten, sondern beim
Unfallversicherer (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 46 Erw. 2 mit Hinweisen). Dabei muss nicht etwa der Beweis für unfallfremde Ursachen erbracht werden. Welche Ursachen ein nach wie vor geklagtes Leiden haben, ob es Krankheitsursachen, ein Geburtsgebrechen oder degenerative Veränderungen sind, ist unerheblich. Denn es ist nicht so, dass der Unfallversicherer bei einmal bejahter Unfallkausalität so lange haftet, als er unfallfremde Ursachen nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachzuweisen vermag. Entscheidend ist allein, ob unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 329 Erw. 3b). Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliegt oder dass die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei (Urteil O. vom 31. August 2001, U 285/00).

4.

4.1 Die Vorinstanz hat die Frage, ob der Wegfall des natürlichen Kausalzusammenhangs nachgewiesen werden könne, offen gelassen. Fest stehe auf Grund der im Wesentlichen übereinstimmenden Aussagen der Fachärzte, dass die Beschwerdeführerin durch ihr selbstschädigendes Verhalten über Jahre immer wieder Infektionen am linken Bein provoziert und so eine Heilung verhindert habe. Ursache dieses Verhaltens sei die krankhafte psychische Veranlagung gewesen, welche durch den als Bagatelle zu qualifizierenden Unfall vom 19. Oktober 1988 nicht adäquat kausal verursacht worden sein könne. Daher sei die Winterthur für den psychischen Gesundheitsschaden und dessen Folgen nicht entschädigungspflichtig.

4.2 Demgegenüber bringt die Beschwerdeführerin vor, es stehe keine psychiatrische Diagnose fest. Sie leide einzig an somatischen Folgen des Unfalles. Soweit von einer krankhaften Prädisposition ausgegangen werde, sei das Krankheitsbild ohnehin durch den Unfall entstanden. Im Übrigen lägen ärztliche Fehlbehandlungen vor, für welche der Unfallversicherer einzustehen habe.

5.

5.1 Prof. Dr. med. N._____ diagnostizierte im Gutachten vom 2. November 1998 eine äusserst schmerzhafte Knieversteifung links mit medial betonter schwerer Gonarthrose, massivem Lymphödem, fraglich paralytischem Pes cavo varus equinus (schwerste Klumpfussstellung) sowie Verdacht auf Münchhausen-Syndrom. Es bestehe ein sicherer Zusammenhang des heutigen Befundes mit dem Unfall vom 19. Oktober 1988, wobei ungewöhnliche Komplikationen zu diesem schweren Zustand geführt haben. Zu diesen Komplikationen müsse auch eine psychische Fehlentwicklung gerechnet werden, die sich in einem extremen Suchtverhalten (Schmerz- und Schlafmittel) und im Münchhausen-Syndrom manifestiere. Eine Disposition sei anzunehmen, doch wäre es ohne Unfall und die unzähligen Operationen, welche nicht immer klar indiziert gewesen seien, nie so weit gekommen. Auf Grund des mit hoher Wahrscheinlichkeit vorliegenden Münchhausen-Syndroms dürfte die Patientin die Heilung der Wunden durch Artefakte entscheidend verhindert haben. Der konsiliarisch beigezogene Prof. Dr. med. V._____ kam nach einer Zusammenfassung der bakteriologischen Daten zum

Schluss (Bericht vom 30. Oktober 1998), es sei auffallend, dass in der überblickbaren Zeitperiode immer wieder verschiedene
Keime aus der gleichen Körperregion mit nie heilenden, granulierenden Wunden isoliert werden konnten. Trotz seiner langen Erfahrung mit sehr komplexen orthopädischen Infektionen habe er eine derartige Vielfalt an Erregern, die alle aus derselben Region stammten, noch nie gesehen. Es sei völlig atypisch, dass oft in kurzen Abständen immer wieder völlig andere Erreger nachgewiesen werden. Unwahrscheinlich sei, dass es sich in diesem Fall um eine übliche Wundinfektion handle. Auffallend sei die Tatsache, dass trotz der relativ invasiven Erreger nie eine systemische Infektion (Bakterämie, Sepsis) aufgetreten sei. Daher erscheine auch eine Immunsuppression oder eine Störung der Phagozytose etc. als unterhaltendes Moment der nicht heilenden Infektion als sehr unwahrscheinlich. Er neige dazu, die rezidivierenden Infektionen im Rahmen von möglicherweise absichtlich oder unabsichtlich selbst beigebrachten oberflächlichen Wundkontaminationen zu sehen, wofür auch die Beobachtungen des PD Dr. med. B._____ (fragliche Textilreste im Infektgewebe) und die Vermutungen des Prof. Dr. med. T._____ sprächen.
5.2 Im psychiatrischen Gutachten vom 15. April 2000 diagnostiziert Dr. med. H._____ gestützt auf Anamnese, Befund und eine vom Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin verlangte Zusammenfassung der Literatur zu artifiziellen Schädigungen eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ (ICD-10: F60.31) und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4). Die Explorandin erfülle fast alle der für das Münchhausen-Syndrom bzw. der artifiziellen Störung patientenseitig geforderten Kriterien und sei auch in die für diese Konstellation typische, für sie destruktive Interaktion mit dem Medizinalsystem geraten. Unabdingbar für diese Interaktion sei aber auch ein typisches Verhalten der Ärzte, wozu gehöre, dass meist mehrere Voraussetzungen für eine erspriessliche Arzt-Patienten-Interaktion nicht eingehalten worden waren (Prof. Dr. med. T._____ habe sogar ausdrücklich erwähnt, dass er operierte, ohne sich informiert zu haben). Der Unfall sei zeitlicher Auslöser einer destruktiven Interaktionskette gewesen, welche nach irgendeinem anderen Ereignis, für welches medizinische Leistungen beansprucht worden wären, ebenso hätte in Gang kommen können.
5.3 Gestützt auf diese ärztlichen Beurteilungen ist erstellt, dass die Beschwerdeführerin an einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ leidet. Sodann steht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit fest, dass die Versicherte die Heilung der Wunde im Bereich des linken Knies verhinderte, indem sie diese mit Erregern kontaminierte. Dieses Verhalten hatte zahlreiche chirurgische Eingriffe und andere therapeutische Behandlungen zur Folge und führte schliesslich zu der schweren körperlichen Schädigung am linken Bein. Gegen diesen Sachverhalt spricht nicht, dass die an der Heilbehandlung beteiligten Ärzte über Jahre hinweg die Gründe, die eine Heilung verhinderten, nicht erkannten. Wie Prof. Dr. med. N._____ (Gutachten vom 2. November 1998) nach einer umfassenden Darstellung der Krankengeschichte schreibt, war die chirurgische Betreuung und Bewertung der sich schon früh als völlig ungewöhnlich präsentierenden Krankheitserscheinungen "nicht besonders glücklich und zielbewusst". Entgegen dem Vorbringen in der Verwaltungsgerichtsbeschwerde zählt Prof. Dr. med. V._____ (Konsiliarbericht vom 30. Oktober 1998) nicht nur gewisse Beobachtungen anderer Ärzte auf, die als Indizien für eine Selbstschädigung sprechen,
sondern er wertet die bakteriologischen Daten aus und zieht daraus den einzig wahrscheinlichen Schluss, dass die Beschwerdeführerin sich durch oberflächliche Wundkontaminationen infizierte. Wenn Prof. Dr. med. N._____ nur einen Verdacht auf ein (allerdings als sehr wahrscheinlich bezeichnetes) Münchhausen-Syndrom äussert, so hält er sich, wie sich Dr. med. W._____ im vorinstanzlich aufgelegten Bericht vom 23. August 2001 ausdrückt, angesichts seiner Spezialisierung als Orthopäde im Sinne fachlicher Bescheidenheit zu Recht zurück und empfiehlt eine psychiatrische Abklärung. Inwiefern die Aussage des Dr. med. H._____, das Münchhausen-Syndrom stelle keine Patientendiagnose, sondern eine Systemdiagnose dar, gegen ein psychisches Leiden und gegen selbstschädigende Handlungen sprechen soll, legt die Beschwerdeführerin nicht dar. Der psychiatrische Experte verdeutlichte mit dem Begriff "Systemdiagnose", dass es sich bei selbstmanipulierten Krankheiten um eine Interaktion handle, welche vom Patienten inszeniert werden, die Inszenierung aber nur gelinge, wenn sie von der (medizinischen) Institution entsprechend beantwortet werde. So komme es nur dann zum Bild der Krankheit, wenn die Persönlichkeit des Patienten und das Angebot der
Institution zusammenpassten. Beim Umgang mit möglicher Selbstschädigung könne es nicht darum gehen, diese zu beweisen, da der "discours pervers" sonst gerade aus diesem Grund wieder neu inszeniert werden müsse, was nach dem Aufenthalt der Beschwerdeführerin im Spital C._____ (Bericht des Dr. med. B._____ vom 5. Juli 1996) ja geschehen sei. Nach dem Gesagten ist auch der Einwand der Versicherten, der Nachweis

der selbstschädigenden Handlungen stütze sich bloss auf Indizien, nicht stichhaltig. Gemäss vorinstanzlich aufgelegtem Bericht des Dr. med. I._____ vom 12. September 2001 konnten während des stationären Aufenthalts der Versicherten vom 28. August 2000 bis 22. Dezember 2000 in der Orthopädischen Klinik X._____ keine Hinweise für ein selbstschädigendes Verhalten oder eine artifizielle Manipulation an der Wunde festgestellt werden. Daraus kann indessen nicht abgeleitet werden, dass ein solches früher nicht vorgelegen habe. Im Jahre 2000 hatte die Beschwerdeführerin auf Grund ihres Gesundheitszustandes keinen Anlass mehr, diesen durch eigenes Zutun zu verschlechtern, um weitere medizinische Behandlung zu erwirken. Sodann ist hinzuweisen auf die Bemerkung des Prof. Dr. med. N._____, die mit der Verletzung und den
Schmerzen zusammenhängende Abhängigkeit von Medikamenten, die zur eigentlichen schweren Sucht ausgeartet sei, dürfte ein weiterer Grund sein, warum die Patientin, die durch das Aufsuchen eines Psychiaters "Schande über die Familie" gebracht hätte, vermutlich den Anspruch auf potente Schmerzmittel lieber durch ein offensichtlich somatisches Leiden zu rechtfertigen trachtete. Weiter gelangt auch Dr. med. W._____ (Bericht vom 23. August 2001) zum Schluss, die Beschwerdeführerin leide sehr wahrscheinlich an einer "Borderline Persönlichkeitsstörung", die er als schwerwiegendes psychisches Krankheitsbild bezeichnet, welches das gesundheitliche Befinden eines Menschen wesentlich beeinflusse. Nicht einzusehen ist schliesslich, inwiefern die Bezeichnung der Diagnose (emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ) als "Charaktereigenschaft" gegen das Vorliegen eines psychischen Gesundheitsschadens sprechen soll. Diesen Begriff verwendete Dr. med. H._____ im Zusammenhang mit der Frage, ob das psychische Zustandsbild vorwiegend auf eine hirnorganische oder eine endogene Genese hinweise oder ob es sich um eine psychogene Störung handle.
Zusammengefasst ist festzustellen, dass die Beschwerdeführerin an einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ leidet und dass sie nach dem Unfall vom 19. Oktober 1988 die Heilung der durch die Bursektomie vom 5. Dezember 1988 entstandenen Wunde am linken Knie durch Kontaminationen mit Krankheitserregern derart verhinderte, dass zahlreiche chirurgische Eingriffe zur Behebung der Wundinfektionen notwendig wurden, die zu einer schweren körperlichen Schädigung führten. Dieses über Jahre dauernde Geschehen lässt sich (gemäss übereinstimmenden Darlegungen der Dres. med. H._____ und Prof. N._____) mit dem Begriff des Münchhausen-Syndroms kennzeichnen.
6.
Weiter ist streitig, ob die im Zeitpunkt bei Einspracheentscheid vom 6. September 2000 bestandene Gesundheitsschädigung der Beschwerdeführerin durch den Unfall vom 19. Oktober 1988 verursacht worden ist.
6.1 Gestützt auf die medizinischen Gutachten und ärztlichen Berichte kann der Beweis des Dahinfallens jeder kausalen Bedeutung unfallbedingter Ursachen des bestehenden Gesundheitsschadens nicht eindeutig erbracht werden (vgl. Erw. 3.2). Prof. Dr. med. N._____ gelangt im Gutachten vom 2. November 1998 zum Schluss, es bestehe ein sicherer Zusammenhang des heutigen Befundes mit dem Unfall vom 19. Oktober 1988, wobei ungewöhnliche Komplikationen zu diesem schweren Endzustand geführt hätten. Dres. med. I._____ und W._____ schliessen sich dieser Beurteilung an (Berichte vom 12. September und 23. August 2001). Gemäss Dr. med. H._____ war der Unfall bloss zeitlicher Auslöser der destruktiven Interaktionskette, die schliesslich zur schweren Gesundheitsschädigung führte (Gutachten vom 15. April 2000). Dr. med. S._____ (Aktengutachten vom 27. Januar 1997) und Prof. Dr. med. T._____ (Bericht vom 11. Januar 1997) schliessen einen natürlichen Kausalzusammenhang aus. Von weiteren Abklärungen ist aber abzusehen, da jedenfalls die Adäquanz des Kausalzusammenhangs zu verneinen ist.
6.2 Die Beurteilung, ob ein adäquater Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 19. Oktober 1988 und dem Gesundheitsschaden bestehe, hat nach der Rechtsprechung zu den Unfällen mit psychischer Fehlentwicklung zu erfolgen (BGE 115 V 133), wie die Vorinstanz zutreffend erwogen hat. Entgegen den Vorbringen der Beschwerdeführerin hängt die Leistungspflicht des Unfallversicherers nicht davon ab, ob eine psychische Erkrankung sich in somatischen Gesundheitsstörungen niederschlägt oder nicht. Nach dem in Erwägung 5.3 hievor Gesagten ist die emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ mit dem sich entwickelten Münchhausen-Syndrom ursächlich für die im Zeitpunkt des Einspracheentscheides vom 6. September 2000 festgestellten körperlichen Beeinträchtigungen. Fraglich ist daher nur, ob das psychopathogene Geschehen in einem adäquaten Kausalzusammenhang zum Unfall vom 19. Oktober 1988 stehe.
Der Unfall vom 19. Oktober 1988 ist ohne Zweifel der Kategorie der leichten Unfälle zuzuordnen, für welche der adäquate Kausalzusammenhang in der Regel ohne weiteres verneint werden kann (BGE 115 V 138 ff. Erw. 6; SVR 2001 UV Nr. 22 S. 80 f. Erw. 5b/cc). Dafür sprechen nicht nur die objektiven Umstände (Fall

einer Bücherkiste auf den rechten Fuss; Sturz auf beide Knie), auch subjektiv hat die Beschwerdeführerin gemäss Angaben des Dr. med. H._____ das Ereignis als Bagatelle erlebt. Die unmittelbaren Unfallfolgen (Rissquetschwunde am rechten Fuss; Prellungen an beiden Knien) waren zudem nicht geeignet, psychische Störungen hervorzurufen. So hält der psychiatrische Experte (Gutachten vom 15. April 2000) fest, der Unfall sei zeitlicher Auslöser einer destruktiven Interaktionskette gewesen, welche nach irgendeinem anderen Ereignis, für welches medizinische Leistungen beansprucht worden wären, ebenso hätte in Gang kommen können. Der Unfall vom 19. Oktober 1988 ist daher nur als zeitlicher Auslöser oder als Gelegenheitsursache (vgl. Rumo-Jungo, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 3. Aufl., Zürich 2003, S. 54) der psychischen Fehlentwicklung zu betrachten, in deren Verlauf es zu schwerwiegenden körperlichen Schädigungen gekommen ist. Daher ist festzustellen, dass allfällige unfallbedingte Ursachen ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind (vgl. Erw. 3.2). Ein adäquater Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 19. Oktober 1988 und der psychischen Krankheit der Beschwerdeführerin ist somit zu verneinen.

6.3 Die Versicherte bringt weiter vor, verantwortlich für das schwere körperliche Zustandsbild seien Fehlbehandlungen der Ärzte. Sie stützt sich dabei auf Art. 6 Abs. 3 UVG, wonach die Versicherung ihre Leistungen ausserdem für Schädigungen zu erbringen hat, die dem Verunfallten bei der Heilbehandlung zugefügt werden (Art. 10). Nach der Rechtsprechung hat der Unfallversicherer nur für Schädigungen aufzukommen, die in einem natürlichen und adäquat kausalen Zusammenhang mit den durch den versicherten Unfall erfolgten Heilbehandlungen und medizinischen Abklärungsuntersuchungen stehen. Daher fallen nicht unter den Anwendungsbereich der beiden Bestimmungen (Art. 6 Abs. 3 und Art. 10 UVG) ärztliche Handlungen oder Unterlassungen im Zusammenhang mit Krankheiten, die ausserhalb der Heilbehandlung im Sinne von Art. 10 UVG liegen. So haftet der Unfallversicherer nicht gestützt auf diese beiden Bestimmungen für die Folgen einer vom versicherten Unfall völlig unabhängigen Gesundheitsschädigung, auch wenn diese Folgen (z.B. Herzinfarkt) bei rechtzeitiger Diagnosestellung durch den vom Versicherer eingesetzten untersuchenden Arzt vermieden worden wären (BGE 128 V 172 f. mit Hinweisen).

Nach dem in der vorstehenden Erwägung Gesagten besteht zwischen der psychischen Krankheit und ihren Folgen und dem Unfall vom 19. Oktober 1988 kein adäquat kausaler Zusammenhang. Die psychische Krankheit der Versicherten (emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ) bezeichnete Dr. med. H._____ (Gutachten vom 15. April 2000) als Charaktereigenschaft, womit er auf eine endogene Genese hindeutete. Daher konnte sie nicht durch die behandelnden Ärzte hervorgerufen werden. Die selbstschädigenden Handlungen waren nicht Folge ärztlicher Eingriffe, vielmehr kontaminierte die Beschwerdeführerin die Wunde am linken Knie nach ärztlichen Interventionen regelmässig, um weitere medizinische Leistungen zu beanspruchen. Sie selbst bestimmte somit im Wesentlichen das Krankheitsgeschehen, weshalb eine ärztliche Fehlbehandlung ausser Betracht fällt.

7.

Zu prüfen ist schliesslich, ob die Artefakte bzw. die Gesamtheit der selbstschädigenden Handlungen als Unfall zu qualifizieren sind.

7.1 Das Vorliegen eines Münchhausen-Syndroms im dargelegten Sinne (Erw. 5) stellt einen Sachverhalt dar, der unter Art. 37 Abs. 1 UVG zu subsumieren ist. Danach hat der Versicherte, der den Gesundheitsschaden oder den Tod absichtlich herbeigeführt hat, mit Ausnahme der Bestattungskosten keinen Anspruch auf Versicherungsleistungen. Art. 37 Abs. 1 UVG findet keine Anwendung, wenn der Versicherte zur Zeit der Tat ohne Verschulden gänzlich unfähig war, vernunftgemäss zu handeln (Art. 48 UVV). Nach der Rechtsprechung ist die Unfreiwilligkeit der schädigenden Handlung ein wesentliches Kriterium für die Beurteilung der Frage, ob ein körperschädigendes Ereignis als Unfall zu gelten hat (BGE 100 V 79 Erw. 1a; RKUV 1996 Nr. U 247 S. 168). Das Merkmal der Unfreiwilligkeit oder der fehlenden Absicht ist erfüllt, wenn der Suizid im Zustand völliger Unzurechnungsfähigkeit begangen wurde (BGE 120 V 353 Erw. 3b mit Hinweisen). Dies muss nach dem Wortlaut von Art. 48 UVV (”Wollte sich der Versicherte nachweislich das Leben nehmen oder sich selbst verstümmeln”) auch für Selbstschädigungen gelten. Da der Leistungsansprecher das Vorliegen eines Unfalles zu beweisen hat, muss er grundsätzlich auch die Unfreiwilligkeit einer Schädigung nachweisen (RKUV 1996 Nr. U 247 S. 168 mit Hinweis). Bei Selbsttötung ist auf Grund des Selbsterhaltungstriebs in der Regel von einer natürlichen Vermutung der Unfreiwilligkeit auszugehen. Was für den Suizid gilt, kann indessen nicht ohne weiteres auf die Selbstschädigung übertragen werden. Beim Suizid geht es um die Selbstvernichtung, also um die Alternative ”Tod oder Leben”, um ein ”entweder - oder”. Bei der Selbstschädigung dagegen geht es um ein ”sowohl als auch”, in dem eine Beeinträchtigung der körperlichen Integrität bewusst in Kauf genommen wird,

um einen bestimmten Vorteil zu erreichen. Deshalb ist der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit anzuwenden. Dabei dürfen angesichts praktischer Beweisschwierigkeiten an den Nachweis einer freiwilligen Selbstbeeinträchtigung keine überspitzten Anforderungen gestellt werden (RKUV 1996 Nr. U 1996 S. 168 mit Hinweisen).
7.2 Das Münchhausen-Syndrom setzt voraus, dass der Patient sich immer wieder selbst schädigt, um die Interaktion zwischen ihm und dem Medizinalsystem in Gang zu halten. Wenn der im Gutachten vom 15. April 2000 des Dr. med. H._____ zitierte Eckhardt, Das Münchhausen-Syndrom, Formen der selbstmanipulierten Krankheit, München - Wien Baltimore 1989, festhält, die selbstmanipulierten Krankheiten würden unbewusst selbst inszeniert, so wird damit nur gesagt, den Kranken sei der Grund ihres Tuns nicht bewusst. Die selbstschädigenden Handlungen an sich werden notwendigerweise bewusst und mit Absicht immer dann vorgenommen, wenn die Interaktionskette abzubrechen droht. So hat die Beschwerdeführerin das Spital C._____, nachdem Dr. med. B._____ in der Wunde Fremdmaterial entdeckt hatte, verlassen, ohne die Heilung abzuwarten (Bericht vom 5. Juli 1996). Nicht zweifelhaft ist, dass die Beschwerdeführerin an einer ernsthaften seelischen Erkrankung leidet. Daraus darf aber nicht automatisch auf eine volle Unzurechnungsfähigkeit geschlossen werden (Rumo-Jungo, a.a.O., S. 193 f.). Es ist nicht anzunehmen, dass die Versicherte immer dann in einen Zustand völliger Urteilsunfähigkeit versank, wenn es notwendig wurde, durch einen Artefakt
medizinische Leistungen zu erwirken. Gegen eine vollständige Urteilsunfähigkeit sprechen auch die anlässlich der Untersuchung vom 30. November 1999 erhobenen Befunde des Dr. med. H._____ (Gutachten vom 15. April 2000), wonach die Versicherte wach, klar, allseits orientiert war und keine mnestischen Schwierigkeiten zeigte, welche über das hinausgingen, was nach einer so langen Zeit des Krankseins eben in Vergessenheit geraten könne. Im Gespräch wirkte sie differenziert, der Gedankengang war logisch und kohärent, es fanden sich keine Hinweise auf Sinnestäuschung, Wahn oder Ich-Störungen. Es ist folglich nicht mit dem massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachzuweisen, dass die Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der selbstschädigenden Handlungen vollständig urteilsunfähig gewesen war. Angesichts der eindeutigen Indizien, die dagegen sprechen, ist von weiteren Abklärungen abzusehen, da von weiteren Beweismassnahmen kein anderes Ergebnis zu erwarten ist (antizipierte Beweiswürdigung; Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, S. 212, Rz 450; Kölz/Häner, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2. Aufl., S. 39, Rz 111 und S. 117, Rz 320; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2.
Aufl., S. 274; vgl. auch BGE 122 II 469 Erw. 4a, 122 III 223 Erw. 3c, 120 Ib 229 Erw. 2b, 119 V 344 Erw. 3c mit Hinweis).
8.
Nachdem die Verwaltungsgerichtsbeschwerde teilweise gutzuheissen ist (Erw. 1), steht der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung zu (Art. 159 Abs. 1 und 3 OG). Insoweit ist ihr Gesuch um unentgeltliche Verbeiständung gegenstandslos. Soweit die Versicherte unterliegt, ist ihrem Begehren um Bewilligung der unentgeltlichen Verbeiständung zu entsprechen (Art. 152 in Verbindung mit Art. 135 OG), da die Bedürftigkeit aktenkundig ist und die Vertretung geboten war (BGE 125 V 202 Erw. 4a und 372 Erw. 5b, je mit Hinweisen). Es wird indessen ausdrücklich auf Art. 152 Abs. 3 OG aufmerksam gemacht, wonach die begünstigte Partei der Gerichtskasse Ersatz zu leisten haben wird, wenn sie später dazu im Stande ist.
Demnach erkennt das Eidg. Versicherungsgericht:
1.
Die Verwaltungsgerichtsbeschwerde wird in dem Sinne teilweise gutgeheissen, dass der Entscheid des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich vom 23. Juli 2002 sowie der Einspracheentscheid vom 6. September 2000 der Winterthur Schweizerische Versicherungs-Gesellschaft aufgehoben werden, soweit sie den Zeitraum bis 24. Juli 1997 betreffen. Im Übrigen wird die Verwaltungsgerichtsbeschwerde abgewiesen.
2.
Es werden keine Gerichtskosten erhoben.
3.
Die Winterthur Schweizerische Versicherungs-Gesellschaft hat der Beschwerdeführerin für das Verfahren vor dem Eidgenössischen Versicherungsgericht eine Parteientschädigung von Fr. 500.- (einschliesslich Mehrwertsteuer) zu bezahlen.
4.
Zufolge Gewährung der unentgeltlichen Verbeiständung wird Rechtsanwalt Jürg Senn, Zürich, für das Verfahren vor dem Eidgenössischen Versicherungsgericht aus der Gerichtskasse eine Entschädigung von Fr. 2000.-

(einschliesslich Mehrwertsteuer) ausgerichtet.
5.
Das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich wird über eine Neuverlegung der Parteikosten für das kantonale Verfahren entsprechend dem Ausgang des letztinstanzlichen Prozesses zu befinden haben.
6.
Dieses Urteil wird den Parteien, dem Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich und dem Bundesamt für Sozialversicherung zugestellt.
Luzern, 18. Dezember 2003

Im Namen des Eidgenössischen Versicherungsgerichts

Die Präsidentin der IV. Kammer: Der Gerichtsschreiber: