

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00554 vom 18. Mai 2009

ZH Sozialversicherungsgericht, 2009-05-18, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2007.00554

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00554 du 18 mai 2009

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00554 del 18 maggio 2009

Erwägungen

E. 2

2.1. Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiere (BGE 129 V 181 Erw. 3.1, 406 Erw. 4.3.1, 123 V 45 Erw. 2b, 119 V 337 Erw. 1, 118 V 289 Erw. 1b, je mit Hinweisen).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 181 Erw. 3.1, 119 V 338 Erw. 1, 118 V 289 Erw. 1b, je mit Hinweisen).

2.2. Wird durch den Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, fällt der natürliche Kausalzusammenhang dahin, wenn und sobald der Gesundheitsschaden nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (status quo sine), erreicht ist (RKUV 1992 Nr. U 142 S. 75 Erw. 4b mit Hinweisen; nicht publiziertes Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes in Sachen A. vom 26. April 1995, U 172/94). Das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens muss mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 45; BGE 119 V 9 Erw. 3c/aa). Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt aber die entsprechende Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender

natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 f. Erw. 3b, 1992 Nr. U 142 S. 76).

2.3 Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c).

E. 3

3.1 Zu prüfen ist im Folgenden der für die Kausalitätsfrage massgebende medizinische Sachverhalt.

3.2 Dr. med. D. ____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, erwähnte im Auszug aus der Krankengeschichte der Klinik E. ____, vom 2. April 2001 die Behandlungsaufnahme zu diesem Zeitpunkt. Die Beschwerdeführerin habe vor 4½ Wochen beim Gehen ein Distorsionstrauma des rechten Kniegelenks erlitten und sei anschliessend gestürzt. Seither leide sie unter Kniegelenksschmerzen und unter einer Bewegungshemmung (Urk. 10/M10/1).

Dr. med. F. ____ erwähnte im Magnetresonanztomographie-(MRI-)Bericht der Klinik E. ____, vom 11. April 2001, dass eine gleichentags durchgeführte MRI-Untersuchung des rechten Kniegelenks der Beschwerdeführerin eine Läsion des vorderen Kreuzbandes proximal und eine kleinste osteochondrale Läsion in der Hauptbelastungszone des lateralen Femurkondylus bei ansonsten intakten Menisci ergeben habe (Urk. 10/M10/4).

Dr. D. ____ stellte im Auszug aus der Krankengeschichte vom 11. April 2001 fest, dass eine MRI-Untersuchung des rechten Knies der Beschwerdeführerin eine Patellafazette und einen lateralen Kondylus mit den typischen Merkmalen einer durchgemachten Patellaluxation sowie eine vordere Kreuzbandinsuffizienz ergeben habe. Bei generell hyperlaxen Gelenken sei damit zu rechnen, dass das Kreuzband nicht operativ stabilisiert werden müsse (Urk. 10/M11/4).

Im Auszug aus der Krankengeschichte vom 28. Juni 2001 führte Dr. D. ____ aus, eine Verlaufskontrolle habe gezeigt, dass die Situation nicht befriedigend sei. Die Instabilität des rechten Kniegelenks sei nach wie vor erheblich. Die Patella sei vollständig instabil. Im Vordergrund stehe eine starke Druckdolenz der medialen Patellafazette. Zusätzlich bestehe ein Pivot-Shift-Phänomen, das mit einem schmerzhaften «Klick» verbunden sei. Es sei ein stabilisierender operativer Eingriff indiziert, bei dem das Kreuzband zu ersetzen und gleichzeitig die Patella etwas straffer in die Führung zu nehmen sei. Es sei geplant, einen solchen Eingriff in der 2. Hälfte des Monats Juli 2001 durchzuführen (Urk. 10/M11/5).

3.3 Dr. med. G. ____, Allgemeine Medizin FMH, erwähnte in seinem Bericht vom 24. Mai 2004, dass er die Beschwerdeführerin nach dem Unfallereignis vom 21. April 2004 noch gleichentags erstmals behandelt habe und diagnostizierte einen Verdacht auf eine Binnenläsion im Bereich des rechten Knies, differenzialdiagnostisch eine

Kreuzbandruptur und eine Meniskusläsion (Urk. 10/M1).

3.4 Im Operationsbericht vom 11. Mai 2004 stellte Dr. med. H.____, Leitender Arzt der Chirurgischen Klinik des Spitals I.____, folgende Diagnosen:

- Status nach rezidivierenden Knie-distorsionen rechts, letztmals am 21. April 2004 bei/mit:
- persistierender anteriorer Kniegelenksinstabilität mit Giving-way-Symptomen und Pivot-Shift-Phänomenen wegen vorderer Kreuzbandruptur
- medialer Meniskushinterhornläsion
- Status nach rezidivierenden Patellaluxationen nach lateral
- Genu valgum und recurvatum beidseits

Im April 2001 sei die Beschwerdeführerin wegen einer sich anlässlich eines Unfalls vom März 2001 zugezogenen Knie-distorsion in der Klinik E.____ behandelt worden. Auf eine ursprünglich vorgesehene operative Stabilisierung sei zu Gunsten eines konservativen Auftrainierens der Muskulatur verzichtet worden. In der Folge habe die Beschwerdeführerin ungefähr einmal im Monat unter einer Giving-way-Symptomatik mit einem leichten Anschwellen des Kniegelenks gelitten, ohne deswegen ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen zu müssen. Am 21. April 2004 habe sie ein starkes Verdrehtrauma erlitten. Seither leide sie unter starken Knie- und Extensionsschmerzen. Zur Beseitigung des Extensionsdefizits und zur Vorbereitung einer vorderen Kreuzbandersatzplastik sei am 11. Mai 2004 eine Kniearthroskopie mit Teilmenisektomie im Bereich des medialen Meniskus-Hinterhorns durchgeführt worden (Urk. 10/M8/2 S. 1).

Mit Bericht vom 26. August 2004 stellte Dr. H.____ einen grundsätzlich problemlosen Verlauf fest. Vor einer Woche sei jedoch ohne erklärbaren Grund ein Kniegelenkserguss aufgetreten (Urk. 10/M3).

In seinem Bericht vom 24. November 2004 stellte Dr. H.____ einen hinkfreien und flüssigen Gang, einschliesslich Hüften im Einbeinstand, fest. Der Beschwerdeführerin gehe es ausgezeichnet. Sie sei vollständig beschwerdefrei, könne bereits wieder über eine Stunde lang rennen und könnte wieder mit dem Unihockey-Spielen beginnen. Die Beschwerdeführerin könne sämtliche Tätigkeiten uneingeschränkt ausführen. Wegen der Kreuzbandinstabilität seien risikoreiche Tätigkeiten indessen zu vermeiden. Sollten zu einem späteren Zeitpunkt erneut Giving-way-Symptome auftreten, müsste zu einem späteren Zeitpunkt erneut eine Kniegelenksstabilisierung mittels einer Kreuzbandersatzplastik diskutiert werden (Urk. 10/M4).

3.5 Die Ärzte der Krankenstation J.____ der Schweizerischen Armee erwähnten im Auszug aus der Krankengeschichte, dass sie die Beschwerdeführerin in der Zeit vom 21. Juli 2006 bis 18. September 2006 wegen mehrmaliger Distorsionen des rechten Kniegelenks behandelten (Urk. 15/2/2-4).

Dr. med. K.____, Spezialarzt für Orthopädische Chirurgie und Orthopädie FMH, erwähnte in seinem Bericht zuhanden der Militärversicherung vom 21. August 2006, dass die Beschwerdeführerin vor ungefähr vier Jahren ein Distorsionstrauma des rechten Kniegelenks erlitten habe, und dass in der Folge eine Verletzung des medialen Meniskus arthroskopisch behandelt worden sei. Eine Läsion des

vorderen Kreuzbandes sei konservativ behandelt worden. Gemäss den Angaben der Beschwerdeführerin habe sie seither problemlos alle sportlichen Betätigungen ausführen können. Bis anhin habe die Beschwerdeführerin eine Rekonstruktion des Kreuzbandes abgelehnt. Am 16. August 2006 habe sie sich im Militärdienst auf der Kampfbahn eine Distorsion des rechten Kniegelenks zugezogen (Urk. 15/2/5).

Im Ärztlichen Zuweisungszeugnis zur Tauglichkeitsbeurteilung der Rekruten vom 29. September 2006 führte der Arzt L.____ aus, dass sich die Beschwerdeführerin anlässlich der Rekruten- und Unteroffiziersschule Distorsionen des rechten Kniegelenks zugezogen habe. Es bestehe eine ausgeprägte Instabilität des rechten Kniegelenks bei einer Läsion des vorderen Kreuzbandes. Trotzdem möchte die Beschwerdeführerin die Unteroffiziersschule und die nachfolgende Offiziersschule absolvieren (Urk. 15/2/1).

3.6 Dr. H.____ erwähnte im Operationsbericht des I.____ vom 1. November 2006, dass nach dem Primärunfall im April 2001 vorerst Abklärungen in der Klinik E.____ durchgeführt worden seien, und dass anschliessend eine konservative Behandlung mit Auftrainieren der Muskulatur durchgeführt worden sei. Wegen Interpositionen sei im Mai 2004 eine Kniearthroskopie mit Teilmeniskektomie medial durchgeführt worden. Der anschliessende konservative Verlauf sei problemlos gewesen. Die Beschwerdeführerin habe wieder Jogging betreiben können und sei im Alltag vollständig beschwerdefrei gewesen. Nach einer problemlosen militärischen Aushebung und einem problemlosen Beginn der Rekrutenschule im Frühjahr 2006 sei eine Giving-way-Symptomatik mit mehrförmigem Gelenkerguss im Militärdienst erstmals bei Übungen auf der Hindernisbahn und später beim Hinunterspringen von einem Lastwagen aufgetreten. Aus diesem Grunde habe sie den Militärdienst abbrechen müssen. Am 31. Oktober 2006 sei eine arthroskopisch assistierte vordere Kreuzbandersatzplastik am rechten Knie sowie eine operative Behandlung des medialen Femurkondylus durchgeführt worden (Urk. 10/M9/2). Die Beschwerdeführerin sei am 3. November 2006 nach intra- und postoperativ komplikationslosem Verlauf nach Hause entlassen worden (Urk. 10/M9 1 S. 2).

3.7 Dr. med. M.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, beratender Arzt der Beschwerdegegnerin, führte in seinem Bericht vom 3. Mai 2007 auf Grund der Akten aus, dass es sich bei den gegenwärtig bestehenden Kniebeschwerden nicht mehr um Folgen des Unfallereignisses vom 21. April 2004 handle. Es handle sich dabei vielmehr um Folgen eines Traumas, welches sich im Frühjahr 2001 zugezogen habe. Dabei habe sich die Beschwerdeführerin eine Insuffizienz des vorderen rechten Kreuzbandes zugezogen. Seither habe sie verschiedentlich unter Giving-way-Symptomen gelitten. Im Jahre 2004 habe sich ein Distorsionstrauma beziehungsweise eine Giving-way-Symptomatik ereignet. In der Folge sei am 11. Mai 2004 arthroskopisch eine Teilmeniskektomie durchgeführt worden. Es sei davon auszugehen, dass der Status quo sine spätestens nach einer Zeit von drei Monaten nach der Arthroskopie erreicht worden sei (Urk. 10/M13 S. 2).

Mit Bericht vom 15. Juni 2007 stellte Dr. M.____ fest, dass sich die Schädigung des vorderen Kreuzbandes im Jahre 2001 zugezogen habe. Gemäss einer medizinischen Erfahrungstatsache sei davon auszugehen, dass nach einer Schädigung des vorderen Kreuzbandes die Instabilität nach einer gewissen Zeit symptomatisch werde, und dass in den allermeisten Fällen nach einer gewissen Zeit ein Pivot-Shift auftrete. Die im Jahre 2006 aufgetretene Giving-way-Symptomatik sei auf das Ereignis des Jahres 2001

zurückzuführen und sei nicht durch das versicherte Unfallereignis verursacht worden (Urk. 10/M15 S. 2).

3.8. Dr. med. N.____, Spezialarzt FMH für Chirurgie, beratender Arzt der Beschwerdegegnerin, stellte in seinem Bericht vom 1. November 2007 fest, dass eine vordere Kreuzbandinsuffizienz bereits im Jahre 2001 bestanden habe. Zu diesem Zeitpunkt sei damit zu rechnen gewesen, dass die Muskulatur die durch die Kreuzbandruptur verursachte Knieinstabilität nicht mehr werde kompensieren können. Bereits vor dem Ereignis vom 21. April 2004 sei es infolge der Kreuzbandinsuffizienz zu Giving-way-Ereignissen gekommen. Die im Jahre 2006 durchgeführte Kreuzbandersatzplastik stehe in einem kausalen Zusammenhang mit dem Ereignis des Jahres 2001 (Urk. 10/M16).

E. 4

4.1. Auf Grund der oben erwähnten medizinischen Aktenlage steht fest, dass die Beschwerdeführerin bereits im Frühjahr 2001 unter den Folgen einer Läsion des vorderen Kreuzbandes sowie einer Läsion im Bereich Femurkondylus (Urk. 10/M10/4) litt, und dass Dr. D.____ 28. Juni 2001 eine erhebliche Instabilität des rechten Kniegelenks, eine vollständig instabile Patella und ein schmerzhaftes Pivot-Shift-Phänomen feststellte, und einen operativen Eingriff mit Ersatz des vorderen rechten Kreuzbandes als indiziert erachtete (Urk. 10/M11/5). Auf einen solchen operativen Eingriff verzichtete die Beschwerdeführerin vorerst. Gemäss der Beurteilung durch Dr. H.____ litt die Beschwerdeführerin alsdann ungefähr einmal im Monat unter einer Giving-way-Symptomatik mit einem leichten Anschwellen des rechten Kniegelenks (Urk. 10/M8/2 S. 1). Demnach steht fest, dass die Beschwerdeführerin bereits vor dem versicherten Unfallereignis vom 21. Mai 2004 unter den Folgen einer Läsion des vorderen Kreuzbandes und einer dadurch verursachten Instabilität des rechten Kniegelenks mit einer Neigung zu Giving-way-Symptomatik und zu rezidivierenden Kniegelenksdistorsionen litt.

4.2. Anlässlich des Ereignisses vom 21. April 2004 zog sich die Beschwerdeführerin eine Kniegelenksdistorsion zu. In der Folge wurde am 11. Mai 2004 eine Kniearthroskopie mit Teilmeniskektomie im Bereich des medialen Meniskus-Hinterhorns durchgeführt (Urk. 10/M8/2 S. 1). Am 24. November 2004 stellte Dr. H.____ einen ausgezeichneten Verlauf fest. Die Beschwerdeführerin sei vollständig beschwerdefrei und könne sämtliche Tätigkeiten uneingeschränkt ausführen. Risikoreiche Tätigkeiten seien wegen der Kreuzbandinstabilität indes zu vermeiden (Urk. 10/M4). Anschliessend stellten die behandelnden Ärzte einen problemlosen Verlauf mit vollständiger Beschwerdefreiheit fest und einen problemlosen Beginn der Rekrutenschule im Jahr 2006 (Urk. 10/M9/2). Erst in der Zeit vom 21. Juli 2006 bis 18. September 2006 (Urk. 15/2/2-4) litt die Beschwerdeführerin in der Rekrutenschule erneut unter einer Giving-way-Symptomatik mit mehrmaligen Distorsionen des rechten Kniegelenks (Urk. 15/2/5).

4.3. Nach der Beurteilung durch Dr. M.____ sei der Status quo sine nach dem versicherten Unfallereignis vom 21. April 2004 spätestens nach Ablauf einer Zeitdauer von drei Monaten seit dem arthroskopischen Eingriff mit Teilmeniskektomie vom 11. Mai 2004 (Urk. 10/M13 S. 2) beziehungsweise vor den im November und Dezember 2004 durchgeführten ärztlichen Behandlungen (Urk. 10/M15 S. 2) erreicht worden. Die nach

diesem Zeitpunkt anhaltenden Kniebeschwerden, insbesondere die im Jahre 2006 anlässlich des Militärdienstes aufgetretenen Knieabnormitäten, seien auf eine vorbestehende vordere Kreuzbandläsion, zurückzuführen (Urk. 10/M3 S. 2). Diesbezüglich gilt es zu beachten, dass die Berichte von Dr. M. ___ vom 3. Mai 2007 (Urk. 10/M13) und vom 15. Juni 2007 (Urk. 10/M15) in formaler Hinsicht die nach der Rechtsprechung für eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage vorausgesetzten Kriterien (Beweiseignung) erfüllen. Denn diesen Berichten ist zu entnehmen, dass Dr. M. ___ sämtliche medizinischen Vorakten bekannt waren, und dass sich dieser mit den von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden angemessen auseinandersetzte. Sodann berücksichtigte Dr. M. ___ in seiner Beurteilung die unfallmedizinische Erfahrungstatsache, wonach Kniegelenksinstabilitäten bei Läsionen des vorderen Kreuzbandes dazu neigen, nach einer gewissen Zeit symptomatisch zu werden. Schliesslich vermögen die nachvollziehbaren und mit der Beurteilung durch die behandelnden Ärzte der Beschwerdeführerin und derjenigen durch Dr. N. ___ übereinstimmenden Beurteilungen durch Dr. M. ___ auch inhaltlich zu überzeugen, sodass darauf abzustellen ist.

4.4 Gestützt auf die medizinische Aktenlage und insbesondere die Beurteilungen durch Dr. M. ___ ist daher davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin zum Zeitpunkt, als sich der versicherte Unfall vom 21. April 2004 ereignete, unter einer erheblichen, vorbestehenden Instabilität ihres rechten Kniegelenks mit einer Neigung zu einer Giving-way-Symptomatik litt, welche durch eine im Jahre 2001 erlittene Läsion des vorderen rechten Kreuzbandes verursacht worden war (Urk. 10/M8/2 S. 1).

Infolge des Ereignisses vom 21. April 2004 trat in Bezug auf die durch die Kreuzbandinsuffizienz verursachten Beschwerden im Bereich des rechten Knies vorübergehend eine Zunahme der Symptomatik auf, ohne dass es diesbezüglich zu einer richtungsgebenden Verschlimmerung gekommen wäre. Zusätzlich zog sich die Beschwerdeführerin anlässlich dieses Ereignisses eine Meniskusläsion zu, welche am 11. Mai 2004 arthroskopisch behandelt wurde (Urk. 10/M8/2 S. 1).

Gemäss der Beurteilung durch Dr. H. ___ vom 24. November 2004 bestand in Bezug auf die Unfallfolgen zu diesem Zeitpunkt eine vollständige Beschwerdefreiheit (Urk. 10/M4), weshalb davon auszugehen ist, dass zu diesem Zeitpunkt von einer weiteren unfallbedingten Heilbehandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr zu erwarten war. Daraus, dass Dr. H. ___ in seinem Bericht vom 24. November 2004 erwähnte, dass er die Beschwerdeführerin zur Vermeidung risikoreicher Tätigkeiten angehalten habe (Urk. 10/M4 S. 2), kann nicht auf ein Andauern der unfallbedingten Behandlungsbedürftigkeit über diesen Zeitpunkt hinaus geschlossen werden. Denn Dr. H. ___ begründete seine Empfehlungen, risikoreiche Tätigkeiten zu vermeiden und ein regelmässiges Fitness- und Krafttraining durchzuführen, mit der Kreuzbandinstabilität und damit mit einem in Bezug auf den Unfall vom 21. April 2004 vorbestehenden Gesundheitsschaden. Der Beschwerdeführerin ist daher nicht zu folgen, wenn sie gestützt auf die Beurteilung durch Dr. H. ___ vom 24. November 2004 auf eine nach diesem Zeitpunkt fortdauernde Behandlungsbedürftigkeit der Unfallfolgen schliessen will (Urk. 1 S. 8 ff.).

4.5 Demnach ist vorliegend mit dem massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass in Bezug auf die Folgen des

versicherten Unfallereignis vom 21. April 2004 spätestens am 24. November 2004 der Status quo sine erreicht war.

4.6. Die Einwendungen der Beschwerdeführerin vermögen an diesem Beweisergebnis nichts zu ändern, weshalb es - entgegen den diesbezüglichen Eventualanträgen der Beschwerdeführerin (Urk. 1 S. 2) - angesichts der schlüssigen medizinischen Aktenlage keiner zusätzlichen Abklärungen bedarf. Von ergänzenden Beweismassnahmen oder einer Rückweisung der Sache an die Beschwerdegegnerin zur Einholung eines ärztlichen Gutachtens ist daher abzusehen (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 124 V 94 Erw. 4b, 122 V 162 Erw. 1d mit Hinweis; RKUV 2006 Nr. U 578 S. 176 Erw. 3.6; SVR 2001 IV Nr. 10 Erw. 4b S. 28).

5. Nach Gesagtem steht daher fest, dass der natürliche Kausalzusammenhang zwischen den nach dem 24. November 2004 anhaltenden Beschwerden im Bereich des rechten Kniegelenks der Beschwerdeführerin und dem versicherten Unfallereignis vom 21. April 2004 nicht mehr mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgewiesen war. Es ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 27. Juni 2007 (Urk. 10/A16) und mit dem diese bestätigenden Einspracheentscheid vom 21. November 2007 (Urk. 2) einen natürlichen Kausalzusammenhang zwischen dem versicherten Unfallereignis sowie den nach dem 30. November 2004 anhaltenden Beschwerden der Beschwerdeführerin im Bereich ihres rechten Kniegelenks verneinte und die Versicherungsleistungen auf diesen Zeitpunkt hin einstellte.

Demnach ist die gegen den Einspracheentscheid vom 21. November 2007 erhobene Beschwerde abzuweisen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Verfahren ist kostenlos.
3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Massimo Aliotta
- AXA Versicherungen AG
- Bundesamt für Gesundheit

4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

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