

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00245 vom 19. Dezember 2013

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-12-19, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2012.00245

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00245 du 19 décembre 2013

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00245 del 19 dicembre 2013

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1984, arbeitete seit dem 1. Mai 2008 als Architektin bei der Y.____ und war dadurch bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert, als sie sich am 17. Oktober 2008 und ein zweites Mal am 26. Mai 2009 während des Fussballtrainings beim Sprint das rechte Knie verdrehte (Schadenmeldung U VG vom 29. Mai 2009, Urk. 7/1 ; vgl. auch Urk. 7/12/1).

Der behandelnde Dr. med. Z.____, Oberarzt Orthobiologie und Knorpelregeneration an der A.____

, diagnostizierte am 27. Mai 2009 (1) eine mediale Meniskuskorbfenkläsion Kniegelenk rechts, (2) einen Verdacht auf eine chronische Instabilität bei Status nach vorderer Kreuzband-Plastik (BTB; Erfurt, 2005) und (3)

einen Status nach medialer Meniskusnaht 2005

(Urk. 7/2). Am 15. Juni 2009 führte Dr. Z.____ eine Arthro-skopie des Kniegelenks rechts, Resektion der Plica, mediale und laterale Meniskusnaht sowie Softhealing Response-Technik nach Steadman VKB durch (Urk. 7/11). Kreisarzt Dr. med.

B.____, Facharzt FMH für Chirurgie, nahm am 28. Juli 2009 zu den medizinischen Akten Stellung (Urk. 7/12). Am 3. August 2009 teilte die SUVA der Versicherten mit, dass zwischen dem Ereignis vom 26. Mai 2009 und den von ihr gemeldeten Kniebeschwerden kein sicherer oder wahrscheinlicher Kausalzusammenhang bestehe und dass die SUVA demzufolge nicht leistungspflichtig sei (Urk. 7/13). Daraufhin reichte Dr. Z.____ seinen Bericht vom 12. August 2009 ein (Urk. 7/14). Die SUVA zog weitere medizinische Unterlagen bei und erklärte X.____ am 6. Januar 2010, dass sie doch Versicherungsleistungen (Taggeld und Heilbehandlung) ausrichten werde (Urk. 7/25/7).

Am 5. Januar 2012 meldete die Y.____ der SUVA, dass X.____ erneut unter starken Knieschmerzen rechts leide (Urk. 7/38). Am 21. Mai 2012 äusserte sich Kreisarzt Dr. B.____ ein weiteres Mal zu den medizinischen Akten (Urk. 7/48). Mit Verfügung vom 29. Mai 2012 verneinte die SUVA eine Leistungspflicht und begründete dies damit, dass zwischen dem Ereignis vom 26. Mai 2009 und den am 5. Januar 2012 gemeldeten Kniebeschwerden kein sicherer oder wahrscheinlicher Kausalzusammenhang bestehe (Urk. 7/50). Dagegen erhob X.____ am 2. Juni 2012 Einsprache (Urk. 7/51). Am 10. September 2012 nahm Kreisarzt Dr. med. C.____, Facharzt FMH für Chirurgie, zu den medizinischen Akten Stellung (Urk. 7/60). Mit Einspracheentscheid vom 20. September 2012 wies die

SUVA die Einsprache der Versicherten ab (Urk. 2/1).

E. 1.1

Nach Art.

E. 1.2

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 wegedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiel (BGE 129 V 177 E. 3.1, 406 E. 4.3.1, 123 V 45 E. 2b, 119 V 335 E. 1, 118 V 289 E. 1b, je mit Hinweisen). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

Wird durch den Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, fällt der natürliche Kausalzusammenhang dahin, wenn und sobald der Gesundheitsschaden nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist (RKUV 1992 Nr. U 142 S. 75 E. 4b mit Hinweisen; nicht publiziertes Urteil des Bundesgerichts U 172/94 vom 26. April 1995). Das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens muss mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 45; BGE 119 V 7 E. 3c/aa). Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt aber die entsprechende Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 f. E. 3b, 1992 Nr. U 142 S. 76).

E. 1.3

Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein

als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2, 405 E. 2.2, 125 V 456 E. 5a).

Bei objektiv ausgewiesenen organischen Unfallfolgen deckt sich die adäquate, d.h. rechtserhebliche Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung (BGE 134 V 109 E. 2.1).

E. 1.4

Nach Art.

E. 2

Hiergegen erhob X.____ am 18. Oktober 2012 Beschwerde und beantragte, der angefochtene Einspracheentscheid sei aufzuheben und es seien ihr Versicherungsleistungen auszurichten (Urk. 1). Die Beschwerdegegnerin beantragte mit Beschwerdeantwort vom 5. November 2012 Abweisung der Beschwerde (Urk. 6). Am 9. November 2012 wurde die Beschwerdeantwort der Beschwerdeführerin zur Kenntnisnahme zugestellt (Urk. 8). Am 20. Januar 2013 legte die Beschwerdeführerin den Bericht von Dr. Z.____ vom 4. Dezember 2012 ins Recht (Urk. 9 und Urk. 10), was der Beschwerdegegnerin am 22. Januar 2013 angezeigt wurde (Urk. 11). 3.

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Akten wird, soweit erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.2

Nachdem die Beschwerdeführerin sich beim Fussballtraining am 26. Mai 2009 das rechte Knie verdreht hatte, diagnostizierte Dr. Z.____ im Bericht vom 27. Mai 2009 (1) eine mediale Meniskuskorbhellenkläsion Kniegelenk rechts, (2) einen Verdacht auf eine chronische Instabilität bei Status nach VKB-Plastik (BTB, Erfurt, 2005) und (3) einen Status nach medialer Meniskusnaht 2005 (Urk. 7/2).

Im Bericht vom 22. Juli 2009 gab

Dr. Z.____

an, dass er am 15. Juni 2009 eine Arthroskopie des Kniegelenks rechts, Resektion der Plica, mediale und laterale Meniskusnaht sowie Softhealing Response-Technik nach Steadman VKB durchgeführt habe

(Urk. 7/11).

E. 2.3

Kreisarzt Dr. B.____ wies in seiner Stellungnahme vom 28. Juli 2009 darauf hin, dass die bei der operativen Sanierung vom 15. Juni 2009 festgestellte Meniskushinterhornläsion, die vordere Kreuzbandelongation und die zweitgradigen Knorpelschäden bei Plica mediapatellaris typische Befunde einer chronischen Kreuzbandinstabilität seien (Urk. 7/12/3). 2. 4

Im Bericht vom 27. August 2009 erklärte Dr. Z.____, dass sich bei der Beschwerdeführerin vonseiten des Kniegelenks ein sehr erfreulicher postoperativer Verlauf mit eindeutig verbesserter sagittaler Stabilität nach Softhealing response-Technik bei VKB-Elongation zeige. Vonseiten der Meniskusnähte seien keine Besonderheiten zu verzeichnen. Derzeit stehe die Lendenwirbelsäule, die in das Rehabilitationsprogramm

miteinbezogen werden sollte, im Fokus. Zu vermuten sei hier eine Pathologie, die durch manual-therapeutische Anwendung positiv beeinflussbar sein sollte. Parallel sei die Physiotherapie fortzuführen und der Kraftaufbau zunehmend zu forcieren (Urk. 7/16). 2. 5

Im Bericht vom 3. November 2009 führte Dr. Z.____ aus, dass die Beschwerdeführerin insbesondere unter fortgeführter Physiotherapie sowie unter Anwendung des Compex-Muskelstimulators im Vergleich zur Vorkonsultation beschwerdegeindert sei. Vonseiten der Lendenwirbelsäule sei sie nicht mehr erheblich beeinträchtigt. Aktuell würden die Schmerzen im anterioren Kniegelenksaspekt, die – wie bereits seit der Indexoperation 2006 – im Bereich der Patellaspitze lokalisiert seien, wieder dominieren. Die Schmerzen seien derart erheblich, dass sie eine Wiederaufnahme der sportlichen Betätigung unterbinden würden. Die geklagten Beschwerden würden zum einen möglicherweise mit einer Tendinose im Sinne eines Patellaspitzensyndroms nach längerer Dauer der Entlastung korrelieren, zum anderen aufgrund der bereits dreijährigen Anamnese wohl aber am ehesten mit den morbiditätsbedingten Beschwerden nach

Ligamentum patellae Transplantat. Eine Verlaufskontrolle sei in etwa zwei Monaten durchzuführen, wobei dann eine Infiltration im Bereich der Patellaspitze vorzunehmen sei, um hier diagnostische Sicherheit zu erhalten (Urk. 7/21). 2. 6

Am 12. Januar 2010 berichtete Dr. Z.____, dass die Beschwerdeführerin seit der letzten Konsultation unter intensivierter sportphysiotherapeutischer Betreuung deutlich beschwerdegeindert sei. Insbesondere seien auch die am Patellaunterpol lokalisierten Beschwerden kontrollierbar. Eine gewisse sportliche Betätigung (Klettern, Langlauf) habe stattgefunden. Dies sei vonseiten der Stabilität problemlos möglich und hinsichtlich der Schmerzen im Bereich des Patellaunterpols ebenfalls machbar gewesen. Heute erfolge die lokale Infiltration am Patellaunterpol. Sollte diese Behandlung einen Effekt zeigen, so sei die mehrmalige Applikation zur Desensibilisierung denkbar (Urk. 7/27). 2. 7

Im Bericht vom 5. Mai 2010 führte Dr. Z.____ aus, dass die lokale Infiltrationsbehandlung eine gewisse Linderung der Beschwerden gebracht habe, jedoch wohl nicht zu einer vollständigen Beschwerdefreiheit führen werde. Folglich stelle sich nach wie vor die Frage nach einer chirurgischen Sanierung im Sinne einer Denervierung und eines Débridement bei mittels Infiltration bestätigtem Verdacht auf eine chronische Problematik im Bandentnahmebereich. Hinsichtlich der rotatorischen Instabilitätskomponente lasse sich wohl mit einfachen Mitteln keine Optimierung erzielen. Hierfür wäre wohl eine Rekonstruktion des VKB erforderlich. Der Leidensdruck sei indes gegenwärtig für beide Massnahmen nicht ausreichend. Er vereinbare daher mit der Beschwerdeführerin, sportphysio- und trainingstherapeutisch weiter aktiv zu bleiben und sich im Falle einer Beschwerdepersistenz oder Intensivierung erneut mit ihm in Verbindung zu setzen (Urk. 7/33). 2. 8

Im Bericht vom 8. September 2011 legte

Dr. Z.____ dar, dass die Beschwerdeführerin höchstwahrscheinlich unter Schmerzen im Bereich der Entnahmestelle des Ligamentum patellae mit Periost- und Nervenwucherungen mit Hebedefekt leide. Bei Persistenz seit vielen Jahren bestehe hier eigentlich nur die Möglichkeit der operativen Revision im Sinne einer Curettage, Denervierung und Spongiosaauffüllung

(Urk. 7/35). 2. 9

Am 19. Januar 2012 berichtete Dr. Z.____, dass

im Kernspintomogramm vom Mai 2009 keinerlei patello-femorale Knorpelschädigung ersichtlich sei. Auch sei formell kein Patellatiefstand zu konstatieren. Zudem bestehe keine patello-femorale Dysplasie-Komponente, welche einen chronischen Knieschmerz erklären könnte. Die Signalgebung des retropatellären Knorpels sei ebenso wie diejenige der Trochlea femoris im MRI absolut harmonisch. Es sei daher primär nach wie vor von einer operationsassoziierten Restbeschwerdesymptomatik nach Entnahme des Ligamentum patellae, eventuell kombiniert mit einer symptomatischen Restinstabilität nach VKB-Rekonstruktion auszugehen. Die kernspintomographische Bildgebung sei allerdings bald 2 ½ Jahre alt. Vor einer invasiven Therapie sei zur Maximierung der diagnostischen Sicherheit deshalb

zunächst noch eine kernspintomographische Verlaufskontrolle durchzuführen, gegebenenfalls additiv mittels SPECT-CT, um einen pathologischen Knochenstoffwechsel im Bereich des distalen Patellapols ausschliessen oder bestätigen zu können (Urk. 7/44). 2.

E. 6

Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) werden, soweit dieses Gesetz nichts anderes bestimmt, Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt.

E. 10

Im Bericht vom 9. Februar 2012 hielt Dr. Z.____ fest, dass das Kernspintomogramm den klaren Hinweis auf eine mediale Meniskushinterhornläsion ergeben habe, welche derzeit jedoch nicht sonderlich symptomatisch zu sein scheine. Die Entnahmestelle des Ligamentum patellae sei absolut unauffällig, so dass sich auch diesbezüglich derzeit keine spezifischen Massnahmen aufdrängen würden. Er vereinbarte mit der Beschwerdeführerin deshalb die Fortführung der Physiotherapie. Bei Versagen der Therapie sei die Durchführung einer SPECT-CT zu empfehlen (Urk. 7/45). 2.

E. 11

In der ärztlichen Beurteilung vom 21. Mai 2012 führte Kreisarzt Dr. B.____ aus, dass – wie bereits in seinem Bericht vom 28. Juli 2009 festgestellt – ausschliesslich Folgen der Vorschädigung des Kniegelenks im Jahr 2005 respektive 2006 nach vorderer Kreuzband-Plastik rechts bestehen würden. Die Pathologie werde sogar im Bereich der Transplantatentnahmestelle an der Patella näher umschrieben. Damit hätten die bagatelitären Traumata von 2008 und 2009 keinen Einfluss auf die Beschwerden im rechten Kniegelenk. Wesentliche Schädigungen seien nicht festgestellt worden. Die bildgebenden und klinischen Untersuchungsbefunde würden die Folgen der vorderen Kreuzbandtransplantationsinstabilität/-insuffizienz beweisen. Die Beschwerden, Symptome, Befunde und Behandlungen seien ausschliesslich auf den SUVA-fremden Vorschaden zurückzuführen (Urk. 7/48). 2.

E. 12

Kreisarzt Dr. C.____ erklärte in seiner ärztlichen Beurteilung vom 10. September 2012, dass der von der Beschwerdeführerin am 26. Mai 2009 erlittene Korbhaken-Riss medial biomechanisch durch den

Vorzustand (VKB- Plastik rechts am 15. Februar 2006 und fraglicher Eingriff am Meniskus medial, die zu einer gewissen Instabilität mit rezidivierenden Giving-way geführt hätten) gut erklärbar gewesen sei, von der Beschwerdeführerin aber aus formellen Gründen als UKS (unfallähnliche Körperschädigung) lit. c übernommen worden sei. Der postoperative Verlauf nach der Meniskusnaht vom 15. Juni 2009 sei dann problemlos gewesen, und am 1. September 2009 sei die Beschwerdeführerin wieder voll arbeitsfähig gewesen. Auch das aktuelle MRI vom 9. Februar 2012 habe keine Hinweise auf Spätkomplikationen des übernommenen Eingriffs vom 15. Juni 2009 ergeben. Vielmehr sei die Naht des ehemaligen Korbhakens immer noch intakt. Wegen des Ereignisses vom 26. Mai 2009 seien also keine Behandlungen mehr notwendig. Die damalige unfallähnliche Körperschädigung spiele bei den heutigen Knie-Beschwerden keine Rolle mehr. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit sei spätestens per Ende 2009 der „Status quo sine“ wieder erreicht, wobei diesbezüglich auf die Kontrollen in der A. ___ vom 3. November 2009 und 12. Januar 2010 hinzuweisen sei. Im Übrigen sei sogar sportliche Betätigung wieder möglich gewesen (Urk. 7/60). 2.

E. 13

Dr. Z. ___ gab in seiner Stellungnahme vom 4. Dezember 2012 an, dass die Beschwerdeführerin vor dem Unfallereignis 2009 Fussball gespielt habe, sportlich einsatzfähig und im Bereich des ehemaligen Operationsgebietes beschwerdefrei gewesen sei. Durch die aufwändige Rehabilitation nach der Meniskusnaht sei es zu einer Chronifizierung eines Reizzustandes im anterioren Kniegelenksbereich gekommen, welche sehr hartnäckig gewesen sei und welche durch das diszipliniert durchgeführte Trainingsprogramm soweit gelindert werden können, dass die Beschwerdeführerin mit den Restbeschwerden umgehen könne. Der Unfall von 2009 sei eine eigens richtungsweisende Verschlechterung gewesen und daher als unfallähnliches Ereignis anzuerkennen. Zumindest bis zum Ende 2012 seien die Folgen vom Unfallversicherer deshalb im Sinne eines Kompromissangebotes zu kompensieren. Die Beschwerdeführerin werde die Therapie fortführen und - ein weiterer positiver Verlauf vorausgesetzt - in absehbarer Zeit abschliessen (Urk. 10). 3.

3.1

Kreisarzt Dr. C. ___ legte in seiner ärztlichen Beurteilung vom 10. September 2012 – in Kenntnis sämtlicher Vorakten –

im Wesentlichen dar, dass wegen des Korbhakens-Risses medial, den die Beschwerdeführerin am 26. Mai 2009 erlitten habe,

am 15. Juni 2009 eine Meniskus-Naht durchgeführt worden sei. Der postoperative Verlauf sei problemlos gewesen, und am 1. September 2009 sei die Beschwerdeführerin wieder voll arbeitsfähig gewesen. Auch das aktuelle MRI vom 9. Februar 2012 habe keine Hinweise auf Spätkomplikationen des übernommenen Eingriffs vom 15. Juni 2009 ergeben.

Vielmehr sei die Naht des ehemaligen Korbhakens immer noch intakt. Die neue Radiärläsion im Hinterhorn (ohne klinische Relevanz) entspreche nur dem natürlichen Verlauf des nicht SUVA-versicherten Vorzustandes am VKB mit chronischer Instabilität. Konkret fänden sich intramurale Veränderungen im medialen Meniskus dorsal bereits im MRI vom 5. November 2008. Wegen des Ereignisses vom 26. Mai 2009 seien also keine Behandlungen mehr notwendig. Die damalige unfallähnliche Körperschädigung spiele bei den heutigen Knie-Beschwerden keine Rolle mehr. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit

sei spätestens per Ende 2009 der „Status quo sine“ erreicht, wobei diesbezüglich auf die Kontrollen in der A.____ vom 3. November 2009 und 12. Januar 2010 zu verweisen sei (Urk. 7/60/1).

Diese Beurteilung von Kreisarzt Dr. C.____ ist ohne Weiteres nachvollziehbar, deckt sich mit der Einschätzung von Kreisarzt Dr. B.____ (vgl. E. 2.11) und findet insbesondere auch in den

weiteren

medizinischen Akten ihre Stütze. So erhob Dr. Z.____

in der

Verlaufsuntersuchung vom 12. Januar 2010 vollkommen unauffällige postoperative Befunde. Die gleichentags

eingeleitete Infiltrationsbehandlung erfolgte aufgrund der von der Beschwerdeführerin geklagten Schmerzen im Bereich des Patellaunterpols an der Entnahmestelle des Ligaments im Jahr 2006 (Urk. 7/27 und Urk. 7/29).

Nach Abschluss dieser Behandlung erklärte Dr. Z.____ am 5. Mai 2010, dass die Infiltration den Verdacht auf eine chronische Problematik im Bandentnahmebereich bestätigt habe (Urk. 7/33). Die von der Beschwerdeführerin noch angegebenen Beschwerden im Bereich des Patellaunterpols standen somit nachweislich im Zusammenhang mit der Kreuzbandplastik von 2006. Weiter gab Dr. Z.____ an, dass zur Optimierung der nach wie vor bestehenden rotatorischen Instabilitätskomponente wohl eine Re-Rekonstruktion des VKB erforderlich wäre (Urk. 7/33). Auch hier bei ging es

offensichtlich um die Folgen der Ruptur des VKB bzw. den Vorzustand von 2006 und nicht um die (bereits verheilten)

Läsionen vom 26. Mai 2009. Schliesslich geht auch aus dem Bericht von Dr. Z.____ vom 9. Februar 2012, der im Anschluss an die Durchführung eines weiteren Kernspintomogramms erstellt wurde, nicht hervor, dass die Verletzungen vom 26. Mai 2009 im Zusammenhang mit den anhaltenden Kniebeschwerden noch von Bedeutung gewesen wären (Urk. 7/45). 3.2

Die Stellungnahme

von Dr. Z.____ vom 4. Dezember 2012 (Urk. 10) vermag die überzeugende Beurteilung von Kreisarzt Dr. C.____ nicht in Zweifel zu ziehen. Wie dargelegt, lässt sich Dr. Z.____s eigenen Verlaufsberichten nach der Operation vom 15. Juni 2009

nicht entnehmen, dass die anfangs 2012 von der Beschwerdeführerin geltend gemachten Kniebeschwerden rechts noch auf das Ereignis vom 26. Mai 2009 zurückzuführen wären. Von einer infolge der Rehabilitation der Meniskusnaht entstandenen Chronifizierung eines Reizzustands im anterioren Kniegelenksbereich sprach Dr. Z.____ erstmals

am

4. Dezember 2012. Ferner ist auch zu beachten, dass Berichte eines behandelnden Arztes aufgrund dessen auftragsrechtlicher Vertrauensstellung zur Patientin ohnehin mit Vorbehalt zu würdigen sind (BGE 125 V 351 E. 3b/cc). 3.3

Mit dem von der Beschwerdeführerin vorgebrachten Hinweis, sie sei vor dem 26. Mai 2009 schmerzfrei gewesen (Urk. 1 S. 3) – was angesichts des Vorzustandes von 2005/2006 zumindest sehr fraglich erscheint (vgl. E. 2.5) –, erschöpft sich ihre Argumentation im Wesentlichen in der Figur „post hoc ergo propter hoc“. Dabei wird eine Schädigung bereits deshalb als durch einen Unfall verursacht erachtet, weil sie nach diesem aufgetreten ist. Dies genügt indes rechtsprechungsgemäss nicht für die Annahme einer natürlichen Kausalität (BGE 119 V 335 E. 2b/bb). 3.4

Es ist demnach festzuhalten, dass Ende 2009 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit der „Status quo sine“, das heisst der Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf des krankhaften Vorzustands (Instabilität bei Status nach VKB-Plastik 2006 und Status nach medialer Meniskusnaht 2005) auch ohne das Ereignis vom 26. Mai 2009 früher oder später eingestellt hätte, erreicht war. Behandlungsbedürftige Folgen dieses Ereignisses vom 26. Mai 2009 waren

damals nicht mehr ausgewiesen. Die im Januar 2012 gemeldeten Kniebeschwerden rechts stehen

nicht in natürlichem Kausalzusammenhang zum Ereignis vom 26. Mai 2009 (und im Übrigen auch nicht zum Ereignis vom 17. Oktober 2008, das heisst zur vorangegangenen Verdrehung des rechten Kniegelenks beim Fussballtraining, vgl. Urk. 7/12/1). 4.

Der angefochtene Einspracheentscheid erweist sich damit als rechtens, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - X.____ - Schweizerische Unfallversicherungsanstalt - Bundesamt für Gesundheit 4.

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

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

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

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