

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00220

vom 23. November 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-11-23, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2018.00220

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00220 du 23 novembre 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00220 del 23 novembre 2020

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1954, bezog seit März 2015 Taggelder der Arbeitslosenversicherung und war damit bei der Suva gegen Unfälle versichert. Am 24. Mai 2015 erlitt sie einen Unfall, als sie auf einem Baumstumpf sitzend das Gleichgewicht verlor, als ihr Enkel auf sie zugelaufen kam, zur Seite kippte und zu Boden fiel (Urk. 8/1 und Urk. 8/47). Die gleichentags erstbehandelnde Dr. med. Y.____ diagnostizierte eine Knie-Distorsion rechts, Grad II-III sowie einen Verdacht auf eine Zerrung (Urk. 8/11). Die Suva trat auf den Schaden ein und erbrachte die gesetzlichen Leistungen. Im Rahmen der Heilbehandlung wurde in der Folge von der behandelnden Dr. med. Z.____, Fachärztin FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, die Diagnose einer posttraumatisch aktivierten Arthrose am rechten Kniegelenk gestellt (Urk. 8/25). Mit Verfügung vom 24. November 2015 (Urk. 8/65) schloss die Suva den Fall per 7. September 2015 ab und verneinte einen Anspruch auf weitere Versicherungsleistungen. Dagegen erhob die Versicherte am 11. Januar 2016 (Urk. 8/68) Einsprache. Am 9.

Mai 2017 (Urk. 8/82/5-135) erging das von der Eidgenössischen Invalidenversicherung veranlasste polydisziplinäre Gutachten des A.____. Nach orthopädisch-chirurgischer Beurteilung durch Suva-Versicherungsmediziner Dr. med. B.____, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, vom 4. Juli 2018 (Urk. 8/95) wies die Suva die Einsprache mit Entscheid vom 30. Juli 2018 (Urk. 2) ab.

E. 1.1

Am 1. Januar 2017 sind die geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) in Kraft getreten.

Gemäss den allgemeinen übergangsrechtlichen Regeln sind der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen, die in Geltung standen, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende und somit rechtserhebliche Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 466 E. 1, 126 V 134 E. 4b). Dementsprechend sehen die Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 des UVG vor, dass Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem 1. Januar 2017 ereignet haben, nach bisherigem Recht gewährt werden (Absatz 1 der genannten Übergangsbestimmungen).

Der hier zu beurteilende Unfall hat sich am 24. Mai 2015 ereignet, weshalb die bis 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Normen auf den vorliegenden Fall Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden. 1.2

Gemäss Art. 6 UVG werden – soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt – die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufs krankheiten gewährt (Abs. 1). 1. 3

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 129 V 177 E. 3.1, 402 E. 4.3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

E. 1.4

Wird durch den Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, fällt der natürliche Kausalzusammenhang dahin, wenn und sobald der Gesundheitsschaden nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist (RKUV 1992 Nr.

U 142 S.

75 E.

4b mit Hinweisen; nicht publiziertes Urteil des Bundesgerichts U

172/94 vom 26.

April 1995). Das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens muss mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein (RKUV 2000 Nr.

U 363 S.

45; BGE

119 V 7 E. 3c/ aa). Die blosse Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalles genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt aber die entsprechende Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein

leistungs begründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 1994 Nr.

U 206 S.

328

f. E.

3b, 1992 Nr.

U 142 S. 76). Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend (Urteil des Bundesgerichts 8C_637/2013 vom 11.

März 2014 E. 2.3.1 mit Hinweisen).

Mit dem Erreichen des Status quo sine vel ante entfällt eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden. Solange jedoch der Status quo sine vel ante noch nicht wieder erreicht ist, hat der Unfallversicherer gestützt auf Art. 36 Abs. 1 UVG in aller Regel neben den Taggeldern auch Pflegeleistungen und Kostenvergütungen zu übernehmen, worunter auch die Heilbehandlungskosten nach Art. 10 UVG fallen (Urteil des Bundesgerichts 8C_637/2013 vom 11. März 2014 E. 2.3.2). 2.

E. 2

.

Hiergegen erhob die Versicherte am 14. September 2020 (Urk. 1) Beschwerde mit dem Rechtsbegehren, es sei der Einspracheentscheid vom 30. Juli 2018 aufzuheben und die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, die gesetzlichen Leistungen nach UVG aufgrund der Unfallfolgen vom 24. Mai 201

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin führte zur Begründung ihrer Leistungseinstellung aus (Urk. 1), bereits vor dem Ereignis vom 24. Mai 2015 seien bei der Beschwerdeführerin multiple Beschwerden am Bewegungsapparat bekannt gewesen, welche das rechte Knie betreffen. Dort bestünden myofasziale Beschwerden und eine mässige Retropatellarthrose, welche sich im konventionellen Röntgenbild (noch) nicht, jedoch im MRI deutlich darstelle. Anlässlich des Sturzes habe sich die Beschwerdeführerin mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine Zerrung und Prellung des rechten Kniegelenkes zugezogen, wodurch die vorbestehende Arthrose aktiviert worden sei. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit seien die relativ leichten Verletzungen einschliesslich der Arthroseaktivierung bis zum 10. August 2015 folgenlos verheilt (S. 8).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin hielt dagegen, es sei eine Retropatellararthrose im rechten Knie festgestellt worden, welche Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit habe. Ob diese ganz oder teilweise auf den Unfall zurückzuführen sei, lasse sich den Beurteilungen der Gutachter mangels Stellungnahme zur Kausalität nicht entnehmen (Urk. 1 S. 6). Replicando ergänzte sie, auch eine nicht mehr aktivierte Arthrose könne weiterhin in Beschwerden verursachen, ein Status quo ante oder sine sei diesfalls nicht erreicht. Auch wenn eine vorbestehende Arthrose durch den Unfall verschlimmert oder überhaupt erst symptomatisch geworden sei, seien Leistungen nach UVG geschuldet (Urk. 14 S. 2). 3. 3.1

Die am Unfalltag erstbehandelnde Hausärztin Dr. med. Y.____, D.____, diagnostizierte in ihrem Bericht vom 17. Juni 2015 (Urk. 8/11) eine Knie-Distorsion rechts Grad II-III sowie einen Verdacht auf eine Zerrung. Sie empfahl eine konservative Behandlung. 3.2

Die MRI-Untersuchung vom 30. Juni 2015 (Urk. 8/18) zeigte einen intakten lateralen Meniskus, eine Degeneration des medialen Meniskushinterhorns, wenig bis mässigen Gelenkserguss, eine mässige femoropatelläre Arthrose mit grossflächiger Knorpelausdünnung retropatellär medial und mit lateralen einzelnen Knorpelrissen, umschriebene geringe Knorpelschäden dorsal am lateralen Tibiaplateau (DD Weichteilkontusion, umschriebene Thrombophlebitis, Pannikulitis), flüssigkeitsgefüllte Burs

präpatellaris, keine flüssigkeitsgefüllte Burs

anserina sowie leichte Entzündung um die Pes

anserinus Sehnen. 3.3

Dr. med. Z.____, Fachärztin FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, welche die Beschwerdeführerin auf Überweisung durch die Hausärztin hin behandelt hatte, diagnostizierte am 15. und 22. Juli 2015 (Urk. 8/25 und Urk. 8/45) eine posttraumatisch aktivierte Arthrose rechts Kniegelenk. Zur letzten Konsultation vom 2. Juli 2015 verwies sie auf einen fehlenden Meniskusschaden (im MRI), aber eine deutliche Gelenkergussbildung und schon deutliche Femoropatellararthrose. Sie führte aus, eigentlich sei eine Kortisoninjektion geplant gewesen, die Beschwerdeführerin habe aber nichts machen lassen wollen. Sie mache Akupunktur, es sei jetzt auch schon viel besser geworden. Dr. Z.____ attestierte eine vollumfängliche Arbeitsfähigkeit ab 6. Juli 2015 und schloss die Behandlung ab. 3.4

Nach weiterhin erfolgter Arbeitsunfähigkeitsschreibung im Umfang von 50% respektive ab 20. Juli 2015 80% (Urk. 8/31) und weiteren Abklärungen berichtete Dr. med. E.____, D.____, am 27. August 2015 (Urk. 8/50) über eine am 10. August 2015 festgestellte deutliche Besserung. Klinisch habe kein Erguss mehr bestanden, indes Schmerzen über der Gelenkspalte lateral und medial sowie eine Druckdolenz über dem Ansatz des Musculus tractus

ileotibialis. Eine akute Arthrose habe nicht mehr bestanden, er vermutete eine muskuläre Ursache. Er empfahl Physiotherapie und Akupunktur und sah in der gemäss Beschwerdeführerin das Knie stark belastenden aktuellen Tätigkeit (Pflegehelferin Spitex) ab 1. August 2015; daneben 1.5 Stunden pro Woche im F.____ in G.____; (Urk. 8/30) die Wiederaufnahme der Arbeit zu 20% ab 1. August 2015, 50% ab 1. September 2015 und innert drei Monaten 100%. Er verwies auf eine gewisse Diskrepanz zwischen der Arbeitsunfähigkeit von 80% und den mässigen klinischen Befunden, er habe die Beschwerdeführerin vor der Konsultation nicht gekannt. 3.5

Kreisarzt Dr. med. H.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, bestätigte mit Aktenbericht vom 3. September 2015 (Urk. 8/52) das Vorliegen von Unfallfolgen. Diese seien allerdings nur noch muskulärer Natur und dürften innerhalb der nächsten ein bis zwei Wochen abgeklungen sein. Die Arbeitsunfähigkeit von 50% sei angemessen. 3.6

Die rheumatologische Fachärztin in des

A.____, Dr. med. I.____, diagnostizierte im polydisziplinären Gutachten vom 9. Mai 2017 (Urk. 8/82/5-135) in Bezug auf das vorliegend interessierende rechte Knie eine Retropatellararthrose rechts sowie einen degenerativen Meniskusschaden (mediales Meniskushinterhorn, S. 63). Unter anderem deswegen erachtete sie

körperlich schwere Arbeiten als nicht mehr zumutbar, möglich seien jedoch leichte, wechselbelastende und rückenadaptierte Tätigkeiten ohne dauerndes Steigen auf Treppen oder Leitern oder ununterbrochenes Gehen auf unebenem Grund (S. 68). 3.7

Suva-Arzt Dr. B.____ verwies in seinem Aktenbericht vom 4. Juli 2018 (Urk. 8/95) auf bereits vor dem Ereignis vom 24. Mai 2015 dokumentierte Beschwerden am Bewegungsapparat, welche rechtsbetont seien, unter anderem die Kniegelenke betreffen und als myofasziale Reizzustände interpretiert worden seien (S. 6 und Urk. 8/82/5-135 S. 45).

Myofasziale Reizzustände betreffen die Muskulatur, deren sehnige Hüllen (Faszien) und Sehnenansätze. Eine der viel fältigen Ursachen hierfür seien Gelenkreizzustände bei Arthrosen. Es seien auch deutliche Hinweise für die Entwicklung einer chronischen Schmerzkrankheit gefunden worden (S. 6).

Zur MRI-Aufnahme vom 30. Juni 2015 (E. 3.2) hielt er fest, auffallend sei ein mässiger Erguss im Kniegelenk und Schleimbeutel über der Kniescheibe. Ein Knochenmarksödem als Hinweis auf eine Traumatisierung des Knochens sei nicht sichtbar. Die Bandstrukturen und Menisken seien intakt. Jedoch fänden sich an beiden Menisken Texturstörungen im Sinne von degenerativen Veränderungen. Der Gelenkknorpel auf der Rückseite der Kniescheibe sei medial deutlich ausgehöhlt und habe lateral Strukturstörungen bei noch normaler Dicke. Hier handle es sich um eine mässige Retropatellararthrose. In der Gesamtschau der radiologischen Bilder seien keine unfallbedingten strukturellen Läsionen erkennbar (S. 7).

Zum Verlauf führte Dr. B.____ aus (S. 8 f.), die vorliegend zu diskutierenden Diagnosen Knieinstabilität und Knieprellung seien relativ leichte Verletzungen, die innerhalb von ca. vier bis acht Wochen folgenlos ausheilen. Vorliegend habe der dokumentierte Heilverlauf zunächst dieser Erwartung entsprochen. Bei der Konsultation vom 2. Juli 2015 (E. 3.3) - knapp sechs Wochen nach dem Sturz - habe die Beschwerdeführerin angegeben, dass das rechte Knie schon viel besser geworden sei und auf die angebotene Kniepunktion und Gelenkspritze verzichtet. Dementsprechend habe die Beschwerdeführerin am 3. Juli 2015 darüber informiert, dass die Entzündung im Knie abgeklungen und sie wieder arbeitsfähig sei (vgl. hierzu Urk. 8/20). Nach der Kontrolluntersuchung vom 10. August 2015 habe Dr. E.____ eine deutliche Befundbesserung konstatiert. Ein Kniegelenkserguss sei klinisch nicht mehr feststellbar und die Arthrose nicht mehr aktiviert gewesen. Die noch bestehenden Beschwerden im Bereich des rechten Kniegelenkes habe er auf eine muskuläre Ursache zurückgeführt, was zwanglos mit den bereits 2014 festgestellten myofaszialen Reizzuständen harmonisiere. Daraus könne mit überwiegender Wahrscheinlichkeit geschlossen werden, dass bis zum 10. August 2015 am rechten Kniegelenk wieder der Zustand erreicht worden sei, wie er vor dem Sturz bestanden habe. Der von Dr. E.____ erhobene Befund sei im Oktober 2016 von Dr. med. J.____ bestätigt worden. Er habe sonographisch einen Kniegelenkserguss ausschliessen können. Auf anlässlich der Konsultation angefertigten Röntgenaufnahmen habe er keine Arthrosezeichen finden

können (Urk. 8/82/5-135 S. 51).

Anlässlich des polydisziplinären Gutachtens vom 9. Mai 2017 habe die Beschwerdeführerin angegeben, dass ihr rechtes Knie schmerze, vor allem, wenn sie versuche hinzuknien, wenn sie dann noch dazu eine unvorsichtige Bewegung mache, sei es für ein bis zwei Tage geschwollen (Urk. 8/82/5-135 S. 51). Diese Beschwerden seien nicht spezifisch für eine Unfallverletzung, jedoch typisch für eine Pathologie im Gelenk zwischen Kniescheibe und Oberschenkelrolle (Femoropatellargelenk), wie sie bei der Beschwerdeführerin in Form einer mässigen Retropatellararthrose nachgewiesen sei. Das erkläre auch die von Dr. Y. ___ am 11. Januar 2016 (Urk. 8/72) festgestellten intermittierende Verschlechterung mit erneuter Ergussbildung im Knie, bedenke man, dass bei einer Arthrose häufig ein wellenförmiger Verlauf der Beschwerden beobachtet werde.

Diese Überlegungen würden auch durch die Befunde gestützt, welche bei der klinischen Untersuchung für das A. ___ -Gutachten erhoben worden seien. Bei frei beweglichen Kniegelenken und stabiler Bandführung seien beidseits Beugung und Streckung schmerzhaft gewesen und habe beidseits ein positives Zohlen-Zeichen bestanden (Urk. 8/82/5-135 S. 59 f.). Das positive Zohlen-Zeichen weise auf eine Erkrankung des patellaren Gleitlagers hin. Im vorliegenden Fall bestätige es zum einen die Beschwerdehaftigkeit der Retropatellararthrose rechts und weise zum anderen darauf hin, dass wahrscheinlich auch im linken Femoropatellargelenk eine ähnliche Pathologie vorliege. Trotz dieser Symptomatik habe das Gangbild nicht beeinträchtigt zu sein geschienen, sei doch beschrieben worden, dass die Beschwerdeführerin nach der Untersuchung beschwingten Schrittes das Untersuchungszimmer und die Praxis verlassen habe (Urk. 8/82/5-135 S. 57). Auch habe die Beschwerdeführerin als Hobby das Laufen angegeben, welches sie während ca. 30 Minuten pro Tag betreibe (Urk. 8/82/5-135 S. 114).

In seiner Schlussfolgerung hielt Dr. B. ___ fest, bereits vor dem Ereignis vom 24. Mai 2015 seien bei der Beschwerdeführerin multiple Beschwerden am

Bewegungsapparat bekannt gewesen, die auch das rechte Knie betroffen hätten. Dort bestünden myofasziale Beschwerden und eine mässige Retropatellararthrose. Anlässlich des Sturzes habe sich die Beschwerdeführerin mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine Zerrung und Prellung des rechten Kniegelenkes zugezogen, wodurch die vorbestehende Arthrose aktiviert worden sei. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit seien die relativen leichten Verletzungen einschliesslich der Arthroseaktivierung bis zum 10. August 2015 folgenlos verheilt (S. 9). 4. 4.1

Aufgrund der Akten steht fest, dass die Beschwerdeführerin beim Unfall vom 24. Mai 2015 eine Kniedistorsion erlitten hat. In der Folge wurde eine aktivierte Arthrose diagnostiziert, d.h. es kam zu einer Entzündungsreaktion im Gelenk mit Ergussbildung (E. 3.1 und E. 3.3). Auf den MRI-Aufnahmen waren verschiedene degenerative Veränderungen zu sehen: So die Degeneration des medialen Meniskushinterhorns sowie eine femoropatellare Arthrose mit grossflächiger Knorpelausdünnung retropatellarmedial. Ein Meniskusschaden war keine r zu sehen

(E. 3.2).

Anlässlich der Untersuchung vom 10. August 2015 waren die beim Unfall zugezogenen Schäden nicht mehr erkennbar. Die Distorsion zeigte keine klinisch erheblichen

Auswirkungen mehr. Ein Erguss war nicht mehr vorhanden, lediglich noch Schmerzen über der Gelenkspalte sowie eine Druckdolenz über dem Muskelansatz im Sinne einer muskulären Problematik (E. 3.4). Dass keine aktivierte Arthrose mehr bestand und auch keine Folgen der Distorsion mehr, bestätigte Kreisarzt Dr. H. ___ am 3. September 2015 (E. 3.5). Auch im Rahmen der A. ___ -Begutachtung im Jahr 2016/2017 fanden die Ärzte die vorbestandene Retropatellararthrose sowie den bekannten Meniskusschaden. Ein Erguss oder Entzündungszeichen als Symptome der aktivierten Arthrose wurden nicht geschildert, sondern wiederum einzig Schmerzangaben. Der Gang war im Wesentlichen unauffällig (E. 3.6 und Urk. 8/82/ 5-135 S. 57 f. und S. 60). 4.2

Bei dieser medizinischen Aktenlage ist es nicht zu beanstanden, dass Suva-Arzt Dr. B. ___ auf die vorbestandenen myofaszialen Beschwerden sowie die Retropatellararthrose verwies und konstatierte, dass die relativ leichten Verletzungen einschliesslich der Arthroseaktivierung bis zum 10. August 2015 folgenlos verheilt waren (E. 3.7). Im Vordergrund stand ohnehin die Aktivierung der Arthrose, denn eine Bänderzerrung (im Rahmen der unfallbedingten Distorsion) wurde zu keinem Zeitpunkt thematisiert, im Gegenteil zeigte die erste bildgebende Untersuchung gerade keine traumatischen Veränderungen. Ein Knochenmarksödem als Hinweis auf eine Traumatisierung war nicht sichtbar und die Bandstrukturen und Menisken intakt (E. 3.7). Einzig die Ergussbildung sowie Entzündungszeichen waren erkennbar, d.h. die Arthrose war unfallbedingt aktiviert, was sich bis am 10. August 2015 wieder legte. Die noch bestehenden Druckdolenz waren weiter nicht mit einer Bänderdehnung erklärbar, sondern vielmehr mit muskulären Problemen, welche aktenkundig nicht länger andauerten. Die über ein Jahr später gutachterlich festgestellten Restbeschwerden bestätigen diese Einschätzung, fanden doch die beteiligten Ärzte keine traumatisch-strukturellen Veränderungen und auch keine aktivierte Arthrose, sondern einzig Beschwerden im Zusammenhang mit der vorbestandenen Retropatellararthrose. 4.3

Arztberichte, welche auf Gegenteiliges schliessen lassen, liegen keine auf. Soweit Dr. Y. ___ am 12. Januar 2016 (Urk. 8/72 /2) eine Verschlechterung mit erneuter Ergussbildung im Knie schilderte, ist dies zwanglos mit dem häufig wellenförmigen Verlauf der Beschwerden bei Arthrosen erklärt. Ihre Ausführungen, wonach aufgrund des Unfalles vom 24. Mai 2015 eine durch das Trauma ausgelöste Einschränkung der Beweglichkeit des rechten Knies bestehe und der aktuelle Befund die noch vorhandene Einschränkung des Gelenkes bestätige, vermögen die ausführlichen Begründungen der involvierten Fachärzte nicht in Frage zu stellen. So findet sich etwa - in Bezug auf die Kausalität - keine Auseinandersetzung mit der vorbestehenden Retropatellararthrose, im Gegenteil schilderte Dr. Y. ___ eine solche gar nicht und es ist fraglich, ob sie diese überhaupt bemerkt hat. Auch benannte Dr. Y. ___ keine traumatisch geschädigten Areale des Knies. Dass die von ihr nach dem Unfall diagnostizierte Kniedistorsion nach wie vor besteht, schilderte sie nicht. 4.4

Bei dieser Aktenlage ist erstellt, dass die relativ leichten Verletzungen im Knie bis am 7. September 2015 abgeheilt und die noch vorhandenen Beschwerden auf die Vorerkrankungen zurückzuführen waren. Die Leistungseinstellung der Beschwerdegegnerin ist demgemäss nicht zu beanstanden, was zur Abweisung der Beschwerde führt. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Stephanie C. Elms - Suva -
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 1. Juli bis und mit dem 1. August sowie vom 1. 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 Die Gerichtsschreiberin Gräub-Fonti

E. 5

auszurichten; eventuell sei die Beschwerdeführerin durch das Gericht medizinisch begutachten zu lassen; subeventuell sei die Sache zwecks Einholung eines medizinischen Gutachtens an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen; unter Kosten- und Entschädigungsfolgen (S. 2). Die Suva ersuchte am 1. November 2018 (Urk. 7) um Abweisung der Beschwerde. Im Rahmen des zweiten Schriftenwechsels (Urk. 14 und Urk. 17) hielten die Parteien an den gestellten Anträgen fest.

Mit Verfügung vom 2. Mai 2019 (Urk. 18) erfolgte die Vereinigung von drei Prozessen in Sachen der Versicherten und der in ihrem Alleineigentum stehenden C.____ in Liquidation gegen die VAUDOISE ALLGEMEINE Versicherungs-Gesellschaft AG (Prozess Nr. UV.2018.00257 und UV.2018.00267) sowie in Sachen der Versicherten gegen die AXA Versicherungen AG (Prozess Nr. UV.2019.00008) . In jenen Prozessen geht es um Versicherungsleistungen beziehungsweise deren Rückforderung, wobei im Wesentlichen das Vorliegen rechtsgültiger Versicherungsverhältnisse strittig ist. Die Suva protestierte am 28. Juni 2019 (Urk. 27) , die Versicherte sowie die C.____ am 7. Oktober 2019 (Urk. 37) und die AXA Versicherungen AG am 2. Dezember 2019 (Urk. 41) gegen die Vereinigung der Prozesse mit dem vorliegenden. Eine Durchsicht der Akten und der Vorbringen der Parteien hat gezeigt, dass zwischen den letzteren Prozessen und dem vorliegenden in der Tat kein Zusammenhang besteht. Namentlich sind andere Unfälle Gegenstand der Streitigkeit und betrifft die Frage der Versicherungsdeckung in den neueren Verfahren das Verhältnis der Versicherten zur Suva nicht. Demgemäss sind die vereinigten Prozesse Nr. UV.2018.00257, UV.2018.00267 und UV.2019.00008 vom vorliegenden abzutrennen und unter der Verfahrensnummer UV.2020.00250 weiterzuführen. Die Verfahrensakten sind in den jeweils

betroffenen Verfahren zu führen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

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