

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00223

vom 1. Mai 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-05-01, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2019.00223

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00223 du 1 mai 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00223 del 1 maggio 2020

Erwägungen

E. 1

.2

Am 29. Juni 2017 verfügte die ÖKK, für das Unfallereignis vom 25. Februar 2017 ab dem 22. März 2017 keine weiteren Leistungen zu erbringen (Urk. 8/19). Die von der Versicherten dagegen am 25. Juli 2017 erhobene und am 15. September 2017 begründete Einsprache (Urk. 8/23; Urk. 8/26) wies sie am 27. Oktober 2017 ab (Urk. 8/29).

E. 1.1

Gemäss Art. 6 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) werden – soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt – die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufs krank heiten gewährt (Abs. 1).

E. 1.2

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 entfiel (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 Verwalter 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. 1.3

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 überwiegen den Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein (RKUV 2000 Nr.

U 363 S.

45; BGE

119 V 7 E. 3c/ aa). Da es sich hiebei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt 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). 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).

E. 1.4

UV170510 08.2018 Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis). 2.

2.1

Die Beschwerdegegnerin stützte sich im angefochtenen Einspracheentscheid (Urk. 2)

auf die Schlussfolgerungen in den eingeholten Gutachten sowie auf die Auffassungen ihrer beratenden Ärzte, wonach der Status quo sine per 21. März 2017 eingetreten sei (Ziff. 2.4).

Die Gutachter seien einhellig zum Schluss gelangt, dass die Operation vom 4. April 2017 nicht aufgrund des versicherten Unfalls vom 25. Februar 2017 habe vorgenommen werden

müssen. Wie bereits die behandelnden Ärzte hätten sie darauf hingewiesen, dass die aktuelle Magnetresonanztomographie (MRI) keine frischen substantiellen Läsionen ergeben habe und auch keinen nennenswerten Kniegelenkerguss gezeigt habe. Die laterale Meniskusläsion sei bereits im MRI von 2010 festgestellt worden. Die Gutachten wiesen keine Widersprüche auf und die Verfasser seien zu denselben Schlüssen gelangt. Für den Zeitpunkt der Falleinstellung sei mit den Gutachtern auf das Datum der MRI-Untersuchung vom 21. März 2017 abzustellen, da zu diesem Zeitpunkt aufgrund des Untersuchungsergebnisses geschlossen werden könne, dass keine auf das Ereignis vom 25. Februar 2017 zurückzuführende Schädigung mehr vorliege (Ziff. 2.5). 2.2

Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), Dr. Z.____ vermöge einen Status quo sine per 21. März 2017 nicht hinreichend zu begründen. Er schreibe selber, dass der Status quo sine mit Bezug auf das Ereignis vom 25. Februar 2017 nicht beurteilt werden könne. Sein Standpunkt, dass die Operation vom 4. April 2017 unfallbedingt nicht notwendig gewesen sei und den Verlauf beeinflusst habe, sei nicht schlüssig (S. 4 Ziff. 4). Der Beschwerdegegnerin gelinge somit der Nachweis des Wegfalls der Kausalität nicht (S. 4 Ziff. 5).

Es bestehe gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung selbst dann ein Leistungsanspruch, wenn eine Zuordnung zu einem von mehreren in Frage kommenden Unfallereignissen nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit möglich sei, aber feststehe, dass ein Gesundheitsschaden Folge eines Unfalles im Sinne eines Rückfalles sei. Der Anspruch richte sich in solchen Fällen gegen denjenigen Versicherer, bei welchem derjenige Unfall versichert gewesen sei, der dem Rückfall in zeitlicher Hinsicht am nächsten stehe. Nichts anderes könne gelten, wenn wie vorliegend strittig sei, ob die Beschwerden als Rückfall zu einem früheren Unfallereignis zu qualifizieren seien oder ob die Beschwerden auf dem späteren Unfallereignis beruhten. Auch in diesen Fällen liege eine Kausalitätsfrage in Bezug auf mehrere Unfallereignisse, für welche verschiedene Unfallversicherer zuständig seien, vor (S. 4 Ziff. 6). Daher sei die Beschwerdegegnerin auch über den 21. März 2017 hinaus leistungspflichtig (S. 4 Ziff. 7).

2.3

In der Beschwerdeantwort (Urk. 6) führte die Beschwerdegegnerin aus, es sei unbestritten, dass derjenige Unfallversicherer die vollen Vorleistungen erbringen müsse, der für den zeitlich näheren Unfall leistungspflichtig sei. Art. 100 Abs. 3

der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) gelange jedoch nur dann zur Anwendung, wenn die Kausalität eines Rückfalls zu mehreren Unfallereignissen bestehe (S. 4 Ziff. 1).

Es sei unverständlich, dass die Beschwerdeführerin das A.____-Gutachten nicht erwähne (S. 4 Ziff. 3). Die Parteien hätten gemäss der Empfehlung der Ad-hoc-Kommission Schaden UVG Nr.

3/1989 eine Begutachtung vereinbart und sich damit implizit dem Ergebnis der Begutachtung unterworfen. An deren Ergebnis sei die Beschwerdeführerin gebunden (S. 5 Ziff. 4). 2.4

In der Replik (Urk. 11) verwies die Beschwerdeführerin auf die Einschätzung ihrer beratenden Ärztin, wonach die Operation vom 4. April 2017 und die Folgeoperation vom 15. November 2017 überwiegend wahrscheinlich durch das Ereignis vom 25. Februar 2017

bedingt sein (S. 2 Ziff. 2). Dies stehe denn auch im Einklang mit der Aussage der Versicherten, dass sie beim Unfall ein Knacken im linken Knie gespürt habe (S. 3 Ziff. 3). 2.5

In der Duplik (Urk. 14) führte die Beschwerdegegnerin aus, es bestehe bei Vorliegen von zwei vereinbarten neutralen Gutachten kein Raum, auf eine abweichende Beurteilung der eigenen beratenden Ärztin abzustellen (S. 2 Ziff. 2). 2.6

Strittig und zu prüfen ist somit, ob die Beschwerdegegnerin die gesetzlichen Leistungen auch über den 21. März 2017 hinaus zu erbringen hat. Entscheidend ist hierbei, ob die in diesem Zeitpunkt noch bestehenden Beschwerden der Versicherten in natürlichem Zusammenhang mit dem bei der Beschwerdegegnerin versicherten Unfall vom 25. Februar 2017 stehen (vgl. vorstehend E. 1.3). 3. 3.1

Im Arzteugnis UVG vom 29. Januar 1998 (Urk. 8/15/6 = Urk. 8/39/25) wurde festgehalten, die Versicherte habe am 22. Januar 1998 einen Skisturz erlitten (Ziff. 2). 3.2

Die Ärzte der Abteilung Radiologie der B.____ führten im Bericht vom 26. Januar 1998 (Urk. 8/15/5 = Urk. 8/39/24) aus, es lägen eine akute komplette vordere Kreuzbandruptur, eine ausgeprägte mediale Seitenbandläsion proximal, keine Meniskuläsion und ein mässiger Kniegelenkserguss beziehungsweise Hämarthros vor.

3.3

Dr. med.

C.____, Facharzt für Chirurgie, nannte im Bericht zur Operation vom 2. Februar 1998 (Urk. 8/15/7-8 = Urk. 8/39/21-22) als Diagnose eine anteromediale Knieinstabilität links bei akuter vorderer Kreuzbandruptur und medialer Seitenbandruptur Grad III. Beim Sturz sei ein Flexions-/Rotations trauma am linken Knie erfolgt. Die Patientin habe ein knallendes Geräusch gehört und anschliessend sofort ein geschwollenes Knie gehabt (S. 1 oben). Die Operation habe eine Kniearthroskopie links und eine arthroskopische vordere Kreuzbandersatzplastik Bone-tendon-bone in Arthrex Trans-Tibia-Technik umfasst (S. 1 Mitte). 3.4

Die Ärzte der D.____ führten am 31. Mai 2010 ein MRI des linken Knies durch, worüber sie am 1. Juni 2010 berichteten (Urk. 8/3). Es liege eine kräftige intakte Plastik des vorderen Kreuzbandes (VKB-Plastik) und ein kräftiges hinteres Kreuzband vor. Es zeige sich ein leichtgradig verschmälertes Knorpel am medialen Femurcondylus, welcher sich auch inhomogen darstelle. Es bestehe eine fragliche, nicht transmural verlaufende schmale Rissbildung im Meniskuskorpus lateralseitig. Die Meniski seien im Übrigen unauffällig dargestellt. 3.5

Dr. C.____ (vorstehend E. 3.3) führte im Bericht vom 2. Juni

2010 (Urk. 8/39/12) aus, die Patientin sei bezüglich der VKB-Plastik sehr zufrieden. Im Winter habe sie aber bei extremem Skifahren im Tiefschnee lateral links Schmerzen gehabt, welche bei Flexion noch immer auftreten würden. Im Alltag beim Arbeiten, beim Gehen oder leichten Joggen spüre sie nichts. Das durchgeführte MRI zeige einen Meniskusriss im Corpus lateral bei intaktem vorderem Kreuzband. Der laterale Meniskus links werde arthroskopisch operiert, sobald der Leidensdruck für die Patientin entsprechend sei. 4. 4.1

In der Unfallmeldung vom 7. März 2017 wurde angegeben, die Versicherte sei am 25. Februar 2017 beim Anziehen ihres Tourenschuhs gestürzt (Urk. 8/1). 4.2

Dr. C.____ (vorstehend E. 3.3) führte im Bericht vom 10.

März 2017 (Urk. 8/4 = Urk. 8/39/11) aus, die Versicherte habe sich während ein es Sturzes ein Hyper flexionstrauma im linken Kniegelenk mit sofortigem starkem Schmerz und Erguss bildung zugezogen. Seither habe sie blockadeartige einschliessende Schmerzen links popliteal und lateral. Auch habe sie ein Instabilitätsgefühl vor allem beim Bergabgehen. Die Versicherte habe einen sehr hohen Leidensdruck und wolle auf jeden Fall irgendeine Lösung haben. Aufgrund dieses Anspruchs habe er eher zur vorderen Kreuzband Re-Transplantation und Sanierung des lateralen Meniskus schadens geraten .

4.3

Die Ärzte des E.____ berichteten am 21. März 2017 (Urk. 8/5 = Urk. 8/39/14-15) über das gleichentags durchgeführte MRI des linken Knies . Die vordere Kreuzbandplastik sei in ihrer Kontinuität erhalten, jedoch im proximalen Drittel und vor allem im Ansatzbereich sehr stark ausgedünnt. Sie erscheine durch Flüssigkeitsinterpositionen aufgefasert und sei im Ansatzbereich von wenig ge kammerten

ganglionähnlichen Strukturen umgeben. Die Morphologie passe sehr gut zur beschriebenen Klinik (S. 1 oben). Dies erkläre die Laxität . Es bestehe zudem ein kleiner wenig dehiszenter Riss der Pars intermedia des lateralen Menis kus. Es zeige sich eine medial betonte Femoropatellararthrose . Es gebe keinen nennenswerten Kniegelenkserguss (S. 2).

4.4

Dr. med.

F.____ , Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates , beratender Arzt der Beschwerdegegnerin, führte in seiner Beurteilung vom 28. März 2017 (Urk. 8/7) aus, ein Kausalzusammenhang zwischen dem Ereignis vom 25. Februar 2017 und den aktuellen Kniebeschwerden links sei (lediglich) möglich (Ziff. 1). Es bestünden degenerative vorbestehende Veränderungen in Form eines ausgedünnten VKB-Transplantats und einer Femoropatellararthrose (Ziff. 2). Der Status quo sine vel ante liege per 21. März 2017 vor (Ziff. 3). Die von Dr. C.____ erwähnte geplante Operation stehe nicht in direktem Zusammenhang mit dem Ereignis vom 25. Februar 2017, sondern sei auf das Ereignis von 1998 zurückzuführen (Ziff. 4). Diese Operation sei medi zinisch indiziert und sinnvoll (Ziff. 5). 4.5

Dr. C.____ (vorstehend E. 3.3) führte im Bericht zur Operation vom 4. April 2017 (Urk. 8/39/16) aus, diese habe folgendes umfasst : Arthroskopische Menis kusaht laterales Hinterhorn links, arthroskopisches

Knorpeldébridement bezieh ungsweise –Glättung medialer und lateraler Femurkondylus , arthroskopisch

assi sitierte VKB-Re-Transplantation mit ipsilateraler

Quadrizepssehne in Monobün del techni k . Das VKB-Transplantat sei extrem lax, am femoralen Ansatz massiv ausgedünnt, wahrscheinlich dort initial abgerissen. 4.6

Dr. F.____ (vorstehend E. 4.4) führte in seiner Beurteilung vom 18. April 2017 (Urk. 8/11) aus, das aktuelle MRI habe keine frischen substanziellen Läsionen ergeben und auch keinen nennenswerten Kniegelenkserguss gezeigt. Die festge stellten Veränderu ngen seien vorbestehend und Folge des früheren Unfallereig nisses. Die laterale Meniskusläsion sei bereits im MRI von 2010 festgestellt worden. Der Status quo sine sei am 21. März 2017

(MRI) erreicht worden. 4.7

Dr. C.____ (vorstehend E. 3.3) berichtete am 11. Mai 2017 (Urk. 8/39/10) über einen «eigentlich guten» Verlauf. Die Patientin sei sehr zufrieden. Sie habe wenig Schmerzen und belaste nach wie vor 15 kg. Ab sofort gebe es einen Übergang zur vollen Belastung, die Flexion sei zu forcieren . 4.8

Dr. med. G.____ , beratender Arzt der Beschwerdegegnerin, führte in seiner Beurteilung vom 30. Mai 2017 (Urk. 8/17) aus, bereits im Jahr 2010 sei anlässlich einer MRI-Untersuchung am lateralen Meniskuskorpus links gleichgelagert – mithin identisch lokalisiert wie die genähte Läsion 2017 – eine Pathologie nach gewiesen worden. Ebenso sei eine medial betonte degenerative Veränderung des Gelenkes beschrieben worden. Dies entspreche grundsätzlich dem erwarteten Verlauf nach VKB-Ruptur. Insbesondere vermöge eine VKB-Plastik die degenerative Veränderung des Kniegelenkes nicht zu verhindern (S. 2 unten). In der MRI-Untersuchung vom 21. März 2017 finde sich eine Pathologie, welche verlaufs mässig zur Voruntersuchung vor 7 Jahren chronologisch und pathophysiologisch sehr gut passe. Die degenerativen Veränderungen seien im gleichen Sinne fort geschritten. Die Meniskusläsion sei zwar etwas vergrössert, aber gleich vorhanden. Die Problematik des vorderen Kreuzbandes werde als Ausdünnung beschrieben, welche keineswegs einem akuten Riss entspreche. In der Beschreibung der Klinik durch Dr. C.____ fänden sich keine Hinweise auf eine Schwellung, Druckdolenz (als Hinweis auf akute Schädigung von bisher intakten stabilisierenden Strukturen) oder einen Erguss des Kniegelenkes. Grundsätzlich dokumentierten die intraoperativen Bilder ausgiebige degenerative Veränderungen ohne Hinweis auf etwaige frische, scharfkantige oder blutig inbibierte traumatische Läsionen (S. 3 oben). Zusammenfassend finde sich die klassische degenerative Entwicklung über Jahrzehnte nach einer VKB-Ruptur. Das Ereignis vom 25. Februar 2017 möge eine entsprechende Beschwerde ausgelöst haben, akute Strukturveränderungen seien jedoch weder klinisch noch im MRI bestätigt worden (S. 3 Mitte). Mit Dr. F.____ könne der Status quo sine sinngemäss zum Zeitpunkt des MRI-Befundes vom 21. März 2017 als erreicht verstanden werden (S. 3 unten). 4.9

In seiner Stellungnahme vom 30. August 2017 (Urk. 8/39/13) zu den Fragen der Beschwerdegegnerin führte Dr. C.____ (vorstehend E. 3.3) aus, die Operation vom 4. April 2017 stehe in direktem Zusammenhang mit dem Ereignis vom 25. Februar 2017. Die Versicherte sei ja eine begeisterte Tourenskifahrerin und habe dabei vorher keinerlei Probleme gehabt. Im Anschluss an das Ereignis habe sie unter einer starken subjektiven Instabilität und einschliessenden Schmerzen gelitten, so dass Skifahren nicht mehr möglich gewesen sei. Das Ereignis habe sicherlich zu einer Verschlimmerung des Zustandes der Abnützungsercheinungen geführt. Zu degenerativen Veränderungen komme es nach VKB-Ruptur fast zwangsläufig. Der Status quo sine sei nie mehr erreicht worden. Die beschriebenen Beschwerden seien vor dem Sturz nicht vorhanden gewesen. Mit grosser Wahrscheinlichkeit sei es beim Trauma im Februar 2017 zum kompletten Abriss des Hinterhornes des lateralen Meniskus und zu einer massiven Überdehnung und Ausdünnung des vorderen Kreuzbandtransplantates gekommen. Der Status quo sine sei etwa 12 Monate nach Operation zu erwarten. 4.10

Im Bericht vom 26. September 2017 (Urk. 8/39/8) führte Dr. C.____ aus, die Versicherte habe vor 3 bis 4 Wochen in Kroatien fast einen Sturz erlitten. Sie sei mit ihren Flip Flops ausgerutscht und habe eine Verdrehung des operierten linken Kniegelenks mit heftigem Schmerz und relativ starker Ergussbildung erlitten (oben). Am 15. November 2017 sei ein

Eingriff mit arthroskopischem

Narbendébridement und Notch Plastik durchzuführen (unten). 5.

E. 5

Am 5. September 2019 (Urk. 8/89 = Urk. 2) erliess die ÖKK ihren ablehnenden Einspracheentscheid und bestätigte, für das Ereignis vom 25. Februar 2017 ab 22. März 2017 keine Leistungen mehr zu erbringen. 2.

Die Helsana erhob am 16. September 2019 Beschwerde gegen den Einspracheentscheid vom 5. September 2019 (Urk. 2) und beantragte, dieser sei aufzuheben und die ÖKK sei zu verpflichten, die gesetzlichen Leistungen über den 21. März 2017 hinaus zu erbringen (Urk. 1 S. 2).

Mit Beschwerdeantwort vom 22. Oktober 2019 (Urk.

E. 5.1

Dr. med.

H.____, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, beratende Ärztin der Beschwerdeführerin, führte in ihrer Aktenbeurteilung vom 19. Dezember 2017 (Urk. 8/39/4-7) aus, zum jetzigen Zeitpunkt imponiere klinisch eine vorübergehende Verschlimmerung, welche durch das neue Ereignis vom 25. Februar 2017 verursacht worden sei. Die Operation vom 4. April 2017 wäre ohne Unfallereignis vom 25. Februar 2017 nicht zu diesem Zeitpunkt notwendig geworden. Denn leichte Schmerzen seien im Winter 2009/2010 nach intensivem Skifahren im Tiefschnee angegeben worden, eine laterale Meniskusläsion sei aber in der Zwischenzeit bis zum Ereignis vom 25. Februar 2017 klinisch asymptomatisch gewesen (S. 2 Ziff. 3).

Die geplante Operation vom 15. November 2017 sei sicher eine Folge der Operation vom 4. April 2017 und überwiegend wahrscheinlich eine Folge des Ereignisses vom 25. Februar 2017 (S. 2 Ziff. 4). Ein Rückfall zum Ereignis vom 22. Januar 1998 sei (nur) als möglich zu erachten (S. 2 Ziff. 5). Es liege kein Rückfall ohne weiteres Ereignis vor, sondern ein neues Ereignis. Dieses entspreche einem Trauma, das mit überwiegender Wahrscheinlichkeit die Verletzungen (Ruptur des vorderen Kreuzbandtransplantates, Riss eines Meniskus) herbeigeführt habe. Es habe ein Hyperflexionstrauma mit voller Körpergewichtsbelastung und fixiertem Fuss stattgefunden. Ein Trauma in Hyperflexion, Aussenrotation und Valgusstress könne zu einer vorderen Kreuzbandruptur führen, gleiches gelte für die reine Hyperflexion mit Anspannung des Quadrizeps (S. 3 oben Ziff. 5).

Es sei bekannt, dass ein VKB-Transplantat bei der erneuten Ruptur kein Hämarthros generiere und nicht wie ein natives Kreuzband mit relativ glatter Ruptur erneut reisse, sondern in Elongation oder faseriger Ausdünnung reissen könne, da ja kein durchblutetes, von Synovia umgebenes Konstrukt vorliege. Die zusätzliche Ruptur des vorgeschädigten lateralen Meniskus sei ebenso mit überwiegender Wahrscheinlichkeit Folge des Hyperflexionstraumas. Somit sei die Operation mit Haupttherapie vordere Kreuzband-Revisionsplastik mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom 25. Februar 2017 zurückzuführen, inklusive der Folgeoperation vom November 2017 (S. 3 Mitte Ziff. 5).

Zu den Beurteilungen durch Dr. F.____ (vorstehend E. 4.6) und Dr. G.____ (vorstehend E. 4.8) führte Dr. H.____

aus, es sei unzulässig, aus dem Fehlen von frischen substantiellen Läsionen im MRI vom 21. März 2017 darauf zu schliessen, dass die festgestellten Veränderungen vorbestehend und Folge des früheren Unfallereignisses seien. Das VKB-Transplantat sei 2010 (12 Jahre nach dem VKB-Ersatz) als kräftig und intakt beschrieben worden, 2017 (7 Jahre später) hingegen proximal ausgedünnt und durch Flüssigkeitsinterpositionen aufgefasert. Hinsichtlich des Fehlens eines nennenswerten Gelenkergusses im MRI vom 21. März 2017 sei zu beachten, dass dazumal zum Ereignis vom 25. Februar 2017 bereits vier Wochen Abstand gelegen hätten. Die Versicherte selbst als Ärztin habe

aber von Schwellung und Erguss berichtet (S. 3 f. Ziff. 6). Die Ausdünnung des proximalen VKB-Transplantates werde in der Beurteilung des MRI vom März 2017 als Erklärung der VKB-Laxität erwähnt. Eine solche habe bis zum Ereignis vom Februar 2017 aber zu keiner Zeit bestanden, trotz hohen sportlichen Niveaus der Versicherten (S. 4 oben Ziff. 6).

E. 5.2

Am 30. April 2018 erstattete Dr. med.

Z.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, sein Aktengutachten (Urk. 8/53). Er führte aus, beim Ereignis vom 25. Februar 2017 handle es sich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit um eine starke konzentrische Belastung ohne exzentrische Komponente und ohne Rotation. Traumabiologisch gesehen sei somit die Entstehung eines frischen Meniskusrisses lateral generell kaum denkbar. Ein abruptes Kauern führe in der Regel ohne relevante Vorschädigung bei stabilem Kreuzbandsystem nicht zu einem lateralen Meniskusriss. Bei einer Kreuzbandinsuffizienz hingegen wäre der Meniskus weniger geschützt und es wäre eher denkbar, dass die bekannte Vorschädigung im Corpus des lateralen Meniskus dadurch verschlechtert werden könnte. Dann müsste man also erwarten, dass das Transplantat schon vorher an der femoralen Insertion abgelöst oder elongiert gewesen sei, was einer alten Unfallfolge gleichkommen müsste (S. 9 unten Ziff. 1).

Die klinische Meniskusdiagnostik von Dr. C.____ vom 10. März 2017 (vorstehend E. 4.2) sei unspezifisch und rudimentär. Mit der «angedeuteten Druckdolenz

posterolateral» entstehe der Eindruck, dass keine akute, heftige Traumatisierung mit vollständigem Abriss des Hinterhorns vorgelegen habe, sonst wäre diese Schädigung klinisch ganz anders zu dokumentieren gewesen (S.

E. 5.3

Am 20. Dezember 2018 erstattete Dr. med. I.____, Facharzt für Chirurgie sowie für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, A.____, seine Aktenbeurteilung (Urk. 8/76). Dabei führte er aus, ein Riss des Neo-Kreuzbandes sei nach dem Ereignis vom 25. Februar 2017 weder im MRI noch im Rahmen der arthroskopischen Operation am 4. April 2017 dargestellt worden. Dem Operationsbericht sei zu entnehmen, das vordere Kreuzband-Transplantat sei extrem lax, am femoralen Ansatz massiv ausgedünnt. Weiter heisse es «wahrscheinlich dort initial abgerissen». Dieser Satz erschliesse sich dem Gutachter nicht vollständig, ein initiales Abreißen sei nicht definiert. Ein Riss des vorderen Kreuzbandes stelle sich, insbesondere nach Kreuzbandersatzplastik, in der arthroskopischen Operation eindeutig dar. Eine genaue Aussage über den Zustand des vorderen Kreuzbandes sei also immer möglich. Ein Riss/Ausriss könne somit nicht bestätigt werden (S. 11 f. Ziff. 2).

Mit der weitaus überwiegenden Wahrscheinlichkeit habe die Versicherte am 25. Februar 2017 eine Distorsion/Hyperflexion des linken Kniegelenkes erlitten. Der Ereignishergang sei nicht geeignet, die später festgestellten Veränderungen, nämlich die Ausdünnung des vorderen Kreuzbandes sowie die Knorpelschäden des medialen Femurcondylus, zu verursachen. Weder der initiale Befund noch der weitere Verlauf ohne ärztliche Therapie und ohne wesentlichen Gelenkerguss sprächen für einen entsprechenden Unfallzusammenhang (S. 12 Ziff. 3). Die Operation vom 4. April 2017 sowie die damit verbundenen weiteren medizinischen Behandlungen stünden somit nur möglicherweise im Kausalzusammenhang zum Unfall vom 2017 (S. 12 Ziff. 4), und seien überwiegend wahrscheinlich auf das Ereignis von 1998 zurückzuführen. Auch die posttraumatischen Knorpelschäden des medialen Femurcondylus seien keinesfalls auf das Ereignis vom 2017, sondern sicher auf das Ereignis von 1998 zurückzuführen (S. 12 f. Ziff. 5).

Der Status quo sine sei mit dem MRI vom 21. März 2017 erreicht. Diese Untersuchung habe keine traumatischen Veränderungen des linken Kniegelenkes detektieren können, sondern stelle die später operierten Veränderungen im Sinne der Ausdünnung des vorderen Kreuzbandes sowie des Knorpelschadens des medialen Femurcondylus und den Riss des Aussenmeniskus dar (S. 13 Ziff. 1a).

E. 5.4

In ihrer Stellungnahme vom 28. März 2019 (Urk. 8/83/2-5) führte Dr. H.____ (vorstehend E. 5.1) aus, im MRI vom Mai 2010 sei ein «randständig deutlich vermehrtes Binnensignal, hier möglicher, schmaler, nicht transmural verlaufender Riss» beschrieben, also einer Läsion, nicht einer Ruptur entsprechend. Diese sei in der Zwischenzeit asymptomatisch gewesen, jedoch nach dem Ereignis vom Februar 2017 akut symptomatisch. Im MRI vom März 2017 sei ein «kleiner wenig dehiszenter Riss der Pars intermedia» und intraoperativ als «basisnaher Schrägriss» beschrieben worden. Trotz Vorschädigung sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer Unfallfolge durch das Ereignis vom 25. Februar 2017 auszugehen (S. 2 unten).

Die Knorpelschäden seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit Folge des primären Ereignisses von 1998. Nur ein kleinerer Anteil der Knorpelschäden sei durch das Ereignis vom Februar 2017 verursacht (S. 3 oben).

Dr. Z.____ (vorstehend E. 5.2) bedenke, dass ein abruptes Kauern in der Regel ohne relevante Vorschädigung bei stabilem Kreuzbandsystem nicht zu einem lateralen Meniskusriss führe. Die Vorschädigung als Binnenläsion des Meniskus werde aber gar nicht in Frage gestellt. Trotzdem sei das «akute Kauern» ein Ereignis mit dem Impact des Körpergewichts, also eine plötzliche, unvorhergesehene, von aussen einwirkende Kraft (S. 4 Mitte). Entgegen Dr. I.____ (vorstehend E. 5.3), stelle sich ein Riss des vorderen Kreuzbandes in der arthroskopischen Operation sodann nicht immer eindeutig dar (S. 5 oben).

Die proximale Elongation des VKB-Transplantates sei überwiegend wahrscheinlich auf das Ereignis vom 25. Februar 2017 zurückzuführen: Es sei unlogisch, dass 12 Jahre nach der VKB-Plastik ein kräftiges Transplantat bestehe, dieses aber sieben Jahre später elongiert sei, da eine Kreuzbandinsuffizienz nach VKB-Ersatzplastik, die sich schleichend entwickle (chronische Insuffizienz), bereits nach 12 Jahren feststellbar sein müsste (S. 5 Mitte). 6.

E. 6

) beantragte die ÖKK die Abweisung der Beschwerde. Am 28. Oktober 2019 wurde die Replik (Urk. 11) erstattet, die Duplik erging am 18. November 2019 (Urk. 14) und wurde der Beschwerdeführerin am 29. November 2019 zur Kenntnis gebracht (Urk. 15).

Nachdem die Versicherte mit Gerichtsverfügung vom 4. März 2020 (Urk. 16) zum Prozess beigeladen worden war, teilte sie mit Eingabe vom 15. April 2020 (Urk. 18) ihren Verzicht auf eine Stellungnahme mit. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 6.1

Von den Parteien wurden gemeinsam zwei neutrale Aktengutachten veranlasst, eines bei Dr. Z.____ (vorstehend E. 5.2), eines bei Dr. I.____ (vorstehend E. 5.3). Beide sind sie Fachärzte für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates und somit unbestrittenermassen kompetent zur Beantwortung der im Zentrum dieses Falls stehenden Fragen. Zwar machte die Beschwerdeführerin nach erfolgter Auftragsvergabe noch Ablehnungsgründe gegen Dr. Z.____ geltend, weil dieser ein vehementer Gegner von VKB-Ersatzplastiken und somit voreingenommen sei (Urk. 8/52). Gleichzeitig räumte sie jedoch ein, dass es gar nicht um diese Frage gehe und führte auch in ihren Rechtschriften eine Voreingenommenheit von Dr. Z.____

nicht mehr ins Feld (vgl. vorstehend E. 2.2 und E. 2.4). Es gibt somit keinen Grund dafür, seiner Expertise zum Vornherein Beweiswert abzuspochen. Auf der anderen Seite kann der Beschwerdegegnerin selbstredend nicht zugestimmt werden, soweit sie aus der analogen Anwendung von Bestimmungen der schweizerischen Zivilprozessordnung (ZPO) zum Schiedsgutachten eine Bindung der Parteien und des Gerichts an die Feststellungen des Gutachters ableiten möchte (vgl. vorstehend E. 2.3 beziehungsweise Urk. 6 S. 5 Ziff. 4 mit Verweis auf BGE 141 III 274 E. 2.4). Solcherlei lässt sich mit dem Untersuchungsgrundsatz nicht vereinbaren, von welchem das sozialversicherungsrechtliche Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren beherrscht ist. Demnach hat das Sozialversicherungsgericht von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des Sachverhalts zu sorgen (BGE 120 V 357 E. 1a).

E. 6.2

Die beiden Aktengutachten erfüllen die Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Begutachtung (vgl. vorstehend E. 1.4). Der Umstand, dass die Gutachter keine eigene Untersuchung durchgeführt haben, vermag den Beweiswert ihrer Beurteilungen nicht zu schmälern, zumal es mit der Frage nach der Unfallkausalität einen feststehenden medizinischen Sachverhalt zu erörtern galt, ohne dass zusätzliche Untersuchungen notwendig gewesen wären. Praxisgemäss kann unter diesen Voraussetzungen auch ein reines Aktengutachten voll beweiskräftig sein (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 8C_325/2009 vom 23. September 2009 E. 3.4.1). Aus den Ausführungen der Gutachter ergibt sich denn auch, dass sie über sämtliche für die Beurteilung der Unfallkausalität erforderlichen Unterlagen verfügten (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_833/2009 vom 26. Januar

2010 E. 5. 1). Es kann demnach grundsätzlich auf die zwei Aktengutachten von Dr. Z.____ und Dr. I.____ abgestellt werden.

E. 6.3

Unbestritten ist im Wesentlichen, dass die Knorpelschäden im Knie der Beschwerdeführerin eine Folge des Unfalles von 1998 und nicht von 2017 sind (vgl. etwa Urk. 8/83/3-4). Dies entspricht der klaren Aktenlage, weshalb sich diesbezüglich eine nähere Prüfung der Kausalität erübrigt.

Eine solche ist hingegen betreffend die Ausdünnung beziehungsweise den geltend gemachten Riss im vorderen Kreuzband sowie den Riss im lateralen Meniskus angezeigt.

E. 6.4

Beide Gutachter begründeten ihre diesbezüglichen Schlussfolgerungen sorgfältig und nachvollziehbar. Die Feststellung von Dr. Z.____ leuchtet ein, wonach ein abruptes Kauern, wie es am 25. Februar 2017 geschehen sei, ohne vorbestehende Kreuzbandinsuffizienz nicht zu einem lateralen Meniskusriss führe. Eine solche sei daher dergestalt zu erwarten, dass das Transplantat schon vorher abgelöst oder elongiert gewesen sei. So sei der vorgeschädigte Corpus des lateralen Meniskus wohl weniger geschützt gewesen und er habe verschlechtert werden können. Dr. Z.____

hielt fest, die Ergebnisse des MRI sprächen «ganz klar» für eine über Jahre entstandene degenerative Vorschädigung.

Dr. C.____

hatte demgegenüber im Operationsbericht vom 4. April 2017 (vorstehend E. 4.5) festgehalten, das VKB-Transplantat sei am femoralen Ansatz wahrscheinlich initial abgerissen. Wie Dr. I.____ jedoch im Detail darlegte, ist diese Aussage einerseits unspezifisch und stellt sich andererseits ein Riss des vorderen Kreuzbandes insbesondere nach Kreuzbandersatzplastik in der arthroskopischen Operation eindeutig dar. Nachdem Dr. H.____ dies zwar pauschal bestritt (vorstehend E. 5.4), jedoch keine weiteren Ausführungen hierzu machte, kann ein neuerlicher Riss des vorderen Kreuzbandes 2017 nicht erstellt werden. Es ist daher nur, aber immerhin von einer Ausdünnung des Kreuzband-Transplantats auszugehen. Dass diese eine über die Jahre entstandene degenerative Veränderung und keine Unfallfolge darstellt, legte Dr. Z.____ wie erwähnt plausibel dar.

Auch Dr. F.____ (vorstehend E. 4.4 und E. 4.6) hatte die Ausdünnung des Kreuzbandtransplantats als vorbestehend erachtet. Er begründete dies unter anderem damit, dass das aktuelle MRI keine frischen substanziellen Läsionen ergeben habe und auch keinen nennenswerten Kniegelenkserguss gezeigt habe. Dem hatte sich Dr. G.____ (vorstehend E. 4.8) angeschlossen und seinerseits ebenfalls sehr sorgfältig dargelegt, weshalb die in der MRI-Untersuchung vom März 2017 festgestellte Pathologie zur Voruntersuchung 2010 chronologisch und pathophysiologisch sehr gut passe; es lägen klassische degenerative Veränderungen nach einer VKB-Ruptur vor, welche im gleichen Sinne fortgeschritten seien. Zwar ist bei Dr. F.____ und Dr. G.____ zu beachten, dass sie ihre Beurteilungen als beratende Ärzte der Beschwerdeführerin erstatteten, weshalb diese grundsätzlich mit einer gewissen Vorsicht zu würdigen sind.

Dasselbe muss jedoch auch für die Beurteilungen durch

Dr. H.____

(vorstehend E. 5.2 und E. 5.4) gelten. Die beratende Ärztin der Beschwerdeführerin ist die einzige medizinische Fachperson, welche sich im vorliegenden Fall den Beurteilungen der beiden Gutachter sowie der beiden beratenden Ärzte der Beschwerdeführerin entgegen

stellt. Sie führte ins Feld, es sei unzulässig, aus dem Fehlen von frischen substanziellen Läsionen im MRI vom 21. März 2017 darauf zu schliessen, dass die festgestellten Veränderungen vorbestehend seien. Ihr Argument, dass dannzumal bereits vier Wochen Abstand zum Ereignis vom 25. Februar 2017 bestanden hätten und die Versicherte als Ärztin selbst von Schwellung und Erguss berichtet habe, erweist sich jedoch als schwach. Zwar berichtete die Versicherte am 10. März 2017 gegenüber Dr. C.____ tatsächlich von sofortiger Ergussbildung (vorstehend E. 4.2). Damit ist jedoch über dessen genaue Qualität noch nichts ausgesagt. Jedenfalls ist schwer vorstellbar, dass die fachkompetenten Gutachter einfach ignoriert haben sollten, dass zwischen dem Ereignis und dem MRI rund vier Wochen lagen. Vielmehr ist davon auszugehen, dass sie diesen Zeitablauf bei ihren Schlussfolgerungen berücksichtigten.

Dr. H.____ zeigte denn auch nicht auf, inwiefern durch das Ereignis vom 25. Februar 2017 genau eine Ausdünnung des VKB-Transplantates hätte von Statten gehen sollen. Sie führte lediglich an, es sei bekannt, dass ein VKB-Transplantat bei der erneuten Ruptur in Elongation oder faseriger Ausdünnung «reissen könne» (vorstehend E. 5.1), ohne dies am konkreten Beispiel der Versicherten näher auszuführen. Ein «Riss» des Kreuzbandes konnte zudem eben gerade nicht objektiviert werden. Dass der Hergang des Ereignisses vom Februar 2017 gerade nicht geeignet war, eine Ausdünnung des vorderen Kreuzbandes zu verursachen, hatte der neutrale Gutachter Dr. I.____ zudem unzweideutig festgehalten (vorstehend E. 5.3). Insofern verliert das Argument von Dr. H.____, es habe 2010 – 12 Jahre nach der Operation – noch immer ein kräftiges, intaktes VKB-Transplantat vorgelegen, bereits an Überzeugungskraft. Diese wird weiter geschwächt dadurch, dass eben auch degenerative Veränderungen nicht zwingend linear verlaufen müssen, weshalb ein intaktes VKB-Transplantat im Jahr 2010 ein ohne weiteres Ereignis ausgedünntes VKB-Transplantat im Jahr 2017 keines falls ausschliesst. Demzufolge spricht entgegen Dr. H.____ auch die Beschwerdefreiheit bei hohem sportlichen Niveau der Versicherten vor dem Ereignis nicht für eine Unfallkausalität. Zudem ist die Argumentation nach der Formel «post hoc ergo propter hoc», nach deren Bedeutung eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch den Unfall verursacht gilt, weil sie nach diesem aufgetreten ist, beweisrechtlich nicht zulässig und vermag zum Nachweis der Unfallkausalität nicht zu genügen (BGE 119 V 335 E. 2b/ bb, Urteil des Bundesgerichts 8C_332 /2013 vom 25. Juli 2013 E. 5.1).

Hierauf hatte denn auch Dr. Z.____ hingewiesen: Es sei nicht von Bedeutung, ob die Veränderungen im Bereich des VKB-Transplantates zuvor symptomatisch gewesen seien oder nicht.

Dasselbe gilt mit Dr. Z.____ für den Riss des lateralen Meniskus. Auch hier ist es entgegen Dr. H.____ (vorstehend E. 5.4) nicht entscheidend, dass von 2010 bis 2017 keine Symptome aufgetreten waren. Mit den Gutachtern war sie sodann insoweit einig, dass im MRI 2010 eine Vorschädigung des Meniskus festgestellt worden war. Damals habe jedoch nur eine Läsion vorgelegen, unter dessen liege eine Ruptur vor, welche überwiegend wahrscheinlich eine Unfallfolge von 2017 sei. Diese Schlussfolgerung wurde von ihr allerdings nicht weiter begründet. Mit Dr. Z.____

ist es zwar nicht ganz auszuschliessen, dass sich die erwähnte Vorschädigung durch das eher geringfügige Ereignis von 2017 zu einem Riss auswuchs, was diesfalls aber nur deshalb möglich war, weil eine vorbestehende Kreuzbandinsuffizienz bestand. Dies führt erneut zum Ergebnis, dass nicht das Ereignis 2017, sondern das Ereignis von 1998 natürlich

kausal war für die im April 2017 operativ behandelten Kniebeschwerden, wie die Gutachter denn auch betonen. Der jetzige Zustand im Meniskus hätte sich nach dem schicksalhaftem Verlauf aufgrund des Vorzustandes also auch ohne Unfall früher oder später eingestellt (vgl. vorstehend E. 1.2).

E. 6.5

Die Schlussfolgerungen der beiden Gutachter sind somit nicht nur in sich stimmig und nachvollziehbar, sondern sie können auch durch die Stellungnahmen der beratenden Ärztin der Beschwerdeführerin nicht ernsthaft erschüttert werden.

Es ist somit erstellt, dass das Ereignis vom 25. Februar 2017 den Vorzustand nur vorübergehend verschlimmerte und der Status quo sine mit dem MRI vom 21. März 2017 erreicht wurde.

E. 6.6

Der angefochtene Einspracheentscheid erweist sich demnach als rechtens, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 7.

7.1

Die Beschwerdegegnerin regte an, es sei zu prüfen, ob der Beschwerdeführerin die Kosten für das Beschwerdeverfahren wegen mutwilligen oder leichtsinnigen Verhaltens aufzuerlegen seien (Urk. 6 S. 5 Ziff. 6). 7.2

Das Verfahren vor dem zürcherischen Sozialversicherungsgericht ist in der Regel kostenlos (§ 33 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). Einer Partei, die sich mutwillig oder leichtsinnig verhält, können jedoch eine Spruchgebühr und die Verfahrenskosten auferlegt werden (§ 33 Abs. 2 GSVGer). Nach der Rechtsprechung kann leichtsinnige oder mutwillige Prozessführung vorliegen, wenn die Partei ihre Eingabe auf einen Sachverhalt abstützt, von dem sie weiss oder bei der ihr zumutbaren Sorgfalt wissen müsste, dass er unrichtig ist. Leichtsinnige oder mutwillige Prozessführung liegt aber solange nicht vor, als es der Partei darum geht, einen bestimmten, nicht als willkürlich erscheinenden Standpunkt durch den Richter beurteilen zu lassen

(BGE 128 V 323; SZS 1995 S. 386 E. 3a mit Hinweisen). 7.3

Die Beschwerdeführerin hat einen Anspruch auf justizielle Überprüfung des Einspracheentscheids

(vgl. vorstehend E. 7.2). Dabei war vorliegend die relativ komplexe Kausalitätsfrage in aufwändiger Beweiswürdigung zu beantworten (vorstehend E. 6). Das Ergebnis dieser Prüfung konnte die Beschwerdeführerin nicht im Vorherein wissen und es wird denn auch nicht dargetan, inwiefern sie sich mut- oder leichtsinnig verhalten haben sollte. Von einer Kostenaufgabe ist daher abzusehen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Helsana Versicherungen AG unter Beilage einer Kopie von Urk. 18 - Rechtsanwalt Dr. Martin Schmid unter Beilage einer Kopie von Urk. 18 - Rechtsanwältin Astrid Meienberg - 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
Der Gerichtsschreiber
Mosimann
Boller

E. 10

f. Ziff. 1). Die im MRI klaren Angaben über die ganglionartigen Reaktionen im lateralen Corpusgebiet des dort extrudierten Meniskus und im Bereich des VKB-Transplantates sprechen ganz klar für eine über Jahre entstandene degenerative Vorschädigung. Diese Veränderungen könnten sicher nicht als frische Unfallfolgen gewertet werden. Es sei nicht von Bedeutung, ob diese zuvor symptomatisch gewesen seien (S. 11 Mitte Ziff. 1).

Der 2010 von Dr. C. ___ festgehaltene Rotationsschmerz sei ein deutliches klinisches Zeichen einer relevanten Meniskuslateral. Die seit 1998 vorbestehenden erheblichen Kniebinnenschädigungen seien mutmasslich 2010 vorübergehend aktiviert worden. Der Zustand des linken Kniegelenkes sei 2010 aber wiederum fachärztlich zu wenig sorgfältig dokumentiert worden, so dass nur eine Aussage über den lateralen Meniskus gemacht werden könne (S. 12 Mitte Ziff. 2)

Man müsse davon ausgehen, dass das Ereignis vom 25. Februar 2017 den Vorzustand nur vorübergehend verschlimmert habe. Diese Beurteilung werde erheblich erschwert, da die Versicherte sich bereits fünfeinhalb Wochen nach dem Ereignis erneut einem stabilisierenden Eingriff am linken Knie unterzogen habe (S. 12 unten Ziff. 3). Es gebe keine klaren Hinweise, dass die Operation vom 4. April 2017 wegen der Unfallfolgen von 2017 hätte gemacht werden müssen (S. 13 Ziff. 4). Die Operation sei mindestens überwiegend wahrscheinlich auf die Folgeerscheinungen des Ereignisses von 1998 zurückzuführen (S. 15 Ziff. 5).

Der Status quo sine mit Bezug auf das Ereignis vom 25. Februar 2017 könne nicht beurteilt werden, da der operative Eingriff vom 4. April 2017 den Verlauf beeinflusst habe. Da dieser aber nicht notwendig erschienen sei, könne man gut nachvollziehen, dass der Status quo sine mit der MRI-Befundung vom 21. März 2017 abgeschlossen werden könne (S. 15 unten Ziff. 1).

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