

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2020.00167 vom 30. August 2021

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-08-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2020.00167

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2020.00167 du 30 août 2021

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2020.00167 del 30 agosto 2021

Erwägungen

E. 1

Die 1976 geborene X.____ erlitt am 2. Juni 2019 in Y.____ einen Unfall, als sie bei der Bestattung ihrer Mutter, deren Leichnam in offenem Feuer verbrannt wurde, aufgrund des weichen Bodens um die Feuerstelle herum aus rutschte und stürzte, woraufhin sie von mehreren Personen am rechten Arm vom Feuer weg gezogen wurde (Urk. 10/1, Urk. 10/8, Urk. 10/50/1, Urk. 10/58/2, Urk. 1 S. 4). Nachdem ein MRI des rechten Knies vom 20. Juni 2019 eine Aussen menis kus läsion ergeben hatte (Urk. 10/18/4), führte der behandelnde Arzt, Dr. med. Z.____, Facharzt FMH für Chirurgie, am 3. Juli 2019 eine Kniearthros kopie durch (Urk. 10/23/3-4).

Die Suva erbrachte in der Folge die gesetzlichen Leis tungen (Urk. 10/15). Nachdem sie das Dossier ihrem Kreisarzt, Dr. med. A.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungs apparates, vorgelegt hatte (Beurteilung vom 5. September 2019 [Urk. 10/26]), informierte die Suva die Versicherte mit Schreiben vom 16. Septem ber 2019 da rüber, dass sie den Fall per 30. September 2019 abschliesse und einen Anspruch auf weitere Versicherungsleistungen ablehne (Urk. 10/30). PD Dr. med. B.____, Facharzt FMH für Radiologie, führte am 24. September 2019 eine MR Arthrogra phie der rechten Schulter durch

und diagnostizierte einen tiefen bur sa seitigen Einriss in die Supraspinatussehne (Urk. 10/56). Am 11. Oktober 2 019 erschien die Versicherte bei der Suva zu einem persönlichen Gespräch (Aussen dienstrapport vom 11. Oktober 2019 [Urk. 10/50]). Am 5. November 2019 wurde in der Universitätsklinik

C.____ ein MRI am rechten Knie

durchgeführt und eine therapeutische Infiltration vorgenommen (Urk. 10/67 -6 9). Nach Vorlage des Dossiers an ihren Kreisarzt Dr. A.____ (Beurteilung vom 8. November

2019 [Urk. 10/70/3]) teilte die Suva der Versicherten mit Schreiben vom 13. November 2019 mit, dass sie den Fall per 30. September 2019 abschliesse und den Anspruch auf weitere Versicherungsleistungen ablehne (Urk. 10/72). Nachdem die Versi cherte den Erlass einer anfechtbaren Verfügung verlangt hatte (Urk. 10/80), hielt die Suva

– nach erneuter Vorlage an Dr. A.____ (Beurteilung vom 27. Januar 2020 [Urk. 10/82]) – auch mit Verfügung vom 28. Januar 2020 am Fallabschluss

per 30. September 2019 fest (Urk. 10/83). Die dagegen erhobene Einsprache vom 2 7. Februar 2020 (Urk. 10/92) wies die Suva, nach abermaliger Vorlage an ihren Kreisarzt (Stellungnahme Dr. A.____

vom 10. März 2020 [Urk. 10/96]), mit Ein spracheentscheid vom 8. Juni 2020 ab und entzog einer dagegen gerichteten Beschwerde die aufschiebende Wirkung (Urk. 2 = Urk. 10/100).

E. 1.1

Ein Unfall ist gemäss Art. 4 des

Bundesgesetz es über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper , die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat.

E. 1.2

Gemäss Art. 6 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) werden – soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt – die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Abs. 1). Die Versicherung erbringt ihre Leistungen auch bei den im Einzelnen in Abs. 2 auf geführten Körperschädigungen, sofern sie nicht vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen sind. Ausserdem erbringt die Versicherung ihre Leistungen für Schädigungen, die der verunfallten Person bei der Heilbehandlung zugefügt werden (Abs. 3).

Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweck mässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teil weise arbeitsunfähig, so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 Prozent invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente, sofern sich der Unfall vor Erreichen des ordentlichen Rentenalters ereignet hat (Art. 18 Abs. 1 UVG) . Der Rentenanspruch ent steht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Bes er rung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden kann und allfällige Ein gliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG). Erleidet die versicherte Person durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität, so hat sie Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung (Art. 24 Abs. 1 UVG).

E. 1.3.1

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 Vorhanden sein 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 Kausal zusammenhangs 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 weg gedacht 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 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).

E. 1.3.2

Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante), oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist. Ebenso wie der leistungs begründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosser Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatsache handelt, liegt die entsprechende Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungs begründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer. Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend (Urteil des Bundesgerichts 8C_669/2019 vom 25. März 2020 E. 2.2 mit Hinweisen).

Mit dem Erreichen des Status quo sine vel ante entfällt eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden. Solange jedoch dieser Zustand noch nicht wieder erreicht ist, hat der Unfallversicherer gestützt auf Art. 36 Abs. 1 UVG Leistungen zu erbringen (Urteil des Bundesgerichts 8C_589/2017 vom 21. Februar 2018 E. 3.2.3 mit Hinweisen).

E. 1.3.3

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, 402 E. 2.2, 125 V 456 E. 5a).

E. 1.4

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).

Nach der Rechtsprechung kommt auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ ee). Das Anstellungsverhältnis einer versicherungsinternen Fachperson zum Versicherungsträger alleine lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen (BGE 137 V 210 E. 1.4, 135 V 465 E. 4.4). Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1, 139 V 225 E. 5.2, 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7).

E. 2

Dagegen erhob die Versicherte am 9. Juli 2020 Beschwerde und beantragte, es sei der Einspracheentscheid vom 8. Juni 2020 aufzuheben und es seien ihr die Kosten für Heilbehandlungen und Taggeldleistungen weiterhin auszurichten. Eventuell sei eine externe und unabhängige Begutachtung insbesondere hinsichtlich der Kausalität der heute bestehenden Beschwerden vorzunehmen. In prozessualer Hinsicht beantragte die Beschwerdeführerin die Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung (Urk. 1 S. 2). Ihrer Beschwerde legte sie einen Bericht von Dr.

med. D.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates sowie leitender Arzt am Spital G.____, bei, worin über einen am 12. Juni 2020 stattgehabten operativen Eingriff an der Rotatorenmanschette

orientiert wird (Urk. 3/3). Mit Beschwerdeantwort vom 13. November 2020 schloss die Suva – unter Beilage

einer weiteren kreisärztlichen Stellungnahme von Dr. A.____ vom 11. November 2020 (Urk. 10/113) – auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 9). Mit Verfügung vom 25. November 2020 wurde auf das Begehren um Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung der Beschwerde nicht eingetreten und das sinngemässe Begehren um Erlass vor sorglicher Massnahmen abgewiesen (Urk. 11). Im Rahmen des zweiten Schriftenwechsels (vgl. Urk. 11) hielten die Parteien jeweils an ihren bisherigen Anträgen fest (Replik vom 12. April 2021 [Urk. 16] ;

Duplik vom 19. Mai 2021 [Urk. 19],

der Beschwerdeführerin zugestellt mit Verfügung vom 20. Mai 2021 [Urk. 20]). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete ihren Entscheid gestützt auf die Einschätzung ihres Kreisarztes Dr. A.____ damit, dass es vorliegend durch den Unfall vom 2. Juni 2019 am rechten Knie und an der rechten Schulter zu keinen unfallbedingten strukturellen Verletzungen gekommen sei. In beiden Gelenken hätten bereits vor dem Unfall erhebliche degenerative und verschleissbedingte Veränderungen bestanden, die durch das Ereignis lediglich eine Zeit lang, nämlich für vier bis sechs Wochen, vorübergehend verschlimmert worden seien. Nach diesem Zeitpunkt hätten Unfallfolgen (Knieprellung und Schulterdistorsion) im Beschwerdebild der Beschwerdeführerin mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine Rolle mehr gespielt. Auch die intraoperativ erhobenen Befunde

fürten zu keinem anderen Ergebnis, zumal diese physiologisch in einem engen Zusammenhang stünden und unter Berücksichtigung der im Verlauf erhobenen Befunde nicht überwiegend wahrscheinlich unfallkausal seien. So hätten auch die von Dr. Z.____ erhobenen Erstbefunde weder an der Subscapularissehne noch an der Bizepssehne einen pathologischen Befund ergeben und hätten diese Pathologien erst intra operativ erhoben werden können, was klinisch einem Zufallsbefund entspreche. Insgesamt sei davon auszugehen, dass das Ereignis vom 2. Juni 2019 zu einer vorübergehenden Verschlimmerung des krankhaften Vorzustandes geführt habe und der Status quo sine nach Zerrung spätestens nach sechs Wochen erreicht gewesen sei. Mit dem Erreichen des Status quo sine entfalle eine unfallbedingte Teilursächlichkeit der weiterhin anhaltenden Beschwerden (Urk. 2 , Urk. 9 , vgl. auch Urk. 19).

E. 2.2

Dahingegen vertritt die Beschwerdeführerin den Standpunkt, gestützt auf die Beurteilung des Operateurs , Dr. D.____ , werde deutlich, dass es sich um eine durch das Unfallereignis verursachte Läsion der Sehne handle, welche die Operation im Juni 2020 notwendig gemacht habe. Die Beschwerdeführerin , als übergewichtige Frau, sei von mehreren Personen an einem Arm ruckartig aus einem Feuer gezogen worden. Es entspreche dem gewöhnlichen Lauf der Dinge, dass eine solche Einwirkung auf den Körper den (glücklicherweise nicht vollständigen) Riss einer im Schulterbereich befindlichen Sehne bewirke. Der Status quo ante (oder sine) sei frühestens nach dem Verheilen der am 16. Juni 2020 erfolgten Operation erreicht worden . Sollte das sachverständige Zeugnis des Operateurs nicht genügen, sei eine neue und unabhängige Beurteilung der Verletzung der Beschwerdeführerin notwendig, zumal bisher lediglich eine nicht nachvollziehbare Akten-Begutachtung stattgefunden habe und schwerwiegende Widersprüche innerhalb der vorliegenden Akten bestehen würden (Urk. 1 , Urk. 16).

E. 3.1

Dr. med. E.____ , Facharzt FMH für Radiologie, hielt in seiner radiologischen Beurteilung vom 20. Juni

2019 (MRI rechtes Knie) folgendes fest (Urk. 10/18/4) : - Dysplasie der Patellagleitlager mit lateraler Neigung der Patella und deutlicher osteochondraler Läsion im lateralen Abschnitt des femoropatellaren Gelenks,

begleitende Affektion der

Synovia sowie Kniegelenkerguss - Aussenmeniskusläsion mit Fragmentierungen des Vorderhorns,

kein Nachweis einer Läsion des Innenmeniskus - Chondrale Läsion des medialen wie auch lateralen Femurkondylus Grad II/III - Kein Nachweis einer Ruptur der ligamentären Strukturen - Schmale Baker-Zyste

E. 3.2

Dr. Z.____ führte bei der Beschwerdeführerin am 3. Juli 2019 eine Kniearthroskopie rechts mit Gelenktoilette, partieller Synovectomie mit Plicaresektion , partieller Meniskusresektion medial und lateral, Mikrofracturing Knorpelschaden laterale Trochlea sowie arthroskopischer Entfernung des Knochenfragments durch (Urk. 10/23/3-4).

In seinem Operationsbericht vom 4. Juli 2019 stellte er folgende Diagnosen (Urk. 10/23/3):
- Medialer Meniskusriss Übergang Vorderhorn/Zirkumferenz - Lateraler Meniskusriss Vorderhorn - Laterale Hyperkompression mit chondralem Schaden laterale mit Knorpel glatte laterale Trochlea bei Trochleadysplasie - Chondraler Schaden retropatellär - Distorsion mediales Seitenband (Grad I) - Bakerzyste Knie rechts

E. 3.3

Dr. A.____ hielt in seiner kreisärztlichen Beurteilung vom 5. September 2019 fest, der Unfall habe nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu zusätzlichen strukturellen Läsionen geführt, welche objektivierbar seien. Die am 20. Juni 2019 bildgebend dargestellten strukturellen Läsionen am Meniskus seien überwiegend wahrscheinlich degenerativer Natur, es handle sich um eine sogenannte Delaminiierung des Meniskus. Ebenso ergebe der intraoperative Befund das typische Bild einer beginnenden Gonarthrose mit Knorpelglatze an der Trochlea und Chondromalazie bis Grad III im lateralen Kompartiment. Zusammenfassend habe sich bildmorphologisch und intraoperativ der Gesamtbefund eines degenerativen Verschleissleidens im Bereich des rechten Kniegelenks ergeben. Begleitverletzungen, die eine plötzliche Verletzung des Meniskus begründen könnten, beispielsweise Bandverletzungen durch die Überschreitung des natürlichen Bewegungsspielraums des Kniegelenks, Knochenbrüche, Zeichen einer meniskokapsulären Separation oder Rissbildung in der hinteren Aufhängung des Meniskus als Zeichen einer traumatischen Rissbildung würden bildgebend und intraoperativ nicht dargestellt.

Der Gesundheitszustand, wie er auch ohne Unfall vorliegen würde, sei nach vier bis sechs Wochen erreicht, der Status quo sine nach Zerrung (Urk. 10/26/2 -3).

E. 3.7

Dr. A.____ hielt in seiner kreisärztlichen Beurteilung vom 27. Januar 2020 fest, die Beschwerdeführerin habe am 18. Juni 2019 erstmals in der Schweiz ärztliche Hilfe in Anspruch genommen und zu diesem Zeitpunkt über Beschwerden im rechten Kniegelenk geklagt. Verbrennungsfolgen seien nicht behandelt und Schulterbeschwerden nicht geklagt worden. Im Verlauf sei die Beschwerdeführerin am rechten Kniegelenk operiert worden, wobei erhebliche degenerative Veränderungen festgestellt und chirurgisch behandelt worden seien. Im weiteren Verlauf habe die Beschwerdeführerin über Schulterschmerzen rechts geklagt.

Bei den mit Bildgebung vom 24. September 2019

dargestellten krankhaften Veränderungen handle es sich nach dem derzeitigen medizinischen Wissensstand mit überwiegender Wahrscheinlichkeit um bereits vor dem Ereignis vorhandene pathologische Veränderungen, welche vorübergehend verschlimmert worden seien.

So habe in der rechten Schulter mit einem bursaseitigen Einriss der Supraspinatussehne, einer Tendinopathie der Supraspinatussehne sowie einer Impingementkonfiguration und Bursitis ein degeneratives Verschleissleiden vorgelegen. Die Kontinuitätsunterbrechung, im Befund als «Bursaseitiger Einriss» bezeichnet, finde sich an der Prädilektionslokalisation für Verschleiss aufgrund der Minderdurchblutung in dieser Region.

Es handle sich um eine abnutzungsbedingte Ablösung der Sehne durch Gewebeverschleiss von ihrem Ursprung und nicht um einen traumatischen Abriss der Sehne.

Die Beschwerdeführerin habe das Prädilektionsalter für Verschleiss erreicht. Das geschilderte Ereignis, am rechten Arm aus dem Feuer gezogen worden zu sein, sei nicht überwiegend wahrscheinlich geeignet gewesen, die dargestellten Pathologien herbeizuführen. Wäre es bei dem Rettungsmanöver zu einer Überschreitung der Belastbarkeit der Sehnenansätze gekommen, wären Schulterschmerzen aufgrund einer Sehnenzerreissung das Leitsymptom gewesen und es wäre zu einer zeitnahen Inanspruchnahme von medizinischer Hilfe gekommen. Dies sei vorliegend nicht der Fall gewesen. Die Bildgebung sei knapp vier Monate nach dem Ereignis veranlasst worden. Die von der Beschwerdeführerin angegebenen Geräusche beim Armzug seien nicht auf allfällige 80%ige Rissbildungen zurückzuführen, da Partialrupturen nicht mit hörbaren «Reiss»-Geräuschen einhergingen. Es habe somit ein degeneratives Verschleissleiden in der rechten Schulter vorgelegen. Bei dem Ereignis sei es zu einer Prellung oder Zerrung gekommen. Der Gesundheitszustand, wie er auch ohne Unfall vorliegen würde, sei nach vier bis sechs Wochen erreicht worden, der Status quo sine nach Prellung/Zerrung (Urk. 10/82/7-8, vgl. auch Urk. 10/70).

E. 3.8

In seinem Sprechstundenbericht vom 26. Februar 2020 stellte

Dr. D.____ folgende Diagnosen (Urk. 10/90/1): - Posttraumatische Schulterschmerzen rechts mit Bursitis subacromialis bei bursaseitiger

Supraspinatus Partialruptur AC- Arthropathie - Status nach Sturz am 2. Juni 2019 - Belastungsabhängige, traumatisch aktivierte Knieschmerzen nach gleichem Sturz am 2. Juni 2019 - Fortgeschrittene retropatellar Arthrose IV° - Status nach KAS und Mikrofrakturierung laterale Trochlea (Dr. Z.____, 3. Juli 2019) - Belastungsabhängige Knieschmerzen links bei retropatellar Arthrose IV°

Der Sturz vom 2. Juni 2019 sei ursächlich für die persistierenden Schulter- und Knieschmerzen. Es handle sich um posttraumatische Schulterschmerzen rechts bei MR-tomographisch nachgewiesener Partialruptur der Supraspinatussehne sowie AC-Arthropathie. Im C.____ sei eine glenohumerale Infiltration empfohlen worden. Dies werde als nächster Schritt ebenfalls als sinnvoll erachtet. Auch bei den Knieschmerzen handle es sich sehr wahrscheinlich um eine unfallbedingte Aktivierung der vorbestehenden Chondropathie mit einer Verschlechterung durch das operative Vorgehen. Hier sei mit der Beschwerdeführerin ein femoropatellärer Ersatz diskutiert worden. Dies sei bei persistierenden Beschwerden sicherlich die einzige Möglichkeit, um langfristig eine Verbesserung der Beschwerden zu erlangen (Urk. 10/90).

E. 3.9

Am 12. Juni 2020 wurde im Spital G.____

eine Schulterarthroskopie mit partieller Rekonstruktion der Subscapularissehne durchgeführt. Im Operationsbericht vom 16. Juni 2020 hielt Dr. D.____ fest, intraoperativ hätte sich eine anteriore Instabilität bei Oberrand-Läsion der Subscapularissehne sowie eine leichte Re-traktion und eine ansatznahe intratendinöse Rissbildung gezeigt. Supraspinatussehne und Infraspinatussehne seien intakt gewesen und es habe kein Anhalt für eine transmurale Ruptur bestanden. Es habe eine anatomische, stabile Refixation der Subscapularissehne erreicht werden können. Weiter habe sich eine Bursitis subacromialis sowie eine Sporenbildung antero laterales Akromion gezeigt, woraufhin eine

Akromioplastik mit sparsamer Sporenabtragung vorgenommen worden sei. Auch von subacromial habe sich kein Anhalt für eine transmurale

Rissbildung gezeigt (Urk. 3/3).

E. 3.10

Dr. A.____

führte in seiner kreisärztlichen Beurteilung vom 11. November 2020 aus, eine Teilkausalität in Bezug auf die chirurgisch adressierten Pathologien durch das Ereignis sei nicht überwiegend wahrscheinlich, sondern nur möglich. Durch Längszug auf den Arm komme es zu einer Zugbelastung auf alle Muskelgruppen, welche das Schultergelenk umfassten, durch reflektorische/unwillkürliche Kontraktion dieser Muskeln werde ein Überschreiten des physiologischen Bewegungsspielraums verhindert, welches

einen Sehnen (partial-)riss begründen könnte. Es käme sonst zu einer (Teil-)Verrenkung des Schultergelenks, da dieses vorwiegend muskulär stabilisiert werde und der Bandapparat eine untergeordnete Rolle spiele. Die hochelastische Gelenkkapsel ermögliche den besten Bewegungsumfang aller Gelenke des Menschen, mehr als 180° in allen Ebenen. Eine begleitende Schädigung der Gelenkkapsel durch Überschreitung des natürlichen Bewegungsspielraums durch Zug am Arm sei möglich bei einer erwachsenen Person.

Diese sei aber weder klinisch, bildgebend noch intraoperativ objektiviert worden, sodass davon ausgegangen werden könne, dass das Zugmanöver zu keiner unphysiologischen Überschreitung des Bewegungsspielraums und daraus folgend zu einer Teilerreissung der Subscapularissehne geführt habe.

Die Muskelkontraktionsreflexe hätten das Schultergelenk ausreichend stabilisiert, um der Zugbelastung entgegenzuhalten, ohne dass es zu einer richtungsgebenden Verschlimmerung im Sinne einer Partialruptur der Subscapularissehne gekommen sei. Dies entspreche einem physiologischen und natürlichen Bewegungsablauf eines Längszuges auf einen Arm gegen den Gewichtswiderstand des Körpers. Die erhobenen Erstbefunde bei Dr. Z.____

hätten weder an der Subscapularissehne noch an der Bizepssehne auf einen pathologischen Befund schließen lassen. Pathologien hätten erst intraoperativ erhoben werden können. Dies entspreche klinisch einem Zufallsbefund, versicherungsmedizinisch stehe dieser Befund nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in kausalem Zusammenhang mit dem Ziehen am Arm der Beschwerdeführerin. Da nach derzeitigem medizinischen Wissensstand keine anderslautende Erklärung für die geklagten Beschwerden überwiegend wahrscheinlich sei, werde weiterhin an der bisherigen Beurteilung festgehalten (Urk. 10/113/10-11). 4.

E. 4

Gestützt auf ein am 24. September 2019 erstelltes MRI an der rechten Schulter erstattete

PD Dr. B.____ folgende Beurteilung (Urk. 10/56): - Tiefer bursseitiger Einriss in die Supraspinatussehne (sagittal 13 mm) betreffend maximal 80 % der Sehnendicke - Wenig Ödem entlang dem

muskulotendinösen Übergang sowie der anterioren Anteile der Supraspinatussehne - Bursitis subacromialis / subdeltoidea bei leichter subakromialer

Impingementkonfiguration 3.5

In seinem Bericht vom 3. Oktober 2019 hielt Dr. Z. ___ fest, die Beschwerde der Beschwerdeführerin habe im Rahmen der

Rotatorenmanschetten-Tests

bei der Prüfung der Supraspinatussehne Schmerzen angegeben. Die Abduktion sei gegen Widerstand abgeschwächt gewesen. Die Prüfung der Infraspinatussehne sei nicht pathologisch und diejenige der Subscapularissehne

nicht schmerzhaft gewesen. Beim Test der langen Bicepssehne habe die Beschwerdeführerin keine Schmerzen angegeben. Klinisch hätten sich keine Hinweise für Schultergelenkspathologien im Sinne einer Omarthrose ergeben. Aufgrund der klinischen Tests und der Befunde mit Impingement und tiefer bursalseitiger Partialruptur der Supraspinatussehne werde vorerst mit Physiotherapie eine konservative Therapie durchgeführt, da die Beschwerdeführerin aktuell wegen ihren Patellapathologien noch deutlich Beschwerden habe. Sollte sich keine Verbesserung unter konservativer Therapie einstellen, müsse mit der Beschwerdeführerin

allenfalls sekundär über einen operativen Eingriff gesprochen werden (Urk. 10/58/2-3). 3.

E. 4.1

Die Beschwerdegegnerin anerkannte hinsichtlich des Ereignisses vom 2. Juni 2019 grundsätzlich ihre Leistungspflicht (Urk. 10/15). Strittig und zu prüfen ist jedoch, ob sie ihre Leistungen zu Recht mit der Begründung, die bestehenden Beschwerden seien nicht mehr unfallbedingt, per 30. September 2019 eingestellt hat.

E. 4.2

Im angefochtenen Entscheid stützte sich die

Beschwerdegegnerin

insbesondere auf die fachärztlichen

Beurteilungen ihres Kreisarztes Dr. A. ___ (Urk. 10/26, Urk. 10/70, Urk. 10/82, Urk. 10/96). Nachdem sich Dr. A. ___ in seiner ersten Stellungnahme vom 5. September 2019 ausschliesslich mit den Beschwerden am rechten Knie befasst hatte, bezog er in seine hernach erstatteten Beurteilungen auch die erst später geklagte Beschwerdesymptomatik an der rechten Schulter mit ein, womit sich die selben als für die streitigen Belange umfassend erweisen. Die

kreisärztlichen Beurteilungen wurden in Kenntnis der relevanten Vorakten erstellt, leuchten in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein und enthalten jeweils eine nachvollziehbar begründete Schlussfolgerung. Mit seiner im Rahmen des vorliegenden Beschwerdeverfahrens erstatteten Beurteilung vom 11. November

2020 (Urk. 10/113) bestätigte Dr. A. ___ seine bisherige Einschätzung

auch nach Kenntnisnahme der intraoperativen Befunde

vom 12. Juni 2020

(vgl. Urk. 3/3).

E. 4.3

Nach dem Unfall begab sich die Beschwerdeführerin

erstmalig am 18. Juni 2019 in ärztliche Behandlung (Urk. 10/7, E. 3.7). Die Behandlung beschränkte sich dabei auf die Beschwerdesymptomatik am rechten Kniegelenk (vgl. Urk. 10/9, Urk. 10/18, Urk. 10/23/3-4). Diesbezüglich ergibt sich aus der Einschätzung von Dr. A. ___ vom 5. September 2019, dass aufgrund der zeitnah zum Unfall ereignis erstellten Bildgebung keine zusätzlichen durch den Unfall verursachten strukturellen Läsionen am rechten Kniegelenk objektiviert wurden. Die bildgebend dargestellten Pathologien führte er auf eine vorbestehende Gonarthrose sowie auf eine Delaminierung des Meniskus und damit auf ein degeneratives Verschleissleiden zurück (E. 3.3). Diese Einschätzung stützt sich auf die von Dr. E. ___ am 20. Juni 2019 erhobenen fachradiologischen Befunde (E. 3.1), welche sich auch aufgrund der von Dr. Z. ___ am 3. Juli 2019 erhobenen intraoperativen Befunde bestätigten (Urk. 10/23/3-4).

Dr. E. ___ hielt in seiner Beurteilung vom 20. Juni 2019 sodann einleitend fest, dass die Beschwerdeführerin bereits seit 4 Monaten unter zunehmenden Knieschmerzen leide (Urk. 10/18/4), was ebenfalls als Indiz für einen krankhaften Vorzustand zu werten ist. In Übereinstimmung

mit der kreisärztlichen Beurteilung führte auch Dr. F. ___ die geklagten Knieschmerzen in seinem Sprechstundenbericht vom 5. November 2019 auf eine fortgeschrittene Chondropathie

retropatellär mit Knorpelglatze zurück und hielt prognostisch fest, dass optimalerweise ein Zustand wie prätraumatisch im Sinne einer stabilen retro patellären Arthrose erreicht werden könne (E. 3.6). Eine fortgeschrittene retropatelläre Arthrose wurde sodann auch durch Dr. D. ___ bestätigt (E. 3.8). Der Schluss von Dr. A. ___ auf eine vorwiegend degenerative Verursachung der strukturellen Schädigungen am rechten Kniegelenk und damit auf einen Vorzustand erweist sich vor diesem Hintergrund als schlüssig und wurde im Rahmen des Beschwerdeverfahrens auch von Seiten der Beschwerdeführerin nicht in Frage gestellt (Urk. 1, Urk. 16). 4. 4 4.4.1

Die Beschwerdeführerin stützt den geltend gemachten Leistungsanspruch auf eine Beschwerdesymptomatik an der rechten Schulter (E. 2.2). Die nach dem Unfall vom 2. Juni 2019 aufgenommene orthopädische Behandlung beschränkte sich – wie bereits erwähnt (E. 4.3) – auf die persistierenden Knieschmerzen.

Auch der Schadenmeldung vom 22. Juli 2019 (Urk. 10/1)

und den Telefonnotizen vom 21. respektive vom 26. August 2019 lassen sich keine Hinweise auf zeitnah zum Unfall aufgetretene Bewegungseinschränkungen oder sonstige Beschwerden an der rechten Schulter entnehmen (Urk. 10/12, Urk. 10/19). Die Beschwerdeführerin gab sodann selber an, sie habe nach dem Unfall nur wenig

Schmerzen an der rechten Schulter gehabt und solche

erstmalig im September 2019 anlässlich einer ärztlichen Konsultation wegen des Knies beklagt (Urk. 10/50/1-2).

Dass bei der Beschwerdeführerin

zeitnah zum Unfall keine erhebliche Beschwerdesymptomatik an der rechten Schulter auftrat, wertete Dr. A.____

als Indiz für einen degenerativen Vorzustand und begründete dies

nachvollziehbar damit, dass Schulter Schmerzen bei einer traumatischen Sehnenzerreissung das Leitsymptom gewesen wären (E. 3.7).

Damit sind direkt nach dem Unfall einsetzende Beschwerden an der rechten Schulter nicht mit Überwiegen der Wahrscheinlichkeit erstellt und spricht der Verlauf

gegen eine Unfallkausalität der strukturellen Schäden im Bereich des rechten Schultergelenks. 4.4.2

Im Weiteren sind gestützt auf die Akten zahlreiche degenerative Veränderungen an der Rotatorenmanschette erstellt. So lässt sich aus der radiologischen Beurteilung von PD Dr. B.____ vom 24. September 2019 eine Tendinopathie an der Supraspinatussehne, eine Bursitis

subacromialis / subdeltoidea mit deutlich erkennbarer

Flüssigkeit in der Bursa sowie eine leichte subakromiale

Impingement - Konfiguration entnehmen (Urk. 10/56). Dr. Z.____ diagnostizierte daraufhin ebenfalls ein Impingementsyndrom sowie eine Bursitis subacromialis / subdeltoidea (Urk. 10/58). Dr. A.____

nannte in seiner Beurteilung vom 27. Januar 2020 die verschiedenen degenerativen Verschleisserscheinungen und fügte ergänzend hinzu, die Kontinuitätsunterbrechung der Supraspinatussehne finde sich an der Prädilektionslokalisation für Verschleiss aufgrund der Minderdurchblutung in dieser Region. Ferner hätte sich keine begleitende Schädigung der Gelenkkapsel durch Überschreitung des natürlichen Bewegungsspielraums ergeben (E. 3.7). Dr. D.____ führte den strukturellen Schaden und die Beschwerden in seinem Bericht vom 26. Februar 2020 zwar kausal auf den Unfall vom 2. Juni 2019 zurück, stellte darin

aber nicht in Frage, dass sich –

wie von Dr. A.____ im Einzelnen dargelegt – dem MRI vom 24. September 2019 zahlreiche degenerative Veränderungen an der Rotatorenmanschette entnehmen lassen (Urk. 10/90). Eine nachvollziehbare Begründung, weshalb die strukturellen Schädigungen an der Rotatorenmanschette auf den Unfall vom 2. Juni 2019 zurückzuführen sein sollten, lassen sich dem Bericht von Dr. D.____ vom 26. Februar 2020 ebenso wenig entnehmen wie auch neue, bisher unberücksichtigte medizinische Tatsachen (vgl. Urk. 10/96).

Gleiches hat auch für die von Dr. D.____ gegenüber dem Rechtsanwalt der Beschwerdeführerin erstatteten mündlichen Auskünfte zu gelten

(Urk. 1 S. 7, Urk. 16 S. 4).

Soweit die Beschwerdeführerin eine Unfallkausalität mit von Dr. D.____

genannten «posttraumatischen Schulterschmerzen» (E. 3.8) begründet (Urk. 16 S. 6), bedient sie sich einer beweisrechtlich unzulässigen Argumentation nach der Formel «post hoc ergo propter hoc», welche zum Nachweis der Unfallkausalität nicht zu genügen vermag (BGE 119 V 335 E. 2b/ bb, Urteil des Bundesgerichts 8C_332/2013 vom 25. Juli 2013

E. 5.1). Entgegen dem Dafürhalten der Beschwerdeführerin vermögen sodann auch die intraoperativen Befunde vom 12. Juni 2020 – mit welchen sich

Dr. A.____ in seiner Beurteilung vom 11. November 2020 eingehend auseinandersetzte – die kreisärztliche Beurteilung nicht in Frage zu stellen. Dass er die am 12. Juni 2020 intraoperativ festgestellte Partialruptur der Subscapularissehne als Zufallsbefund qualifizierte und einen kausalen Zusammenhang zum Unfall vom 2. Juni 2019 verneinte, begründete Dr. A.____ nachvollziehbar damit, dass weder die von Dr. Z.____ erhobenen Erstbefunde («Prüfungen der Subscapularissehne ist nicht schmerzhaft», «keine Schmerzen bei Test der langen Bicepssehne» [Urk. 10/58/3]) noch die erstellte Bildgebung (Urk. 10/56)

Hinweise für eine Pathologie an der Subscapularis - oder an der Bizepssehne

gezeigt hätten (vgl. Urk. 10/ 113/11). Die von Dr. D.____ erhobene leichte Degeneration am Bizepsanker sowie die Bursitis subacromialis (Urk. 3/3) bekräftigen sodann den kreisärztlichen Schluss auf einen degenerativen Vorzustand. 4.4.3

Die Schlussfolgerung von Dr. A.____, wonach die strukturellen Veränderungen am rechten Schultergelenk insgesamt als degenerativ zu beurteilen und nicht überwiegend wahrscheinlich Folge der erlittenen Prellung respektive Zerrung sind, erweist sich in Anbetracht des Gesagten als begründet und nachvollziehbar. Daran ändert auch der Umstand nichts, dass Dr. A.____ die Beschwerdeführerin nicht persönlich untersucht hat, zumal vorliegend bei an sich feststehendem medizinischem Sachverhalt die direkte fachärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_558/2016 vom 4. November 2016 E. 6.1 mit Hinweis, 8C_855/2018 vom 14. März 2019 E. 6.1). Entgegen dem Dafürhalten der Beschwerdeführerin

(vgl. Urk. 1 S. 6 ff., Urk. 16 S. 4 ff.) vermögen die Berichte von Dr. D.____ keine ernsthaften Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der kreisärztlichen Beurteilung hervorzurufen. So begründete Dr. D.____

insbesondere nicht, weshalb

er trotz den zahlreichen degenerativen Veränderungen auf eine traumatische Ursache der strukturellen Schädigung an der Rotatorenmanschette schloss. Die – erst Monate nach dem Unfallereignis einsetzenden (vgl. dazu E. 4.4.1) – Beschwerden an der rechten Schulter führte Dr. A.____

nachvollziehbar auf degenerative Veränderungen zurück (Urk. 10/ 113/10)

und stellen damit kein Argument für eine traumatische Ursache des strukturellen Gesundheitsschadens dar. Ebenfalls genügt – wie von Dr. A.____ in seiner Beurteilung vom 11. November 2020 nachvollziehbar begründet (vgl. Urk. 10/113/11) – das Alter der Beschwerdeführerin

(vgl. Urk. 1 S. 7,

Urk. 16 S. 4 und S. 7) nicht, um mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf eine traumatische Ursache des Gesundheitsschadens schliessen zu können. Soweit die Beschwerdeführerin

vorbrachte, es entspreche dem gewöhnlichen Lauf der Dinge, dass das ruckartige Ziehen einer überge wichtigen Person an einem Arm von mehreren Personen aus einem Feuer, einen partiellen Riss einer im Schulterbereich befindlichen Sehne bewirke (Urk. 1 S. 8), vermag sie diese These nicht mit einer medizinischen Beurteilung zu untermauern. Vor diesem Hintergrund und in Anbetracht des Umstandes, dass es als Unfallmediziner gerade die Aufgabe von Dr. A.____ ist, den Ursache-/Wirkungszusammenhang zwischen einem Unfallereignis und einer vorhandenen (somatischen) Gesundheitsstörung zu klären und namentlich dazu Stellung zu nehmen, ob ein bestimmtes Unfallgeschehen nach unfallmedizinischer Erfahrung physiologisch geeignet war – allenfalls als blosser Teilursache, aber mit überwiegender Wahrscheinlichkeit –, zur fraglichen Gesundheitsstörung zu führen (Urteil des Bundesgerichts 8C_855/2018 vom 14. März 2019 E. 6.2.2), vermag die Beschwerdeführerin diesbezüglich nichts für sich zu gewinnen. Dies gilt umso mehr, als Dr. A.____ eingehend begründete, weshalb der geschilderte Unfallmechanismus aus medizinischer Sicht nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit geeignet sei, eine Verletzung in der Form der eingetretenen zu verursachen (E. 3.10, vgl. auch Urk. 10/82/8).

Zusammengefasst steht der kreisärztlichen Einschätzung einer degenerativen Verursachung der strukturellen Schädigung am rechten Schultergelenk und damit eines Vorzustands keine begründete abweichende medizinische Beurteilung entgegen und sind auch im Weiteren keine Gründe dafür auszumachen, um dieselbe in Frage zu stellen. Bei dieser Aktenlage sind weitergehende medizinische Erhebungen nicht erforderlich (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 136 I 229 E. 5.3 mit Hinweis), da hiervon keine neuen Erkenntnisse zu erwarten sind.

E. 4.5

Treten im Anschluss an einen Unfall Beschwerden auf (die zuvor nicht bestanden) und ist aber davon auszugehen, dass durch den Unfall lediglich ein (zuvor stummer) Vorzustand aktiviert, nicht aber verursacht worden ist, so hat der Unfallversicherer nur Leistungen für das unmittelbar im Zusammenhang mit dem Unfall stehende Schmerzsyndrom gemäss Art. 36 Abs. 1 UVG zu erbringen und es entfällt bei Erreichen des Status quo sine vel ante eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden (Urteile des Bundesgerichts 8C_816/2009 vom 21. Mai 2010 E. 4.3, 8C_181/2009 vom 30. September 2009 E. 5.4 f., 8C_326/2008 vom 24. Juni 2008 E. 3.2 und d 4). Es ist daher gestützt auf die versicherungsmedizinische Beurteilung von Dr. A.____

mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass der Unfall vom 2. Juni 2019 zu keiner mit überwiegender Wahrscheinlichkeit feststellbaren strukturellen Verletzung im rechten Schultergelenk (E. 4.4) oder dem rechten Kniegelenk (vgl. E. 4.3)

geführt hat, sondern jeweils lediglich zu einer vorübergehenden Verschlimmerung eines degenerativen Vorzustandes.

In Bezug auf die Folgen der Knieprellung und der Schulterdistorsion ist mit Dr. A.____ vom Erreichen des Status quo sine spätestens 6 Wochen nach dem Unfall, somit Mitte Juli 2019 auszugehen (E. 3.7). Vor diesem Hintergrund ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdeführerin den Fall auf den 30. September 2019 abschloss. 4.6

Da die über den 30. September 2019 hinaus geklagten Beschwerden vorwiegend, das heisst zu mehr als 50% auf Abnutzung zurückzuführen sind, entfällt die Prüfung einer Listenverletzung nach Art. 6 Abs. 2 UVG ohne weiteres (vgl. BGE

146 V 51 E. 9.2). 5.

Der angefochtene Entscheid erweist sich damit als rechtmässig. Dies hat die Abweisung der dagegen erhobenen Beschwerde zur Folge. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Pierre André Rosselet - 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 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 Vogel Kübler

E. 6

In seinem Sprechstundenbericht vom 5. November 2019 führte Dr. med. F.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates sowie Oberarzt an der Universitätsklinik

C.____, aus, die von der Beschwerdeführerin geklagten belastungsabhängigen Knieschmerzen bestätigen aufgrund der fortgeschrittenen Chondropathie

retropatellär mit Knorpelglätte ebenda. Zudem besteht auch linksseitig der Verdacht auf eine relevante retropatelläre Arthrose. Rechtsseitig besteht zudem eine Valgusachse von fast 7° sowie ein TAGT, welcher mit 17 mm pathologisch sei. Beides seien Faktoren, welche den Anpressdruck der Patella auf die chondropathische Facette deutlich vergrösserten. Die Schmerzzunahme durch den Eingriff werde im Rahmen einer nun aktivierten Arthrose interpretiert. In erster Linie werde eine diagnostisch-therapeutische Kniegelenksinfiltration mit Steroiden vorgeschlagen, um die Inflammation zu reduzieren. Die Muskulatur sollte

dann mittels Physiotherapie und in Eigenregie auf dem Ergometer wiederaufgebaut werden. Im optimalen Fall werde ein Zustand wie prätraumatisch im Sinne einer stabilen retropatellären Arthrose erreicht. Sollte dies nicht mehr erreicht werden können und der Leidensdruck entsprechend sein, müsse eine patellofemorale Prothese evaluiert werden. Eine Infektion als Ursache der Schmerzen sei klinisch unwahrscheinlich (Urk. 10/69).

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