

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2021.00134 vom 1. März 2022**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2022-03-01, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2021.00134](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2021.00134)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2021.00134 du 1 mars 2022

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2021.00134 del 1 marzo 2022

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Die 1986 geborene X.\_\_\_\_ ist seit dem 1. Juni 2016 beim Spital Y.\_\_\_\_ als Allgemeinkrankenschwester angestellt (Urk. 12 / K1 ) und damit bei der HDI Global SE, Hannover, Niederlassung Zürich/Schweiz (fortan: HDI Global) obligatorisch unfallversichert (vgl. Urk. 12/ K3 ) .

Zur Behandlung einer multidirektionalen Kniegelenksinstabilität , welche ursprünglich auf einen Reitunfall im Jahr 1997 zurückzuführen ist , liess sich die Versicherte nach einer langjährigen Leidensgeschichte mit zahlreichen Operationen

am 14. April 2011 am rechten Knie eine Knieendoprothese

( KTEP ) in G.\_\_\_\_ (A) einsetzen (vgl. Urk. 11/ M27 /2, Urk. 11/ M39 S. 45-48).

### **E. 1.1**

Gemäss Art. 6 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 aufgeführten Körperschädigungen, sofern sie nicht vorwiegend auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen sind.

Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu.

### **E. 1.2**

Gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG erbringt die Versicherung ihre Leistungen auch bei folgenden Körperschädigungen, sofern sie nicht vorwiegend auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen sind: a. Knochenbrüche; b. Verrenkungen von Gelenken; c. Meniskusrisse; d. Muskelrisse; e. Muskelzerrungen; f. Sehnenrisse; g. Bandläsionen; h. Trommelfellverletzungen.

Gemäss BGE 146 V 51 hat der Unfallversicherer nach Meldung einer Listenverletzung gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG in der seit 1. Januar 2017 geltenden Fassung die genauen Begleitumstände abzuklären. Ist die Listenverletzung auf ein Unfallereignis im Sinne von Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts ( ATSG ) zurückzuführen, so ist der Unfallversicherer solange leistungspflichtig, bis der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache darstellt, der Gesundheitsschaden also nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Sind hingegen nicht sämtliche Kriterien des Unfallbegriffs nach Art. 4 ATSG erfüllt, so wird der

Unfallversicherer für eine Listenverletzung nach Art. 6 Abs. 2 UVG grundsätzlich leistungspflichtig, sofern er nicht den Nachweis dafür erbringt, dass die Verletzung vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen ist (E. 9.1). Der Entlastungsbeweis des Unfallversicherers ist erbracht, wenn die Listendiagnose zu mehr als 50 % auf Abnützung oder Erkrankung beruht (E. 8.2.2.1, E. 8.6). 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 es in 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 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). 1. 4

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 leistungsbegründende 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 blosse 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 leistungsbegründender 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). 1. 5

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 begründete den Einspracheentscheid (Urk. 2) gestützt auf das C.\_\_\_\_-Gutachten vom 17. September 2019, welchem sie volle Beweiskraft beimass, damit, dass nach dem Ereignis vom 27. Januar 2017 spätestens am 27. April 2017 der Status quo sine erreicht gewesen sei und daher die Kniebeschwerden nicht mehr unfallkausal gewesen seien, weshalb die Einstellung per 17. Mai 2017 zu Recht erfolgt sei. Beim Ereignis vom 16. Mai 2017 handle es sich nicht um einen Unfall im Rechtssinn und die Beschwerdeführerin habe sich dabei auch keine Listenverletzung gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG zugezogen. Selbst wenn aber von einer Listendiagnose auszugehen wäre, wäre diese vorwiegend auf Abnutzung oder Krankheit zurückzuführen, lasse sich doch im Geschehensablauf vom 16. Mai 2017 kein initiales Ereignis erblicken respektive allerhöchstens ein solches von ganz untergeordneter Art (S. 5 - 12 Ziff. 2; vgl. auch die Beschwerdeantwort vom

### **E. 1.3**

Im Nachgang stellte die HDI Global der Versicherten das C.\_\_\_\_-Gutachten am 29. Januar 2021 zur Wahrung des rechtlichen Gehörs (Urk. 12/ K149) zu, worauf diese am 6. April 2021 (Urk. 12/ K153) dazu Stellung nahm. Im anschliessenden Einspracheentscheid vom 19. Mai 2021 (Urk. 2) wies die HDI Global die Einsprache wiederum ab. 2.

Dagegen erhob die Versicherte am 21. Juni 2021 Beschwerde (Urk. 1) und beantragte, der angefochtene Einspracheentscheid sei aufzuheben und es sei ein gerichtliches Gutachten einzuholen; alsdann sei die Sache an die Beschwerdegegnerin zur Entscheidung über die Versicherungsansprüche zurückzuweisen (S. 2).

Mit Beschwerdeantwort vom

18. Oktober 2021 (Urk. 10) beantragte die HDI Global, die Beschwerde sei abzuweisen, was der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 21. Oktober 2021 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk.

### **E. 6**

Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) nicht gegeben seien.

Gegen die Verfügung vom 25. September 2017 erhob die Versicherte am 25. Oktober 2017 Einsprache (Urk. 12 / K41) mit dem Begehren, es sei die Verfügung aufzuheben und ihr seien über den 16. Mai 2017 hinaus die gesetzlichen Leistungen auszurichten. In der Folge ergänzte die HDI Global ihre Abklärungen (vgl. Urk. 12/ K42-K139, Urk. 11/ M9-M38). Nach erneuter Vorlage der medizinischen Berichte durch die HDI Global zog Vertrauensarzt Dr. A.\_\_\_\_ Dr. med. B.\_\_\_\_, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation FMH, von der C.\_\_\_\_ GmbH für die medizinische Beurteilung des Falles bei (Urk. 11/ M10). Dr. B.\_\_\_\_ holte sodann bei PD Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Radiologie FMH,

eine detaillierte radiologische Stellungnahme ein, welche dieser am 5. September 2019 (Urk. 11/ M37 ) erstattete. Im Anschluss verfasste Dr. B.\_\_\_\_

zusammen mit Dr. med. E.\_\_\_\_ , Facharzt für Chirurgie so wie Orthopädische Chirurgie und Traumatologie FMH, ein versicherungs-medizinisches Aktengutachten ( C.\_\_\_\_ -Gutachten), welches sie der HDI Global am

17. September 2019 (Urk.

### **E. 11**

/ M39 ) erstatteten. Mit Entscheidung vom 27. September

2019 (Urk. 12/ K140 ) wies die HDI Global die Einsprache vom 25. Oktober 2017 gestützt auf das C.\_\_\_\_ -Gutachten ab und hielt an ihrer Leistungseinstellung per 17. Mai 2017 fest .

Die dagegen erhobene Beschwerde der Versicherten (Urk. 12/ K 146 ) hiess das hiesige Gericht mit Urteil UV.2019.00264

vom 27. Oktober 2020 (Urk. 12/ K148 ) in dem Sinne gut, als es den Einspracheentscheid vom 27. September 2019 aufhob und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückwies , damit diese in einem rechtsgenügenden Verfahren über den Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin neu entscheide . Das hiesige Gericht begründete sein Urteil mit dem Umstand, dass der Versicherten vor dem Entscheid das C.\_\_\_\_ -Gutachten nicht zur Stellungnahme unterbreitet worden war, was eine schwere Verletzung des rechtlichen Gehörs darstelle (E. 3.2).

### **E. 13**

).

Mit Eingabe vom 4. November 2021 (Urk. 14) äusserte sich die Versicherte zur Beschwerdeantwort der HDI Global, wozu letztere am 22. November 2021 (Urk. 16) Stellung nahm , woraufhin sich die Beschwerdeführer in am 30. November 2021 (Urk. 18) unter anderem unter Beilage eines Schreibens von Dr. Z.\_\_\_\_ vom 29. November 2021 (Urk. 19/1) neuerlich äusserte. Diese Eingabe wurde der Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 8. Dezember 2021 (Urk. 20) zur Kenntnis zugestellt . Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 18**

. Oktober 2021 [Urk. 10 ]. 2.2

Die Beschwerdeführerin machte demgegenüber in ihrer Beschwerde (Urk. 1) eine Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes geltend mit der Begründung, dass das versicherungsinterne Gutachten Mängel aufweise, was zu weiteren Abklärungen hätte führen müssen. Es sei nicht geklärt, ob eine blande Sonographie ein Ausschlusskriterium für eine Ruptur/Teilruptur sei. Die gutachterliche Schlussfolgerung der Nichtkausalität basiere aber auch auf der als bland beurteilten Sonographie vom 21. Februar 2017 und damit auf einer Annahme, welche bis dato nicht rechtsgenügend geklärt sei (S. 5-8). Ein weiteres gewichtiges Argument des Gutachters sei der Vorzustand,

eine vorbestehende Bandlaxität des rechten medialen Seitenbandes, welche bereits vor dem Unfall zu chronischen Knie schmerzen mit Schwellungsneigung geführt haben sollte . Diese Schlussfolgerung sei nicht statthaft. Anhand des Behandlungsverlaufs könne die Annahme einer vorbestehenden chronischen Überlastung mit Schmerz-, Schwellungs-

und Entzündungsfolgen nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit aufrechterhalten werden (S. 8-10). Zudem vertrete die Gutachterin eine

einseitige Betrachtungsweise (S. 10 f.). 2.3

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin eine Leistungspflicht für die Zeit ab dem 17. Mai 2017 zu Recht verneinte, wobei im Zusammenhang mit dem

Ereignis vom 27. Januar 2017 im Streit steht, ob der status quo sine spätestens per diesem Datum erreicht war, und im Zusammenhang mit dem Ereignis

vom 16.

Mai 2017 (Drehbewegung nach rechts stehend, als die Arbeitskollegin nach ihr gerufen hatte [vgl. Urk. 12/ K25]) das Vorliegen einer anspruchrelevanten Listenverletzung in Form einer Verletzung des medialen Seitenbandes am rechten Knie.

Zu Recht unbestritten steht dabei fest, dass es sich beim Ereignis vom 27. Januar 2017 um einen Unfall im Sinne von Art. 4 ATSG handelt, jedoch nicht beim Ereignis vom 16. Mai 2017 (vgl. Urk. 1, insbesondere Ziff. 34, und Urk. 2 Ziff. 2.3.2). So ist bei ersterem Ereignis ein ungewöhnlicher äusserer Faktor zu erkennen (Ausrutschen auf dem Eis), nicht jedoch bei letzterem (stehend eine Drehung, als jemand rief). 3.3.1.1

Zur Behandlung einer multidirektionalen Kniegelenksinstabilität, welche ursprünglich auf einen Reitunfall im Jahr 1997 zurückging, wurde der Beschwerdeführerin im Krankenhaus F., G.,

am 14. April 2011 am rechten Knie eine KTEP eingesetzt (vgl. den Operationsbericht

vom 14. April 2011 [Urk. 11/ M27 /2], vgl. auch Urk. 11/ M39 S. 45-48). Als Operationsindikation wurde im Operationsbericht festgehalten, dass alle gelenkerhaltenden Stabilisierungsoptionen teils mehrfach ausgenutzt worden seien, sodass keine gelenkerhaltende Rekonstruktionsmöglichkeit mehr bestanden habe, weshalb eine Versorgung mittels KTEP erfolge. 3.1.2

Dr. med. H., Dr. med. I. und Dr. med. J. von der Notfallstation der chirurgischen Kliniken des K. nannten in ihrem Kurzbericht vom 22. August 2013 (Urk. 11/ M28) folgende Diagnosen: - Knieschmerzen rechts; differentialdiagnostisch Prothesenlockerung, Infekt - Status nach Knie TP rechts LCS

Complete Modular Revision am 14. April 2011 - Status nach insgesamt 16 Knie-Operationen bei multidirektionaler Kniegelenksinstabilität bei Status nach multiplen Bandrekonstruktionen mittels Alograft und Larsbändern

Die Ärzte hielten fest, die Beschwerdeführerin habe sich mit seit vier Tagen bestehenden Schmerzen und Instabilitätsgefühl im rechten Knie vorgestellt. Zusätzlich sei das rechte Knie geschwollen und überwärmt gewesen. Sie nehme regelmässig Arthrotec ein, welche sie die Schmerzen teilweise lindern würde.

3.2.3.2.1

Dr. med. L., Facharzt für Radiologie, berichtete am 21. Februar 2017 (Urk. 11/ M2) über einen Ultraschall vom rechten Knie des gleichen Tages, supra patellar sei kein Nachweis vermehrter Flüssigkeit im Gelenksraum feststellbar. Die Darstellung der Patellarsehne sei unauffällig. Es bestehe ein durchgängiges abgrenzbares mediales

Kollateralband ohne Hinweis auf eine Ruptur oder Partialruptur. 3.2.2

Dr. Z.\_\_\_\_, der die Beschwerdeführerin nach dem Unfall vom 27. Januar 2017 (Kniedistorsion rechts beim Ausrutschen auf dem Eis) am 6. Februar 2017 als erster behandelt hatte,

nannte in seinem Bericht vom 28. Februar 2017 (Urk. 11 / M1 Ziff . 5) als Diagnose eine Innenbandzerrung am rechten Knie. Als objektiven Befund führte er eine starke Dolenz der Innenbandansätze am rechten medialen Knie an, der Röntgenbefund sei gut ausgefallen, der Ultraschall ohne totale Innenbandruptur. 3. 2 . 3

Dr. Z.\_\_\_\_ diagnostizierte mit Bericht vom 29. Juni 2017 (Urk. 11/ M3 ) einen Innenbandriss am rechten Knie (partiell am 27. Januar 2017; total am 16. Mai 2017). Die Kausalität der Beschwerden sei alleine durch den Unfall vom 27. Januar 2017 bedingt. Wegen des verzögerten Totalrisses des angerissenen Innenbandes am 16. Mai 2017 sei die Beschwerdeführerin zunächst voll, seit 29. Mai 2017 zu 50 % arbeitsunfähig (gewesen). Aufgrund der zunehmenden Schmerzen und der Instabilität müsse die Prothese in naher Zukunft ersetzt werden. 3.2. 4

Am 13. Juli 2017 wurde die Versicherte aufgrund einer KTEP -Instabilität erneut am rechten Knie operiert (Femur-Komponenten-Wechsel und Inlay Wechsel; Urk. 11 / M5 -M6 ). Dr. med. M.\_\_\_\_ von der Klinik N.\_\_\_\_, G.\_\_\_\_, hielt im Operationsbericht vom 13. Juli 2017 (Urk. 11/ M5 /1-2) unter anderem fest, es habe sich bei der Exploration eine partielle Insuffizienz des medialen Seitenbandes des korrespondierend zur Sturzverletzung im Winter gezeigt (S. 1). Radiologisch hatte sich gemäss seinem Ordinationsbefund vom 13. Juni 2017 noch ein unauffälliges Bild gezeigt (Urk. 11/ M31 /1).

3. 2. 5

Prof. Dr. med.

O.\_\_\_\_, Fachärztin für Radiologie FMH,

fürhte in ihrem undatierten Schreiben (Urk. 11/ M40 [ eingereicht mit der Einsprache vom 25. Oktober 2017 (Urk. 12/ K41 ) durch die Beschwerdegegnerin als Beilage 10 ] ) aus , den Ultraschallbericht vom 21. Februar 2017 (E. 3.2.1) habe sie erhalten. Leider seien die Ultraschallbilder nicht dabei. Die Darstellung eines Bandes durch Ultraschall schliesse eine erhebliche Verletzung sicher nicht aus. Solche Befunde seien zwingend mit der klinischen Untersuchung in Einklang zu bringen. Aufgrund des klinischen Befundes und des Verlaufs (die über mehrere Monate bis zum zweiten Ereignis anhaltenden Schmerzen und die anhaltende Instabilität) sei davon auszugehen, dass das Band nur noch durch wenige Fasern «zusammengehalten» worden sei, sprich eine erhebliche strukturelle Verletzung des Bandes stattgefunden habe. 3. 2 . 6

Dr. med. P.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie FMH, hielt in seiner aktengestützten Stellungnahme zu Händen des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin am 4. Oktober 2017 (Urk. 11/ M41 ) fest, zwischen der sono graphischen Untersuchung am 21. Februar 2021 (E. 3.1 .2 )

- wofür ihm ebenfalls nur der Bericht, nicht jedoch die tatsächlichen Bilder vorlagen (vgl. S. 1 Mitte) - und dem Unfall vom 27. Januar 2017 lägen 3,5 Wochen. In dieser Zeit sei es möglich, dass sich unfallbedingte Flüssigkeitssammlungen (Ödem) oder Einblutungen als Begleiterscheinungen von Bandverletzungen bereits wieder resorbiert hätten und nicht mehr nachweisbar gewesen seien. Eine Ultraschalluntersuchung allein sei kein

zuverlässiges Diagnostikum für eine Bandverletzung und alleine nicht aussagekräftig. Der Befund müsse immer in Korrelation zu einer klinischen Untersuchung gestellt werden (S. 2 Ziff. C.1.2 -3.). 3. 2. 7

PD Dr. D. \_\_\_ erklärte in seiner radiologischen Stellungnahme vom 5. September 2019 (Urk. 11/ M37 ), in den ihm vorliegenden Bildgebungen seien keine strukturellen Organkorrelate einer unfallbedingten Läsion objektivierbar, die überwiegend wahrscheinlich in einem natürlichen Kausalzusammenhang mit dem Ereignis vom 27. Januar und / oder vom 16. Mai 2017 stünden. Es fänden sich keinerlei posttraumatische Veränderungen in den bildgebenden radiologischen Untersuchungen. Insbesondere zeigten die zeitnah zu den geltend gemachten Ereignissen durchgeführten Bildgebungen keine Auffälligkeiten. Die sonographische Untersuchung könne durchaus aussagekräftig sein. Eine Ruptur oder Partialruptur sei in den dokumentierten radiologischen Untersuchungen nicht nachweisbar. Sollte sich bei einer klinischen Untersuchung eine Insuffizienz des medialen Kollateralbandes zeigen, sei bei unauffälliger Sonographie nicht davon auszugehen, dass es sich um eine akute, posttraumatische Läsion des medialen Kollateralbandes handle, da eine solche Verletzung sonographisch mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nachweisbar gewesen wäre (S. 9). Die sonographische Beurteilung des medialen Kollateralbandes sei eine einfache sonographische Diagnostik. Das mediale Kollateralband sei in seiner Anatomie vergleichsweise simpel. Es finde sich ein kräftiges oberflächliches Blatt, welches den mechanisch wichtigsten Anteil ausmache. Dieser Anteil sei sonographisch sehr einfach darstellbar und dessen Kontinuität sehr einfach sonographisch feststellbar (S. 12 f.). Dass eine tatsächlich vorliegende Partial- oder gar eine komplette Ruptur des medialen Kollateralbandes sonographisch von einem erfahrenen Radiologen wie Dr. L. \_\_\_ nicht als solche diagnostiziert werde, sei als annähernd unmöglich zu beurteilen. Zudem seien weder sonographisch noch konventionell-radiologisch typische Begleitbefunde einer frischen traumatischen Kniegelenkläsion objektivierbar (S. 15). 3. 2. 8

Dr. B. \_\_\_ und Dr. E. \_\_\_

führten in ihrem von der Unfallversicherung in Auftrag gegebenen, aktengestützten

C. \_\_\_ - Gutachten vom 17. September 2019 (Urk. 11 / M39 ) im Rahmen der zusammengefassten versicherungsmedizinischen Würdigung aus, insbesondere folgende, für die medizinische Kausalitätsbeurteilung relevante Vorzustände seien aktenkundig (S. 155 f.) : 1. Klinisch und stressradiologisch objektivierbare, therapieresistente, beidseitige, multidirektionale Kniegelenksinstabilität bei generalisierter

Hypermobilität mit beidseitigen Genua valga et recurvata ( Beighton -Score 7-8/9). 2. Verminderte azetabuläre Anteversion beider Hüftgelenke, verminderte femorale Antetorsion beider Schenkelhalse (links mehr als rechts) und Labrumläsionen beidseits. 3. Rezidivierende Subluxationen der rechten Patella bei Patella-Instabilität rechts. 4. Status nach offener medialer Seitenband-Raffung rechts am 25. Januar 2007 wegen anteromedialer Rotationsinstabilität mit in der zeitlichen Folge ( antero )medialer Rezidiv-Instabilität. 5. Bereits am 3. Oktober 2011 (und somit fünf Monate und 19 Tage nach der Operation vom 14. April 2011) hätten

anlässlich von Stressaufnahmen des rechten Kniegelenks eine pathologische Aufklappbarkeit desselben sowohl bei Varus - als auch Valgusstress objektiviert werden können. Dies im Sinne einer medialen > lateralen Instabilität. 6. Seit dem 18. August 2013

hätten im Bereich des rechten Kniegelenks bestanden: - Schmerzen präpatellar und ab einer Beugung von 80°, - ein Instabilitätsgefühl, - eine Überwärmung, - eine Schwellung, - ein intraartikulärer Erguss. - Zusätzlich habe die Beschwerdeführer in bereits zu diesem Zeitpunkt regelmässig Arthotec ein genommen , sodass mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einem vorbestehenden, chronischen Schmerz, einhergehend mit entzündlichen Anteilen wie einer Schwellneigung ausgegangen werden müsse [Anmerkung : Hätten « nur » Schmerzen bestanden, wäre ein rein schmerzmodulierendes Medikament aus reichend gewesen] .

Weiter erläuterten die Gutachter, das abschliessende Urteil anlässlich einer versicherungsmedizinischen Kausalitätsabklärung dürfe einzig auf gesicherte Unfallfolgen, das heisse auf dem unfallbedingten Körperschaden gründen. Bei der Beschwerdeführerin hätten indes zu keiner Zeit strukturelle Organkorrelate einer unfallbedingten Läsion objektiviert werden können , welche überwiegend wahrscheinlich in einem natürlichen Kausalzusammenhang mit dem Ereignis vom 27. Januar 2017 und/oder demjenigen vom 16. Mai 2017 stünden. Anlässlich des Ereignisses vom 27. Januar 2017 sei es allenfalls zu einer Zerrung des medialen Kollateralbands des rechten Kniegelenks gekommen. Das heisse, durch das Ereignis vom 27. Januar 2017 sei es allenfalls zu einer vorübergehenden, nicht jedoch zu einer richtunggebenden Verschlimmerung des erheblichen Vorzustands gekommen , dies mit nachfolgend eingetretener überholender Kausalität mit zunehmender Symptomatik desselben. In Anlehnung an die Empfehlungen des Reintegrationsleitfadens Unfall und unter Würdigung des erheblichen Vorzustands sei der Status quo sine spätestens 3 Monate nach dem Ereignis (und somit am 27. April 2017) erreicht gewesen (S. 156 f.).

Ferner hielten die Gutachter fest, bei der Beschwerdeführerin sei eine strukturelle Läsion beziehungsweise eine Zusammenhangstrennung des medialen Kollateral bands des rechten Kniegelenks postuliert worden. Eine teilweise oder gar vollständige Zusammenhangstrennung des medialen Kollateralbandes habe aber zu keiner Zeit objektiviert werden können (S. 158 f.). Die mediale (Rezidiv-)Instabilität des rechten Kniegelenks beziehungsweise die (Rezidiv-)Insuffizienz des medialen Kollateralbands sei bereits knapp fünfenehalb Monate nach der TEP -Implantation im Jahr 2011 radiologisch nachweisbar gewesen . Diese sei mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit auf die generalisierte Bandlaxität und somit auf einen konstitutionellen beziehungsweise krankheitsbedingten Vorzustand zurückzuführen , womit keine Listendiagnose ausgewiesen sei (S. 153 f. und S. 159 oben).

### 3.2.9

Dr. Z.\_\_\_\_ hielt in seiner Stellungnahme vom 29. November 2021 (Urk. 19/1) unter anderem fest, seit der totalen Knieprothesen-Implantation 2011 sei nicht regelmässig, sondern gelegentlich und nur bei Überlastung eine schmerzhaft leichte Knieschwellung aufgetreten, welche jeweils innert weniger Tage abgeklungen sei. Nur dann habe die Beschwerdeführerin Arthrotec -Tabletten gebraucht. Einzig am 22. August 2013 habe sie (vorsichtshalber zum Ausschluss eines Infektes) eine ambulante Untersuchung auf der Notfallstation des K.\_\_\_\_ gebraucht. Bei Besserung innert wenigen Tagen sei dann keine spezial ärztliche Nachkontrolle mehr erforderlich gewesen. 4 . 4.1

Die Beschwerdegegnerin verneinte ihre Leistungspflicht gestützt auf das C.\_\_\_\_ -Gutachten von Dr. Q.\_\_\_\_ und Dr. E.\_\_\_\_ (E. 3. 2. 8) . 4.2

Die Beurteilung der C.\_\_\_\_ -Gutachter ist für die streitigen Belange umfassend und wurde in Kenntnis der und in eingehender Auseinandersetzung mit den fallrelevanten Vorakten sowie den fachärztlichen Einschätzungen erstellt

(Urk. 11/ M39 S. 5-42, S. 56 f. und S. 95-146 ).

Die C.\_\_\_\_ -Gutachter setzten sich

insbesondere mit den Berichten von Dr. Z.\_\_\_\_ , Dr. P.\_\_\_\_ und von Dr. O.\_\_\_\_

im Detail

auseinander

( S. 55 f., S. 98 -146 ). Zutreffend wiesen die Gutachter zudem darauf hin, dass eine Exploration der Beschwerdeführerin angesichts der bereits erfolgten Revisionsoperation vom 13. Juli 2017 lediglich ein Bild über den aktuellen medizinischen Status, nicht mehr aber über den relevanten Zustand nach dem Unfallereignis vom 27. Januar 2017 und dem Ereignis vom 16. Mai 2017 vermitteln könne, dass mithin ein Aktengutachten den Umständen angemessen Rechnung trägt, zumal die medizinischen Akten zusammen mit den übrigen Unterlagen ein vollständiges Bild vermittelten (S. 159 f.) . Praxisgemäss kann denn auch auf Aktenbeurteilungen abgestellt werden, wenn ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht (vgl. SVR 2010 UV Nr. 17 S. 63, Urteil des Bundesgerichts 8C\_183 /2020 vom 22. April 2020 E. 4.1 mit Hinweisen ). 4.3

Was die

Folgen des Unfalls vom 27. Januar 2017 respektive des Ereignisses vom 16. Mai 2017 anbelangt und dabei die strittige Frage, ob sich die Beschwerdeführerin dabei eine strukturelle Verletzung im Sinne einer Innenbandläsion zugezogen hat, legten die Gutachter in einlässlicher Auseinandersetzung mit der medizinischen Aktenlage einhergehend mit der Beurteilung von PD Dr. D.\_\_\_\_ (E.

3.2.7) nachvollziehbar dar, dass die zeitnah zum Unfall

wie auch die nach dem Ereignis vom 16. Mai 2017

durchgeführten bildgebenden Verfahren keine strukturellen Läsionen im Bereich des medialen Kollateralbandes erkennen liessen und solche auch zu keinem späteren Zeitpunkt bildgebend nachgewiesen wurden (vgl. insbesondere Urk. 11/ M39 S. 125) . Sodann erweist sich die gutachterliche Beurteilung auch insofern als nachvollziehbar (S. 95) , als der von Dr. Z.\_\_\_\_ am 6. Februar 2017 erhobene klinische Befund, welcher sich in einer starken Dolenz der Innenbandansätze am rechten medialen Knie erschöpfte

(E. 3.2.2) , ebenso wenig auf eine Bandruptur schliessen lässt wie der Sonographiebefund vom 21. Februar 2017, welcher nicht nur keine Hinweise auf eine Ruptur, sondern auch keinen Nachweis vermehrter Flüssigkeit oder sonstige für eine Bandverletzung typische Begleitverletzungen

erkennen liess (E. 3.2.1).

So wiesen die Gutachter denn auch zu Recht auf die Widersprüchlichkeit in den Angaben von Dr. Z.\_\_\_\_ hin, welcher zuerst eine Innenbandzerrung diagnostizierte und später mit Bericht vom 29. Juni 2017 ohne zwischenzeitlich bestätigende ( bildgebende )

Diagnostik oder nachvollziehbare Befundung einen am 27. Januar 2017 erlittenen partiellen Innenbandriss und einen totalen Riss, erlitten am 16. Mai 2017, postulierte (S. 107; vgl. auch E. 3.2.2-3). Es ist unklar respektive wurde von Dr. Z.\_\_\_\_ nicht nachvollziehbar aufgezeigt, gestützt auf welche klinischen oder bildgebenden Befunde er diesen Wandel in der Diagnose vollzog, zumal sich in keiner Bildgebung eine Teil-/Ruptur nachweisen liess und Dr. Z.\_\_\_\_ im Nachgang zum Ereignis vom 16. Mai 2017 offensichtlich weder eine weitere Sonographie noch eine Kernspintomographie (MRT) in die Wege leitete, um die diagnostizierte Bandverletzung zu verifizieren. Dies ist unter anderem von Bedeutung, weil gerade Dr. P.\_\_\_\_ und Prof. Dr. O.\_\_\_\_ in ihren akten gestützten Stellungnahmen (E. 3.2.5 und 3.2.6) diese Ausgangslage

kritiklos übernahmen und von einer Ruptur oder zumindest Teilruptur einzig gestützt auf die Aussage von Dr. Z.\_\_\_\_ ausgingen.

Bezüglich der Einschätzung von Dr. P.\_\_\_\_ (E. 3.2.6) legten die Gutachter zudem überzeugend dar, dass Dr. P.\_\_\_\_ entscheidende Akten zur Beurteilung des Vorzustandes nicht vorlagen (S. 118) und seine Aussagen zur sonographischen Darstellung des vorliegend zentralen medialen Kollateralbandes nicht überzeugen (S. 115; vgl. auch nachstehend E. 4.3). Dies gilt umso mehr für die Einschätzung von Dr. O.\_\_\_\_, deren Beurteilung weder in Kenntnis der Vorakten oder Bildgebung erstellt, noch von ihr eine Darlegung der medizinischen Zusammenhänge gemacht wurde, wie die C.\_\_\_\_-Gutachten ebenfalls korrekt aufzeigten (Urk. 11/ M39 S. 125-146). 4.4

Organisch objektiv ausgewiesene Unfallfolgen setzen Untersuchungsergebnisse voraus, die reproduzierbar und von der Person des Untersuchenden und den Angaben der versicherten Person unabhängig sind. Unfallfolgen werden somit nur dann als organisch objektiv ausgewiesen anerkannt, wenn die erhobenen Befunde durch apparative/bildgebende Abklärungen bestätigt wurden und die hierbei angewendeten Untersuchungsmethoden wissenschaftlich anerkannt sind (BGE 138 V 248 E. 5.1 mit Hinweisen). Dass sich die Beschwerdeführerin bereits am 13. Juli 2017 der operativen Revision ihrer Kniegelenksprothese unterzog, ohne sich mittels zusätzlicher bildgebender Verfahren Klarheit über die von den Behandlern als relevant erachtete Bandverletzung zu verschaffen, wirft Fragen auf. Dies gilt umso mehr, als eine Sonographie jedenfalls, aber auch eine Untersuchung mittels MRT sowohl gemäss Beurteilung von PD Dr. D.\_\_\_\_ (Urk. 11/ M37 S. 10) als auch gemäss den C.\_\_\_\_-Gutachtern (Urk. 11/ M39 S. 145) zumutbar und geeignet gewesen wäre, eine strukturelle Bandläsion nachzuweisen. Jedenfalls hat die Beschwerdeführerin die Folgen einer hieraus resultierenden Beweislosigkeit selber zu tragen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_765 /2020 vom 4. März 2021 E.

3.2.2 mit Hinweis auf BGE 144 V 427 E. 3.2).

Was die von Dr. M.\_\_\_\_ im Operationsbericht vom 13. Juli 2017 angeführte partielle Insuffizienz des medialen Seitenbandes anbelangt (E. 3.2.4), wurde diese vom Operateur offensichtlich ebenfalls nicht bildgebend dokumentiert (vgl. dazu Urk. 11/ M39 S. 59 f.).

Die C.\_\_\_\_-Gutachter zeigten in diesem Zusammenhang zudem nachvollziehbar auf, dass Dr. M.\_\_\_\_

lediglich von einer «Insuffizienz» - also einer eingeschränkten Funktionsfähigkeit beziehungsweise einer unzureichenden Leistung des medialen Kollateralbandes - sprach, nicht aber von einer Ruptur des medialen Seitenbandes. Auch fehlt es dem von ihm

erstellten Zusammenhang zur Sturzverletzung im Winter (gemeint wohl: 2017) an einer Auseinandersetzung mit den relevanten Vorzuständen, so insbesondere dem Umstand, dass es sich beim medialen Seitenband der Beschwerdeführerin um ein voroperiertes Band handelt (zur medialen Seitenbandraffung rechts vom 7. Februar 2007 vgl.

Urk. 11/ M32 /28 S. 2) und die Beschwerdeführerin an einer generalisierten Bandlaxität /Hypermobilität leidet ( Urk. 11/ M39

S. 55 f. und S. 98-105 ) . Eine organisch objektiv ausgewiesene Unfallfolge oder eine beim Ereignis vom 16. Mai 2017 erlittene unfallähnliche Körperschädigung im Sinne einer (Teil-)Ruptur des medialen Seitenbandes, welche für die festgestellte Instabilität der KTEP verantwortlich gewesen wäre, lässt sich damit jedenfalls nicht erstellen. Auch liesse sich ein solcher (zeitlicher) Zusammenhang durch eine nachträgliche Bildgebung nicht mehr rechtsgenügend nachweisen.

4.5

Die C. \_\_\_ -Gutachter legte in die medizinischen Zusammenhänge in voller Aktenkenntnis (vgl. Urk. 11/ M39 S. 5-43) einleuchtend dar und beurteilte in die medizinische Situation überzeugend.

So zeigten Dr. B. \_\_\_ und Dr. E. \_\_\_ in ihrer Beurteilung schlüssig auf , dass erhebliche Vorzustände des rechten Knies auch im Bereich des medialen Bandes aktenkundig sind - insbesondere eine mediale Instabilität des rechten Kniegelenks beziehungsweise eine Insuffizienz des medialen Kollateralbandes seit dem Jahr 2011 –

und dass es strukturelle Organ korrelate einer unfallbedingten Läsion

im Sinne einer (Teil-)Ruptur des medialen Innenbandes rechts im Kausalzusammenhang mit den Ereignissen vom 27. Januar 2017 oder vom 16. Mai 2017 weder bildgebend noch mittels klinischen Befunds objektiviert wurden .

Sie kam an

entsprechend zum überzeugenden Schluss, dass es beim Ereignis vom 27. Januar 2017 lediglich zu einer Zerrung des medialen Kollateralbandes gekommen ist, was aber nur eine vorübergehende Verschlimmerung des erheblichen Vorzustandes nach sich gezogen habe , welcher spätestens nach drei Monaten abgeheilt sei (E . 3.2.8 ) . Ab dem 6. März 2017 war die Beschwerdeführerin

denn auch wieder arbeitsfähig (Urk. 12/ K7 ) . 4.6

Zudem zeigten die Gutachter schlüssig auf, dass eine anspruchrelevante Listendiagnose im Sinne von Art. 6 Abs. 2 UVG nicht ausgewiesen ist, da ein strukturelles Organkorrelat einer unfallbedingten Läsion des rechten Knies im Zusammenhang mit den Ereignissen weder bildgebend noch im klinischen Befund objektiviert werden konnte

und es sich bei dem in der radiologischen Untersuchung vom 16. Mai 2017 festgestellten Gelenkerguss , welcher in der Folgeuntersuchung vom 12. Juli 2017 wieder auf das Ausmass vor dem Ereignis vom 16. Mai 2017

zurückgeschrumpft war , nicht um eine Läsion im Sinne einer Listendiagnose

handelt

(Urk . 11/ M39 S. 153-155 , vgl. auch Urk. 11/ M37 S. 7 ) .

Soweit die von Dr. M.\_\_\_\_ intraoperativ festgestellte partielle Insuffizienz des medialen Seitenbandes ( Urk. 3.2.4) zu Gunsten der Beschwerdeführerin als Bandläsion

im Sinne von Art. 6 Abs. 2 lit. g UVG zu interpretieren wäre, ist diese gemäss der ebenfalls überzeugenden gutachterlichen Einschätzung mit an Sicherheit grenzender und damit jedenfalls über 50%iger

Wahrscheinlichkeit auf die generalisierte Bandlaxität bei voroperiertem Zustand und somit auf einen konstitutionellen beziehungsweise krankheitsbedingten Vorzustand zurückzuführen (vgl. E. 3.2.8).

Die Aktenbeurteilung der C.\_\_\_\_ -Gutachter entspricht damit den Voraussetzungen an einen beweiskräftigen Arztbericht (E. 1.5). 4.7.4.7.1

Auch die von der Beschwerdeführerin an der Expertise vorgebrachte Kritik (E. 2.2) vermag an der Schlüssigkeit derselben nichts zu ändern. 4.7.2

Was die in Frage gestellte Relevanz der Sonographie zur Feststellung einer Bandruptur anbelangt (E. 2.2), ist neuerlich darauf hinzuweisen, dass die Beschwerdeführerin die Folgen einer Beweislosigkeit in Bezug auf organisch nachweisbare Unfallfolgen zu tragen hat (obige E. 4.4). Sodann ist in Übereinstimmung mit der Beschwerdegegnerin (Urk. 10 S. 11-13) zu entgegnen, dass die C.\_\_\_\_ -Gutachter die Sonographie vom 21. Februar 2017 (E. 3.2.1), welche ein durchgängiges abgrenzbares mediales Kollateralband ohne Hinweis auf eine Ruptur oder Partialruptur zeigte, in Zusammenschau mit den übrigen Momenten

interpretierten und ihr nicht alleinige Aussagekraft beimessen. Zudem erläuterte der Radiologe Dr. D.\_\_\_\_, dessen fachärztliche Expertenmeinung von den C.\_\_\_\_ -Gutachtern übernommen wurde (vgl. Urk. 11/M39 S. 116, S. 127 ff., S. 136-138), plausibel, dass eine fachärztliche sonographische Untersuchung - wie diejenige von Dr. L.\_\_\_\_ vom 21. Februar 2017 - durchaus aussagekräftig ist und eine akute, posttraumatische Läsion des medialen Kollateralbandes sonographisch mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nachweisbar gewesen wäre. Die von der Beschwerdeführerin bezüglich der Sonographie vorgebrachte Argumentation verfängt daher nicht und vermag keine auch nur geringen Zweifel am C.\_\_\_\_ -Gutachten zu wecken. 4.7.3

Weiter bemängelte die Beschwerdeführerin die Beurteilung des Vorzustandes durch die C.\_\_\_\_ -Gutachter (E. 2.2) und dabei insbesondere die Interpretation des Berichts vom K.\_\_\_\_ vom 22. August 2013 (E. 3.1.2).

Die C.\_\_\_\_ -Gutachter leiteten ihre Beurteilung des Vorzustandes eingehend und überzeugend her. Sie gingen dabei in Kenntnis aller relevanten Vorakten im Detail auf den Beschwerdeverlauf des rechten Knies und dessen Entwicklung ein (Urk. 11/M39 S. 43-52 und S. 63-74). Sie legten denn

auch nachvollziehbar dar, dass nicht nur vor der KTEP -Operation vom 14. April 2011, sondern insbesondere auch danach ein markanter Vorzustand mit Instabilitäten der Bänder und Anzeichen von Problemen im medialen Bereich vorlag. So zeigten sie unter anderem unter Bezugnahme auf einen Bericht von Dr. med. R.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Radiologie, des Medizinisch-Radiologischen Instituts vom 3. Oktober 2011 (Urk. 11/M36) auf, dass bereits knapp ein halbes Jahr nach der KTEP -Implantation eine pathologische Aufklappbarkeit des rechten Kniegelenks medial sowohl bei Varus - als auch bei Valgusstress objektiviert werden konnte und jedenfalls ab August 2013 (Bericht des K.\_\_\_\_

E. 3.1.2) im Bereich des rechten Kniegelenks (zumindest zeitweise) präpatellare Schmerzen, ein Instabilitätsgefühl, Überwärmung, Schwellung und ein intraartikulärer Erguss bestanden (vgl. E. 3.2. 8 ).

Der Bericht des K.\_\_\_\_

bildete dabei nur eine von mehreren Grundlagen für die gutachterliche Beurteilung des Vorzustandes. Die Beschwerdeführerin störte sich sodann

am Schluss der

C.\_\_\_\_ -Gutachter

auf eine Regelmässigkeit des Auftretens der im Bericht des K.\_\_\_\_

beschriebenen Knieleiden und der Medikation mit Arthrotec. Die nachgereichte Stellungnahme von Dr. Z.\_\_\_\_ vom 29. November 2021 (E. 3.2.9) bestätigt jedoch nachgerade die Ansicht der C.\_\_\_\_ -Gutachter.

So hielt Dr. Z.\_\_\_\_ ausdrücklich fest, dass

die schmerzhaften Knieschwellungen, welche innert weniger Tage abgeklungen seien, «gelegentlich» aufgetreten seien,

und wies darauf hin, dass die Beschwerdeführerin nur dann Arthrotec-Tabletten benötigt habe. Dies untermauert gerade den Umstand, dass - wenngleich nur einmal eine notfallmässige Vorstellung wegen der Knieleiden nach der KTEP-Operation notwendig war - doch seither einige Male («gelegentlich») Kniebeschwerden aufgetreten sind und es sich im März 2013 nicht nur um einen einmaligen Zwischenfall handelte.

Auch der Hinweis

der Beschwerdeführerin, die Gutachter hätten nicht beachtet, dass PD Dr. D.\_\_\_\_

in seiner Stellungnahme eine chronische mediale Überlastung des Seitenbandes explizit ausgeschlossen habe, was gegen vorbestehende chronische Schmerzen sprechen würde (vgl. Urk. 1 S. 9), vermag an der gutachterlichen Beurteilung keine Zweifel zu wecken. So begründeten denn die Gutachter den Vorzustand nicht etwa mit einer Überlastung des Seitenbandes, sondern vielmehr mit der von ihnen ausführlich dargelegten vorbestehenden Instabilität. 4.7. 4.

Entgegen der Kritik der Beschwerdeführerin (vgl. E. 2.2 und Urk. 1 S. 10 f.) lässt sich letztlich überhaupt kein Hinweis darauf finden, dass die Gutachter in ihrer Beurteilung einseitig oder voreingenommen gewesen sind. Vielmehr zeichnet sich ihre Expertise durch eine überaus minutiöse und objektive Herleitung ihrer Schlüsse aus. 4. 8

Nach dem Gesagten ist auf das beweiskräftige C.\_\_\_\_ -Aktengutachten

abzustellen.

Der medizinische Sachverhalt ist damit erstellt und die von der Beschwerdeführerin beantragten weiteren medizinischen Abklärungen (Urk.

1 S.

2) erübrigen sich. Weitere entscheidungswesentliche Erkenntnisse sind davon nicht zu erwarten (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 122 V 157 E.

1d).

Demnach ist mit dem im Sozialversicherungsrecht massgeblichen Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass allfällige auf den Unfall vom 27. Januar 2017 zurückgehende Kniebeschwerden spätestens am 27. April 2017 abgeheilt waren und eine Listenerkrankung nach Art. 6 Abs. 2 UVG im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 16. Mai 2017

nicht vorliegt respektive vorwiegend auf eine Erkrankung zurückzuführen ist (E. 4.1.2). Der letztere Schluss rechtfertigt sich umso mehr, als es sich beim Ereignis vom 16. Mai 2017 allerhöchstens um ein solches von ganz untergeordneter und harmloser Art handelte (BGE 146 V 51 E. 8.6).

Folglich ist die von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Leistungseinstellung per 16. Mai 2017 (keine Leistungspflicht ab dem 17. Mai 2017)

nicht zu beanstanden, was in Abweisung der Beschwerde zur Bestätigung des angefochtenen Einspracheentscheids führt. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Markus Loher - Rechtsanwalt Martin Bürkle - 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 GräubMüller

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