

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2014.00127

vom 17. August 2015

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-08-17, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2014.00127

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2014.00127 du 17 août 2015

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2014.00127 del 17 agosto 2015

Erwägungen

E. 1.1

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

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die 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. 1.2

Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2, 405 E. 2.2, 125 V 456 E. 5a).

E. 1.3

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

Von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen kann erst gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt werden und die angewendeten Untersuchungsmethoden wissenschaftlich auf breiter Basis anerkannt sind (Bundesgerichtsurteil 8C_691/2013 vom 19. März 2014 E. 5.1 mit Hinweis auf BGE 134 V 231 E. 5.1 und SVR 2009 UV Nr. 30 S. 105 E. 2.1).

E. 1.4

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht 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 in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

E. 1.5

Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte und Ärztinnen kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt oder die befragte Ärztin in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters oder der Gutachterin allerdings ein strenger Massstab anzulegen (RKUV 1999 Nr. U 356 S.

572; BGE 122 V 157 E. 1c; vgl. auch 123 V 331 E. 1c).

E. 2

Dagegen erhob X.____ am 26. Mai 2014 Beschwerde mit dem Rechtsbegehren um Aufhebung des angefochtenen Entscheides und Anweisung der S UVA, ihm Taggeld und Heilkosten auch ab dem 15. November 2013 auszurichten (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 29. August 2014 schloss die S UVA auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 8). Mit Replik vom 3. Oktober 2014 und Duplik vom 20. Oktober 2014 hielten die Parteien an den gestellten Anträgen fest (Urk. 13, Urk. 17). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Streitig und zu prüfen ist, ob die vom

Beschwerdeführer geklagten Kniebeschwerden in einem natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zum am 6. Juli 2006 erlittenen Unfall stehen.

E. 2.2

Die Beschwerdegegnerin bringt zur Begründung der Leistungseinstellung vor,

die vorliegenden Befunde vermöchten insgesamt nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu belegen, dass der am 24. November 2006 entfernte Glasfremdkörper zu Knorpelverletzungen im rechten Kniegelenk geführt habe. Die Tatsache eines oder zweier zunächst nicht bemerkter

Glas fremdkörper rechtfertige die Annahme eines Zusammenhangs zwischen dem Unfall und den Beschwerden nicht. Anlässlich der Kniearthroskopie vom 24. November 2006 seien einige degenerativ bedingte Knorpelveränderungen dokumentiert worden. Auch habe die Kniearthroskopie vom 5. Juni 2013 keine durch einen Glasfremdkörper verursachte Knorpelverletzung gezeigt. Es würden lediglich Verschleissprozesse aufgeführt. Im Weiteren zeige die Bildgebung, dass bedeutende prädisponierende Faktoren für Verschleissveränderungen am Knorpel vorlägen (Urk. 2 S. 6 f.) .

Demgegenüber stellt sich der Beschwerdeführer auf den Standpunkt, Dr. med. B.____ , Facharzt für Orthopädische Chirurgie, erkläre in seinem Gutachten vom 20. Mai 2014 (Urk. 3) überzeugend, weshalb die Knorpelveränderungen im Bereich des rechten Knies richtigerweise mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als unfallkausal zu betrachten seien (Urk. 1 S. 6). Im Gegensatz zu rechts zeichneten sich am linken Knie keine Arthrosezeichen ab , obwohl dieses die genau gleiche Prädisposition für eine Verschleissveränderung am Knorpel aufweise, womit ohne weiteres Ereignis nicht erklärt werden könne, weshalb am rechten, nicht aber am linken Knie Veränderungen am Knorpel eingetreten seien. Das mit dem Unfall vom 6. Juli 2006 ins rechte Knie gelangte Fremdkörpermaterial habe die richtungsgebende Verschlimmerung des Kniezustandes bewirkt (Urk. 1 S. 7) . Ferner sei erstellt, dass sich im rechten Knie Fremdkörper befunden hätten , sich immer noch befänden und sich weiter schädigend auswirkten (Urk. 1 S. 8).

Der

Status quo sine sei somit nicht erreicht worden (Urk. 1 S. 9).

E. 3.1

Laut dem Bericht der erstbehandelnden Ärzte des

Z.____ , Dept . Chirurgie, Klinik für Unfallchirurgie, vom 6. Juli 2006 (Urk. 9/3/3) zog sich der Beschwerdeführer am rechten Knie eine „ zwei mal 1 cm “

grosse Schnittwunde

peripatellär ohne Beteiligung tiefer Strukturen sowie ohne Hinweis auf einen Erguss zu. Die Gelenkbeweglichkeit sei intakt und die Bursa nicht eröffnet gewesen.

E. 3.2

Gemäss Operationsbericht von Assistenzärztin Dr. med. C.____ und Oberarzt stv . Dr. med. D.____ , Spital

A.____ , vom 25. August 2006 (Urk. 9/27) wurde am 14. August 2006 ein zirka 4 cm grosser Fremdkörper unterhalb der Gelenks kapsel

nach deren Eröffnung lateral extrahiert. Die Wunde medial sei reizlos. Bei Persistenz der Knieschmerzen empfahlen die berichtenden Spitalärzte eine Kniearthroskopie zum Ausschluss chondraler Läsionen, die durch die transartikuläre Wanderung des Fremdkörpers entstanden sein könnten.

E. 3.3

Die ebenfalls im Spital A.____ durchgeführte Arthroskopie ergab laut

Operationsbericht

vom 2

E. 3.5

Laut Bericht der Universitätsklinik F.____ vom 4. Oktober 2011 (Urk. 9/46) waren in den am 5. Juli 2011 aufgenommenen Röntgenbildern (gemäss Bericht allerdings des linken Knies)

keine Fremdkörper sichtbar. Der mediale Gelenkspalt sei leicht vermindert. Weiter diskutierte der berichtende Arzt eine geringe mediale Überlastungssymptomatik bei neutraler bis leicht varischer Beinachse, eine Infektion durch den im Spital A.____ extrahierten Fremdkörper sowie eine Synovialitis als mögliche Ursache

für die geklagte

anteromediale

Schmerzsymptomatik.

E. 3.6

PD Dr. med. G.____, Facharzt für Radiologie, verneinte im Bericht vom 7. Juli 2011 (Urk. 3,

1. Beilage) aufgrund des gleichentags durchgeführten MRI des rechten Knies Binnenläsionen. Es bestünden ein diskreter Knorpelschaden retro patellär sowie Suszeptibilitätsartefakte vor allem im Tractus

iliotibialis auf Höhe des Femurkondylus. Diese

stammten wahrscheinlich aus einer Operation in diesem Bereich. Das subkutane Fettgewebe in diesem Bereich zeige minimale ödematöse Veränderungen sowie leichte Narbenbildungen. Ein weiteres mini males

Suszeptibilitätsartefakt finde sich in der Kapsel einer kleinen Baker-Zyste sowie im dorsalen lateralen Gelenksrezessus auf Höhe des Meniskus-Hinterhorns. Eigentliche Fremdkörper seien nicht ersichtlich; man müsse aber klar feststellen, dass diese unter Umständen sehr schwierig zu finden wären. Das leichte subkutane Ödem angrenzend an das mediale Retinaculum dürfte einer frischen Exzisionsstelle entsprechen.

E. 3.7

Am 12. Juni 2012 wurden im Zentrum für Unfallchirurgie der H.____ erneut Röntgenbilder des rechten Kniegelenks angefertigt, welche gemäss Bericht vom gleichen Tag (Urk. 9/64) einen altersentsprechenden Befund ohne wesentlichen Hinweis auf eine Arthrose ergaben. Nach erneuter Durchsicht des MRI vom 7. Juli 2011 sei der berichtenden Spitalärztin lateral eine Masse aufgefallen. Wahrscheinlich handle es sich dabei um den dem Beschwerdeführer zufolge fünf Monate zuvor erneut herausgewanderten Glassplitter.

Im Radiologiebericht vom gleichen Tag (Urk. 9/67) wurde darüber hinaus auf den Nachweis einer kleinen röntgendichten Struktur von 1 mm Durchmesser hingewiesen. Bei entsprechender Anamnese passe dieser Befund zu einem Glassplitter.

E. 3.8

Ein im Spital A.____ am 13. September 2012 erneut durchgeführtes MRI des rechten Knies (Urk. 9/72) machte gemäss Bericht der I.____

vom 26. September 2012 (Urk. 9/ 70) winzige Glas splitter- verdächtige Struk turen in der C orti c alis

anteriorer

Femur sowie einen minimalen Knorpelriss retropatellär zentral aus . Weiter führten die berichtenden Spitalärzte aus, die Binnenstruktur sei ansonsten unauffällig. Aufgrund der klinischen Untersuchung und der radiologischen Bildgebung seien die Beschwerden im Bereich des rechten Kniegelenkes nicht erklärbar.

E. 3.9

Am 28. März 2013 berichteten die Ärzte der I.____ (Urk. 9/84/3), dass aufgrund der klinischen Untersuchung, der radiologischen Bildgebung, des persistierenden Beschwerdebildes und der ausgeschöpften konservativen Behandlungsmaßnahmen ein arthroskopisches Vorgehen geplant sei.

E. 3.10

Die am 5. Juni 2013 im Spital A.____ durchgeführte diagnostische Arthro skopie am rechten Knie ergab gemäss Bericht vom darauffolgenden Tag

(Urk. 9/100) eine kleine Plica

suprapatellaris . Weiter zeige sich retropatellär schon ein deutlicher Knorpelschaden II/III. Grades. Im Bereich des unteren Patellapols zeige sich ein kleiner Osteophyt , welcher mittels Shaver abgetragen beziehungsweise geglättet worden sei . Im Bereich des Vorderhorns sei der Meniskus stabil, jedoch leicht aufgerieben und degenerativ verändert. Der Menis kus sei mittels Shaver geglättet worden . Es bestehe eine Chondropathie I/II. Grades.

E. 3.11

Im Bericht des Spitals A.____ vom 14. August 2013 (Urk. 9/98) sah sich der berichtende Arzt nach einer Verlaufskontrolle zu einer abschliessenden Aussage zum weiteren Vorgehen nicht in der Lage und erwog eine Vorstellung beim Kreisarzt.

Nach einer weiteren Verlaufskontrolle, wonach der Zustand trotz intensiven konservativen Massnahmen nicht habe verbessert werden können, bat der gleiche Spitalarzt im Bericht vom 25. Oktober 2013 (Urk. 9/105/3) die Beschwerde gegnerin um eine Vorstellung des Beschwerdeführers beim Kreisarzt, um die Situation zu beurteilen.

E. 3.12

Der Kreisarzt Dr. med. J.____ führte im Bericht vom 15. November 2013 (Urk. 9/107) über die kreisärztliche Untersuchung vom gleichen Tag aus, der Beschwerdeführer klagte über chronische Kniebeschwerden rechts , vor allem abends nach der Arbeit und beim Hinauf- und Hinuntergehen . Neben Schmerzen im ganzen rechten Knie würden auch Schwellungen des Knies und auch im ganzen rechten Bein auftreten. Medikamente brauche er keine. Nach dem Knie sei es dann zu Schmerzen in der ganzen rechten Körperseite gekommen, auch im Rückenbereich (S. 3) . Die klinische Untersuchung am linken Knie habe eine präpatellare Schnittverletzung mit Verdacht auf Arthroskopiearben ergeben. Der Beschwerdeführer habe eine Kniearthroskopie links aber negiert (S. 4).

Die angegebenen Schmerzen beim Treppensteigen deuteten auf den Knorpelschaden im Femoropatellargelenk hin. Die belastungsabhängige Schwellung von Knie, aber auch von

Ober- und Unterschenkel, mit zusätzlicher Angabe von Schmerzen im ganzen Körper rechts sei etwas auffällig.

Bei der klinischen Untersuchung des rechten Knies zeige sich ein minimaler Resterguss ; im Übrigen reizlose Verhältnisse mit guter Beweglichkeit und Stabilität. Es bestünden klinische Hinweise auf die festgestellte retropatelläre

Chondromalazie . Den Knorpelschaden an der Patellarrückfläche könne nicht mit der notwendigen Wahrscheinlichkeit auf die initiale Glassplitterverletzung am rechten Knie zurückgeführt werden. Bei der Arthroskopie Monate nach der Entfernung des intraartikulären Glaskörpers habe sich ein unauffälliges Femoropatellargelenk gezeigt. Es seien auch keine Hinweise auf einen Low Grade-Infekt zu erkennen. Ein Low Grade-Infekt sei auch im Anschluss an die spontane Glaskörperperforation der Haut im Mai 2011 ausgeschlossen worden. Weder die Glassplitterverletzung als solche noch die im Bereich des Periost oder sogar der Corticalis möglicherweise liegenden kleinsten Glassplitter vermöchten die Schädigung des retropatellären Knorpels zu erklären , und die bei der letzten Arthroskopie entfernte Plica

mediopatellaris sei anlage- und nicht unfallbedingt. Damit entfielen aktuell Unfallfolgen (S. 6).

E. 3.13

Am 23. Januar 2014 fasste der Hausarzt Dr. E.____ (Urk. 9/115/3-4) zuhause des Rechtsschutzversicherers die Krankengeschichte des Beschwerdeführers seit dem Unfall vom 6. Juli 2006 zusammen. Weiter gab er an, dass sich der Beschwerdeführer im Januar 2010 mit persistierenden Knieschmerzen beidseits, mehr rechts als links, gemeldet habe. Im Dezember 2012 sei es zu einer Kniedistorsion des rechten Kniegelenks gekommen, worauf der Beschwerdeführer zwei Wochen arbeitsunfähig gewesen sei. Abschliessend bejahte er einen kausalen Zusammenhang zwischen dem Unfall vom 6. Juli 2006 und dem späteren Verlauf. Es sei klar und unbestritten, dass die Glassplitter sicherlich zu einer massiven Schädigung des Gelenkknorpels geführt hätten .

E. 3.14

Dr. K.____ , Fachärztin für Chirurgie, vom Kompetenzzentrum Versicerungsmedizin gab am 26. März 2014 eine chirurgische Beurteilung ab (Urk. 9/120) . Sie führte aus, zwei Fakten gingen aus den Akten hervor . Zum einen habe anlässlich der Erstkonsultation in der unfallchirurgischen Notfall station des Z.____

(Urk. 9/2/3-4) eine zwei mal 1 cm grosse Schnittwunde am Knie rechts peripatellär (in der Nähe der Kniescheibe) bestanden. Es werde beschrieben, dass die Bursa (Schleimbeutel am Knie, wahrscheinlich derjenige, welcher unmittelbar über der Kniescheibe liege) nicht eröffnet gewesen sei. Dies bedeute, dass die Schnittverletzung oberflächlich gelegen habe (Haut- und Unterhautgewebe). Weitere Schnittverletzungen am rechten Knie seien nicht beschrieben worden; wenn solche bestanden hätten, wären sie erwähnt worden, da eine Wundversorgung vorgenommen worden sei (S. 6) .

Gemäss Operationsbericht von Dr. C.____

(Urk. 9/27) habe die initiale Schnittverletzung medial (Innenseite) am rechten Knie gelegen. Der Fremdkörper könne in den Röntgenbildern vom 11. August 2006 klar auf der lateralen Seite (Aussenseite) lokalisiert werden. Gestützt auf diese Dokumente müsse eine

Wanderung angenommen werden . Bei einer Wanderung unter der Haut müsste der Fremdkörper entweder die Patella oder die Strecksehnen

überwandern , welche an der Patella inseriert en, was praktisch eher unwahrscheinlich sei. Zutreffender schein eine transartikuläre Wanderung zu sein. Dabei sei zu berücksichtigen, dass der Fremdkörper als 4 cm gross dokumentiert worden sei. Auf grund der Platzverhältnisse im Kniegelenk sei es überaus unwahrscheinlich, dass der Fremdkörper mitten durch das Gelenk gewandert sei. Mit seiner Grösse hätte er zu Knieblockaden führen müssen. Solche seien nirgends dokumentiert. Es sei viel wahrscheinlicher, dass er über den oberen Recessus

(Schleimbeutel, taschenförmige Verbindung zum Gelenk) gewandert sei (S. 7). Eine Wanderung entlang dieses Recessus lasse sich mit der Fremdkörperlänge bei operativer Entfernung am 14. August 2006 vereinbaren. Dabei sei es theoretisch möglich, dass der Knorpelbezug der Patellarückfläche verletzt worden sei. Bei den Knie gelenksarthroskopien vom 24. November 2006 (Urk. 9/13) und 5. Juni 2013 (Urk. 9/100) hätten die Operateure eine Chondropathie Grad I-II für das mediale Kompartiment beschrieben . Das laterale Kompartiment sei 2006 mit einer femoralen

Chondropathie Grad I-II beschrieben worden , wohingegen 2013 unauffällige Knorpelverhältnisse im lateralen Kompartiment dokumentiert worden seien . Neu sei 2013 zudem ein retropatellär deutlicher Knorpelschaden II-III dokumentiert worden , während 2006 unauffällige Verhältnisse retropatellär bestanden hätten. Aus diesen beiden Operationsdokumentationen könne nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf eine durch den Glasfremdkörper verursachte Knorpelverletzung geschlossen werden . Ebensovien vermöge das MRI des rechten Kniegelenks vom 13. September 2012 (Urk. 9/72) einen solchen Zusammenhang dar zu stellen. Der Beschwerdeführer weise eine Dysplasie im

Bereich der Patella (Jägerhut-Patella) sowie einen dysplastischen medialen Kondylus auf . Beides seien Vorzustände mit ihrerseits deutlicher Prädisposition für unter anderem einen Knorpelschaden. Die erwähnte Rissbildung im Bereich der lateralen Patella-Facette lasse sich ebenso mit diesen dysplastischen Befunden vereinbaren, welche zu einer Fehlbelastung führten (S. 8).

Es sei durchaus möglich, dass trotz zweier Eingriffe und einer Vielzahl von verschiedenen Röntgenbildern ein weiterer Glasfremdkörper unbemerkt geblieben und sich Jahre später durch die Haut hindurch herausgearbeitet habe. Das anamnestische Ereignis vom 9. Mai 2011 beweise in keiner Weise eine intraartikuläre Lage des Fremdkörpers (S. 9) .

Der in der Folge diagnostizierte retropatelläre Knorpelschaden sei anlässlich der ersten Arthroskopie des rechten Kniegelenks vom 24. November 2006 (Urk. 9/13) nicht beschreiben worden. Hätte der Glasfremdkörper Knorpelverletzungen an der Patella-Rückfläche verursacht, wären diese arthroskopisch sichtbar gewesen . Eine Verletzung durch einen spitzen Gegenstand im Knorpel gewebe bleibe immer sichtbar. Im Anschluss an die Entfernung des grösseren Glasfremdkörpers am 25. Oktober 2006 hätten mehrfach keine weiteren Fremdkörper im rechten Kniegelenk festgestellt werden können. Die anlässlich der Operation vom 5. Juni 2013 (Urk. 9/100) beschriebene Chondropathie , besser Chondromalazie , Stadium II-III sei klar degenerativer Natur. Untermauert werde

dies durch das gleichzeitige Vorliegen eines Osteophyten am unteren Patellapol sowie durch die vorbestehende Dysplasie der Patella

und des medialen Femur kondylus . Es lasse sich aufgrund der vorliegenden Befunde und Dokumente nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit darauf schliessen, dass der am 24. November 2006 (Urk. 9/13) entfernte Glasfremdkörper zu Knorpelverletzung im rechten Kniegelenk geführt habe (S. 9 f.).

Abschliessend sei zu erwähnen, dass sich bereits in den ersten Röntgenbildern vom 11. August 2006 eine leichte Varusachse (O-Bein mit konsekutiver Überlastung der Knieinnenseite) nachweisen lasse. Diesbezüglich bestehe eine Prädisposition für die Entwicklung einer medialen Gonarthrose (S. 10).

Schlussfolgernd stellte Dr. K.____ fest, dass allfällige durch den

Glas fremdkörper verursachte Knorpelverletzungen an der Patella-Rückfläche am 24. November 2006 arthroskopisch sichtbar gewesen wären. Auch die zweite Kniearthroskopie am 5. Juni 2013 dokumentiere keine durch einen Glasfremdkörper verursachte Knorpelverletzung. Es würden lediglich Verschleissprozesse aufgeführt . Davon betroffen sei insbesondere die Patellarückfläche . Diese Veränderungen hätten sich in den folgenden sechseinhalb Jahren nach dem Unfall degenerativ bedingt entwickelt. Eine Verletzung des Knorpels führe nicht analog eines Verschleissvorganges zu einem diffusen Knorpelabbau (S. 12) .

E. 3.15

In seiner Kurzbeurteilung vom 20. Mai 2014 (Urk. 3) gab Dr. B.____ an, der Beschwerdeführer habe bei der Untersuchung die beiden Glasstücke gezeigt, die aus seinem Knie herausoperiert beziehungsweise herausgekommen seien. Der zweite Glassplitter sei etwa 4x8x6 mm gross . Beschwerden im linken Knie habe der Explorand verneint (S. 2). An diesem Knie fänden sich Vernarbungen aus der Jugend (S. 3). In den von ihm veranlassten Röntgenaufnahmen beider Knie sowie den früheren MRI-Aufnahmen finde man radiologisch eine Jägerhut -Patella und eine Kondylendysplasie beidseits rechts mit beginnender femoropatellärer Arthrose links ohne Arthrosezeichen . Die MRI des rechten Knies vom 7. Juli 2011

(Urk. 3, 1. Beilage) sowie vom 13. September 2012 (Urk. 9/72)

zeigten beide Glassplitter beziehungsweise die von den Radiologen genannten Suszeptibilitätsartefakte im lateralen Retinaculum und ventral in der metaphysären

Femurcorticalis , eine verdickte Synovialis im Recessus

suprapatellaris sowie die beginnende femoro - patelläre Arthrose (S. 7 , vgl. auch S. 5 f.).

Die jetzige radiologische Situation bezüglich der Kondylendysplasie und der Jägerhutpatella sowie die Beinachse seien für beide Knie absolut symmetrisch. Das linke Knie weise die genau gleiche Prädisposition für eine Verschleissveränderung am Knorpel, insbesondere an der Rückfläche der Kniescheibe , auf . Diese sei am linken Knie aber nicht eingetreten . Es bleibe daher festzuhalten, dass mit dem Unfall vom 6. Juli 2006 Fremdkörpermaterial ins rechte Knie gelangt sei, welches einmal durch eine Operation entfernt und einmal spontan herausgekommen sei, jedoch weiterhin im Knie vorhanden sei

und dort schädigend wirke. Das heiße, dass der Unfall vom 6. Juli 2006 eine richtunggebende Verschlimmerung des Kniezustandes rechts bewirkt habe und dass damit bis heute und auch in Zukunft ein Status quo sine nicht mehr erreicht werden könne. Es sei anzunehmen, dass das Fremdmaterial im rechten Knie eine zusätzliche entzündliche Komponente unterhalte und unterhalten habe, die zu den jetzt bekannten Knorpelschäden geführt habe (S. 8). Die Knorpelveränderungen im Bereich des rechten Knies seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als unfallkausal zu betrachten (S. 9).

E. 3.16

Mit chirurgischer Beurteilung vom 9. Juli 2014 (Urk. 10) nahm Dr. K.____ zum Kurzgutachten von Dr. B.____ Stellung. Dabei hielt sie fest, dass die Diagnose von Glassplittern nicht gesichert sei und es sich bei den genannten Signalanhebungen nur möglicherweise um Glassplitter handle. Beide operative Eingriffe hätten keine Glassplitter dokumentieren können. Selbst wenn es sich bei diesen Signalanhebungen um Glassplitter handeln würde, könnten diese keinen Knorpelschaden verursachen. Zum einen lägen die Befunde im Oberschenkelknochen und nicht frei im rechten Kniegelenk. Zum anderen lägen sie oberhalb der femoro-patellären Gelenkzone. Dort, wo die beschriebenen Signalanhebungen lägen, könne die Patella mit ihrem gelenkbildenden Anteil gar nicht hinkommen.

Selbst in maximaler Streckung des Kniegelenks wäre es nicht möglich, dadurch eine direkte Knorpelschädigung an der Rückfläche der Patella zu verursachen (S. 2 f.).

Eine entzündliche Komponente mit Ergussbildung sei auf den MRI-Bildern vom 13. September 2012 nicht sichtbar und vom Radiologen im schriftlichen Befund (Urk. 9/72) auch nicht erwähnt worden. Beschrieben sei eine etwas verdickte Synovialis im Recessus suprapatellaris. In diesem Bereich seien keine Fremdkörper sichtbar und die Situation entspreche einer Vernarbung nach Fremdkörperentfernung am 14. August 2006. Eine Synovitis sei im Operationsbericht vom 24. November 2006 (Urk. 9/13) explizit verneint, im Operationsbericht vom 5. Juni 2013 (Urk. 9/100) nicht dokumentiert und im schriftlichen MRI-Befund vom 13. September 2012 (Urk. 9/72) ebenso wenig beschrieben worden (S. 4 f.).

E. 3.17

Am 23. September 2014 nahm Dr. B.____ zu den jüngsten Ausführungen von Dr. K.____ Stellung und wiederholte im Wesentlichen seine früheren Aussagen (Urk. 14). 4. 4.1

Die beiden chirurgischen Beurteilungen von Dr. K.____

vom 26. März und 9. Juli 2014 erfüllen die von der Rechtsprechung aufgestellten Anforderungen an eine beweistaugliche beziehungsweise beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage (E. 1.4-1.5).

Obwohl sie den Beschwerdeführer nicht persönlich untersucht hatte, konnte

die Versicherungsmedizinerin auf zahlreiche Untersuchungsberichte

zurückgreifen, unter anderem auf denjenigen über die orthopädische Untersuchung durch den Kreisarzt Dr. J.____ vom 15. November 2013 (Urk. 9/107). Die Ärztin

geht auf die medizinische

Befundlage und die bisherigen ärztlichen Stellungnahmen ausführlich ein, berücksichtigt die geklagten Beschwerden und setzt sich damit auseinander. Ihre Stellungnahmen leuchten

in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge sowie in Bezug auf die gezogenen Schlussfolgerungen ein.

Insbesondere vermochte Dr. K. ____

anhand der radiologischen Befunde und mit Blick auf die Anatomie des Kniegelenks nachvollziehbar

darzulegen, weshalb eine direkte Knorpelverletzung sowohl durch die beiden 2006 und 2011 entfernten grösseren Glassplitter als auch durch allfällige sich weiter hin im Knie befindlichen deutlich kleineren Glassplitter ausgeschlossen werden kann. Weiter

überzeugt der Ausschluss eines

durch Glasfremdkörper herbeigeführten entzündlichen Prozesses und damit einer indirekten Schädigung des Knorpels.

Ihre ausführliche Begründung beruht auf fachärztlich erhobenen Befunden sowie auf dem sich aus den

Akten ergebenden Beschwerdeverlauf.

Die Überlegungen von Dr. K. ____

sind zurückhaltend aber

klar formuliert und für den Rechtsanwender nachvollziehbar. Es sind keine Indizien ersichtlich, die gegen die Unparteilichkeit der Versicherungsmedizinerin beziehungsweise gegen die Zuverlässigkeit ihrer Beurteilung sprechen würden. Demgegenüber lassen sich in den wenig ausführlich begründeten Stellungnahmen von Dr. B. ____

mehrfach Äusserungen ausmachen, die eindeutig über den Auftrag eines Privatgutachtens hinausgehen, was trotz seiner Qualifikation als zertifizierter Gutachter SIM (Urk. 13 S. 3) Zweifel an seiner Objektivität aufkommen lässt. 4.2

Mit Bezug auf die Verhältnisse im vom Unfall am 6. Juli 2006 nicht betroffenen linken Knie ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer im Januar 2010 seinem Hausarzt Dr. E. ____ gegenüber persistierende Knieschmerzen links erwähnte (Urk. 9/115). Obwohl die Schmerzen im linken Knie im Vergleich zum rechten Knie als weniger stark empfunden wurden, weisen sie auf eine beginnende Symptomatik hin, welche auf unfallfremde Ursachen beruht.

In diesem Zusammenhang vermochte Dr. K. ____

einleuchtend darzulegen, dass die Jägerhut-Patella zusammen mit der Dysplasie des medialen Femurcondylus eine Prädisposition für einen Knorpelschaden infolge Umverteilung der Belastung darstellt (Urk. 9/120 S. 8 f.).

Die Gründe, weshalb ein solcher Knorpelschaden im linken gewöhnlich weniger beanspruchten Knie noch nicht eingetreten ist, kann entgegen der Meinung des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 6 f., Urk. 13 S. 5) schlussendlich

offen bleiben, zumal eine Schädigung durch

beim Unfall vom 6. Juli 2006 ins Knie gelangte

Glassplitter aufgrund der nachvollziehbaren Ausführungen von Dr. K.____

nicht überwiegend wahrscheinlich erscheint. Demgegenüber geht Dr. B.____ zwar davon aus, dass im rechten Kniegelenk ein anderer Mechanismus als die prädisponierende Anatomie vorliegen müsse, welcher zur retropatellären Knorpelschädigung geführt habe, und zieht daraus den Schluss, dass es sich dabei um Glassplitter handelt (Urk. 14 S. 3, vgl. auch Urk. 3 S. 8). Seinen Stellungnahmen lässt sich jedoch keine nachvollziehbare Erklärung für derart schädigende Auswirkungen durch die Glassplitter entnehmen.

Dass auch die behandelnden Fachärzte nach Ausschöpfung der indizierten Behandlungsversuche die Vorstellung des Beschwerdeführers beim Kreisarzt zwecks Beurteilung der Situation postulierten (Urk. 9/98 ,

Urk. 9/105/3) ,

weist auf eine gewisse Ratlosigkeit in Bezug auf die geklagten Beschwerden hin. 4 .3

Auch sonst sind keine Gründe ersichtlich, welche geeignet wären, die Beweis kraft der Beurteilungen von Dr. K.____ vom 26. März und 9. Juli 2014 zu schmälern .

Damit kann eine traumatische Genese der weiterhin geklagten Beschwerden im rechten Knie ausgeschlossen werden. 5.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die persistierenden Beschwerden im rechten Knie nicht mehr unfallbedingt sind, weshalb die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen zu Recht ab der kreisärztlichen Untersuchung vom 15. November 2013 eingestellt hat. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde

wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Gabriela Gwerder - Schweizerische Unfallversicherungsanstalt - Bundesamt für Gesundheit 4.

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

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

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

E. 7

. November 2006 (Urk. 9/13) keine Fremdkörper. Im medialen Kompartiment seien die tibialen Knorpelüberzüge etwas aufgeraut (Chondropathie Grad I-II). Zentral befindet sich eine etwas sonderbare, zirka 15 mm lange stabförmige Impression. Mit den Tasthäkchen habe sich aber kein Fremdkörper unter dem Knorpel palpieren lassen. Auch am Femurkondylus medial sowie an mehreren Stellen im lateralen Kompartiment femoral seien oberflächliche Knorpelläsionen Grad II gefunden worden. 3 .4

Im Arztzeugnis vom 1. Juni 2011 (Urk. 9/36) gab Hausarzt Dr. med. E.____, Facharzt für Allgemeine Medizin, an, der Beschwerdeführer habe am 9. Mai 2011 nach Perforation am rechten Knie einen Glassplitter herausgezogen, wes halb er ihn an die Universitätsklinik F.____ zur Suche nach weiteren Glassplittern überwiesen habe.

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