

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2014.00231 vom 30. September 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-09-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2014.00231

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2014.00231 du 30 septembre 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2014.00231 del 30 settembre 2016

Erwägungen

E. 1

5. April

2014 (Urk. 10/139) samt Ergänzung vom 18. August

2014 (Urk. 10/156) wies sie mit Entscheid vom 27.

August 2014 ab (Urk. 10/157 = Urk. 2).

E. 1.1

Nach Art. 10 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (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. Wird sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 % (Art.

E. 1.2

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

E. 1.3

Wird durch den Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, fällt der natürliche Kausalzusammenhang dahin, wenn und sobald der

Gesundheitsschaden nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist (RKUV 1992 Nr.

U 142 S.

75 E.

4b mit Hinweisen; nicht publiziertes Urteil des Bundesgerichts U

172/94 vom 26.

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

U 363 S.

45; BGE

119 V 7 E. 3c/ aa). Die bloss e Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt aber die entsprechende Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 1994 Nr.

U 206 S.

328

f. E.

3b, 1992 Nr.

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

März 2014 E.

2.3.1 mit Hinweisen). Mit dem Erreichen des Status quo sine vel ante entfällt eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden. Solange jedoch der Status quo sine vel ante noch nicht wieder erreicht ist, hat der Unfallversicherer gestützt auf Art. 36 Abs. 1 UVG in aller Regel neben den Taggeldern auch Pflegeleistungen und Kostenvergütungen zu übernehmen, worunter auch die Heilbehandlungskosten nach Art.

E. 1.4

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 135 V 465 E. 4.4, 125 V 351 E. 3b/ ee , 122 V 157 E. 1c; vgl. auch BGE 123 V 331 E. 1c). 2.

E. 2

Gegen den Einspracheentscheid vom 27. August 2014 erhob der Versicherte am 30. September 2014 Beschwerde mit folgendem Rechtsbegehren (Urk. 1 S. 2): „1. Es sei der Einspracheentscheid vom 27.08.2014 aufzuheben. 2. Es sei die Angelegenheit der Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, mit dem Auftrag, ein medizinisches Gutachten zu veranlassen, um die Diagnose zu sichern und die Kausalität festzustellen. 3. Es sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten eine angemessene IV-Rente und eine angemessene Integritätsentschädigung auszurichten. 4. Eventualantrag: Es sei ein gerichtliches, polydisziplinäres Gutachten zu veranlassen und die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, auf Grund des Resultats dieses Gutachtens die gesetzlichen Leistungen zu erbringen. 5. Subeventualiter : Es sei das Beschwerdeverfahren zu sistieren bis das polydisziplinäre Gutachten der IV vorliegt. 6. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin.“

Mit Beschwerdeantwort vom 5. Januar 2015 schloss die SUVA auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 9). Mit Gerichtsverfügung vom 26. Januar 2015 wurde das Sistierungsgesuch abgewiesen. Gleichzeitig wurde dem Beschwerdeführer das Doppel der Beschwerdeantwort zur Kenntnis gebracht (Urk. 12).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin verneinte eine über den 31. Dezember 2013 hinaus bestehende Leistungspflicht – insbesondere unter Hinweis auf die im Spital Z.____ durchgeführte magnetresonanztomographische Abklärung vom 4. Juli 2014 – mit der Begründung, der Morbus Ahlbäck, welcher erstmals im Zusammenhang mit dem Unfallereignis diagnostiziert worden, aber nicht unfallkausal sei, sei vollständig ausgeheilt und habe keine Spätfolgen hinterlassen (Urk. 2 S. 4 f.). Es habe einzig eine vorübergehende Verschlimmerung vorgelegen und spätestens per 31. Dezember 2013 sei der Status quo erreicht gewesen (Urk. 9 S. 5 ff.).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber gestützt auf die Beurteilungen seines Hausarztes wie auch des Vertrauensarztes der Kranken taggeldversicherung im Wesentlichen auf den Standpunkt, die aseptische Knochennekrose sei posttraumatisch und mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis zurückzuführen. Die von der Beschwerdegegnerin im Einspracheverfahren

ein geholte chirurgische Einschätzung ihres Vertrauensarztes, wonach der Morbus

Ahlbäck ausgeheilt sei, sei nicht nachvollziehbar; insbesondere sei nicht klar, wie die betreffende Erkrankung heilen könne (Urk. 1 S. 5 ff.). 3.

E. 3

Mit Verfügung vom 20. Juli

2015 stellte die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, ihre Rentenleistungen ein. Die dagegen am 14. September 2015 erhobene Beschwerde wurde mit heutigem Urteil des hiesigen Gerichts abgewiesen (Prozess-Nr. IV.2015. 00945). 4.

Auf die Ausführungen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, so weit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 3.1

Dr. med. A.____, Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin, diagnostizierte in seinem Arztzeugnis UVG vom 14. September 2010 eine posttraumatische aseptische Knochennekrose im medialen Femurkondylus rechts. Er ging von einer vollen Arbeitsunfähigkeit für die nächsten acht Wochen aus (Urk. 10/9).

E. 3.2

Der am Spital Z.____ tätige Dr. med. B.____, Chefarzt, nannte in seinem Bericht vom 13. September 2010 nachstehende Diagnose: - Dringender Verdacht auf aseptische Knochennekrose im medialen Femurkondylus

(Morbus Ahlbäck) bei direktem Trauma am 12. Juli 2010

Er empfahl dem Beschwerdeführer, mit dem Rauchen aufzuhören (Urk. 10/13 ; vgl. auch Urk. 10/11).

E. 3.3

Die am MRI-Zentrum des Spitals als Z.____ tätigen Dr. med. C.____, Chefarzt, und D.____, Oberarzt, berichteten am 13. Dezember 2010 über die gleichentags stattgehabte MR-Untersuchung des rechten Kniegelenks. Beim Morbus Ahlbäck, der in der Voruntersuchung vom Oktober 2010 bereits rückläufig gewesen sei, würden sich aktuell keine ödematösen Veränderungen darstellen. Im Bereich des medialen Femurkondylus gebe es keine Knorpeldefekte. Nekrosetypische Veränderungen seien nicht ersichtlich und es würden sich reizlose Verhältnisse am medialen Femurkondylus zeigen (Urk. 14/1).

E. 3.4

Dem Bericht von Dr. B.____ vom 17. Dezember 2010 kann entnommen werden, dass im Bereich des Femurs eine Abheilung ad integrum und reizlose Verhältnisse vorliegen. Hinweise auf eine nekrotische Veränderung gebe es keine. Neu finde sich ein Knochenmarksödem vor allem im Bereich des medialen Tibiakopfes bei bekannter, deutlicher Varusachsenfehlstellung (Urk. 14/2).

E. 3.5

Der die Krankentaggeldversicherung beratende Dr. med. E.____, Spezialarzt für Orthopädische Chirurgie, führte in seinem Bericht vom 27. Dezember 2010 aus, jedes Kniegelenkstrauma könne die Entwicklung eines Knochenmarködems auslösen. Im Falle des Beschwerdeführers gebe es keine Anhaltspunkte, dass das Knochenmarksödem schon vor dem Trauma bestanden habe, da dieser bis anhin beschwerdefrei gewesen sei. Somit sei mit überzeugender Wahrscheinlichkeit der Zusammenhang mit dem Kniegelenkstrauma klar (Urk. 10/29/2-3).

E. 3.6

PD Dr. med. F.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, gab in seiner kreis ärztlichen Beurteilung vom 21. Januar 2011 an, ein direkter Anprall, der zu einer gravierenden aseptischen

Osteonekrose hätte führen können, müsste als direkte Folge auch eine osteochondrale Läsion verursachen, welche beim Beschwerdeführer nicht bestanden habe. Auch sei der Zeitraum zwischen dem Trauma und dem MRT-Befund zur Begründung einer unfallabhängigen Osteonekrose grenzwertig zu kurz, um mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit einen Zusammenhang zu bejahen (Urk. 10/31).

E. 3.7

Dr. med. C.____, Chefarzt der Radiologie des Spitals Z.____, führte in seinem Bericht vom 11. Februar 2011 über die gleichentags durchgeführte MR-Untersuchung des Kniegelenks rechts aus, es sei im Verlauf eine tendenzielle Rückbildung der ödematösen Veränderungen im Bereich des Tibiakopfes, vor allem medial bei hier sichtbarer Fraktur ohne Sinterung, zu ersehen. Es gebe keine Hinweise auf eine aseptische Knochennekrose. Nebst der retropatellären

Chondropathie seien keine relevanten Veränderungen der Knieinnenstrukturen rechts ersichtlich (Urk. 14/5).

E. 3.8

Das am 30. Dezember 2011 im Spital Z.____ angefertigte MRI zeigte im Vergleich mit demjenigen vom 30. September 2011 eine Befundbesserung mit Regredienz des Knochenmarködems femoral und tibial sowie eine Regredienz des Weichteilödems prätibial. Die retropatelläre

Chondropathie kam stationär zur Darstellung und es traten zwischenzeitlich keine pathologischen Veränderungen auf. Die Frakturen konnten sich im Sinne einer vollständigen Konsolidation nicht mehr abgrenzen lassen und es waren keine neuen Frakturen aufgetreten (Urk. 10/65). 3. 9

Im Auftrag der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers gerichteten Bericht vom 15. Juni 2012 gab Dr. B.____ an, beim Versicherten sei am 12. Juli 2010 durch ein Trauma mit direktem Schlag auf den ventromedialen Bereich des Kniegelenks rechts eine transiente Osteoporose primär des medialen Femurkondylus ausgelöst worden. Eine adäquate Therapie mit Biphosphonat und Calcium-Tabletten habe eine gute Besserung der MR-Befunde im medialen Femurkondylus gezeigt. Im Verlaufe sei aber am 13. Dezember 2010 unter Wiederaufnahme der Belastung eine entsprechende transiente Osteoporose und ein Knochenmarködem mit Mikrofrakturierungen im Sinne von Stressreaktionen im Bereiche des medialen und lateralen Tibiaplateaus aufgetreten. Im August 2011 habe der Beschwerdeführer seine Arbeit mit einer Arbeitsleistung von 60 % wieder aufgenommen. Es sei dabei zu einem erneuten Schmerz im Kniebereich links gekommen mit nachfolgendem Sturz, weshalb die Arbeit habe gestoppt werden müssen. Die Arbeitsunfähigkeit sei durch das Unfallereignis klar ausgewiesen. Die unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit sei sicher für die ersten zwei posttraumatischen Jahre gegeben (Urk. 10/73 /2-4).

E. 3.10

Eine am 6.

September

2012 neuerlich im MRI-Zentrum des Spital s

Z.____ durch geführte MRI-Untersuchung zeigte eine deutliche Regredienz des Knochenmark ödems im Femur und Tibia ohne abgrenzbare Frakturen. Ersichtlich war ausser dem eine stationäre retropatelläre

Chondropathie Grad II bis III (Urk. 10/89). 3. 11

Die Ärzte der Klinik G.____ stellten am 4. Juli 2013 die Verdachtsdiagnose einer aseptischen Knochennekrose im Bereich des medialen Femurkondylus Knie rechts nach Trauma im Juli 2010 (Urk. 10/121).

E. 3.12

Prof. Dr. med.

H.____ , Facharzt FMH für Orthopädie und Unfallchirurgie, Kreisarzt, gab am 26. Juli 2013 an, dem Beschwerdeführer könnten körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten in Wechselbelastung zugemutet werden (Urk. 10/122). Auf Nachfrage hin stellte er am 4. November 2013 klar, dass der Beschwerdeführer rein unfallbedingt in seiner angestammten Tätigkeit weiter arbeiten könne (Urk. 10/127).

E. 3.13

Das am

4. Juli 2014 aufgenommene MRI-Bild des Spital s

Z.____ zeigte im Vergleich zum Vorbefund ein komplett regredientes Knochenmarködem im medialen Femur sowie der Tibia rechts bei Status nach Morbus A hlbäck . MR-morphologisch gebe es keine Anhaltspunkte für Spätfolgen. Sonst bestehe im Wesentlichen der Status idem (Urk. 10/151).

E. 3.14

In seiner am 24. Juli 2014 abgegebenen chirurgischen Beurteilung gab Dr. med.

I.____ , Facharzt FMH für Chirurgie, Versicherungsmedizin SUVA, unter Hinweis auf die am 4. Juli 2014 erfolgte magnetresonanztomographische Abklärung des rechten Kniegelenks des Beschwerdeführers an, der Morbus Ahl bäck , welcher erstmals im Zusammenhang mit dem Unfallereignis diagnostiziert worden, aber nicht unfallkausal sei, sei vollständig ausgeheilt und habe keine Spätfolgen hinterlassen. Rückblickend und in der Zusammenschau der medizinischen Berichte und Bildgebungen könne festgehalten werden, dass schon im Zeitpunkt der tomographischen Abklärung im September 2001 der Morbus Ahl bäck ausgeheilt gewesen sei. Die aktuellen Bilder würden zudem belegen, dass in der Zwischenzeit weder ein Rezidiv aufgetreten noch eine bleibende Krankheitsfolge entstanden sei (Urk. 10/ 154). 4. 4.1

Streitig und zu prüfen ist, ob der Unfall vom 12. Juli 2010 noch ursächlich ist für die über den Zeitpunkt der Leistungseinstellung hinaus geklagten Beschwerden. Da die Beschwerdegegnerin die bis zum 31. Dezember 2013 gewährten Leistungen nicht zurückfordert, kann sie die Leistungseinstellung ohne die Rückkommensvoraussetzungen der prozessualen Revision oder der Wiedererwägung und damit ohne Bindung an die früher ausgerichteten Leistungen vornehmen (BGE 130 V 380 E).

2.3.1 und Urteil des Bundesgerichts 8C_794/2008 vom 29. Januar 2009 E.

4). Insofern gehen die entsprechenden Vorbringen des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 7 ff.) ins Leere. Zu ergänzen ist zudem, dass sich die massgebenden Kriterien in der Regel (erst) nach Abschluss des normalen, unfallbedingt erforderlichen Heilungsprozesses beurteilen lassen. 4.2

Im Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 12. Juli 2010 wurde erstmals die (Verdachts-) Diagnose Morbus Ahlbäck

gestellt. Im Einklang mit den versicherungswirtschaftlichen Medizinern der Beschwerdegegnerin ist unter Hinweis auf den Unfallhergang, der zu keiner osteochondralen Läsion führte, zu schliessen, dass dieser nicht Unfallfolge ist, sondern ein krankhafter Vorzustand bestand, der erst durch die Knieprellung manifest wurde. Diesbezüglich hielt auch das Bundesgericht fest, eine traumatisch entstandene Knochennekrose setze eine gelenknahe Fraktur oder eine Luxation voraus (Urteil des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts U 236/98 vom 3. Januar 2000 E. 4d). 4.3

Die Argumentation des Beschwerdeführers, der gestützt auf die Beurteilungen durch die Drs. A.____, E.____ und B.____ davon ausgeht, dass die aseptische Knochennekrose posttraumatisch und mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis vom 12. Juli 2010 zurückzuführen sei (Urk. 1 S. 5), führt zu keiner anderen Beurteilung. Denn aus der Tatsache, dass eine Nekrose nach dem Unfall (posttraumatisch) auftritt, kann nicht ohne weiteres darauf geschlossen werden, dass diese auch durch den Unfall entstanden ist (Urteil des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts U 236/98 vom 3. Januar 2000 E. 4c). Bei der Bezeichnung „posttraumatisch“ handelt es sich regelmässig um eine zeitliche Angabe, aus der einzig zu lesen ist, dass die gesundheitlichen Störungen nach dem Unfallereignis aufgetreten sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_524/2014 vom 20. August 2014 E. 4.3.3 mit weiteren Hinweisen). Die Begründungen der Ärzte erschöpfen sich zudem im Wesentlichen in der Figur „post hoc ergo propter hoc“, was rechtsprechungsgemäss für die Annahme einer natürlichen Kausalität nicht genügt (BGE 119 V 335 E. 2b/ bb). 5. 5.1

Dass die über den 31. Dezember 2013 hinaus geklagten Beschwerden noch mit dem Unfall vom 12. Juli 2010 zu erklären wären, erscheint sodann

insbesondere aufgrund der Ergebnisse der MRI-Untersuchungen nicht als überwiegend wahrscheinlich. Im zum Unfallereignis zeitnahen MRI-Bild vom 6. September 2010 (MRI-Zentrum Spital Z.____) war zwar ein massives Knochenmarködem, vor allem im medialen Femurkondylus, nicht aber ein relevanter Knorpelschaden zu ersehen (Urk.

10/11). In der Folge wurde eine Knochenaufbau-therapie mit Biphosphonat und Kalzium-Tabletten, später mit Biphosphonat und Vitamin-D eingeleitet. Diese Therapie zeigte bezüglich der Knochenmarker ein gutes Ansprechen der Biphosphonate (Urk. 10/73 /2-4). Ausserdem wurde der Beschwerdeführer mit den Präparaten Fosomax, Calcimagon und Miacalcic behandelt (14/3-4).

In der MRI-Bildgebung von Dezember 2010 konnten dann keine nekrosetypischen Veränderungen beobachtet werden (Urk. 14/1-2) und im Rahmen der Untersuchung vom 11. Februar 2011 bestanden keine Hinweise auf eine aseptische Knochennekrose mehr (Urk. 14/5). Anlässlich der MRI-Untersuchung vom 30. Dezember 2011 (MRI-Zentrum

Spital Z.____) war ein deutlich regredientes Knochenmark ödem femoral und tibial wie auch eine Regredienz des Weichteilödems prätibial ersichtlich . Die retro patelläre Chondropathie kam stationär zur Darstellung (Urk.

10/65). Das am 6. September 2012 aufgenommene neue MRI (MRI-Zentrum Spital Z.____) zeigte erneut eine deutliche Regredienz

des Knochenmarködems in Femur und Tibia und eine wiederum stationäre retro patelläre Chondropathie . Es waren ausserdem keine neu aufgetretenen relevanten Knorpeldefekte in sämtlichen Kompartimenten erkennbar (Urk. 10/89 /2). Nach Kenntnisnahme des MRI-Befundes vom 4. Juli 2014 berichteten die Ärzte des MRI-Zentrums des Spitals Z.____ von einem komplett regredienten Knochenmarködem im medialen Femur sowie der Tibia rechts bei Status nach Morbus Ahlbäck . Anhaltspunkte für Spätfolgen seien MR-morphologisch keine vorhanden; ansonsten präsentiere sich im Wesentlichen ein Status idem (Urk. 10/ 151). Die initial bestandene Knochenmarkveränderung hatte sich damit zurückgebildet. Eine nekrotische Veränderung wurde bereits Ende 2010 verneint. 5.2

Hieran ändern auch die Berichte der Dres . E.____ und B.____ nichts. Einerseits gaben sie ihre Einschätzungen relativ zeitnah zum Unfallereignis ab, weshalb ihnen der weitere Heilungsverlauf – insbesondere auch die MRI-Bildgebungen – nicht bekannt waren. Andererseits zogen sie – wie bereits unter E. 4.3 aus geführt – einen unzulässigen „post hoc ergo propter hoc“-Schluss. 5. 3

Was die vom Beschwerdeführer aufgeworfene Unterscheidung zwischen dem Knochenmarködem und der Knochennekrose betrifft (Urk. 1 S. 9), ist darauf hinzuweisen, dass bereits im Rahmen der MRI-Untersuchung vom 6. September 2010 kein relevanter Knorpelschaden bemerkt werden konnte (Urk. 10/11) . Die Dres . B.____ und C.____ , Spital Z.____ , konnten dann in der Folge schon

in ihren Berichten vom 17. Dezember 2010 und 11. Februar 2011 überhaupt keine aseptische Knochennekrose feststellen (Urk. 14/5 und Urk. 14/2).

Entgegen dem Beschwerdeführer (Urk. 1 S.

6

f.) hatte sich Dr. H.____ am 4. November 2013 erneut zur Arbeitsfähigkeit geäußert und ihn rein unfallbedingt in seiner angestammten Tätigkeit als voll arbeitsfähig beurteilt (Urk. 10/127). 5.4

Nach dem Gesagten ist davon auszugehen, dass der Unfall vom 12. Juli 2010 lediglich vorübergehend und längstens bis Ende Dezember 2013 zu einer Verschlimmerung des vorbestehenden Morbus Ahlbäck führte beziehungsweise dass der Status quo sine spätestens zu diesem Zeitpunkt wieder erreicht war. Der Heilverlauf lässt zudem auch nicht auf eine richtunggebende Verschlimmerung schliessen. Anlass zu weiteren medizinischen Abklärungen besteht nicht (antizipierte Beweiswürdigung, BGE 122 V 157 E.

Id mit Hinweisen). Die per 31. Dezember 2013 verfügte Leistungseinstellung der Beschwerdegegnerin erweist sich demnach als rechtens, was zur Abweisung der Beschwerde führt. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Dr. Cristina Schiavi -
Schweizerische Unfallversicherungsanstalt unter Beilage von Urk. 14/1-5 - 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 Bundes
gesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom
siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 1 5. Juli bis und mit 1
5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu
stellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweis mittel
und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthal ten; 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 VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin GräubLocher

E. 8

des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG])
invalid, so hat sie Anspruch auf eine Inva lidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Der
Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fort setzung der ärztlichen Behandlung keine
namhafte Besserung des Gesund heitszustandes erwartet werden kann und allfällige
Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind. Mit dem
Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1
UVG).

E. 10

UVG fallen (Urteil des Bundesgerichts 8C_637/20

E. 13

vom 11. März 2014 E. 2.3.2).

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