

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2015.00118 vom 1. September 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-09-01, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2015.00118

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2015.00118 du 1 septembre 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2015.00118 del 1 settembre 2016

Erwägungen

E. 1

2. Februar 2013 rutschte der Versicherte auf einer Eisfläche aus, versuchte seinen Angaben zufolge sich seitlich zu stützen, fiel zu Boden und verletzte sich am linken Knie (Bagatellunfall-Meldung UVG vom 28. August 2013, Urk. 11/2). Am 30. Juli 2013 begab er sich in Behandlung bei Dr. med. A.____, FMH Allgemeine Innere Medizin, welche die Durchführung eines MRI des linken Kniegelenks veranlasste und den Versicherten an Dr. med. B.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, überwies (vgl. Arztzeugnis UVG vom 12. September 2013, Urk. 11/21). Dr. B.____

diagnostizierte im Sprechstundenbericht vom 26. August 2013 eine rezidivierende Knieblockade und therapieresistente Kniebeschwerden links bei posttraumatischer Osteochondrosis

dissecans mit grossem ventralem Gelenkkörper und grösserem Maubett (Hälfte mediale Femur kondylus), zusätzlich mediale Meniskusruptur (Urk. 11/12). Am 3. September 2013 führte Dr. B.____ einen operativen Eingriff am linken Knie des Versicherten durch (Kniearthroskopie links [1.], arthroskopisch kontrollierte Teilmeniskektomie medial [2.], arthroskopisch durchgeführte Entfernung des gestielten Gelenkkörpers durch mediales Portal [3.], arthroskopisch geführte Gelenktoilette mit Teilsynovektomie, Knorpelbehandlung mediales Kompartiment, Lavage [4.]; vgl. Operationsbericht vom 3. September 2013, Urk. 11/27). Am 5. November 2013 erstattete Kreisarzt Dr. med. C.____, FMH Chirurgie, eine ärztliche Beurteilung (Urk. 11/45). Nach formloser Leistungseinstellung per 2. April 2013 (Schreiben der SUVA vom 6. November 2013, Urk. 11/46) reichte der Versicherte das Schreiben von Dr. B.____ vom 6. März 2014 ein (Urk. 11/53). Am 16. Mai 2014 nahm Dr. med. D.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Abteilung für Versicherungsmedizin der SUVA, eine orthopädische Beurteilung vor (Urk. 11/57). Mit Verfügung vom 8. September 2014 teilte die SUVA dem Versicherten mit, dass sie den Fall per 2. April 2013 abschliesse und den Anspruch auf weitere Versicherungsleistungen ablehne. Die bisherigen Versicherungsleistungen (Taggeld und Heilkosten) würden auf diesen Zeitpunkt eingestellt. Somit könne sie für die Operation vom

3. September 2013 nicht aufkommen (Urk. 11/64). Dagegen erhob der Versicherte am 3. Oktober 2014 Einsprache (Urk. 11/67). Am 22. Mai 2015 nahm Dr. D.____ eine ergänzende orthopädische Beurteilung vor (Urk. 11/78). Schliesslich wies die SUVA die Einsprache des Versicherten mit Entscheid vom 27. Mai 2015 ab (Urk. 2).

E. 1.1

Streitig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer im Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 12. Februar 2013 über den

2. April 2013 hinaus Anspruch auf Versicherungsleistungen hat.

E. 1.2

Gemäss Art. 6 Abs. 1 UVG sind Versicherungsleistungen, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt, bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufs krankheiten zu gewähren. 1.

E. 2

Dagegen erhob der Versicherte am 19. Juni 2015 Beschwerde und beantragte, es seien die Verfügung vom 8. September 2014 und der Einspracheentscheid vom 27. Mai 2015 aufzuheben und die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, ihm

auch nach dem 2. April 2013 die gesetzlichen Leistungen nach dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) – insbesondere Taggelder und Heilungskosten –

zu erbringen; eventualiter sei ein neutrales orthopädisches Gutachten zu erstellen (Urk. 1). Daraufhin legte der Beschwerdeführer die Stellungnahme von Dr. B.____ vom 22. Juni 2015 (Urk. 6/1) ins Recht und stellte den Verfahrens Antrag, die Kosten für deren Verfassen in der Höhe von Fr. 150.-- (vgl. Honorar-Rechnung vom 22. Juni 2015, Urk. 6/3) seien der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen (Eingabe vom 19. Juni 2015, Urk. 5). Die Beschwerdegegnerin beantragte mit Beschwerdeantwort vom 26. August 2015 die Abweisung der Beschwerde (Urk. 9) und reichte die chirurgische Beurteilung von med. pract. E.____, Facharzt für Chirurgie, Abteilung für Versicherungsmedizin, vom 7. August 2015

(Urk. 10) ein. Mit Replik vom 16. Oktober 2015 (Urk. 16) und Duplik vom 19. November 2015 (Urk. 20) hielten die Parteien je an ihren Anträgen fest.

E. 2.1

Kreisarzt Dr. C.____ führte in der ärztlichen Beurteilung vom 5. November 2013 aus, dass erst am 28. August 2013, also über ein halbes Jahr nach dem ange schuldigten Ereignis, eine Bagatellunfall-Meldung erstattet worden sei. Der

Unfall vom 12. Februar 2013 sei keinesfalls geeignet, eine Meniskusläsion dorsal, das heisse am Hinterhorn, hervorzurufen. Die Osteochondrosis

dissecans sei ebenfalls mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht unfallbedingt, sondern Folge einer Knorpelerkrankung. Zusammenfassend sei die Beschwerdegegnerin hier nur für sechs Wochen nach dem angeschuldigten Ereignis leistungspflichtig. Danach sei der Status quo sine erreicht gewesen (Urk. 11/45/2-3).

E. 2.2

Dr. B.____ erklärte im Schreiben vom 6. März 2014 zuhanden der Rechtschutzversicherung des Beschwerdeführers, dass er mit der Beurteilung von Kreisarzt Dr. C.____ nicht einverstanden sei. Der Beschwerdeführer habe ein eindeutiges Unfallereignis auf der Eisplatte mit Sturz, Distorsion, Verdrehung und Direkttrauma

möglich angegeben. Der genaue Ablauf sei nicht zu eruieren. Es hätten zwei Probleme bestanden: Ein Hintergrundproblem sei die Osteochondrosis

dissecans , die schon Jahre lang vorbestanden habe und kom pensiert sei. Zusätzlich sei eine Meniskusruptur entstanden, die aus seiner Sicht aufgrund des vom Beschwerdeführer angegebenen Unfallereignisses

eindeutig posttraumatisch sei. Die Befunde sei en alle dokumentiert im MRI, im Opera tionsbericht und auch mittels Videoprints. Zusammengefasst sei die Beschwer degeger nerin aus seiner Sicht für die

unfallbedingte Operation

übernahmepflich tig

(Urk. 11/53/2).

E. 2.3

Dr. D.____ führte in der orthopädischen Beurteilung vom 1 6. Mai 2014 aus , der vom Beschwerdeführer beschriebene Hergang bezüglich de s inkriminierten Ereignisses sei nicht geeignet, eine traumatische Veränderung des Kapsel bandapparates und des Innenmeniskus hervorzurufen. Die ärztlichen Doku mentationen der klinischen, kernspintomografischen und intraoperativ erhobe nen Befunde würden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit gegen einen kausalen Zusammenhang zwischen dem inkriminierten Ereignis vom 12. Februar 2013 und den festgestellten krankhaften Befunden einer Innen me nis kushinter hornläsion und der Osteochondrosis

dissecans der inneren Ober schenkelglei t rolle des linken Kniegelenks sprechen. An der ärztlichen Beur teilung von Kreis arzt Dr. C.____ vom 5. November 2013 könne festgehalten werden (Urk. 11/57/10-11).

E. 2.4

Dr. B.____ erklärte im an den Rechtsvertreter des Beschwerdeführer s gericht e ten Schreiben vom 1 9. September 2014, dass es bei Meni s kus verletzungen übli cherweise etwa ein bis vier Monate dauere, bis der Patient zu eine m Arzt gehe, und dann auch mit einer gewissen Verzögerung ein MRI erstellt werde. Beim Beschwerdeführer bestehe ein klassischer Verlauf bezüglich des Unfall s , Beschwerdebild e s , der Diagnoseerhebung und schliesslich der Operation am 3. September 201 3. Es habe ein Hintergrundproblem mit einer Osteochondrosis

dissecans gegeben, die aber bei diesem Geschehen nicht aktiv gewesen sei. Die Beschwerden seien praktisch ausschliesslich durch die Meniskusruptur bedingt gewesen , aus seiner Sicht auch ausschliesslich und mit hoher Wahrscheinlich keit bedingt durch das Unfallereigni s mit Distorsion und Kontusion (Urk. 11/66 /1).

E. 2.5

Dr. D.____ ergänzte in der orthopädischen Beurteilung vom 2 2. Mai 2015, dass sich nach Einsich tnahme in die neu vorgelegte Videoprintdokumentation der arthroskopischen Operation vom 3. September 2013 keine neuen Gesichts punkte ergeben würden, die eine versiche rungsmedizinische Neubewertung notwendig mach t en (Urk. 11/78/5).

E. 2.6

Dr. B.____ legte i n der an den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers gericht e ten Stellungnahme vom 2 2. Juni 2015 dar, dass ihm Kollege Dr. D.____

bezüglich Knieproblemen und Kniearthroskopien nicht bekannt sei. Es könnte zum Beispiel auch mit grosser Wahrscheinlichkeit sein, dass der Beschwerdeführer im Vorfeld eine Osteochondrosis

dissecans ohne freien Gelenkkörper gehabt, sich diesen Herd aber beim Unfall ausgeschlagen habe im Sinne eines osteochondralen

Flake mit dann freiem Gelenkkörper. So habe es nämlich mit dem Ersatzfaserknorpel über dem Defekt bei Osteochondrosis

dissecans auch ausgelesen. Schon dieser Befund könnte aufgrund eines Unfalls ausgelöst worden sein. Im Weiteren könne bei einem Sturz auf Eis bis zum Verlust des Bodenkontaktes sehr wohl eine ausgeprägte Distorsion erfolgen mit dann auch

Direktkontakt des Knies auf dem Boden. Da der Unfall etwa sechs bis sieben Monate nach dem Ereignis

beurteilt und auch mit Bilddokumenten abgeklärt worden sei, sei logischerweise kein frischer Riss mehr ersichtlich gewesen, sondern die ganze Risszone sei

zerfetzt gewesen und habe im MRI allenfalls auch degenerative Signalalterationen gezeigt. Es passe also alles sehr schön zusammen zum Unfall vor sechs bis sieben Monaten mit erheblicher Gewalt, der mit hoher Wahrscheinlichkeit im Zusammenhang mit dieser Meniskusverletzung mit radiärer Spaltung und horizontaler Komponente stehe (Urk. 11/87/2-3).

Weiter führte Dr. B. ___ aus, dass der Beschwerdeführer vor diesem Unfall Ereignis offenbar beschwerdefrei gewesen und nach der Behandlung und Operation auch wieder praktisch beschwerdefrei geworden sei. Dies spreche in einer „post hoc, ergo propter hoc“-Argumentation doch deutlich dafür, dass ein relevantes, für die Beschwerden ursächliches Unfallereignis stattgefunden habe. Den Begriff degenerative Läsion benütze man in der Schweiz eigentlich schon lange nicht mehr. Es würden keine histologischen Untersuchungen mehr veranlasst und als Argumentation herangezogen, um hohe Kosten zu vermeiden. Ein Radiologe habe in der Regel noch nie ein Kniegelenk operiert oder bei einer Arthroskopie von innen gesehen. Er sei lediglich für die Beschreibung der Bilddokumente zuständig. Oft werde leider der Begriff degenerativ verwendet, ohne dass irgendeine Degeneration vorgelegen habe, die nicht altersentsprechend gewesen wäre. Es sei klar, dass ein Innenmeniskus im dorsalen Bereich im Alter zwischen 30 und 60 immer kleine Verfettungen aufweise und eine degenerative Komponente zeige. Auch bei einem massiven Unfall seien somit degenerative Zeichen vorhanden. Ausschlaggebend für eine Beurteilung der Operationsbefunde durch einen Kniespezialisten seien die Videoprints. Diese müssten zusammen mit dem Operationsbericht kongruent sein. Jeder Operationsbefund könne auf einem Foto verschieden dargestellt werden und zwar je nach

Zoom

und je nach Vergrößerung der Läsionen. Eine faserige Rissbildung sehe auf den Fotos daher je nach Zoom völlig anders aus. Sie könne massiv aussehen oder je nach Belichtung schwierig erkenntlich sein wegen Überblendung durch die Knorpelstrukturen. Die histologische Untersuchung mache bei der Beurteilung von degenerativen und traumatischen Meniskuläsionen keinen Sinn. Als letztes Argument führte Dr. B. ___ an, der Beschwerdeführer

habe trotz Osteo chondrosis

dissecans im Vorfeld keine chronische Problematik gehabt. Eine wesentliche Arthrose habe nicht vorgelegen. Er sei daher nach diesem Eingriff wieder beschwerdefrei geworden . Zusammenfassend sei erneut zu betonen, dass der Beschwerdeführer ein mit hoher Wahrscheinlichkeit bedeutendes Unfallereignis mit hoher Relevanz für sein mechanisches Problem am medialen Kompartiment mit Meniskusruptur erlitten habe. Er ersuche die Beschwerdegegnerin nochmals, alle Umstände zu berücksichtigen, sein Argumentarium entgegenzunehmen und dem Beschwerdeführer wohlwollend wenigstens die Heilungskosten zu erstatten. Der Beschwerdeführer sei absolut zuverlässig, sei immer kooperativ gewesen und habe immer die Wahrheit gesagt (Urk. 11/87/3 -4).

E. 2.7

Med. pract . E.____ erklärte in der chirurgischen Beurteilung vom 7. August 2015, dass die Osteochondrosis

dissecans zum Zeitpunkt des MRI vom 5. August 2013 zu einem deutlichen Knochenödem geführt habe und damit sicherlich nicht im Hintergrund gestanden habe. Die Osteochondrosis

dissecans sei nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit Folge des inkriminierten Ereignisses, und das Dissekate sei durch den Unfall vom 12. Februar 2013 auch nicht aus dem Mausebett gelöst worden. Die Texturstörung des Innenmeniskus-Hinterhorns könne nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das inkriminierte Ereignis vom 12. Februar 2013 zurückgeführt werden. Der freie Gelenkkörper habe gemäss der vorliegenden bildgebenden Diagnostik sowie des klinischen Befundes im Bericht von Dr. A.____ vom 12. September 2013 rezidivierend zu Blockaden des Gelenks geführt. Entsprechend dazu beschreibe Dr. B.____ in seinem Operationsbericht vom 3. September 2013 auch Furchen im Knorpel des medialen Femurkondylus . Der freie Gelenkkörper sei nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit Folge des inkriminierten Ereignisses. Die versicherungsmedizinischen Beurteilungen von Kreisarzt Dr. C.____ und Dr. D.____ seien zu bestätigen (Urk.

E. 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 ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiel (BGE 129 V 177 E. 3.1, 402 E. 4.3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die 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 .

E. 3.1

Die Beschwerdegegnerin stützte sich im angefochtenen Einspracheentscheid

vom 27. Mai 2015 (Urk. 2), mit dem sie die Einstellung der Versicherungsleistungen hinsichtlich des Unfallereignisses vom 12. Februar 2013 per 2. April 2013 bestätigte und damit insbesondere auch eine Kostenübernahme für die Knieoperation vom 3. September 2013 verneinte, in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen

auf die Beurteilungen

von Kreisarzt Dr. C.____ vom 5. November 2013 (Urk. 11/45) und von Dr. D.____

vom 16. Mai 2014 (Urk. 11/57) ,

E. 3.2.1

Kreisarzt Dr. C.____

legte in der ärztlichen Beurteilung vom 5. November 2013 überzeugend dar , dass der Beschwerdeführer nach seinen eigenen Angaben am 12. Februar 2013 auf das linke Knie gestürzt sei. Die Beschwerden seien nach drei Wochen verschwunden. Im Juni 2013 (richtig: August 2013) sei er bei einem MRI eine Osteochondrosis

dissecans sowie ein medialer Meniskus mit degenerativer Signalalteration festgestellt worden. Seit ein paar Wochen sei ein störendes Schnappen im linken Knie bemerkt worden. Erst am 28. August 2013, also über ein halbes Jahr nach dem angeschuldigten Ereignis, sei eine Bagatellunfall-Meldung erstattet worden. Der Beschwerdeführer sei direkt auf sein linkes Knie gestürzt. Dieser Unfall sei keinesfalls geeignet, eine Meniskusläsion dorsal, das heisse am Hinterhorn , hervorzurufen. Die Osteochondrosis

dissecans sei ebenfalls mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht unfallbedingt sondern Folge einer Knorpelerkrankung. Bei einem Unfall , das heisse im Falle eines traumatischen Aussprengens eines Knorpelanteils, hätte sich der Beschwerdeführer umgehend in ärztliche Behandlung begeben. Chirurgisch jedenfalls sei es nicht vorstellbar, dass dieses Aussprengen

ohne massiven Hämarthros und die dazu gehörigen Beschwerden abgelaufen wäre. Gegen ein Distorsionstrauma spreche der im MRI dokumentierte, völlig unauffällige Bandapparat . Zusammenfassend sei die Beschwerdegegnerin hier nur für sechs Wochen nach dem angeschuldigten Ereignis leistungspflichtig. Danach sei der Status quo sine erreicht gewesen (Urk. 11/45/2-3).

E. 3.2.2

Dr. D.____

ergänzte

in der orthopädischen Beurteilung vom 16. Mai 2014 , dass der Beschwerdeführer bezüglich des Unfallherganges keine Verdrehung, das heisse keine Distorsion oder schlagartige, kräftige Überbeugung des linken Kniegelenks angegeben habe . Laut den Angaben des Beschwerdeführers sei es auch zu keiner Verdrehung des Oberschenkels

gegen den fixierten Unterschenkel gekommen. Dr. B.____ beschreibe in seinem Operationsbericht die vollständige Auffüllung des Knorpeldefektes mit Narbengewebe und interpretiere die vorliegende Schädigung der knorpeligen Gelenkfläche in mehreren Stellungnahmen als unfallunabhängige, vorbestehende Erkrankung (ärztliche Stellungnahmen vom 22. Oktober 2013, 31. Oktober 2013 und 6. März 2014). An der ärztlichen Beurteilung von Kreisarzt Dr. C.____ vom 5. November 2013 könne festgehalten werden (Urk. 11/57/10-11).

E. 3.2.3

Im Weiteren ging med. pract. E.____

in der chirurgischen Beurteilung vom 7. August 2015 ausführlich auf die Stellungnahmen von Dr. B.____ vom 15. und 22. Juni 2015 ein und zeigte

auf, dass Dr. B.____

höchstens einen möglichen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom 12. Februar 2013 und den

erst mehrere Monate später festgestellten Kniebeschwerden links zu begründen vermag und dass dessen Darlegungen teilweise nicht nachvollziehbar sind. So erklärte

med. pract. E.____, dass der Unfallhergang angesichts der widersprüchlichen Angaben des Beschwerdeführers in der Bagatellunfall-Meldung vom 28. August 2013 (vgl. Sachverhalt E. 1), von Hausärztin Dr. A.____ im Bericht vom 12. September 2013 („Distorsion und Schlag linkes Knie“) und von Dr. med. F.____, FMH Radiologie, im Bericht vom 5. August 2013 („im Winter mögliches Trauma gehabt“) letztlich unbekannt sei. Das Krankheitsbild der Osteochondrosis

dissecans könne aufgrund der bildtechnischen Untersuchung als objektiviert gelten. Der erfahrene Knie-Chirurg Dr. B.____ bestätige im Operationsbericht die Diagnose einer Osteochondrosis

dissecans des medialen Femurkondylus. Für die davon vollständig abweichende Darstellung von Dr. B.____ in der Stellungnahme vom 22. Juni 2015, es handle sich um „einen osteochondralen

Flake mit dann freiem Gelenkkörper“, gebe es weder mit dem MRI noch mit dem Operationsbericht und der Bilddokumentation dieser Operation einen Beleg. Vergleiche man die Grösse des freien Gelenkkörpers mit der Defektbildung des Knorpels im Bereich der Osteochondrosis

dissecans-Herdes am medialen Femurkondylus, so zeige sich, dass dieser sehr grosse freie Gelenkkörper nicht in den sicherlich ausgedehnten, aber nicht bis auf den Knochen oder gar in den Knochen hineinreichenden Knorpeldefekt im Bereich des Dissekats der Osteochondrosis

dissecans hineinpasse, der zudem noch von einem fragmentierten Dissekat gefüllt sei. Die Ablösung des Dissekats (der „Maus“ aus dem Gelenkbett) sei nicht Folge eines Traumas, sondern könne – müsse aber nicht in jedem Fall – im stadiengemässen Verlauf der Erkrankung auftreten. Alsdann sehe Dr. B.____ die Osteochondrosis

dissecans in seinen Berichten ab dem Operationsdatum stets „im Hintergrund“. Die T2 gewichteten Sequenzen des MRI vom 5. August 2013 würden jedoch ein sehr ausgeprägtes

Knochenödem um den Osteochondrosis

dissecans -Herd zeigen. Es nehme fast den gesamten medialen Femurkondylus ein . Das bestärke die Annahme, dass die unfallunabhängige Osteochondrosis

dissecans sowie der Reiz durch den freien Gelenkkörper das Hauptproblem des Beschwerdeführers darstellen würden . Der Radiologe Dr. F.____ beschreibe die Osteochondrosis

dissecans sodann

mit einer Ausdehnung von 22 x 19 mm. Das Dissekat sehe er noch im Mausbett fixiert. Damit beschreibe er keinen Zusammenhang zwischen dem grossen freien Gelenkkörper und dem Herd der Osteochondrosis

dissecans am medialen Femurkondylus . Dr. B.____ hingegen konstruiere einen entsprechenden Zusammenhang. Er sehe den „Defekt des ehemaligen Mausbettes ausgefüllt“ . Er beschreibe den freien Gelenkkörper mit einer Grösse von 3

x

2 cm, jedoch keinen entsprechenden Defekt am Femurkondylus . Auch mit der intraoperativen Fotodokumentation sei kein entsprechender grosser Defekt am medialen Femurkondylus dargestellt. Die Argumentation von Dr. B.____ bezüglich des freien Gelenkkörpers erweise sich somit als nicht schlüssig . Freie Gelenkkörper könnten Folge einer Osteochondrosis

dissecans sein, jedoch zum Beispiel auch im Rahmen einer Gelenk- Chondromatose entstehen. Es sei somit nicht gesichert, dass der freie Gelenkkörper im linken Knie des Beschwerdeführers Folge einer Osteochondrosis

dissecans sei. Der freie Gelenkkörper habe im vorderen Gelenkabschnitt eine Art Bett gefunden , rage allerdings gegen die Gelenkfläche des medialen Femurkondylus vor und sei damit durchaus geeignet gewesen , die vom Beschwerdeführer geschilderten Einklemmungserscheinungen zu verursachen. Dr. B.____ beschreibe passend dazu tiefe Furchen des Knorpelüberzugs des medialen Femurkondylus . Dies sei sicherlich auch die Motivation für Dr. B.____ gewesen, den freien Gelenkkörper zu entfernen . Einklemmungserscheinungen seien seither nicht mehr beschrieben (Urk.

E. 3.2.4

Mit Blick auf die vorgenannten Beurteilungen ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin die über den 2. April 2013 hinaus geklagten Beschwerden am linken Knie als nicht mehr unfallbedingt betrachtete. So legten die Kreisärzte Dr. C.____ und Dr. D.____ - bestätigt und ergänzend durch Versicherungsmediziner med. pract . E.____ erklärt - zum einen nachvollziehbar dar, dass ein zu einem Meniskusriss führender Unfallhergang nicht gesichert sei und traumatische Meniskusrisse nur als Begleitverletzung von - vorliegend nicht dokumentierten - Bandläsionen oder Frakturen entstehen würden . In Übereinstimmung mit den (ersten) Angaben von Dr. B.____ (E. 2.2) hielten sie zum anderen fest, dass die Osteochondrosis

dissecans mit hoher Wahrscheinlichkeit als unfallfremd zu betrachten sei. Hieran vermag nichts zu ändern, dass die Stellungnahmen von Dr. B.____ einen Kausalzusammenhang der noch geklagten Beschwerden mit dem fraglichen Unfallereignis als bloss möglich

erscheinen lassen. So versäumte es Dr. B.____ insbesondere, sich mit der Argumentation von Kreisarzt Dr. C.____ auseinanderzusetzen, wonach im Falle eines traumatischen Aussprengens eines Knorpelanteils ein massives Hämarthros mit den dazugehörigen Beschwerden entstanden wäre, sich der Beschwerdeführer umgehend (und nicht erst fünfeinhalb Monate später) in ärztliche Behandlung begeben und sich bei einem Distorsionstrauma im MRI kein unauffälliger Bandapparat gezeigt hätte (E. 3.2.1). Seine Ausführungen erschöpfen sich vielmehr darin, dass es bei Meniskusverletzungen üblicherweise etwa ein bis vier Monate dauere, bis der Patient zu einem Arzt gehe (Urk. 11/66/1).

Sodann handelt es sich beim Hinweis von Dr. B.____, der Beschwerdeführer sei vor dem Unfallereignis

vom 12. Februar 2013 offenbar beschwerdefrei gewesen und nach der Operation auch wieder praktisch beschwerdefrei geworden, im Wesentlichen - wie Dr. B.____ selbst feststellte (Urk. 11/87/3) -

um die Argumentation „post hoc, ergo

propter hoc“. Dabei wird eine Schädigung bereits deshalb als durch einen Unfall verursacht erachtet, weil sie nach diesem aufgetreten ist. Dies ist beweisrechtlich nicht zulässig und vermag zum Beweis des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht zu genügen (BGE 119 V 335 E. 2b/ bb).

Schliesslich darf und soll das Gericht in Bezug auf Berichte von Hausärzten und behandelnden Ärzten, zu denen auch der Orthopäde Dr. B.____ gehört, der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten und Patientinnen aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc).

Diese bundesgerichtliche Rechtsprechung hat nach wie vor Geltung, und der Beschwerdeführer kann diesbezüglich aus dem Urteil des Bundesgerichts 4A_526/2014 vom 17. Dezember 2014 E. 2.4 nichts zu seinen Gunsten ableiten (vgl. Urk. 1 S. 12). Jenem Entscheid (aus dem Bereich der Krankentag geldversicherung) lag insofern eine besondere Konstellation zugrunde, als es sich bei der behandelnden Psychiaterin gleichzeitig um die stellvertretende Leiterin einer kantonalen Institution handelte, welche den Versicherten in dieser Eigenschaft (weiter-)behandelte, weshalb die erwähnte Erfahrungstatsache dort nicht im Vordergrund stand. 3. 2 . 5

Auch die weiteren Einwände des Beschwerdeführers

(Urk. 1 und Urk. 16) vermögen

nicht zu überzeugen.

Dass Kreisarzt Dr. C.____

am 5. November 2013 (Urk. 11/45)

und Dr. D.____

am 16. Mai 2014 (Urk. 11/57) sowie am 22. Mai 2015 (Urk. 11/78)

reine Aktenbeurteilungen vornahm, ist nicht zu beanstanden (vgl. Urk. 1 S. 12) . Denn der Beschwerdeführer wurde bereits am 3.

September 2013 operiert

(vgl. Urk. 11/27) , Kreisarzt Dr. C.____ und Dr. D.____ standen die medizinischen Vorakten zur Verfügung und zudem ging es vorliegend in erster Linie um die Beurteilung des Kausalzusammenhangs zwischen dem Ereignis vom 12. Februar 2013 und der im August 2013 geltend gemachten Knieproblematik links , was rechtsprechungs gemäss in einem Aktengutachten erörtert werden kann (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_396/2011 vom 21. September 2011 E. 5.2).

Was

schliesslich den Vorwurf der Anmassung der FMH-Mitgliedschaft durch Dr. D.____ anbelangt (vgl. Urk. 16 S. 3), ist darauf hinzuweisen, dass ein Gutachter rechtsprechungsgemäss

nicht zwingend über eine FMH-Ausbildung verfügen muss; verlangt ist eine Fachausbildung, die auch im Ausland erworben sein kann (BGE 137 V 210 E. 3.3.2 mit Hinweis). Über eine solche Fachausbildung verfügt Dr. D.____ , da er seit 1991 Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates ist, wobei dieser in G.____ erlangte Facharzt titel in der Schweiz am 11. Dezember 2013 anerkannt wurde (vgl. <https://www.medregom.admin.ch>). Ob - wie der Beschwerdeführer pauschal behauptet - Kreisarzt Dr. D.____ im Mai 2015 zu Unrecht den FMH-Titel führte oder - wie die Beschwerdegegnerin darlegte (Urk. 20) - berechtigt war, den Titel zu tragen, ist mithin vorliegend nicht ausschlaggebend und ist auch nicht in diesem Verfahren zu prüfen. Endlich zielt auch der Vorwurf der mangelnden praktischen Erfahrungen von med. pract . E.____ auf dem Gebiet der Chirurgie ins Leere. Der Versicherungsmediziner verfügt einerseits seit 1994 über eine Weiterbildung in Chirurgie, welche im Jahr 2014 in der Schweiz anerkannt wurde. Andererseits regelt das Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe (MedBG) nur die selbständige Berufsausübung (vgl. auch www.bag.admin.ch/themen/berufe/00411/08023/?lang=de; Häufige Fragen, FAQs [besucht am 1. September 2016]; vgl. auch Art. 34 und 51 MedBG), wes halb sich aus einem fehlenden Eintrag im Medizinalberuferegister nicht auf mangelnde Erfahrung einer Medizinalperson schliessen lässt. 3. 3

Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass kein Anlass besteht, die Beurteilungen von Kreisarzt Dr. C.____ , Dr. D.____ und med. pract . E.____ in Zweifel zu ziehen. Es kann demnach als festgestellt gelten, dass der Status quo sine sechs Wochen nach dem Unfallereignis vom 12. Februar 2013 erreicht war.

Von weiteren Abklärungen sind

keine entscheiderelevanten neuen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb davon abgesehen werden kann (BGE 124 V 90 E. 4b). Die Kosten für die Stellungnahme von Dr. B.____ vom 22. Juni 2015

in der Höhe von Fr. 150.--

sind demzufolge nicht von der Beschwerdegegnerin zu tragen (vgl. Urk. 5, Urk. 6/1 und Urk. 6/3). 4.

Die Beschwerdegegnerin hat im angefochtenen Einspracheentscheid vom 27. Mai 2015 (Urk. 2) einen Anspruch des Beschwerdeführers auf Versicherungsleistungen über den 2.

April 2013 hinaus somit zu Recht verneint.

Die Beschwerde ist deshalb abzuweisen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Tobias Figi - Rechtsanwalt Dr. Beat Frischkopf - Bundesamt für Gesundheit 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 1 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 mit tel 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 HurstKreyenbühl

E. 4

Wird durch den Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder über haupt 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 blosse Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hiebei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt aber die ent sprechende Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Per son, 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 S tatus quo sine vel ante entfällt eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden. Solange jedoch der S tatus quo sine vel ante noch nicht wieder erreicht ist, hat der Unfa llversicherer gestützt auf Art. 36 Abs. 1 UVG in aller Regel neben den Taggeldern auch Pflegeleistungen und Kostenvergütungen zu übernehmen, worunter auch die Heilbehandlungs kosten nach Art. 10 UVG fallen (Urteil des Bundesgerichts 8C_637/20 13 vom 11. März 2014 E. 2.3.2). 1.

E. 5

Gemäss Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweck mässige Behandlung der Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teil weise arbeitsunfähig (Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG), so steht ihr nach Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. 1.

E. 6

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 Vorak ten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuch tet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

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 Unpar teilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversiche rungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters oder der Gut achterin 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. 10

S. 9 ff.).

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