

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00205 vom 20. März 2017**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-03-20, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2016.00205](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2016.00205)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00205 du 20 mars 2017

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00205 del 20 marzo 2017

## **Erwägungen**

### **E. 1**

7. Februar 201

#### **E. 1.1**

Gemäss 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 un mittelbare 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 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).

#### **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 bloße 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 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 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**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichts ist entscheidend, ob er 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet und nachvollziehbar sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V

352 E. 3a). Den Berichten versicherungsinhaltlicher Ärztinnen und Ärzten kommt rechtsprechungsgemäss zwar nicht derselbe Beweiswert zu wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten, sie sind aber soweit zu berücksichtigen, als auch nicht geringe Zweifel an der Richtigkeit ihrer Schlussfolgerungen bestehen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_216/2009 vom 28. Oktober 2009 E. 4.7). 2. 2.1

Strittig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer auch über den 29. Februar 20

#### E. 4

als Hilfspmonteur bei der Y.\_\_\_\_

AG

und war dadurch bei der Suva obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert. Am 28. Mai 2015 rutschte er beim Herabsteigen von einer Hebebühne aus und zog sich dabei eine Distorsion

des rechten Kniegelenks zu (Unfallmeldung vom 3. Juni 2015, Urk. 8/1/3, vgl. auch Urk. 8/20). Vom 29. Mai bis 4. November 2015 war der Versicherte zu 100% krankgeschrieben (Urk. 8/6/3, Urk. 8/9/2, Urk. 8/10/2, Urk. 8/11, Urk. 8/27, Urk. 8/33/1-2). Die Suva trat auf den Schadenfall ein und erbrachte die gesetzlichen Leistungen (Urk. 8/3, vgl. auch Urk. 8/21). Der erstbehandelnde Arzt verschrieb Medikamente (Urk. 8/6/4) und veranlasste die am 3. Juni 2015 im Stadtspital Z.\_\_\_\_

durchgeführte Röntgenaufnahme des rechten Knies, welche eine beginnende medial betonte Gonarthrose, jedoch keine Frakturen, zeigte (Urk. 8/64/2).

Das am 23. Juli 2015 im B.\_\_\_\_ durchgeführte MRI des rechten Kniegelenks

ergab eine mediale,

fortgeschrittene Gonarthrose mit Läsion des Innenmeniskus anterior und einen Status nach Teilmeniskektomie. Ferner

zeigte sich

eine Femoropatellärarthrose mit Randosteophytenbildung. In dieser Region sowie im Bereich des vorderen Kreuzbandes wurden ausserdem

degenerative Läsionen festgestellt (Urk. 8/19, vgl. auch Urk. 8/51).

Am 6. Oktober 2015 erfolgte

in der Orthopädie C.\_\_\_\_

ein operativer Eingriff am rechten Knie des Versicherten (arthroskopische Teilmeniskektomie

medial sowie Knorpelglättung, Urk. 8/37/2). In der Folge wurde eine Physiotherapie angeordnet (Urk. 8/41; mit zweifacher Verlängerung, vgl.

Urk. 8/49, Urk. 8/54). Vom 1. bis 31. Dezember 2015 war der Versicherte zu 50% und hernach ab Januar 2016 zu 100% arbeitsfähig (Urk. 8/48). Im weiteren

Verlauf beklagte der Versicherte protrahierte,

rezidivierende Schmerzen im rechten Kniegelenk, intermittierend auch eine linksseitige Überlastungsproblematik (vgl. Zwischenbericht von Dr. D.\_\_\_\_

vom 2. Dezember 2015, Urk. 8/43/2). Am

7. Dezember 2015 nahm

Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt FMH für orthopädische Chirurgie und beratender Arzt der Suva, eine Aktenbeurteilung vor ( Bericht vom 15. Dezember 2015, Urk. 8/51/2).

Im Fragebogen zuhanden der Suva vom 13. März 2016 bestätigte der Versicherte, er sei seit Januar

2016 wieder zu 100 % arbeitsfähig. Die ärztlichen/therapeutischen Behandlungen seien abgeschlossen ( Urk. 8/56 /2 ). Ab Mai 2016

klagte der Versicherte erneut über rezidivierende Schmerzen im Bereich des posterolateralen Gelenks. Radiologisch zeigte sich eine mediale Arthrose mit osteophytären Randanbauten vor allem lateral und posterolateral ( Sprechstundenbericht e

von Dr. D.\_\_\_\_ vom 11. Mai und 9. Juni 2016, Urk. 8/ 57 , Urk. 8/71). Vom

9. Mai

bis 19. Juni 2016 wurde ihm eine 100% ige und vom 20. Juni bis 3. Juli 2016 eine 50% ige Arbeitsunfähigkeit attestiert

( Urk. 8/ 58 ,

Urk. 8/69 ). Mit Verfügung vom 16. Juni 2016 stellte die Suva ihre Versicherungsleistungen per 29. Februar 2016 ein ( Urk. 8/73). Die vom Versicherten dagegen erhobene Einsprache vom 24. Juni 2016 ( Urk. 8/ 77) wies die Suva mit Einspracheentscheid vom 22. Juli 2016 ( Urk. 2)

ab. 2.

Dagegen erhob der Versicherte am 14. September 2016 Beschwerde und beantragte, es sei der Einspracheentscheid vom 22. Juli 2016 aufzuheben und es seien ihm die Taggelder weiterhin auf unbestimmte Dauer zu entrichten. Eventualiter seien weitere gutachterliche Sachverhaltsabklärungen auf ortho - pädischem Fachgebiet durchzuführen ( Urk. 1 S. 2). Ausserdem legte der Beschwerdeführer diverse Beilagen auf ( Urk. 3/C, Urk. 3/D, Urk. 3/1-22). Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 20. Oktober 2016 auf Abweisung der Beschwerde ( Urk. 7), was dem Beschwerdeführer am 25. Oktober 2016 zur Kenntnis gebracht wurde ( Urk. 9). Mit Nachtrag vom 23. Februar 2017 gab der Beschwerdeführer die Stellungnahme von Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt FMH für orthopädische Chirurgie, vom 23. Februar 2017 zu den Akten ( Urk. 10 f. ). 3.

Auf die Vorbringen der Parteien sowie die Akten ist, soweit für die Entscheidungsfindung erforderlich, in den Erwägungen einzugehen. Das Gericht

zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 4.1**

Die Beschwerdegegnerin stützte sich im angefochtenen Einspracheentscheid vom 22. Juli 2016 ( Urk. 2) in medizinischer Hinsicht auf die fachärztlich-orthopädische Aktenbeurteilung von Dr. E.\_\_\_\_ vom 7. Dezember 2015, welcher dieser in Kenntnis und Auseinandersetzung mit den Vorakten abgab.

#### **E. 4.2**

Konkrete Indizien, welche gegen die Zuverlässigkeit der Beurteilung von Dr. E.\_\_\_\_ sprechen, sind nicht ersichtlich. Insbesondere ergeben sich aufgrund der vorliegenden

Aktenlage keinerlei ärztliche Differenzen betreffend die erhobenen Befunde und erweisen sich die vorhandenen

Unterlagen

als umfassend und

a ufschluss reich . Mithin besteht – entgegen dem Beschwerdeführer –

kein weiterer Abklärungsbedarf (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_468/2007 vom 6. Dezember 2006 E.2.2 mit Hinweisen).

Dr. E.\_\_\_\_ und der behandelnde Dr. D.\_\_\_\_

gingen übereinstimmend davon aus, das Unfallereignis vom 28. Mai 2015 habe zu einer Meniskushinterhornläsion

des rechten Kniegelenks geführt ( vgl. Urk. 8/ 20, Urk. 8/22 , Urk. 8/51 ) . Darüber hinaus wies Dr. D.\_\_\_\_ auf vorbestehende mediale und patellofemorale Knorpelschäden hin ( Urk. 8/22), welche im MRI vom 23. Juli 2015 ( Urk. 8/19) ausgewiesen wurden. Die traumatisch bedingte Destruktion des Innenmeniskus wurde

im Oktober 2015 arthroskopisch saniert und der Beschwerdeführer hernach mittels Physiotherapie konservativ weiterbehandelt. Dr. D.\_\_\_\_

sprach in diesem Zusammenhang von einer „suffizienten Therapie“ ( Urk. 11 ).

4.3

Was die seit anfangs Dezember 2015 dokumentierte

protrahierte Schmerzproblematik betrifft ( vgl. E. 3.3 ff.; Urk. 8/43 /2 , Urk. 8/82/3 , Urk. 8/89), vertrat auch Dr. D.\_\_\_\_ die Ansicht , die degenerativen Veränderungen des Knorpels seien als besondere Umstände zu würdigen ( vgl. E. 3.3, Urk. 8/43 /2 ) und hätten zur Protrahierung des Zustandes geführt ( vgl. E. 3.7, Urk. 8/82 /3 ). Kommt hinzu, dass die

im Zwischenbericht vom 2. Dezember 2015 genannte intermittierend linksseitig auftretende Schmerzproblematik resp.

das im Sprechstundenbericht vom 18. Juli 2016 dokumentierte progrediente Instabilitätsgefühl sowie Lumbago (vgl. E. 3.3 , E.

3.8 ;

Urk. 8/43/2, Urk. 8/89) weder in der Unfallmeldung vom 3. Juni 2015 (vgl. Urk. 8/1) noch in den anfänglichen Arztberichten Erwähnung findet. Vielmehr klagte der Beschwerdeführer nach dem Unfallereignis vom 28. Mai 2015 einzig über rezidivierende Schmerzen im rechten Kniegelenk ( vgl. E. 3.1, Urk. 8/22).

Vor diesem Hintergrund ist mit der Beschwerdegegnerin davon auszugehen, dass die rezidivierende, protrahierte Schmerzproblematik mitunter linksseitigen Beschwerden, Instabilitätsgefühlen sowie Lumbago nach dem 15. Dezember 2015

nicht mehr auf das Ereignis vom 28. Mai 2015 zurückzuführen ist . Dies gilt umso mehr, als es einer medizinischen Erfahrungstatsache entspricht, dass selbst im Fall vorbestehender, degenerativer, das heisst abnutzungsbedingter Erkrankungen eine traumatische Verschlimmerung in der Regel nach sechs bis neun Monaten, spätestens aber nach einem

Jahr abgeschlossen ist (Urteil des Bundesgerichtes 8C\_677/2010 vom 16. Dezember 2010 E. 4.6 mit Hinweisen). Eine allfällige richtungsgebende Verschlimmerung müsste bildgebend ausgewiesen sein (vgl. Urteil des Bundesgerichtes 8C\_174/2008 vom 8. August 2008 E. 4.2 mit Hinweisen).

#### **E. 4.4**

Wie die Beschwerdegegnerin zu Recht festhielt, lässt sich allein aus dem Umstand, dass der Beschwerdeführer

nach eigenen Angaben vor dem Unfall beschwerdefrei und fünf Mal pro Woche im Fitness- oder Kampfsporttraining gewesen sei und erst seit dem Unfall vom 28. Mai 2015 posteriore und posterolaterale Schmerzen vor allem bei Beugebelastung beständen (vgl. Sprechstundenbericht von Dr. D.\_\_\_\_ vom 30. Juni 2016, Urk. 8/82/3, E. 3.7; vgl. auch Stellungnahme von Dr. D.\_\_\_\_ vom 23. Februar 2017, Urk. 11, E. 3.9), noch keine Unfallkausalität herleiten. Die Argumentation nach der Formel „post hoc ergo propter hoc“, nach deren Bedeutung eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch den Unfall verursacht gilt, weil sie nach diesem aufgetreten ist, ist beweisrechtlich nicht zulässig und vermag zum Beweis natürlicher Kausalzusammenhänge nicht zu genügen (BGE 119 V 335 E. 2b/bb., Urteil des Bundesgerichts 8C\_332/2013 vom 25. Juli 2013 E. 5.1).

#### **E. 4.5**

Zusammenfassend ist die Beschwerdegegnerin nach zutreffender Würdigung der medizinischen Aktenlage im angefochtenen Entscheid zum überzeugenden Schluss gelangt, dass über den Zeitpunkt der Leistungseinstellung per 29. Februar 2016 hinaus fortdauernde Unfallfolgen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden können, weshalb sie den Anspruch des Beschwerdeführers auf weitere Leistungen zu Recht verneinte.

Der angefochtene Entscheid erweist sich damit als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde

wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Felix Hollinger - Suva, unter Beilage eines Doppels von Urk. 10 und Urk. 11 - 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 VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin HurstHediger

#### **E. 6**

des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung ( UVG ) wer - den – soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt – die Versicherungs - leistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt ( Abs. 1). Der Bundesrat kann Körperschädigungen, die den Folgen eines Unfalles ähnlich sind, in die Versicherung einbeziehen ( Abs. 2). Ausserdem erbringt die Versicherung ihre Leistungen bei Schädigungen, die den Verunfallten bei der Heilbehandlung zugefügt werden ( Abs. 3).

#### **E. 10**

UVG fallen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_637/20

#### **E. 13**

vom 11. März 2014 E. 2.3.2).

#### **E. 16**

hinaus Anspruch auf Leistungen der Beschwerdegegnerin hat. 2.2

Die Beschwerdegegnerin stellte sich im angefochtenen Entscheid im Wesentlichen auf den Standpunkt, es sei gestützt auf die kreisärztliche Aktenbeurteilung von Dr. E.\_\_\_\_ vom 15. Dezember 2015 davon auszugehen, dass das Unfallereignis vom 28. Mai 2015 nunmehr keine schädigende Wirkung mehr zeige und der Status quo sine am 15. Dezember 2015 erreicht worden sei ( Urk. 2 S. 6). 2.3

Der Beschwerdeführer wandte dagegen ein, zwischen den heutigen Beschwerden und dem Vorfall vom 28. Mai 2015 sei der natürliche Kausalzusammenhang klar gegeben. So liesse sich das Beschwerdebild zweifellos dem Unfallereignis vom 28. Mai 2015 zuordnen und sei er (der Beschwerdeführer) vor dem Unfall gänzlich beschwerdefrei gewesen. Trotz bekannter Arthrose, welche ebenfalls zur Protrahierung beitrage, sei die Meniskusläsion traumatischer Genese. Die Würdigung des Unfalls und der derzeitigen Beschwerden führe überdies auch zur Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs ( Urk. 1 S. 8). Damit sei der Status quo sine nicht erreicht und habe er (der Beschwerdeführer) weiterhin Anspruch auf Versicherungsleistungen. Dr. E.\_\_\_\_ habe denn auch lediglich eine rudimentäre, weitestgehend unbegründete und überaus knappe Aktenbeurteilung abgegeben, weshalb seine Schlussfolgerungen nicht nachvollziehbar begründet seien und darauf nicht abgestellt werden könne. Vielmehr erweise sich der massgebliche Sachverhalt im Lichte der Untersuchungsmaxime nicht als genügend abgeklärt, weshalb die Sache zur Durchführung weiterer Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen sei ( Urk. 1 S. 9). 3.

#### 3.1

Der seit dem 14. Juli 2015 behandelnde Dr. D.\_\_\_\_ hielt mit Bericht zuhanden der Beschwerdegegnerin vom 21. September 2015 fest, seit dem Unfallereignis vom 26. Mai 2015 [recte: 28. Mai 2015, vgl. Unfallmeldung, Urk. 8/1]

beklage der Beschwerdeführer Schmerzen vor allem im Bereich des postero / posterolateralen

Kniegelenks bei Flexion.

Im MRI (Anmerkung des Gerichts: vom 23. Juli 2015, vgl. Urk. 8/19) zeigt e n

sich eine fast vollständige Destruktion des Innenmeniskushinterhorns sowie mediale und patellofemorale Knorpelschäden. Die klinische Symptomatik lasse allerdings eher auf eine Innenmeniskusproblematik schliessen .

Diesbezüglich sei eine Operation indiziert ( Urk. 8/22 , vgl. auch Arztzeugnis vom 2 1. September 2015, Urk. 8/2 2 ). 3.2

Am 6. Oktober 2015 erfolgte in der Orthopädie C.\_\_\_\_ ein operativer Eingriff im Sinne einer arthroskopischen medialen Teilmeniskektomie mit Knorpelglättung. Im Operationsbericht vom 6. Oktober 2015 diagnostizierte Dr. D.\_\_\_\_ (1) eine traumatische Innenmeniskusläsion, (2) eine Chondromalazie Grad IV patellofemoral und (3) eine Chondromalazie Grad IV im medialen Kompartiment ( Urk. 8/37). 3.3

Mit Zwischenbericht vom 2. Dezember 2015 hielt

Dr. D.\_\_\_\_ eine n Status nach Innenmeniskusteilresektion bei traumatischer Meniskus läsion des rechten Knie s fest . Es zeige sich ein p rotrahierter Verlauf mit rezidivierenden Schmerzen im rechten Kniegelenk , intermittierend auch bei Überlastung des linken Kniegelenks. Ob eine komplette Ausheilung stattfinden werde, bleibe bei den deutlich degenerativen Veränderungen des Knorpels abzuwarten. Jedenfalls seien die Knorpelschäden als besondere Umstände zu werten. Die gegenwärtige Behandlung bestehe aus einer Physiotherapie zur muskulären Kräftigung sowie aus einem selbständigen Muskelaufbauprogramm . Eine Wiederaufnahme der Arbeit sei auf den 1 5. Dezember 2015 vorgesehen (Urk. 8/43/2). 3.4

Dr. E.\_\_\_\_

kam in der Aktenbeurteilung vom 7. Dezember 2015 zum Schluss , zwei Monate nach der chirurgischen Versorgung durch eine partielle Menis k ektomie könne davon ausgegangen werden, dass das traumatische Ereignis vom 2 0. Februar 2015 nunmehr keine schädigende Wirkung mehr habe. Mithin sei der der S tatus quo sine auf den 1 5. Dezember 2015 festzulegen ( Bericht vom 1 5. Dezember 2015, Urk. 8/51). 3.5

Im Sprechstundenbericht vom 1 1. Mai 2016 hielt Dr. D.\_\_\_\_ fest, der Beschwerdeführer habe sich mit persistierenden Schmerzen im Bereich des posterolateralen rechten Kniegelenks vorgestellt. Objektiv zeige sich eine muskuläre Dysfunktion bei Status nach Innenmeniskusteilresektion und degenerativer Gelenkerkrankung. Der Beschwerdeführer sei weiterhin arbeitsunfähig, da er in einem körperlich sehr belastenden Beruf arbeite. Bis zur nächsten Verlaufskontrolle ordnete Dr. D.\_\_\_\_ Analgetika an ( Urk. 8/57). Ausserdem attestierte er dem Beschwerdeführer vom 9. Mai bis 1 9. Juni 2016 eine 100%ige und hernach vom 2 0. Juni bis 3. Juli 2016 eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit ( Urk. 8/58, Urk. 8/69) . 3.6

Laut Sprechstundenbericht vom 9. Juni 2016 habe sich der Beschwerdeführer erneut bei Dr. D.\_\_\_\_

wegen rezidivierenden Schmerzen im Bereich des poste rolateralen Gelenks

vorgestellt . Hier bestünden subjektiv teilweise Blockaden. Objektiv zeige sich ein reizloses Kniegelenk mit einem Extensionsdefizit von 10°. Die Kollateralbänder seien stabil und es bestehe nur wenig AP-Translation. Ausserdem notierte Dr. D.\_\_\_\_ einen festen Anschlag und negative Aussenmeniskuszeichen. Wei ter bestehe ein deutlicher Druckschmerz im Bereich des tendinösen Ansatzes des Bizeps femoris Richtung Fibulaköpfchen .

Radiologisch zeige sich eine mediale Arthrose mit Osteophytären Randanbauten, vor allem lateral und postero lateral ( Urk. 8/71). 3.7

Im Sprechstundenbericht vom 30. Juni 2016 führte Dr. D.\_\_\_\_ aus, der Beschwerdeführer sei vor dem Unfall absolut schmerzfrei gewesen. Letzteres gelte auch für sportliche Aktivitäten, namentlich den vom Beschwerdeführer durchgeführten Kampfsport (MMA), bei welchem deutliche Rotationsbewegungen durchgeführt würden. Erst seit dem Unfall habe der Beschwerdeführer Schmerzen. Diese würden nun sukzessive weniger, jedoch trage die bekannte Arthrose sicherlich zu einer Protrahierung bei. Die Meniskusläsion sei allerdings traumatischer Genese ( Urk. 8/82 /3 ). 3.8

Im Sprechstundenbericht vom 18. Juli 2016 notierte

Dr. D.\_\_\_\_ eine progrediente Instabilität bei Status nach Innenmeniskus teilresektion und Gonarthrose Knie rechts. Der Beschwerdeführer habe ein progredientes Instabilitätsgefühl sowie persistierende posterolaterale Schmerzen im Bereich des Kniegelenkes beklagt. Mittlerweile bestünden auch vermehrt Beschwerden im Bereich der unteren Lendenwirbelsäule. Es bestehe ein Status nach Spondylolyse in den unteren Segmenten. Dr. D.\_\_\_\_ empfahl die Weiterführung des Muskelaufbautrainings ( Urk. 8/89). 3.9

In der beschwerdeweise eingereichten Stellungnahme vom 23. Februar 2017 führte Dr. D.\_\_\_\_

erneut aus, vor dem Unfallereignis habe der Beschwerdeführer nach eigenen Angaben nie Schmerzen gehabt und sei er fünf Mal pro Woche im Fitness- und Kampfsporttraining gewesen. Erst im Anschluss an das Unfallereignis sei es zu Schmerzen gekommen. Die durchgeführten Behandlungen seien aufgrund der Meniskusläsion erfolgt. Gleichzeitig sei bekannt, dass solche Traumata zu einer Aktivierung des degenerativen Knorpelschadens führen könnten. Dieser könne wiederum dazu führen, dass die primäre Tätigkeit des Beschwerdeführers als Baumaschinenführer nicht mehr durchgeführt werden könne. Der Innenmeniskus habe sich damals traumatisch bedingt komplex aufgerissen gezeigt. Die Therapie sei suffizient erfolgt. Beschwerden, welche auf eine degenerative Gelenkerkrankung schließen lassen könnten, habe der Beschwerdeführer nie angegeben ( Urk. 11). 4.

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