

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2017.00145 vom 15. Januar 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-01-15, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2017.00145

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2017.00145 du 15 janvier 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2017.00145 del 15 gennaio 2019

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1964, war seit dem 11. Juli 2005 als Servicemitarbeiter bei der Y.____ AG angestellt und damit obligatorisch bei der Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufs unfällen versichert. Am 17. Februar 2010 reichte seine Arbeitgeberin bei der Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG eine Schadenmeldung ein (Urk. 11/2 und 11/5). Darin wurde ausgeführt, der Versicherte sei am 2. Mai 2009 ausgerutscht und auf eine offenstehende Schublade gefallen. Dabei habe er sich am rechten Knie eine Schwellung zugezogen. Im Juli 2009 habe er wegen erneuter Knieschmerzen den Arzt aufgesucht, der ihm vom 2. bis zum 7. Juli 2009 eine 100%ige und vom 8. bis zum 10. Juli 2009 eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert habe. Eine MRI-Untersuchung im Februar (richtig: Januar) 2010 habe ergeben, dass das Knie aufgrund des Unfalls im Mai 2009 stärker in Mitleidenschaft gezogen worden sei als ursprünglich angenommen (Urk. 11/2). Die Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG holte eine Unfallhergangsschilderung des Versicherten und ärztliche Auskünfte ein (vgl. Urk. 11/3-5, 11/7-9 und 12/1 ff.). In der Folge erbrachte sie Versicherungsleistungen (vgl. Urk. 11/36-37, 11/43, 11/63, 11/76 und 11/83). Am 5. Dezember 2011 ersuchte sie Dr. Z.____, Facharzt FMH für Chirurgie und Unfallchirurgie, um eine konsiliarische Beurteilung (Urk. 11/84), die er am 9. Januar 2012 abgab (Urk. 12/35). Überdies gab die Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG beim Zentrum A.____ ein rheumatologisches Gutachten mit Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) in Auftrag (Urk. 11/105), welches am 19. November 2012 erstattet wurde (Urk. 12/50). Dazu liess sich der Versicherte am 11. Dezember 2012 und am 29. Januar 2013 vernehmen (Urk. 11/125 und 11/138). Hierzu äusserte sich die A.____ am 5. Februar 2013 und bestätigte ihre Arbeitsfähigkeitsbeurteilung (Urk. 11/142). Mit Verfügung vom 30. Mai 2013 stellte die Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG die Taggeldzahlungen per 22. Oktober 2012 ein. Ferner hielt sie fest, sie bezahle dem Versicherten für die Zeit vom 23. Oktober 2012 bis zum 30. Juni 2013 ohne Präjudiz und Anerkennung einer Rechtspflicht Taggelder aufgrund einer 25%igen Arbeitsunfähigkeit (Urk. 11/178). Dagegen erhob der Versicherte mit Schreiben vom 10. Juni 2013 Einsprache (Urk. 11/181). Am 4. September 2013 sandte die Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG aktuelle MRI-Aufnahmen und weitere medizinische Unterlagen an die A.____ (Urk. 11/196), wozu diese am 10. März 2014 ergänzend Stellung nahm (Urk. 12/64). Dazu äusserte sich der Versicherte am 28. April 2014 (Urk. 11/204; vgl. Urk. 11/203). Im März 2015 gab die Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG bei Dr. B.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, ein Gutachten in Auftrag (vgl. Urk. 11/225 f.), welches am 25. Februar 2016 erstattet wurde (Urk. 12/69). Dazu nahm der Versicherte am 14. März 2016 schriftlich Stellung (Urk. 11/240) und reichte ein Schreiben seines

Hausarzt Dr. C. ____, Facharzt FMH für Allgemeinmedizin, vom selben Datum ein (Urk. 11/239). Die Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG erliess am 14. Juni 2016 eine neue Verfügung, mit der sie die Leistungen für Heilbehandlungen per 30. November 2015 einstellte und an der Einstellung der Taggelder per 30. Juni 2013 festhielt. Überdies verneinte sie einen Anspruch auf Integritätsentschädigung (Urk. 11 /246). Dagegen liess der Versicherte am 29. Juni 2016 Einsprache erheben (Urk. 7/254). Am 26. August 2016 wurde eine weitere Schadenmeldung eingereicht, mit der geltend gemacht wurde, der Versicherte habe am 8. Juli 2016 einen Rückfall erlitten (Urk. 11/258). In der Folge wurde die Einsprache ergänzend begründet (Urk. 11/262, 11/264 und 11/277). Mit Entscheid vom 10. Mai 2017 wies die Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG die Einsprache des Versicherten ab (Urk. 2 = 11/279).

E. 1.1

Am 1. Januar 2017 sind die am 25. September

2015 beziehungsweise am 9. November 2016 verabschiedeten geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) in Kraft getreten.

Gemäss den allgemeinen übergangsrechtlichen Regeln sind der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen, die in Geltung standen, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende und somit rechtserhebliche Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 466 E. 1, 126 V 134 E. 4b, je mit Hinweisen). Dem entsprechend sehen die Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 des UVG vor, dass Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem 1. Januar 2017 ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt werden (Absatz 1 der genannten Übergangsbestimmungen). Der hier zu beurteilende Unfall hat sich am 2. Mai 2009 ereignet, weshalb die bis 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Normen Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden.

E. 1.2

Gemäss Art. 6 Abs. 1 UVG werden - soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt.

E. 1.3

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher und ein adäquater Kausalzusammenhang besteht.

E. 1.4

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 Verwal tung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm oblie gen Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungs recht üblichen Beweis grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befin de n hat. Die bloss e Möglich keit eines Zusammenhangs genügt für die Be grün dung eines Leistungs anspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen). 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 Ursa chen 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 Vor zustandes 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 überwie gen den Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein (RKUV 2000 Nr.

U 363 S.

45; BGE

119 V 7 E. 3c/ aa). Die bloss e Möglich keit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hie r bei 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 Beweis grund sätze 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 Kosten vergütungen zu übernehmen, worunter auch die Heilbehandlungskosten nach Art. 10 UVG

fallen (Urteil des Bundesgerichts 8C_637/2013 vom 11. März 2014 E. 2.3.2).

E. 1.5

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).

E. 1.6

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt – was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist –, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; Ulrich Meyer, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in: Hermann Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 4. Auflage 2003, S. 24 f.).

E. 2

Es ist strittig und zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer im Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 2. Mai 2009 nach dem 30. Juni 2013 Taggeldleistungen und nach dem 30. November 2015 Heilbehandlungskosten und weitere Versicherungsleistungen schuldet. Zwischen den Parteien wurde insbesondere kontrovers diskutiert, ob auf das Gutachten von Dr. B.____ vom 25. Februar 2016 abgestellt werden kann, in welchem – unter anderem – festgehalten wurde, der Unfall vom 2. Mai 2009 habe die vorbestehende Gonarthrose nicht richtungsgebend verschlimmert, und selbst wenn dies der Fall gewesen wäre, so wäre der Status quo sine vel ante spätestens sechs Monate später wieder erreicht gewesen (Urk. 1, 2, 7, 12 und 15; vgl. Urk. 12/69).

E. 3.1

Am 23. Mai 2010 erklärte der Versicherte persönlich schriftlich, er sei am 2. Mai 2009 bei der Arbeit ausgerutscht und mit dem rechten Knie auf eine Schublade gefallen. Vorher habe er keine Knieschmerzen gehabt. Sofort nach dem Ereignis vom 2. Mai 2009 habe er Beschwerden verspürt und sich zu Dr. C.____ in Behandlung begeben, der ihn für ca. eine Woche als arbeitsunfähig beurteilt habe (Urk. 11/9-10).

E. 3.2

Der Schadeninspektorin der Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG erklärte der Versicherte am 13. Juli 2010, eigentlich hätten sich zwei Ereignisse kurz hinter einander zugetragen. Zuerst sei er im Office ausgerutscht und auf das rechte Knie gefallen, kurze Zeit später habe er das rechte Knie auf der linken Seite gegen eine schwere Metallschublade gestossen. Beide Ereignisse hätten sich während der Arbeit zugetragen. Zuerst habe er nicht an eine behandlungsbedürftige Verletzung gedacht. An die genauen Daten könne er sich aktuell nicht mehr erinnern, er habe aber jeweils kurz danach seinen Hausarzt aufgesucht, weil die Schmerzen am rechten Knie, welche sofort aufgetreten seien, nicht zurückgegangen seien (Urk. 11/46 S. 1). Nach dem ersten Ereignis habe er am 2. Mai 2009 seinen Hausarzt Dr. C.____ aufgesucht. Das zweite Ereignis müsse Anfang Juli 2009 passiert sein, er sei sofort zu Dr. C.____ gegangen, der das rechte Knie gerönt und wiederum keinen Befund erhoben habe (Urk. 11/46 S. 2).

E. 4.1

Dr. C.____ hielt mit ärztlichem Zeugnis vom 26. Februar 2010 fest, er habe den Versicherten am 2. Mai 2009 untersucht und eine Kontusion am rechten Knie diagnostiziert. Ab dem 2. Mai 2009 habe während ca. einer Woche eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden und ab Anfang Juli 2009 sei der Versicherte während ca. zehn Tagen zu 50 % arbeitsunfähig gewesen (Urk. 12/1). Ferner erklärte Dr. C.____ am 11. Mai 2010, ein Bericht über die im Juli 2009 erfolgte Konsultation sei in der Krankengeschichte des Versicherten nicht vorhanden (Urk. 12/12).

E. 4.2

Am 18. Januar 2010 fand eine MRI-Untersuchung des rechten Knies statt, da der Versicherte seit April 2009 Schmerzen am rechten Kniegelenk mit Blockierungserscheinungen habe (Urk. 12/3). Dr. E.____, Facharzt FMH für Radiologie, führte im gleichentags verfassten Bericht die folgenden Befunde auf (Urk. 12/3) :

Intaktes vorderes und hinteres Kreuzband. Schräg verlaufender Einriss im Innenmeniskushinterhorn übergehend auf die Pars intermedia auch z.T. mit deformiertem, freien Rand, die Pars intermedia ist insgesamt auch zum Innenband extrudiert, wo sich ein Reizzustand zeigt mit umgebender Flüssigkeit. Im Aussenmeniskus kein Rissnachweis. Intakte Kollateralbänder, beginnende mediale Gonarthrose mit Knorpelausdünnung z.T. femoral um mehr als 50 %, ebenso Retro patellararthrose im inferioren Pol mit Knorpelausdünnung um mehr als 50 %. Gelenkerguss, etwas Induration des Hoffa'schen Fettkörpers, Plica

mediopatellaris . Keine Baker-Zyste.

Die Beurteilung durch Dr. E.____, Facharzt FMH für Radiologie, lautete folgendermassen:

Schräg verlaufender Einriss im Innenmeniskushinterhorn übergehend auf die Pars intermedia. Extrusion der Pars intermedia zum Innenband mit begleitendem Reizzustand, keine dislozierten Meniskusanteile. Mediale Gonarthrose mit Knorpelausdünnung z.T. um mehr als 50 %.

E. 4.3

Der Versicherte wurde am 11. Februar 2010 erstmals durch Dr. F.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, untersucht. Dieser erstattete gleichentags dem Hausarzt Dr. C.____ einen Bericht, in dem er eine traumatische mediale Meniskusläsion bei beginnender Varusgonarthrose diagnostizierte. Zum aktuellen Leiden vermerkte er, der Versicherte habe

sich im April 2009 bei der Arbeit eine Knie-Distorsion rechts zugezogen, wobei er sich auch das Knie ange stossen habe. Seither persistierten rechts medial betonte Kniegelenksbeschwerden. Diese störten den Versicherten vor allem bei belasteten Drehbewegungen. Das MRI vom 18. Januar 2010 zeige eine ausgedehnte mediale Meniskushinterhornläsion sowie eine Ausdünnung des Knorpelüberzuges im medialen Kompartiment (Urk. 12/6).

In seinem Bericht vom 2. März 2010 zuhanden der Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG führte Dr. F.____ eine traumatische mediale Meniskusläsion als Diagnose auf. Es hätten keine anderen Faktoren (zum Beispiel frühere Krankheiten etc.) einen Einfluss auf das Leiden. Für den 8. März 2010 sei eine arthroskopische Teilmeniskektomie

geplant, nach welcher für vier bis sechs Wochen eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestehen werde (Urk. 12/2).

Dr. F.____ führte den Eingriff wie geplant im Spital G.____ durch, wo der Versicherte bis zum 9. März 2010 hospitalisiert war. Sowohl im Austrittsbericht vom 8. (richtig: 9.) März 2010 (Urk. 12/4) als auch im Operationsbericht vom 9. März 2010 (Urk. 12/5) wurde zusätzlich die beginnende Varusgonarthrose vermerkt. Gemäss dem Operationsbericht seien eine leichte Synovitis am oberen Rezessus

suprapatellaris und ein regelrechter Knorpelüberzug an den Patellarflächen und am femoropatellaren Gleitlager feststellbar. Der mediale Meniskus zeige ausgehend vom Korpus bis ins Hinterhorn reichend mehrere horizontale Rissbildungen, welche bis an die Basis reichten. Beim Prüfen mit dem Tasthaken lasse sich der Meniskus hier ins Gelenk einschlagen. Der Knorpelüberzug femoral

sei in der Hauptbelastungszone deutlich degenerativ verändert, entsprechend einer Chondromalazie II bis III, tibial Grad II. Das Kreuzband sei rissfrei und bei der Bewegungsprüfung stabil. Das hintere Kreuzband sei, soweit beurteilbar, unauffällig. Der laterale Meniskus zeige keine radiären, randständigen Rissbildungen im Korpusbereich. Beim Prüfen mit dem Tasthaken zeigten sich stabile Verhältnisse. Der Verlauf der Popliteussehne im Hiatus sei regelrecht und die Knorpelüberzüge femoral und tibial im lateralen Kompartiment seien weitgehend unauffällig. Aufgrund des intraoperativ festgestellten Knorpelschadens empfehle er eine chondroprotektive Behandlung.

Dem Bericht zur postoperativen Kontrolle vom 18. März 2010 zufolge stellte Dr. F.____ einen zeitgerechten Verlauf nach arthroskopischer Teilmeniskektomie fest. Aufgrund der intraoperativ festgestellten Knorpelschädigung habe er eine Condrosulf-Kur für drei Monate eingeleitet (Urk. 12/5 = 12/7).

E. 4.4

Dr. F.____ berichtete am 22. April 2010 der Versicherung von einem günstigen Verlauf unter Physiotherapie. Die Arbeitsunfähigkeit betrage bis zum 8. März 2010 100 % und ab dem 3. Mai 2010 noch 50 % (Urk. 12/10). In einem gleichentags verfassten Schreiben an den Hausarzt hielt Dr. F.____ fest, der Versicherte berichte noch über leichte Restbeschwerden am operierten Knie. Diese seien aufgetreten, nachdem in der Physiotherapie zweimal am Knie manipuliert worden sei, vorher sei es recht gut gegangen. Es bestehe ein zeitgerechter Verlauf nach arthroskopischer Teilmeniskektomie. Die Physiotherapeutin sollte keinerlei Manipulationen am Knie mehr vornehmen. Der Versicherte solle aber regelmässig auf dem Hometrainer trainieren. Eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit nach Massgabe der Beschwerden auf 100 % sollte innerhalb der folgenden

zwei bis drei Wochen möglich sein. Dr. F.____ habe die Behandlung heute abgeschlossen (Urk. 12/11).

E. 4.5

Der Hausarzt Dr. C.____ führte in einem Schreiben vom 24. Juni 2010 aus, der Versicherte arbeite 70 %, das heisst sechs Stunden pro Tag als Kellner. Er müsse den ganzen Tag gehen. Er könne aktuell nicht den ganzen Tag arbeiten, weil dann die Schmerzen zu stark seien. Klinisch bestehe eine Druckdolenz am rechten Knie medial (Urk. 12/13).

E. 4.6

Am 21. September 2010 untersuchte Dr. F.____ den Versicherten, der nach wie vor über belastungsabhängige Beschwerden klagte. Er habe angegeben, er arbeite aktuell 75 % und müsse dabei häufig acht Stunden und mehr gehen. Vor allem gegen den Abend komme es dann zu vermehrten Schmerzen im medialen Kniegelenksbereich. Dr. F.____ vertrat die Auffassung, die angegebenen Res t beschwerden seien bedingt durch eine Überlastung bei noch fehlendem musku lären Aufbau und starker körperlicher Belastung im Beruf als Serviceangestellter. Er empfehle ein intensives Muskelaufbautraining und eine schockabsorbierende und medial stützende Einlagenversorgung. Die Arbeitsunfähigkeit sei bei 25 % zu belassen (Urk. 7/18). Diese Arbeitsunfähigkeit wurde in der Folge von Dr. C.____ und Dr. F.____ weiter attestiert (Urk. 12/20-24).

E. 4.7

Eine erneute MRI-Untersuchung am 26. Mai 2011 habe eine Arthrose im medi alen femoro-tibialen Gelenkkompartiment bei deutlicher Ausdünnung und zum Teil fehlendem Gelenkknorpel, vor allem in den ventralen Anteilen, ein reaktives Knochenmarksödem im medialen ventralen Tibiaplateau , geringer ausgeprägt auch femoral , einen mässiggradigen Gelenkserguss, eine postoperative Verände rung des medialen Meniskus mit deutlicher Ausdünnung und Signalalteration des medialen Meniskushinterhornes , übergehend auf die mediale Pars intermedia, ein leicht subluxiertes mediales Vorderhorn und eine leicht subluxierte mediale Pars intermedia, eine leichte Ausdünnung des Gelenkknorpels im lateralen Kompar timent und intakte Ligamente ergeben (Urk. 12/26).

Dazu hielt Dr. H.____, Facharzt FMH für Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates, am 10. Juni 2011 fest, es zeige sich eine doch erhebliche Chondropathie /Arthrose des medialen rechten Kniegelenks. Der Meniskus sei extruiert , die Knorpeloberfläche sei vor allem femoral zentral zum Teil fehlend, zum Teil seien Reste vorhanden. Retropatellär und lateral sei der Knorpel passabel. Es komme beim Versicherten zu einer medialen Gonarthrose Stadium II. Osteophyten seien schon vorhanden, der Knorpel in der zentralen Position sei angegriffen beziehungsweise zum Teil schon abgenutzt. Vorerst ver suche man eine konservative Behandlung, für einen operativen Eingriff stünde Dr. H.____ zur Verfügung (Urk. 12/29).

Nach diesen Beurteilungen bestätigte Dr. C.____ jeweils weiterhin eine 25%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 12/28; vgl. auch Urk. 12/30-32, 12/36-41 und 12/43-45).

E. 4.8

Am 11. November 2011 untersuchte Dr. H.____ den Versicherten erneut. Die Varusachse sei eklatant und er verweise auf die Möglichkeit einer operativen Therapie. Aktuell müsse man indessen nicht aktiv werden, da die Schmerz kom ponente eher im Hintergrund stehe. Er habe den Versicherten ermutigt, die Arbeit wieder voll aufzunehmen. Bei einer

Exazerbation der Schmerzen würde er die Hemiprothese oder eine halb valgusierende Osteotomie nochmals mit dem Versicherten diskutieren wollen (Urk. 12/33).

E. 4.9

Dr. Z.____ erhob am 6. Januar 2012 ein leichtes Schonhinken rechts, eine fast seitengleiche aktive Beweglichkeit, stabile Bandverhältnisse, klinisch gerade Beinachsen und eine diffuse Druckdolenz über dem medialen Kompartiment. Er diagnostizierte eine posttraumatische mediale Gonarthrose bei Status nach arthroskopischer medialer Meniskusteilresektion und vertrat in seiner Stellungnahme vom 9. Januar 2012 die Auffassung, es lägen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit immer noch Folgen des Unfalles vom 2. Mai 2009 vor. Die attestierte 25%ige Arbeitsunfähigkeit ab dem 1. November 2011 erscheine ihm als gerechtfertigt. Er denke aber, dass der Versicherte mit einer Hemiprothese wieder zu 100 % arbeitsfähig sein werde; bislang habe sich der Versicherte noch nicht zu einem erneuten Eingriff entscheiden können (Urk. 12/34-35).

E. 4.10

Eine Untersuchung in der Orthopädie der Uniklinik I.____ am 14. August 2012 habe eine symptomatische medialbetonte Gonarthrose ergeben. Aktuell bestünden hauptsächlich belastungsabhängige Anlaufschmerzen im rechten Knie. Konventionell radiologisch zeige sich eine varische Beinachse rechts von 7° mit einer medialbetonten Gonarthrose. Man empfehle die Durchführung einer Infiltration und einen physiotherapeutischen Muskelaufbau. Im weiteren Verlauf müsste eine Umstellungsosteotomie beim noch jungen Versicherten in Erwägung gezogen werden (Urk. 12/46).

E. 4.11

Im Gutachten der A.____ vom 19. November 2012 wurden eine mediale femoro-tibiale Gonarthrose und eine beginnende Retropatellararthrose diagnostiziert (Urk. 12/50 S. 1).

Der Versicherte habe divergierende Unfallschilderungen gemacht. Davon weiche auch die Indikationsstellung zum MRI vom 18. Januar 2010 ab, gemäss welcher er seit April 2009 Schmerzen im rechten Gelenk mit Blockierungserscheinungen habe. Dr. F.____ habe in seinem Bericht vom 11. Februar 2010 geschrieben, der Versicherte habe sich im April 2009 bei der Arbeit eine Kniedistorsion zugezogen, wobei er sich auch das Knie angeschlagen habe. Aufgrund der vorliegenden differierenden Angaben und Unterlagen lasse sich nicht beurteilen, ob allenfalls bereits vor Ende April/Anfang Mai ein manifester beschwerdeverursachender Vorzustand vorhanden gewesen sei; aktuell habe der Versicherte Kniebeschwerden zu einem früheren Zeitpunkt klar verneint (Urk. 12/50 S. 2).

Aus dem MRI vom 18. Januar 2010, das knapp 9 ½ Monate nach den angegebenen Unfalldaten (April/Mai 2009) erstellt worden sei, hätten sich eine mediale Meniskusläsion und eine beginnende mediale Gonarthrose mit Knorpelausdünnung femoral mit mehr als 50 % sowie eine Retropatellararthrose ebenso mit einer Knorpelausdünnung um mehr als 50 % gezeigt. Zudem hätten sich im konventionellen Röntgen vom 11. Februar 2010 osteophytäre Ausziehungen an Patella-Oberpol und leicht im Bereich der lateralen Tibia ergeben. Im Operationsbericht vom 9. März 2010 würden dann im medialen Kompartiment nebst der Meniskusläsion in der Hauptbelastungszone eine deutlich degenerativ veränderte, einer Chondromalazie II-III entsprechende Knorpelläsion femoral und eine einem Grad II entsprechende Knorpelläsion der Tibia angegeben. Lateral zeigten sich weit unauffälligere Knorpelüberzüge. Ein sparsames Débridement der Knorpel

überzüge am lateralen Femurkondylus mit dem Shaver sei erfolgt neben der Teilmeniskektomie, «unklar warum shaving lateral» (Urk. 12/50 S. 2).

Angesichts der doch deutlich bis eventuell weit fortgeschrittenen degenerativen Veränderungen femoral und tibial, 9 ½ Monate nach dem Unfallereignis, müsse von einem Vorbestehen der medialen Gonarthrose ausgegangen werden. In einem solch kurzen Zeitraum entstehe, auch bei einem erfolgten Meniskusschaden, keine derart fortgeschrittene Gonarthrose. Somit müsse hier mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einem Vorzustand ausgegangen werden. Ob er manifest gewesen sei oder nicht, könne man nicht beurteilen. Sofern sich die behaupteten Unfallereignisse ereigneten, könne mit Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass ein eventuell schon gering degenerativ veränderter Meniskus Schaden traumatisch symptomatisch geworden sei. Nach der Entfernung eines Meniskus und einem leichten Knorpelshaving werde eine vorbestehende mediale Gonarthrose durch die verminderte Pufferwirkung des nun entfernteren Meniskus richtunggebend beeinflusst, das heisst ein Vorzustand sei richtunggebend verschlechtert worden (Urk. 12/50 S. 2).

In der angestammten Tätigkeit im Service, welche eine rein gehende und stehende Tätigkeit mit leichter bis mittelschwerer Gewichtsbelastung beinhalte, sei der Versicherte rein aufgrund der gezeigten EFL-Funktionstests für einen Arbeitstag von 9 Stunden mit effektiver Arbeitszeit von 8,4 Stunden einsatzfähig. Unter Einbezug der subjektiv geklagten Beschwerden (Schwellungssensationen nach einer 6,5- bis 7-stündigen Arbeitszeit, dies inklusive einer Pause) sowie unter Einbezug der radiologischen Situation mit doch klar ausgedünntem Knorpel femoro-tibial und beginnender retropatellärer Arthrose, sei eine Kumulation von Beschwerden über den ganzen Tag, die zu einer Leistungseinbusse im Sinne von langsamerem Gehen und leichtem Hinken führe, medizinisch plausibel nachvollziehbar. Letzteres, das Hinken und die langsamere Geschwindigkeit, werde auch von Seiten des Arbeitgebers (so gebe es der Versicherte an) als Hinderungsgrund für eine 100%ige, damit 8,4- bis 9-stündige Präsenz/effektive Arbeitszeit ausgegeben (Urk. 12/50 S. 4).

Gemäss der aktuellen Angabe des Versicherten beinhalte eine 100%ige Arbeitsfähigkeit, dass auch Einsätze mit 10-, 12- bis 15-stündiger, ununterbrochener Arbeitstätigkeit an Grossanlässen uneingeschränkt möglich sein müssten. Solche Zusatzeinsätze seien infolge der kumulativen Belastung und nachfolgenden vermehrten möglichen Reizsituation im Knie nicht zumutbar. Für eine mittelschwere bis schwere Tätigkeit mit dem formulierten Belastbarkeitsprofil (vgl. Urk. 12/50 S. 3) bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (Urk. 12/50 S. 4). Ein Status quo ante könne nie mehr erreicht werden (Urk. 12/50 S. 5).

E. 4.12

Ein weiteres MRI am 29. Januar 2013 ergab eine progrediente Varusgonarthrose mit nunmehr umfangreichen Knorpeldefekten, subchondralen Resorptionszysten und osteophytären Ausziehungen der Kondylen, einen Gelenkreizerguss, eine Ursprungstendinopathie der Patellarsehne sowie einen Resektionseffekt des Innenmeniskus am Corpus und Hinterhorn (Urk. 12/54 = 12/63).

E. 4.13

Der Versicherte wurde am 25. Februar 2013 in der Klinik J.____ untersucht. Anamnestisch habe er erklärt, er habe im Jahr 2009 ein Kniedistorsionstrauma rechts erlitten, als er auf glattem Boden ausgerutscht sei. In der Folge sei es noch zu zwei weiteren

Kniekontusionstraumen, ebenfalls rechts gekommen (Urk. 12/58 S. 1). Im Alltag bestünden keine Einschränkungen, jedoch zeige sich eine deutliche Verstärkung der Beschwerdesymptomatik je nach körperlicher Auslastung am Arbeitsplatz. Aktuell sei der Versicherte seit dem 7. Januar 2013 zu 25 % arbeitsunfähig geschrieben. Man empfehle ihm den Ausbau der konservativen Massnahmen, gegebenenfalls eine Viskosupplementationstherapie. Bei Beschwerde exacerbation und deutlicher Einschränkung im Alltag empfehle sich eine mediale Hemiprothese (Urk. 12/50 S. 2).

Ab dem 1. März 2013 attestierte Dr. C.____ dem Versicherten eine 40%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 12/57 und 12/60-61).

E. 4.14

Am 10. März 2014 nahm die A.____ zu den neuen medizinischen Unterlagen Stellung (Urk. 12/64). Sie erklärte unter anderem, sie habe sich bereits zu den berichteten, nicht konsistenten, verschiedenen Unfallmechanismen geäussert. Die neu erwähnten zwei weiteren Kontusionstraumen rechts seien ihr nicht bekannt gewesen und es sei offen, wann und in welcher Art diese stattgefunden hätten. Sie könne somit auch nicht beurteilen, ob der Zustand, wie er nach der ersten Kontusion (von der sie ausgegangen sei) vorgelegen habe, später durch Folgeereignisse nochmals manifest oder vorübergehend verschlimmert worden sei. Ebenso wenig könne sie die aktuelle Arbeitsfähigkeit ohne eine klinische Untersuchung beurteilen. Grundsätzlich müsse im natürlichen Verlauf mit der Zunahme einer Gonarthrose gerechnet werden, die dann im weiteren Verlauf zu zunehmenden funktionellen Einschränkungen führe. Dass diese unfallbedingt seien, dürfe bezweifelt werden. Die neuen Unterlagen änderten nichts an ihrer damaligen Beurteilung (Urk. 12/64 S. 2 f.).

E. 4.15

Ein MRI vom 13. Oktober 2014 ergab im Vergleich zur Voruntersuchung vom 29. Januar 2013 keine wesentliche Befundänderung (Urk. 12/66).

E. 4.16

Am 25. November 2014 wurde der Versicherte in der Klinik J.____ untersucht. Aufgrund seines noch nicht fortgeschrittenen Alters, der radiologisch mässiggradigen Arthrose sowie des beschriebenen Leidensdrucks werde eine operative Intervention aktuell nicht als indiziert beurteilt. Aufgrund des retroptelaren Verschleisses wäre eine mediale Teilprothese voraussichtlich keine langfristige Lösung. Aus diesem Grund empfehle man zunächst die Fortführung des bereits begonnenen konservativen Therapieregimes mit intensiver Physiotherapie zum Aufbau der ventralen Oberschenkelmuskulatur rechts sowie Infiltrationstherapie mit Lokalanästhetikum, Kortison und Hyaluronsäure. Im Idealfall liesse sich die Notwendigkeit einer Prothesenversorgung verzögern. Zusätzlich zur Chondroxtherapie werde Vitamin D3 verschrieben (Urk. 12/67).

E. 4.17

Nach einer weiteren Untersuchung in der Klinik J.____ am 11. Februar 2016 wurde eine Varusgonarthrose beidseits, rechtsbetont, diagnostiziert. Aufgrund des Alters und der aktuellen Befunde dürfe die Diskussion um eine (teil-)prothetische Versorgung nach wie vor nicht geführt werden. Die schon vor einer guten Jahresfrist definierten zusätzlichen konservativen Massnahmen inklusive einer Infiltrationsbehandlung wären zwingend auszuschöpfen (Urk. 12/68).

E. 4.18

In seinem Gutachten vom 25. Februar 2016 (Urk. 12/69) führte Dr. B.____ die folgenden Diagnosen auf (Urk. 12/69 S. 19): -

Status nach arthroskopischer Meniskusrevision und Knorpelbehandlung am 9. März 2010 -
Status nach unspezifischer Kontusion/Distorsion 2009 -

Chronifiziertes, durch die Befunde nicht vollumfänglich erklärbares Schmerz syndrom.

Im MRI vom 18. Januar 2010 werde eine eindeutig degenerative Begleitmenis kopathie (Zufallsbefund) bei ausgeprägter, medial betonter und beschwerdeverur sachender Gonarthrose rechts nachgewiesen. Betreffend ein anamnestisch ange blich auslösendes Moment für die letztendlich dargestellte Meniskusläsion seien nicht nur verschiedene Daten, sondern auch verschiedene Unfallmechanis men aktenkundig, was aus medizinisch-biophysikalischer Sicht nicht nur den Schaden am Meniskus – dessen Vorhandensein nicht zu bezweifeln sei – ausgelöst durch das inkriminierte Ereignis als unglaubwürdig erscheinen lasse, sondern konse quen terweise zu einer Verneinung der natürlichen Kausalität hätte führen müssen, was selbstredend auch für eine allfällig geltend gemachte richtungs ge bende Verschlimmerung gelte. Die nach dem MRI gemachten, medizinisch unkri tischen und nicht näher begründeten Beurteilungen der Kausalität seien nur als post hoc ergo propter hoc-Bias erkennbar und änderten daher nichts an seiner Aussage (Urk. 12/69 S 16).

Die Operation vom 9. März 2010 könne aus orthopädischer Sicht retrospektiv auch nicht unter dem Titel der «vorzeitigen Beseitigung der vom Unfall mitver ursachten Beschwerden» gesehen werden, da bekanntermassen unmittelbar nach einem auslösenden Moment die Schmerzintensität am höchsten sei und im Ver lauf der immer eintretenden Heilung (nota

bene auch bei einem Vorzustand) rückläufig sei, bis der Status quo sine erreicht sei (Urk. 12/69 S. 16 f.).

Es sei zwar eine Erfahrungstatsache, dass bei vorbestehenden/degenerativen Ver än derungen die Bejahung einer unfallkausalen Veränderung nicht von vornhe rein ausgeschlossen werden könne. Doch selbst wenn vorgängig eines Ereignisses die medizinisch-empirisch vorbestehenden, wenn auch anamnestisch asymp to ma tischen Veränderungen nicht belegt seien (Hinweis: wenn – noch – keine Be schwerden bestünden, würden auch keine diesbezüglichen Abklärungen durch ge führt und der Nachweis erfolge nach dem Ereignis eben zufälligerweise), spreche dies nicht zwingend dafür, dass die «nun erkannten Veränderungen» durch eine schädigende Kraft bei einem inkriminierten Ereignis ausgelöst/ verur –sacht worden seien (Urk. 12/69 S. 17).

Nach derzeitigem medizinischem Wissensstand könne das Erreichen des Status quo sine bei hypothetisch-traumatischer Aktivierung eines angeblich (die damals erkannte mediale Gonarthrose mache es empirisch eher unwahrscheinlich, dass vorher, wie anamenstisch bekräftigt, eine völlig asymptotische Situation be stan den habe) stummen Vorzustandes nach drei Monaten, spätestens aber sechs Monate nach der Aktivierung erwartet werden. Für die Annahme einer Fortdauer der «Aktivierung» gebe es keine plausible medizinische Grundlage respektive ortho pädisch- traumatologisch nachvollziehbare Begründung, wogegen eine all fällig geltend gemachte richtungsgebende Verschlimmerung mittels klinischen und/oder radiologischen pathologischen Befunden ausgewiesen sein und sich

von der altersüblichen Progression abheben müsse, was in casu nicht der Fall sei (Urk. 12/69 S. 17).

Die postoperativ eingeleitete Therapie (lege artis) habe denn auch unmissverständlich und ausschliesslich darauf abgezielt, die erkannten und behandelten degenerativen Knorpelprobleme zu lindern (Urk. 12/69 S. 17).

Unter den aktenkundigen Umständen (angebliche Schmerzauslösung durch die Physiotherapie, wobei die Indikation für die offenbar als «notwendig» erachtete Physiotherapie nach einer unkomplizierten Arthroskopie wie in casu aus den Akten gar nicht ersichtlich sei) verwundere es retrospektiv auch nicht, dass die Arbeitsfähigkeit nur mit subjektiver Begründung über eine ungewöhnlich lange Zeit als «reduziert» beurteilt worden sei, was sich nicht mit aktenkundigen somatischen Befunden erklären lasse (Urk. 12/69 S. 17).

Das Argument «Restbeschwerden bedingt durch Überlastung bei noch fehlendem muskulärem Aufbau und starker körperlicher Belastung im Beruf» entbehre in orthopädisch-traumatologischer Hinsicht jeglicher Nachvollziehbarkeit und gebe lediglich die subjektiven Empfindungen/Äusserungen des Versicherten wieder. Durch eine Kniearthroskopie werde keine messbare Atrophie der Muskulatur mit konsekutiver Schwäche derselben ausgelöst. Die Gonarthrose sei vorbestehend gewesen und eine unübliche Belastung im Beruf ergebe sich nicht. Es dürfe erwartet werden, dass nach der Behandlung bessere Verhältnisse vorliegen (Urk. 12/69 S. 17 f.).

Zusammengefasst habe schon damals nicht nur ein längst chronifiziertes und unfallfremdes Krankheitsgeschehen vorgelegen, sondern es habe auch eine ausgeprägte Verdeutlichung bestanden, die auch aktuell bestehe. Selbst die aktuell bestehenden eindeutig pathologischen Befunde (Gonarthrose beidseits) vermöchten bei der kritischen Wertung und unter spezifischer Berücksichtigung der persönlich erhobenen Anamnese, der klinischen Befunde sowie der Auseinandersetzung mit den konkreten Gegebenheiten im Sinne einer vertieften Analyse eine messbar eingeschränkte Arbeitsfähigkeit/Arbeitsleistung, aber auch das geklagte Ausmass der Beschwerden nicht vollumfänglich zu erklären. Es seien keine hinreichenden medizinischen Gründe dafür erkennbar, weshalb nicht ein 100%iges Pensum erbracht werden könne, zumal diese uneingeschränkte Erwerbstätigkeit trotz der hier geltend gemachten Schmerzen mangels Evidenz medizinisch zumutbar bleibe/sei, unter anderem auch, weil der Versicherte ganzzzeitig – also auch in der Freizeit – davon betroffen sei und mit oder ohne Arbeit damit leben müsse (Urk. 12/69 S. 18 f.).

Es möge vordergründig zwar wünschenswert erscheinen, wenn der Versicherte einen wechselbelastenden Beruf ausüben würde, habe aber letztendlich keinen Einfluss auf die Beurteilung der Arbeitsleistung und insbesondere könne die schicksalhaft-natürliche Weiterentwicklung der Gonarthrose mit einem reduzierten Pensum am angestammten Arbeitsplatz oder mit einer weniger körperlich belastenden Arbeit nicht gebremst werden (Urk. 12/69 S. 19).

Die aktuell geklagten Beschwerden seien nicht auf das Ereignis vom 2. Mai 2009 zurückzuführen. Selbst bei Akzeptanz einer Aktivierung der Gonarthrose durch ein mit ungenauen/unterschiedlichen Angaben begründetes Ereignis wäre der Status quo sine im Zeitpunkt der Arthroskopie am 9. März 2010 beziehungsweise sechs Monate nach dem inkriminierten Ereignis vom 2. Mai 2009 längst erreicht gewesen (Urk. 12/69 S. 20 f.).

E. 4.19

Dr. C.____ erklärte sich mit Schreiben vom 14. März 2016 mit der Beurteilung Dr. B.____s nicht einverstanden. Er sei der Ansicht, dass die Beschwerden durch den Unfall verursacht worden seien. Zuvor sei der Versicherte nie krank und beim Arzt gewesen. In Ruhe bestünden keine Knieschmerzen, nur bei der Arbeit. Durch eine Überbelastung wegen der Schonung des rechten Knies sei es zu einer Entzündung und Arthrose im linken Knie gekommen. Der Versicherte sei in der angestammten Tätigkeit sicher nicht zu 100 % arbeitsfähig (Urk. 11/239).

E. 4.20

Mit ärztlichem Zeugnis vom 7. Juli 2016 attestierte Dr. C.____ dem Versicherten ab dem 8. Juli 2016 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit, da er eine Entzündung am Kniegelenk und an der seitlichen Muskulatur des rechten Oberschenkels habe (Urk. 11/257).

E. 4.21

Das am 26. Januar 2017 durchgeführte MRI ergab eine fortgeschrittene, deutlich medial betonte Gonarthrose mit zum Teil vollständiger Knorpelglatze im gewicht s tragenden Anteil und leichtem Überlastungsödem in der medialen Femurkondyle und im medialen Tibiaplateau , einen deutlichen Gelenkserguss sowie tiefe Knor pel schäden auch in der Trochlea

femoris (Urk. 12/73-74). Die Befunde seien im Vergleich zu denjenigen 2015 weitgehend stationär (Urk. 12/74 S. 2).

E. 4.22

In seinem Bericht vom 30. Januar 2017 vertrat Dr. D.____ die Auffassung, aufgrund der Schwere der Befunde sei nicht davon auszugehen, dass der Ver sicherte in der letzten Zeit noch arbeitsfähig gewesen sei oder dass er in seinem Beruf wieder arbeitsfähig sein werde, ohne dass das massive Problem beider Kniegelenke operativ gelöst werde. Er empfehle die rasche Evaluierung einer Kniegelenkshemiprothese , zunächst rechts und dann links. Dies sollte, um ein weiteres progredientes Zerstören der lateralen Facetten zu vermeiden, noch im Frühjahr dieses Jahres erfolgen (Urk. 12/77).

E. 5.1

Das Gutachten von Dr. B.____ vom 25. Februar 2016 wurde in Kenntnis der medizinischen Vorakten erstattet (vgl. Urk. 12/69 S. 1-8). Darüber hinaus stand dem Gutachter das vom Versicherten mitgebrachte Röntgendossier zur Verfü gung, welches aktualisiert wurde (Urk. 12/69 S. 1). Am 24. November 2015 fand eine eingehende gutachterliche Untersuchung statt (Urk. 12/69 S. 1 und 10 ff.). Dr. B.____ führte eine sorgfältige Anamnese- und Befunderhebung durch (Urk. 12/69 S. 8 ff.). Er berücksichtigte die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden ange messen und beantwortete die gestellten Fragen umfassend. Ins besondere setzte er sich in seinem Gutachten detailliert mit den anderslautenden Kausalitätsbeurteilungen Dr. F.____ s, Dr. Z.____ s und Dr. D.____ s auseinander. Seine eigene Ein schätzung begründete der Gut ach ter schlüssig und nachvollziehbar.

E. 5.2

Der Beschwerdeführer liess den Standpunkt vertreten, es könne nicht auf die Beur teilung Dr. B.____s abgestellt werden, da dieser auf den MRI-Bericht vom 18. Januar 2010

abgestellt habe. Der betreffende Bericht sei unzureichend und Dr. B. ___ habe dies nicht einmal bemerkt. Erst Dr. D. ___ habe erkannt, dass im Bericht vom 18. Januar 2010 die Läsion der Pars profunda des MCL (Innenband) und die partielle Faserdestruktion am PL-Bündel des vorderen Kreuzbandes nicht erwähnt worden seien, obwohl es sich dabei in der Regel um Unfallfolgen handle. Zudem sei die Meniskusläsion nicht ausreichend klassifiziert worden. Es sei daher auf die Berichte und Ausführungen Dr. D. ___s abzustellen, welche zeigen, dass kein manifester Vorzustand am rechten Knie bestanden habe und der Versicherte aufgrund der unfallbedingten Kniebeschwerden arbeitsunfähig sei (Urk. 1 S. 2 und 4 ff. mit Hinweis auf Urk. 3/6).

Im neu eingereichten Schreiben vom 31. Mai 2017 bestätigte Dr. D. ___, er habe aufgrund des MRI vom 18. Januar 2010 eine schräg verlaufende instabile Innenmeniskusruptur im Bereich des Hinterhornes zur Pars intermedia mit partieller Subluxation bei zudem bestehender Läsion der Pars profunda des MCL (Innenband) und eine partielle Faserruptur respektive – dis torsion des PL-Bündels des vorderen Kreuzbandes als Befunde erhoben. Ein relevanter Erguss finde sich nicht, insbesondere auch keine synoviale Zottenbildung im Rezessus und keine Bakerzyste. Das laterale Kompartiment sei unauffällig. Das femoropatellare Kompartiment zeige einzelne Knorpel schädigungen im Sinne einer Chondropathie Grad II. Im medialen Kompartiment zeige sich auf den gelenkstragenden zentralen Anteilen des Tibiaplateaus, aber auch geringer femoral, eine Chondropathie, ebenfalls Grad II, die mit dem nicht mehr gedeckten Areal bei bestehender Destruktion des Innenmeniskus korreliere (Urk. 3/6 S. 1 f.).

Es könne nicht mit hinreichender medizinischer Sicherheit belegt werden, dass die in den MRI-Bildern vom 18. Januar 2010 dargestellten Kniebinnenschäden degenerativ zu werten und nicht Folge des Unfallereignisses seien respektive teilweise auf diesem basierten. Vielmehr liessen die Veränderungen aus traumatologischer Sicht den Schluss zu, dass das Unfallereignis massgeblich die Schäden bedinge oder leichtgradige degenerative Vorschäden massiv verschlimmert habe. Gerade bezogen auf den Vergleich von zwei Gelenken, die unter unterschiedlichen Verletzungen unterlegen haben könnten, sei der Rückschluss einer Veränderung im kontralateralen Gelenk medizinisch und gutachterlich so nicht zulässig. Zudem bewiesen die folgenden Untersuchungen im Verlauf eindeutig, dass nunmehr die verschleissbedingte Arthrose auf der kontralateralen Seite sehr deutlich sei und die Achserweichung im Sinne der Varus-Fehlstellung rechtsseitig um 4° höher sei als auf der kontralateralen linken Seite (Urk. 3/6 S. 2).

Dr. D. ___ erachte den Befund der MRI-Bilder vom 18. Januar 2010 als unzureichend, insbesondere seien die Läsion der Pars profunda des MCL und die partielle Faserdestruktion am PL-Bündel des vorderen Kreuzbandes nicht erwähnt worden, was in der Regel stets Unfallfolgen seien. Des Weiteren sei die Meniskusläsion nicht ausreichend klassifiziert worden, da es sich um eine typische dis torsionsbedingte schräge Rissführung mit konsekutiver Subluxation und definitionsgemäss einer Instabilität handle, die auch durch die Ruptur der inneren Anteile des Innenbandes bedingt sei. Des Weiteren müsse angemerkt werden, dass die Beschreibung einer Gonarthrose nicht dem Radiologen zustehe, da dies eine klinische Interpretation und eine klinische Diagnose sei. Vielmehr müsse der Radiologe objektiv und deskriptiv die Situation beschreiben, welche die Bilder widerspiegeln, wenn keine klinische Untersuchung erfolgt sei. Somit sei hier auch nicht von einer Gonarthrose, sondern von einer Chondromalazie oder einem Knorpelschaden zu sprechen (Urk. 3/6 S. 2).

Da keine Spezialsequenz mit einem Knorpel Imaging durchgeführt worden sei, sei eine entsprechende Zuordnung zur Zeitachse nicht möglich und somit auch keine Unterscheidung zwischen einem degenerativen oder einem traumatischen Verlauf. Da die MRI-Untersuchung erst über ein halbes Jahr nach dem Unfallereignis durchgeführt worden sei, könne nicht mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit festgelegt werden, ob die beschriebenen intraartikulären Schäden primär degenerativ, direkt traumatisch oder posttraumatisch degenerativ seien, wobei Verletzungen des Innenbandes, Distorsionen von Fasern des vorderen Kreuzbandes oder bestimmte Morphologien von Meniskusrissen üblicherweise unfallursächlich anzusehen seien und gutachterlich stets auch so gewertet würden. Somit sei nicht zu belegen, dass ein manifester Vorzustand bezogen auf einen Kniebinnenschaden am rechten Kniegelenk zum Zeitpunkt des Unfallereignisses vom 2. Mai 2009 bestanden habe. Selbst bei geringen Vorschäden im Kniegelenk hätten gewisse eindeutige Unfallschädigungen sicher zu einer deutlichen Progredienz der Beschwerden führen können (Urk. 3/5 S. 2).

Des Weiteren sei festzustellen, dass die Einschätzung, der Status quo sine sei sechs Monate nach dem Unfallereignis erreicht gewesen, willkürlich sei, da ein sechs monatiges Zeitfenster nach einer Gelenksverletzung keinem normalen Heilungsablauf entspreche, insbesondere dann, wenn kombinierte Binnenschäden vorlägen und möglicherweise aufgrund von passageren Ruhigstellungen auch eine artifizielle Instabilität durch die muskuläre Atrophie den Gesamtverlauf deutlich verlängern könnte, so dass Abheilungszeiten nach derartigen Verletzungen durch aus bis zu einem Jahr als normal einzuschätzen seien und Spätschäden immer mit den Primärverletzungsmustern zu korrelieren seien, ob diesbezüglich eine Kausalkette abbildbar sei (Urk. 3/6 S. 2).

E. 5.3

Am 22. August 2017 hielt Dr. B. ___ dem entgegen, der Bericht eines Facharztes für Radiologie enthalte standardmässig immer «nur» die Beschreibung der relevanten respektive sicher erkennbaren beziehungsweise abgebildeten Strukturen. Unwesentliche/unsichere/mögliche «Befunde» (im Sinne einer subsumierenden Interpretation) würden, unter anderem zur Vermeidung von Unklarheiten oder dem Erwecken eines falschen Verdachts respektive dem Erwähnen einer falsch positiven Diagnose etc. bewusst nicht erwähnt. Dr. D. ___ habe diese Grenze zwischen «sicher erkennbaren» und «unwesentlichen/unsicheren/möglichen» Befunden nicht gezogen oder hinreichend begründet das Gegenteil dargelegt. Dass es sich bei MRI-Bildern um statische Momentaufnahmen handle, sei banal/naturgemäß. Es erstaune daher schon, dass Dr. D. ___ diesen Bildern eine Dynamik geben könne und darin «erkenne», dass die abgebildete Meniskusklausion «beweglich» (instabil) sei (Urk. 10 S. 3 f.).

Daraus sei erkennbar und abzuleiten, dass die Einschätzung/Beurteilung Dr. D. ___s, der Befund des MRI vom 18. Januar 2010 durch den Radiologen sei unzureichend, nicht gehört werden dürfe (Urk. 10 S. 4).

Immerhin werde auch von Dr. D. ___, nota

bene «in Übereinstimmung mit dem Radiologen», medial femoral und tibial eine Chondropathie beschrieben. Die Kritik, es stehe einem Radiologen nicht zu, eine Gonarthrose «festzustellen», da dies eine klinische Interpretation respektive eine klinische Diagnose sei, sei aber geradezu ein hanebücherner Unsinn, da jeder Facharzt, der sich spezialisieren oder ganz allgemein mit dem Bewegungsapparat befasse, fachspezifische

Kriterien kenne und fallbezogen respektive gezielt diese evidenzbasierten, sach- und fachspezifisch wissenschaftlichen Grundlagen anwenden dürfe, um eine Arthrose (in casu Gonarthrose) zu diagnostizieren/definieren (Urk. 10 S. 4).

Arthrose sei kein Synonym für Degeneration. Neben möglichen direkten oder indirekten, eindeutig einem Trauma zuzuordnenden Knorpelverletzungen (in casu nicht wahrscheinlich) müsse auf das repetitive alltägliche Belastungsmuster im Sinne von sogenannten Mikrotraumata, Überlastungsmechanismen verschiedener Ursachen sowie auf die natürliche alters- und/oder genetischbedingte Abnutzung der Gelenkflächen hingewiesen werden. Die Arthrose verlaufe in Phasen, nota

bene ohne dass bisher eine «Umkehr der Reihenfolge» im Sinne einer «Heilung» habe belegt werden können. Es sei zudem notorisch, dass es bisher auch keine evidenzbasierten Untersuchungsmethoden gebe, welche in wissenschaftlich anerkannter Weise den prospektiven Verlauf einer Arthrose in zeitlicher Hinsicht abbilden könnten, unabhängig davon, ob es sich um eine primäre oder sekundäre Arthrose handle. Sogar eine «einheitliche» oder «verbindliche» Klassifikation zur Quantifizierung und/oder Qualifizierung eines Knorpelschadens fehle. Neben der heute meistens noch verwendeten Beschreibung und Klassifikation der Knorpel schäden im arthroskopischen Bild nach Outerbridge gebe es unzählige klinische und bildgebende Klassifikationen mit entsprechenden Kriterien für eine Knorpel veränderung, unter anderem auch mit dem Kriterium der Knorpelmasse/-dicke, welche in casu vom Radiologen richtig angewendet worden sei. Konsequenterweise sei auch die «Zurückdatierung» nicht exakt möglich und bedürfe der Empirie, da im Anfangsstadium (ergo der individuelle Beginn der arthroskopisch erkennbaren Arthrose Stadium I nach Outerbridge) selten bis nie Beschwerden empfunden würden (nota

bene sei die Arthrose nicht «per se» schmerzhaft) und daher keine Abklärungen erfolgten. Selbst die laut Dr. D.____ angeblich «erforderlichen Spezialsequenzen» mit einem Knorpel imaging könnten eine Zuordnung der Zeitachse für die Knorpelveränderung nicht möglich machen (Urk. 10 S. 4 f.).

Dass die mediale Chondropathie nicht mit der erkennbaren Destruktion am Innenmeniskus «korreliere», sei kein schlüssiger oder hinreichender Einwand oder eine Begründung dafür, dass die Meniskusveränderung nicht degenerativ sei, zumal so wohl eine Chondropathie /Knorpelveränderung als auch eine Meniskusdegeneration je eigenständig und ohne zwingend notwendige gegenseitige Beeinflussung entstehen könne (Urk. 10 S. 5).

Ein Widerspruch in sich seien demnach auch die Aussagen Dr. D.____s, «er stelle fest, dass nicht mit hinreichender medizinischer Sicherheit belegt werden könne, dass die Bilder vom 18. Januar 2010 als degenerativer Kniebinnenschaden zu werten seien respektive nicht ursächlich/teilursächlich auf dem Unfallereignis basierten», vs. «es lasse sich der Schluss ziehen, dass das Unfallereignis massgeblich diese Schäden bedingt und/oder einen leichtgradigen degenerativen Vorschaden massiv verschlimmert habe» (Urk. 10 S. 5).

Wenn nämlich etwas nicht «mit hinreichender medizinischer Sicherheit belegt werden könne», ergo die Ausgangslage («ex ante») unklar sei, dann sei es aus fachmedizinischer Überlegung auch unmöglich, dass ein «massgeblicher» (Zusatz-)Schaden definiert oder gar eine Schlussfolgerung («massive» Verschlimmerung) gezogen werden könnten (Urk. 10 S. 6).

Einerseits entspreche es einer orthopädischen Erfahrungstatsache, dass es zur natürlichen (individuellen) Reduktion der Knorpeldicke mit «zum Teil mehr als 50 %» viel länger als ein Jahr dauere (nota

bene unabhängig davon, dass weder der retro- noch der prospektiv zeitliche Ablauf der Knorpelveränderung möglich sei), also ein Vorschaden bestanden haben müsse, und andererseits sei das inkriminierte Ereignis gemäss den Akten nicht überwiegend wahrscheinlich genügend qualifiziert, eine richtunggebende Verschlimmerung (respektive eine «massive Verschlimmerung») herbeizuführen. Nota bene hätte dies, wenn dies der Fall gewesen wäre, unter anderem wegen den beim Ereignis aufgetretenen Schmerzen, welche aber im Verlauf der immer eintretenden Heilung regressiv seien, zu einem früheren Arztbesuch und entsprechenden Abklärungen geführt (Urk. 10 S. 6).

Dass der Vergleich von zwei identischen Gelenken (in casu also beide Knie) «medizinisch und gutachterlich so nicht zulässig sei», weil die Gelenke einer unterschiedlichen Abnutzung («und unterschiedlichen Verletzungen») unterlegen haben könnten, sei geradezu tendenziös. Es sei biomechanisch nämlich nicht zu begründen, weshalb eine signifikant «unterschiedliche» Belastung an einem der beiden Knie stattgefunden haben sollte, und dies sei in letzter Konsequenz sogar eine Unmöglichkeit (Urk. 10 S. 6).

Wenn es schon weder durch Hinken noch durch den Gebrauch von Stöcken zur Entlastung eines Beines zu einer «Mehrbelastung des anderen Beines» komme (weil bei jedem Schritt nur die selbe «natürliche» Vollbelastung, nämlich mit dem Körpergewicht stattfindet, nota bene gleich wie vor einem Ereignis oder einer Operation), dann könne sich in casu im Verlauf seit dem inkriminierten Ereignis im Frühjahr 2009 bis zum MRI 2010 (und bis heute) nichts daran geändert haben. Also sei der Vergleich zweier Gelenke zulässig und auch üblich, sofern vorbe stehend (oder zwischenzeitlich erfolgt) keine Fehlstatik (z.B. eine Achsendeviation) vorhanden gewesen sei (Urk. 10 S. 6).

Dr. B.____ stimme Dr. D.____ dahingehend zu, dass mit der MRI-Untersuchung ein halbes Jahr nach dem Unfallereignis nicht mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit festgelegt werden könne, ob die beschriebenen intra artikulären Schäden primär degenerativ, direkt traumatisch oder posttraumatisch degenerativ seien. Genau aus diesem Grund bedürfe es einer genauen Abwägung («was respektive welche These wahrscheinlicher sei»), beruhend auf der fachspezifischen Empirie, gepaart mit einer unabhängigen, unparteiischen Beurteilung und unter Berücksichtigung der anerkannten orthopädisch- traumatologischen Usanz (Urk. 10 S. 7).

Die eingebrachten Hypothesen («selbst bei geringem Vorschaden im Knie hätten eindeutige Unfallschädigungen sicher zu einer deutlichen Progredienz der Beschwerden führen können» oder «ein sechsmonatiges Zeitfenster nach einer Gelenkverletzung entspreche keinem normalen Heilungsverlauf») seien weder mit überwiegender Wahrscheinlichkeit evidenzbasiert wissenschaftlich belegbar noch entsprächen sie der allgemein und fachspezifisch anerkannten Usanz (Urk. 10 S. 7).

Es gebe weder einen begründeten Verdacht, weshalb eine «sichere» unfallkausale Progredienz eines offenbar anerkannten Vorschadens erfolgt sein solle, noch würden hierzu hinreichende Fakten eingebracht. Es finde sich (weil weder allgemein noch in casu existent) im Bericht von Dr. D.____ auch keine hinreichende Begründung dafür, weshalb «heilbare Unfallfolgen», also durchblutete Strukturen wie beispielsweise

Kapsel-/Bandstrukturen, nicht nach 6-8 Wochen folgenlos ausgeheilt sein sollten (die im Gutachten ausgenommene 6-monatige Dauer bis zum Erreichen des Status quo sine sei demnach mehr als grosszügig), und es sei nicht erkenn- oder belegbar, weshalb hier ein abnormaler Heilverlauf angenommen werden müsste (Urk. 10 S. 7).

All diese Punkte und die unbewiesene Hypothese, dass ein unfallkausaler Knie binnenschaden entstanden sei, sowie die in den zeitnahen Akten nicht verifizierbaren Hypothesen («möglicherweise passageren Ruhigstellungen» und «artifizielle Instabilität durch die muskuläre Atrophie») seien weitere Fakten, die den Bericht Dr. D.____s als nicht schlüssig entlarften. Zwar würden die meisten Argumente im Konjunktiv eingebracht, daraus aber, ohne neue Erkenntnisse, eine «sichere Kausalität» abgeleitet (Urk. 10 S. 7).

E. 5.4

In seiner Stellungnahme vom 21. September 2017 legte Dr. D.____ dar, Dr. B.____ habe auf die Tatsache verwiesen, dass die Radiologen nur sicher erkennbare abgebildete Strukturen deskriptiv beschrieben. Dies entspreche nicht mehr der aktuellen Sachlage der modernen Radiologie, insbesondere der partiell auch dynamischen MRI-Untersuchungen. Es gebe durchaus MRI-Untersuchungen unter Belastung und unter Bewegung. Des Weiteren interpretierten anerkannte Radiologen regelhaft MRI-Befunde «aufgrund von Ödemen die Überbelastungen auch im dynamischen Bereich im Anschluss an ein Unfallereignis gewissen Belastungszonen und Überbeanspruchungen von einzelnen Gelenkkompartimenten zuordnen können». Hierzu sei auch das Knorpel-Imaging geeignet, da dieses die unterschiedlichen Konzentrationen von Flüssigkeit in den einzelnen Lamellen des Knorpels klassifiziere und somit die unterschiedliche Druckbelastung monitoren könne. Ausserdem sei die Rissbildung im Meniskus keine hypothetische Interpretation. Im Vorgang zu dieser Anmerkung beschreibe Dr. B.____ es fast schon als anmassend, dass Dr. D.____ sich selbst mit MRI-Bildern auseinandersetze. Hierzu sei zu erwähnen, dass die MRI-Diagnostik in Deutschland, anders als in der Schweiz, keine Domäne der Radiologen sei. Vielmehr unterlägen nur bildgebende Verfahren im Bereich des erweiterten Strahlenschutzgesetzes der primär radiologischen Kompetenz in Ausbildung und Anwendung. Da das MRI keine Diagnostik im Bereich der Strahlenanwendung darstelle, werde dieses in Deutschland auch von Fachärzten für Orthopädie und Unfallchirurgie angewendet, wobei auch die komplette Befundung durch diese nicht radiologischen Kollegen erfolge. Auch er habe diese Ausbildung absolviert, regelhaft angewendet und wende sie nach wie vor an. Zudem sei er in der Interpretation dieser Bilder in permanentem Kontakt mit den radiologischen Fachkollegen und es finde ein reger Austausch und eine Diskussion der oftmals nicht leicht zu interpretierenden Bilder statt. Hierbei sei insbesondere zu erwähnen, dass technisch bedingte Artefakte, wie zum Beispiel Pulsationsartefakte, entscheidend für die Interpretation des Bildmaterials seien und diese häufig nur in einem guten Team erfolgen könne. Somit sei seine Beurteilung nicht anmassend, sondern ein Teil der Gesamtbeurteilung in seinem täglichen Alltag und in der direkten Diskussion mit radiologischen Fachkollegen (Urk. 17 S. 1 f.).

Es sei fachlich nicht korrekt, dass man stabile Meniskusrisse nicht von instabilen unterscheiden könne. Es gebe degenerative und traumatische Risse, die durchaus im MRI abgebildet werden könnten. Frische traumatische Risse, insbesondere in der vaskularisierten Zone (insbesondere auch Längsrisse in diesem Bereich) würden häufig als instabil bezeichnet, da sie auch in den Verlaufsbeurteilungen und unter entsprechendem Studiendesign sekundäre Dislokationen aufwiesen (Urk. 17 S. 2).

Im weiteren Verlauf stelle Dr. B.____ fest, ein Radiologe dürfe eine Arthrose im Rahmen der Durchführung des MRI diagnostizieren und beurteilen. Die Definition der Arthrose bezeichne eine degenerative Erkrankung der Gelenke (siehe auch Primärdefinition der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie, DGU). Eine Chondropathie, die insbesondere auch primär traumatisch entstehen könne im Sinne des Ausrisses von Knorpelflakes oder der Impression von Knorpelzonen aufgrund von direkten Kontusionsmechanismen sei hiervon abzugrenzen. Dem Radiologen obliege nicht die Einschätzung, ob es sich um eine Arthrose oder eine Chondropathie handle, es sei denn, er habe selbst die Untersuchung und Befragung des Patienten durchgeführt und könne eine entsprechende Zuordnung zur Anamnese und zum Beschwerdebild treffen. In letzterem Falle pflichte Dr. D.____ selbstverständlich der Einschätzung Dr. B.____s bei, dass dann auch ein Facharzt für Radiologie diese Diagnose im Kontext mit dem klinischen Gesamtbild stellen könne und dürfe. Die weiteren Ausführungen Dr. B.____s zur Definition der Chondropathie und der Zuordnung von Knorpelveränderungen mit oder ohne begleitende Meniskusrisse sei unstrittig (Urk. 17 S. 2).

Der von Dr. B.____ dargestellte Widerspruch sei für Dr. D.____ so nicht zu fassen. Wenn nicht mit medizinisch hinreichender Sicherheit belegt werden könne, dass ein degenerativer Kniebinnenschaden sieben Monate nach einem Unfall ereignis vorliege, welches so als Unfallereignis anerkannt worden sei, und vor gängig keine Beschwerden bestanden hätten (im Zweifel sei dem Versicherten diesbezüglich zu glauben), sei durchaus der Schluss zulässig, dass das Unfallereignis zumindest beschwerdeauslösend zu werten sei und in diesem Kontext die Verschlimmerung einer vorbestehenden Situation bedinge (Urk. 17 S. 2).

Er gebe Dr. B.____ recht, dass in einem Gutachten in der Regel die Gelenke beider Seiten verglichen würden, um die Regelabnutzung des nicht betroffenen asymptomatischen Gelenkes zu beurteilen und in den Vergleich miteinzuziehen. Diese Beurteilung sei jedoch sicherlich nicht geeignet, um aus einem leichten degenerativen Befund der anderen Seite zu schliessen, die aktuell symptomatische Seite sei direkt nach einem Unfallereignis in keinsten Weise durch das Unfallereignis geschädigt oder in der Primärschädigung verschlimmert worden (Urk. 17 S. 2).

Dr. B.____ teile seine Einschätzung, dass die MRI-Untersuchung ein halbes Jahr nach dem Unfallereignis nicht geeignet sei festzulegen, ob die intraartikulären Schäden primär degenerativ oder direkt traumatisch oder posttraumatisch degenerativ seien. Genau um diesen Sachverhalt gehe es letztlich bei der definitiven Einschätzung und insofern sei er diesbezüglich mit Dr. B.____ vollumfänglich einig, dass offensichtlich nicht belegt werden könne, ob das vom Versicherten beschriebene Unfallereignis oder eine regelhafte Degeneration des Gelenks im Rahmen der altersgemässen Abnutzung den weiteren Gang der Beschwerdeentwicklung beeinflusst habe. Der Kausalzusammenhang mit dem Unfallereignis bestehe in Punkto der Beschwerdeentwicklung durchaus. Bezogen auf die bildgebende Diagnostik könne dieser nicht geführt, jedoch auch nicht widerlegt werden (Urk. 17 S. 2 f.).

Auch gebe er Dr. B.____ bezüglich der erwähnten Hypothesen recht, dass hier sicher Möglichkeiten angedacht worden seien, diese jedoch nicht zu beweisen seien, jedoch dem Alltag in der Beurteilung von Patienten durchaus entsprächen und insbesondere passagäre Ruhigstellungen und die darauffolgende muskuläre Atrophie eine sekundäre Instabilität im Kniegelenk bedingten, welche durchaus in diesem Zusammenhang dann auch als

unfallkausal anzusehen sei (Urk. 17 S. 3).

Abschlägig einzelner gemachter Einlassungen, die nochmals auf die Punkte hinwiesen, die nicht mit medizinischer Sicherheit 100 % belegt werden könnten, stehe er zu seinen Beurteilungen und empfehle bei weiterführender Diskrepanz diesbezüglich die Hinzuziehung eines ausgewiesenen Fachmannes für Magnet resonanztomographie zum Beurteilen er damaligen Bilder und der Durchführung eines Kausalgutachtens im Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 2. Mai 2009 (Urk. 17 S. 3).

E. 5.5

Dr. E.____, Dr. B.____ und Dr. D.____ waren sich einig, dass die MRI-Untersuchungen vom 18. Januar 2010 deutliche Chondropathien zeigten. Diesbezüglich legte Dr. B.____ nachvollziehbar und schlüssig dar, es entspreche einer orthopädischen Erfahrungstatsache, dass es zur natürlichen (individuellen) Reduktion der Knorpeldicke von «zum Teil mehr als 50 %» viel länger als ein Jahr dauere, weshalb ein Vorschaden bestanden haben müsse. Diese Ausführungen stehen mit denjenigen der A.____ vom 19. November 2012 im Einklang (vgl. Urk. 12/50 S. 2) und wurden weder von Dr. D.____ noch von Seiten des Beschwerdeführers entkräftet.

Hinsichtlich der weiteren Befunde, die Dr. D.____ – als Einziger – mithilfe der MRI-Aufnahmen vom 18. Januar 2010 erhoben haben will, machte dieser lediglich geltend, sie stellten in der Regel stets Unfallfolgen dar. Ausnahmen sind somit denkbar. Unter diesen Umständen ist nicht ersichtlich, inwiefern eine Interpretation der MRI-Bilder und eine entsprechende Befundung durch einen weiteren Facharzt aus dem Bereich Radiologie die Kausalitätsbeurteilung zu beeinflussen vermöchte. Ebenso wenig ist von der von Dr. D.____ geforderten präziseren Klassifikation der Meniskusläsion ein zusätzlicher Erkenntnis zu erwarten, zumal nicht aufgezeigt wurde, inwiefern sich ein solcher ergeben könnte. Darüber hinaus wurde von Dr. B.____ zutreffend erkannt, dass die MRI-Aufnahmen, mithin statische Momentaufnahmen, keine Aussagen zum Bestehen oder Fehlen einer Instabilität erlauben. Schliesslich spielt es auch keine Rolle, ob der Radiologe Dr. E.____ eine Gonarthrose diagnostizieren durfte, da unbestritten eine solche vorlag. Es ist folglich nicht zu beanstanden, dass Dr. B.____ seiner Beurteilung – unter anderem – auch den Bericht von Dr. E.____ zur MRI-Untersuchung am 18. Januar 2010 zu Grunde legte.

Der Letztgenannten kommt, wie richtig erkannt wurde, ohnehin lediglich eine untergeordnete Bedeutung zu, da sie mehr als ein halbes Jahr nach dem geltend gemachten Unfallereignis vom 2. Mai 2009 durchgeführt wurde. Vielmehr ist wesentlich, dass Dr. B.____ richtig erkannte, es stünden nicht nur verschiedene weitere Unfalldaten, sondern auch verschiedene Unfallmechanismen zur Diskussion. Insbesondere legte er unter Einbezug der medizinischen Aktenlage sowie des gegenwärtigen medizinischen Wissensstands nachvollziehbar dar, es sei bloss ein möglicher, aber kein überwiegend wahrscheinlicher Kausalzusammenhang zwischen den Beschwerden, welche zum operativen Eingriff vom 9. März 2010 führten, und dem Ereignis vom 2. Mai 2009 (mehr) vorhanden. Den Ausführungen Dr. D.____s lässt sich nichts entnehmen, was diese Beurteilung in Frage stellen könnte.

E. 5.6

Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass weder etwas vorgetragen wurde noch etwas ersichtlich ist, was die Kausalitätsbeurteilung Dr. B.____s als nicht schlüssig erscheinen liesse oder sonst in Zweifel zu ziehen vermöchte. Ebenso wenig ist etwas Derartiges aus

den Akten ersichtlich. Sämtliche von der Recht sprechung statuierten Anforderungen an ein medizinisches Gutachten (vgl. auch BGE 134 V 231 E. 5.1 und 125 V 351 E. 3a) sind erfüllt. Die Beschwerdegegnerin hat daher zu Recht auf die gutachterlichen Ausführungen abgestellt.

Mit denselben ist belegt, dass zwischen den vom Beschwerdeführer nach dem 30. Juni 2013 geklagten Beschwerden und dem geltend gemachten Unfallereignis vom 2. Mai 2009 kein überwiegend wahrscheinlicher Kausalzusammenhang mehr bestand. Es hätte auch in der Zeit davor an einem solchen gefehlt. Dement sprechend ist es auch nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin einen Anspruch auf Taggeldleistungen nach dem 30. Juni 2013, Heilbehandlungskosten nach dem 30. November 2015 und eine Integritätsentschädigung verneinte. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Mark A. Glavas - Zürich
Versicherungs-Gesellschaft AG - 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, zuzu stellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweis mittel 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 Die VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin GrünigGohl Zschokke

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