

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2017.00153**

## **vom 9. November 2018**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-11-09, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2017.00153](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2017.00153)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2017.00153 du 9 novembre 2018

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2017.00153 del 9 novembre 2018

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

Der 1958 geborene X.\_\_\_\_ war ab dem 2. Mai 2013 als Baufacharbeiter bei einer Personalvermittlung in einem 100%-Pensum angestellt (vgl. das mit heutigem Datum ergangene Urteil im Verfahren IV.2018.00608 S. 2; die Angaben zum Anstellungsbeginn in der Bagatellunfallmeldung vom 4. September 2015 [Urk. 8/1] treffen nicht zu) und dadurch bei der Suva obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert. Gemäss Bagatellunfallmeldung der Arbeitgeberin vom 4. September 2015 stürzte der Versicherte am 28. August 2015 auf das rechte Knie, während er schwere Elemente in der Hand hielt. Dabei zog er sich eine Prellung am rechten Knie zu (Urk. 8/1; vgl. auch die Schadenmeldung vom 22. September 2015 [Urk. 8/3] sowie die undatierte Unfallmeldung des Versicherten [Urk. 8/6 S. 5]). Ab dem 31. August 2015 wurde dem Versicherten eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (Urk. 8/6 S. 6). Die Suva kam für die Heilungskosten auf und erbrachte Taggeldleistungen (Urk. 8/5). Der behandelnde Arzt, Dr. med. A.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, stellte in seinem Bericht vom 29. September 2015 die Diagnose Meniskusriss rechts innen (Urk. 8/7 S. 6 f.) und führte am 7. Oktober 2015 eine Operation am rechten Knie (Kniegelenksarthroskopie mit Teilmeniskektomie) durch (Urk. 8/28 S. 2 f. und Urk. 8/48). Am 18. März 2016 berichtete Dr. A.\_\_\_\_ (Urk. 8/48), dass ein Kontroll-MRI (vgl. Urk. 8/53) eine progrediente Osteonekrose am lateralen Tibiaplateau zeige und ein Gelenkersatz empfohlen werde. Eine Rückkehr in den Bauberuf als Maurer scheine unrealistisch. Am 26. April 2016 setzte Dr. A.\_\_\_\_ dem Versicherten rechts eine Knie-Totalendoprothese ein (Urk. 8/62). Kreisarzt Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, hielt in seiner Stellungnahme vom 19. Mai 2016 fest, die Teilmeniskektomie vom 7. Oktober 2015 sei aufgrund eines degenerativen Zustandes (aktivierte Gonarthrose) vorgenommen worden. Die Operation vom 26. April 2016 sei daher nicht unfallkausal (Urk. 8/74). Die Suva teilte dem Versicherten am 20. Mai 2016 mit, der Fall werde per 26. April 2016 abgeschlossen, und ein Anspruch auf weitere Versicherungsleistungen werde abgelehnt. Die bisherigen Versicherungsleistungen (Heilkosten) würden per Datum des Fallabschlusses eingestellt. Die Taggeldleistungen würden per 7. Mai 2016 eingestellt (Urk. 8/76). Nachdem der Versicherte mit Schreiben vom 6. Juni 2016 mitgeteilt hatte, dass er mit der Einstellung der Leistungen nicht einverstanden sei (Urk. 8/81), erliess die Suva am 17. Juni 2016 eine einsprachefähige Verfügung entsprechend der Mitteilung vom 20. Mai 2016 (Urk. 8/85). Dagegen erhob der Versicherte am 15. Juli 2016 Einsprache (Urk. 8/93) mit anschliessender Begründung vom 12. September 2016 (Urk. 8/101). PD Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, nahm im Auftrag der Suva am 22. Mai 2017 eine versicherungsinterne

orthopädische Beurteilung vor (Urk. 8/127) . Gestützt darauf wies die Suva die Einsprache des Versicherten mit Entscheid vom 23. Mai 2017 ab (Urk. 2 [= Urk. 8/128]).

### **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 28. August 2015 ereignet, weshalb die bis 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Normen auf den vorliegenden Fall Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden.

### **E. 1.2**

Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 % invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG).

### **E. 1.3**

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung 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. 1.4**

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 Überwiegen der 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 hier 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 Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend (Urteil des Bundesgerichts 8C\_637/2013 vom 11.

März 2014 E.

2.3.1 mit Hinweisen). Mit dem Erreichen des Status quo sine vel ante entfällt eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden. Solange jedoch der Status quo sine vel ante noch nicht wieder erreicht ist, hat der Unfallversicherer gestützt auf Art. 36 Abs. 1 UVG in aller Regel neben den Taggeldern auch Pflegeleistungen und Kostenvergütungen zu übernehmen, worunter auch die Heilbehandlungskosten nach Art. 10 UVG fallen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_637/2013 vom 11. März 2014 E. 2.3.2).

### **E. 1.5**

Die Beweislastregel, wonach der Unfallversicherer und nicht der Versicherte die Beweislast für das überwiegend wahrscheinliche Dahinfallen der natürlichen Unfallkausalität trägt, greift erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes (Art. 61 lit. c des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]) und der Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die überwiegende Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 261 E. 3b in fine S. 264 mit Hinweisen).

### **E. 1.6**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis). 2.

### **E. 2**

Dagegen erhob der Versicherte am 28. Juni 2017 Beschwerde und beantragte, in Aufhebung des angefochtenen Entscheids seien ihm die gesetzlichen Leistungen zu erbringen, insbesondere sei ihm eine Rente zuzusprechen (Urk. 1). Mit Beschwerdeantwort vom 31. August 2017 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 7). Replicando hielt der Beschwerdeführer am 3. November 2017 an seinen Anträgen fest und stellte zusätzlich den Eventualantrag, es sei die Sache zur weiteren Leistungsabklärung und zur Rentenprüfung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (Urk. 13). Er legte eine im Auftrag des Krankenversicherers erstellte Aktenbeurteilung vom 28. Oktober 2017 von Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Chirurgie, auf (Urk. 14). Mit der Duplik vom 7. Dezember 2017, in welcher die Beschwerdegegnerin an ihren Anträgen festhielt (Urk. 17), reichte sie eine orthopädisch-chirurgische Beurteilung von Dr. C.\_\_\_\_ vom 4. Dezember 2017 zu den Akten (Urk. 18). Dem Beschwerdeführer wurde mit Verfügung vom 8. Dezember 2017 Frist zur Stellungnahme angesetzt (Urk. 19), welche er ungenutzt verstreichen liess. Davon wurde die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 24. Januar 2018 in Kenntnis gesetzt (Urk. 21).

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin erwog im angefochtenen Entscheid vom 23. Mai 2017, es sei auf den Bericht von Dr. C.\_\_\_\_ vom 22. Mai 2017 abzustellen. Demgemäss sei es durch das Ereignis vom 28. August 2015 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu einer traumatischen Läsion des Innenmeniskus gekommen. Diesbezüglich sei von einer vorübergehenden Verschlimmerung eines Vorzustandes auszu gehen. Im Zeitpunkt der Operation vom 26. April 2016 hätten jedoch keine Unfallfolgen mehr vorgelegen, die Folgen der Innenmeniskusläsion seien verheilt gewesen beziehungsweise es habe ein status quo sine bestanden. Die übrigen Beschwerden und Diagnosen, welche die Operation vom 26. April 2016 notwendig gemacht hätten, seien degenerativer Natur und nicht überwiegend wahrscheinlich unfallkausal. Die Einstellung der Leistungen per 26. April 2016 sei somit nicht zu beanstanden (Urk. 2).

### **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer wandte in seiner Beschwerde vom 28. Juni 2017 dem gegenüber ein, die orthopädische Beurteilung von Dr. C.\_\_\_\_ sei unvollständig. Der Unfall vom 28. August 2015 sowie der Vorzustand, welcher durch den Unfall vom 28. November 2012 entstanden sei, würden derart zusammenwirken, dass von einer gemeinsamen Verursachung des Gesundheitsschadens zu sprechen sei. Die Beschwerdegegnerin habe beide Ereignisse als äussere Ereignisse mit Einwirkung auf den Körper anerkannt. Damit habe sie sowohl einen natürlichen als auch einen adäquaten Kausalzusammenhang bejaht. Der Wegfall eines ursächlichen Zusammenhangs zwischen dem Unfallereignis und den bestehenden Beschwerden müsse von der Beschwerdegegnerin nachgewiesen werden. Diesen Beweis habe sie nicht erbringen können. Die Krankheitsgeschichte beweise, dass der Meniskusriss durch die beiden Unfälle vom 28. November 2012 und 28. August 2015 entstanden sei. Die Totalendoprothese habe ebenfalls aufgrund der Unfälle eingesetzt werden müssen (Urk. 1).

### **E. 2.3**

In der Replik vom 3. November 2017 bestritt der Beschwerdeführer im Wesentlichen sämtliche Erwägungen der Beschwerdegegnerin und die medizinischen Einschätzungen von Dr. B.\_\_\_\_ und Dr. C.\_\_\_\_. Er brachte sodann vor, Dr. B.\_\_\_\_ seien bloss unvollständige Akten vorgelegt worden. In der Verfügung der Beschwerdegegnerin werde nicht auf den Unfall des Jahres 2012 Bezug genommen. In der orthopädischen Beurteilung werde der Unfall vom 28. November 2012 fälschlicherweise als Unfall mit einer Beteiligung der Leisten beschrieben. Der Vorzustand sei durch den Unfall vom 28. November 2012 entstanden. Im Übrigen sei auf die Einschätzung von Dr. D.\_\_\_\_ vom 28. Oktober 2017 abzustellen (Urk. 13 und Urk. 14).

### **E. 3**

Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, wies mit Verfügung vom 13. Juni 2018 einen Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der Invalidenversicherung ab. Die vom Beschwerdeführer am 6. Juli 2018 beim hiesigen Gericht eingereichte und am 30. Juli 2018 verbesserte Beschwerde wurde mit heutigem Urteil abgewiesen (vgl. Prozess Nr. IV.2018.00608). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 3.1**

Die Beschwerdegegnerin reichte das Dossier Nr. F.\_\_\_\_ (Urk. 9) betreffend das gemeldete Ereignis vom 28. November 2012 zu den Akten.

##### **E. 3.1.1**

Im Bericht des E.\_\_\_\_ vom 10. Dezember 2012 betreffend die gleichentags durchgeführte MRI-Untersuchung des rechten Kniegelenks wurde festgehalten, es seien ein Gelenkserguss, leichte Knorpelschäden medial und lateral femorotibial sowie Knorpelrisse ohne grössere Defekte retropatellär sichtbar. Es komme eine Meniskusdegeneration Grad 2 im medialen Hinterhorn ohne eigentlichen Riss zur Darstellung. Die Bänder seien intakt (Urk. 9/12).

##### **E. 3.1.2**

Der Fall Nr. F.\_\_\_\_ wurde von der Beschwerdegegnerin abgeschlossen, nachdem sich der Beschwerdeführer ab dem 25. Februar 2013 wieder zu 100 % arbeitsfähig erklärt und sich beim Regionalen Arbeitsvermittlungszentrum gemeldet hatte mit der Angabe, er könne sofort eine Arbeit annehmen (Urk. 9/29 f.).

### **E. 3.2**

Die Beschwerdegegnerin reichte sodann das Dossier Nr. G.\_\_\_\_ betreffend das gemeldete Ereignis vom 28. August 2015 zu den Akten (Urk. 8).

#### **E. 3.2.1**

In der Bagatell-Unfallmeldung vom 4. September 2015 wurde festgehalten, der Beschwerdeführer sei mit schweren Elementen in der Hand auf das rechte Knie gestürzt. Dabei habe er sich eine Prellung zugezogen (Urk. 8/1, vgl. auch die Schadenmeldung vom 22. September 2015 [Urk. 8/3] sowie die undatierte Unfallmeldung des Versicherten [Urk. 8/6 S. 5]).

#### **E. 3.2.2**

Im Bericht des E.\_\_\_\_ vom 1. September 2015 betreffend das gleichentags durchgeführte MRI des Knies rechts wurde folgende Beurteilung festgehalten: Im Vergleich zur letzten Voruntersuchung vom 10. Dezember 2012 zeigten sich nun ein mittelgradiger Gelenkserguss und ein abgrenzbarer Meniskusriss am Übergang vom Corpus zum Hinterhorn mediallyseits sowie im Vorderhorn und Corpus lateralseits mit hier Verbindung zu beiden Gelenkflächen im Sinne eines Risses Grad IV, Subluxation nach medial des Corpus. Weiter sei eine progrediente Femoropatellararthrose mit diskreten Aktivierungszeichen sowie auch eine deutlich progrediente, lateral betonte Gonarthrose mit ausgeprägten Aktivierungszeichen im lateralen Tibiaplateau sichtbar. Es bestehe der Verdacht auf eine beginnende mukoide Degeneration des vorderen Kreuzbandes (Urk. 8/22 S. 3).

#### **E. 3.2.3**

Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin, I.\_\_\_\_, stellte in seinem Bericht vom 13. November 2015 über die Erstbehandlung vom 28. August 2015 die Diagnose Kniedistorsion rechts mit Meniskusriss. Der Beschwerdeführer habe sich am 25. August 2015 das rechte Knie verdreht. Gemäss Röntgenbefund vom 1. September 2015 sei ein Meniskus riss sichtbar; eine ossäre Läsion sei nicht nachweisbar (Urk. 8/22 S. 1).

#### **E. 3.2.4**

Dr. A.\_\_\_\_ hielt in seinem Schreiben an Dr. H.\_\_\_\_ vom 7. September 2015 fest, die Schmerzen des Beschwerdeführers seien auf die Meniskuskäsion zurückzuführen. Weiter bestünden aber auch noch eine Femoropatellararthrose und eine mukoide Degeneration des vorderen Kreuzbandes. Es würden nun die Kniegelenksarthroskopie und die mediale Teilmeniskektomie durchgeführt werden (Urk. 8/120).

#### **E. 3.2.5**

Im Operationsbericht vom 9. Oktober 2015 führte Dr. A.\_\_\_\_ die Diagnose mediale und laterale Meniskusvorderhornläsion auf und hielt fest, er habe am 7. Oktober 2015 eine Kniegelenksarthroskopie mit Teilmeniskektomie (am medialen und lateralen Vorderhorn des rechten Kniegelenks) durchgeführt (Urk. 8/28 S. 2 f.).

#### **E. 3.2.6**

Im Bericht der J.\_\_\_\_ vom 12. November 2015 betreffend die MRI-Untersuchungen des rechten Knies vom 11. November 2015 wurde festgehalten, es zeigten sich keine erneuten Risse in die Menisci, jedoch deutliche degenerative Signalalterationen im verbliebenen Meniskushinterhorn medial und lateral. Sichtbar seien zudem eine kleine Infraktion am

Tibiakopf posterolateral, angrenzend an die Teilmeniskektomie in der Pars intermedia des lateralen Meniskus, ein Knochenmarködem und ein Reizerguss des Kniegelenkes (Urk. 8/65 S. 3 f.).

### **E. 3.2.7**

Im Bericht der J. \_\_\_ vom 9. März 2016 betreffend die gleichentags durchgeführten MRI-Untersuchungen des rechten Knies wurde festgehalten, im Verlauf zur Voruntersuchung zeigten sich progrediente, deutliche Knorpelschäden im lateralen Tibiaplateau mit etwas progredienten, zum Teil demarkierten subchondralen Signalveränderungen (Tibiaplateaunekrose). Es sei zudem ein Kniegelenkserguss sichtbar (Urk. 8/53).

### **E. 3.2.8**

Dr. A. \_\_\_ hielt in seinem Operationsbericht vom 27. April 2016 über die Knie-Totalendoprothese rechts fest, der Beschwerdeführer sei als Bauarbeiter nicht mehr arbeitsfähig (Urk. 8/62).

### **E. 3.2.9**

Kreisarzt Dr. B. \_\_\_ führte in seiner Stellungnahme vom 19. Mai 2016 aus, es hätten bereits im Jahr 2012 leichte unfallfremde Knorpelschäden femorotibial medial und lateral vorgelegen. Das MRI vom 1. September 2015 zeige bereits deutliche degenerative Veränderungen, unter anderem zystische Veränderungen tibial lateral. Diese benötigten in der Regel längere Zeit für ihre Entstehung als lediglich vier Tage (Unfallereignis bis MRI-Untersuchung). Im MRI vom 1. September 2015 werde eine aktivierte Gonarthrose beschrieben, unter anderem erkennbar an der Aktivitätsanreicherung tibial lateral. Mit der Teilmeniskektomie medial und lateral am 7. Oktober 2015 seien degenerative Meniskusschäden behandelt worden. Daher sei die Operation vom 26. April 2016 nicht unfallkausal (Urk. 8/74).

### **E. 3.2.10**

Dr. C. \_\_\_ wies in seiner orthopädischen (Akten-)Beurteilung vom 22. Mai 2017 (Urk. 8/127) auf die Diskrepanz in den Schilderungen zum Unfallhergang hin. In der Schadenmeldung sei angegeben, der Beschwerdeführer sei auf das rechte Knie gestürzt. Im Arztergebnis von Dr. H. \_\_\_ werde festgehalten, der Beschwerdeführer habe sich das rechte Knie verdreht. Da keine äusseren Verletzungszeichen sichtbar gewesen seien, bestehe eine grössere Wahrscheinlichkeit dafür, dass der Beschwerdeführer am 28. August 2015 nicht einen Anprall, sondern ein Verdrehtrauma des rechten Kniegelenkes erlitten habe. Dr. C. \_\_\_ gelangte zum Schluss, dass eine traumatische Meniskusverletzung, und zwar eine Schädigung des Innenmeniskus, durch das Ereignis vom 28. August 2015 wahrscheinlich sei. Weiter führte er aus, bereits drei Jahre vor diesem Ereignis werde mit dem Befund der Kernspintomographie des rechten Kniegelenkes vom 10. Dezember 2012 eine zweitgradige Degeneration des Innenmeniskus angegeben. Degenerative Meniskusveränderungen würden mit den Berichten der MRI-Untersuchungen vom 1. September 2015 und 1. November 2015 (richtig: 11. November 2015) bestätigt. Die bestehenden Schädigungen der Menisken entsprächen dem in der Literatur beschriebenen Voranschreiten eines Verschleissleidens mit weiteren Zusammenhangsstörungen der Meniskusstruktur. Im konkreten Fall müsse aber aufgrund der zeitnah dokumentierten schmerzhaften Bewegungseinschränkung davon ausgegangen werden, dass es beim Ereignis vom 28. August 2015 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu einer

zusätzlichen Verletzung des Meniskus gekommen sei. Das Fehlen einer Bonebruise im inneren Gelenkskompartiment spreche zwar gegen eine wesentliche Gewalteinwirkung, schliesse aber bei vorbestehender Degeneration eine zusätzliche traumatische Schädigung des Meniskus nicht mit ausreichender Wahrscheinlichkeit aus. In dem mit vier Untersuchungen dokumentierten Verlauf zwischen Dezember 2012 und März 2016 zeige sich eine stetige Zunahme und Ausweitung des Befundes unter Einbezug des unter der Gelenkfläche angrenzenden Knochens. Der am 1. September 2015 erhobene bildgebende Befund sei also vorbestehend und nicht unfallbedingt innerhalb von vier Tagen entstanden.

Die Progredienz innerhalb des dokumentierten Zeitraumes sei Ausdruck des natürlichen Verlaufes eines Verschleissleidens, wie es mit fortschreitender Zeit zunehme, und sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit unabhängig von dem am 28. August 2015 erlebten Geschehen. Die überwiegend wahrscheinlich erlebte Verletzung des Innenmeniskus sei chirurgisch am 9. Oktober 2015 (richtig: 7. Oktober 2015) behandelt worden, habe unter Würdigung der vorliegenden Dokumente aber keine Auswirkung auf das naturgemässe Fortschreiten der vorbestehenden Degeneration und sei somit als vorübergehende Verschlimmerung eines Vorzustandes zu werten. Die indizierenden Diagnosen für den am 26. April 2016 chirurgisch vorgenommenen Ersatz des rechten Kniegelenkes respektive die diese Massnahme begründenden Beschwerden des Beschwerdeführers stünden in keinem überwiegend wahrscheinlichen Kausalzusammenhang mit dem Geschehen vom 28. August 2015 (Urk. 8/127 S. 7-10).

#### **E. 4.1**

Die Beschwerdegegnerin stütze sich im Einspracheentscheid vom 23. Mai 2017 auf die Aktenbeurteilung von Dr. C. (E. 3.2.10). Dem ausführlichen und detaillierten Bericht erkannte die Beschwerdegegnerin vollen Beweiswert zu. Dies ist nicht zu beanstanden, erfüllt diese doch die von der Rechtsprechung aufgestellten Anforderungen an eine beweistaugliche und beweiskräftige Expertise (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352, vgl. E. 1.7).

#### **E. 4.2.1**

Daran ändert der Bericht von Dr. D. vom 28. Oktober 2017 (Urk. 14) nichts. Letzterer hielt in seiner Aktenbeurteilung fest, beim Ereignis vom 28. November 2012 sei es aufgrund der Kniekontusion rechts zu einem Knorpel Schaden auf der lateralen Seite gekommen, der primär – also 12 Tage nach dem Unfallereignis – radiologisch noch nicht ersichtlich gewesen sei oder unter dem radiologischen Begriff «Oberflächenirregularitäten» zu finden sei (die Knorpelverhältnisse seien als leichte Knorpelschäden medial und lateral mit diskreten Oberflächenirregularitäten ohne grössere Defekte beschrieben worden). Jedenfalls würden die lange Behandlungszeit (eine banale Kniekontusion sei normalerweise in 14 Tagen abgeheilt) und die mehrfach notwendigen Physiotherapieverordnungen darauf hindeuten, dass ein unerkanntes Verletzungsmuster vorhanden sein müsse. Allenfalls hätte eine exakte klinische Abschlussuntersuchung eine Restsymptomatik hervorbringen können (Urk. 14 S. 12 f.). Weiter führte Dr. D. aus, es sei eher ungewöhnlich, dass sich innerhalb von 2 ½ Jahren eine progrediente Gonarthrose lateralseits bilde bei einem vorher unauffälligen Kniegelenk mit leichten arthrotischen Veränderungen medial und lateral ohne weitere zusätzliche Einflüsse (Erkrankungen, Unfälle etc.). Daraus lasse sich schliessen, dass es beim Unfall aus dem Jahre 2012 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu einer nicht erkannten Knorpelverletzung gekommen sei, zumal sich in diesem Anteil auch abgrenzbare Zysten gebildet hätten, von denen in der

Voruntersuchung nichts zu sehen gewesen sei (Urk. 14 S. 18). Das Argument von Dr. D.\_\_\_\_, eine banale Kniekontusion sei normalerweise in 14 Tagen abgeheilt, weshalb die lange Behandlungszeit auf ein unerkanntes Verletzungsmuster hindeute, erweist sich als spekulativ; eine längere Behandlungszeit könnte ebenso als Grund für einen degenerativen Vorzustand angeführt werden. Dr. C.\_\_\_\_ legte zudem in seiner orthopädisch-chirurgischen Beurteilung vom 4. Dezember 2017 anschaulich dar, weshalb die These von Dr. D.\_\_\_\_ nicht zu überzeugen vermag: Unter Hinweis auf die in seiner Beurteilung vom 4. Dezember 2017 abgebildeten MRT-Bilder vom 10. Dezember 2012, 1. September 2015 und 9. März 2016, führte er aus, auf dem ersten Bild vom 10. Dezember 2012 könne durchaus ein Knorpelschaden an der aussenseitigen Tibiagelenksfläche erkannt werden. Diesem Befund habe er in seiner Beurteilung vom 22. Mai 2017 wesentliche Bedeutung beigemessen. Wenn Dr. D.\_\_\_\_ in seinem Bericht festhalte, es sei zu einer «unerkannten» Knorpelläsion gekommen, bestehe Anlass zur Vermutung, dass er weder Kenntnis vom Inhalt der Beurteilung von Dr. C.\_\_\_\_ vom 22. Mai 2017 gehabt noch Einsicht in die bildgebenden Dokumente genommen habe. Der Befund der aussenseitigen Gelenksfläche des Unterschenkels, wie er mit Kernspintomogramm vom 10. Dezember 2012 zur Darstellung gelange, sei von keinen Zeichen einer Gewalteinwirkung, zum Beispiel einem Knochenmarködem, begleitet worden. Die Annahme, dass diese Knorpelläsion durch ein traumatisches Geschehen zwei Wochen zuvor entstanden sei, vermöge daher nicht zu überzeugen (Urk. 18 S. 3 f.).

#### **E. 4.2.2**

Dr. D.\_\_\_\_ führte in seinem Bericht vom 28. Oktober 2017 sodann aus, das Knochenmarködem (vgl. E. 3.2.4) werde erstmals vier Wochen postoperativ (das heisst nach der Operation vom 7. Oktober 2015; vgl. E. 3.2.3) radiologisch beschrieben. Das heisse, es bestehe eine Koinzidenz mit dem operativen Eingriff. Dies werde klinisch bestätigt durch den ungewöhnlichen postoperativen Verlauf, in welchem wegen zunehmenden akuten Schmerzen vier Wochen nach der Operation eine erneute MR-Untersuchung durchgeführt werden müssen. Es sei mehrfach beschrieben, dass nach arthroskopischen Eingriffen durch Verletzung der Knorpeloberfläche ein reaktives Knochenödem entstehen könne, was den Heilungsverlauf nachhaltig verzögere (Hinweis auf Literatur). Inwiefern die beschriebene scharfkantige rechtwinklige Infraktion im lateralen Tibia plateau bereich unmittelbar an die Resektionsstelle des lateralen Corpus angrenzend durch die Operationsinstrumente erfolgt

sei, sei hypothetisch (Hinweis auf Literatur). In dem Konsultationsprotokoll vom 1. September 2015 beschreibe Dr. A.\_\_\_\_ lediglich Schmerzen über dem medialen Gelenksspalt. Somit habe auf der lateralen Seite, wo sich die Tibiaplateauarthrose befinde, keine Schmerzsymptomatik bestanden. Der erste klinische Hinweis für diese Schmerzsymptomatik im lateralen Tibiaplateau werde mit dem Schreiben von Dr. A.\_\_\_\_ an die SUVA vom 18. März 2016 erwähnt, nachdem die Osteonekrose radiologisch bereits festgestellt worden sei (am

#### **E. 4.2.3**

Dr. C.\_\_\_\_ setzte sich einlässlich mit der auch von Dr. D.\_\_\_\_ zitierten Literatur auseinander und legte anschaulich dar, weshalb die These von Dr. D.\_\_\_\_ nicht zu überzeugen vermag. Es ist auf die nachvollziehbare Einschätzung von Dr. C.\_\_\_\_ abzustellen, welche dem erforderlichen Beweismass genügt (E. 1.5). Die Einwände des Beschwerdeführers

vermögen daran nichts zu ändern. Weitere Abklärungen sind daher nicht vorzunehmen. Der Vollständigkeit halber ist darauf hinzuweisen, dass das Vorbringen des Beschwerdeführers, Dr. B.\_\_\_\_ seien bloss unvollständige Akten vorgelegt worden, ins Leere

zielt, da sich die Beschwerdegegnerin nicht auf seine Einschätzung abgestützt hat. Es ist erstellt, dass es durch das Ereignis vom 28. August 2015 zu einer vorübergehenden Verschlimmerung eines Vorzustandes gekommen ist. Der status quo sine war spätestens am 26. April 2016 erreicht; die an diesem Tag durchgeführte Operation des rechten Knies (Gelenkersatz) stand mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht in kausalem Zusammenhang mit dem Ereignis vom 28. August 2015. Ein Gelenkersatz wäre aufgrund des degenerativen Zustands des Knies auch ohne das Ereignis vom 28. August 2015 notwendig geworden. Der Fallabschluss per 24. April 2016 und die Einstellung der Taggelderleistungen per 7. Mai 2016 erweisen sich somit als rechtmässig. 5.

Nach dem Gesagten erweist sich die Beschwerde als unbegründet, weshalb sie abzuweisen ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - MLaw Y.\_\_\_\_ - Suva - Bundesamt für Gesundheit 4.

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

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

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

## **E. 9**

März 2016).

Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit habe das Unfallereignis aus dem Jahre 2012 zur streng lokalisierten Arthrosebildung im hinteren äusseren Gelenkbereich geführt. Das adäquate Unfallereignis aus dem Jahre 2015 habe zu einer Ruptur des medialen und des lateralen Meniskus geführt. Durch den operativen Eingriff (Gelenkspiegelung, Teilmenisektomie Aussen- und Innenmeniskus) sei es zu einer Aktivierung der Arthrose mit Ausbildung eines Knochenmarködems und letztendlich einer Knochennekrose gekommen, die zum endoprothetischen Gelenkersatz geführt habe. Durch das Unfalltrauma vom 28. August 2015 habe sich demnach eine richtunggebende Verschlimmerung eines Vorzustandes ergeben, die schlussendlich zu einer endoprothetischen Versorgung geführt habe. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit sei das Unfallereignis vom 28. August 2015, entsprechend einer richtunggebenden Verschlimmerung, für die Operation vom 26. April 2016 unfallkausal (Urk. 14 S. 18 f.). Dr. C.\_\_\_\_ nahm den Literaturhinweis von Dr. D.\_\_\_\_

auf und führte aus (Urk. 18 S. 4), in der besagten Übersichtsarbeit von Pape et al. würden die Ergebnisse von neun klinischen Studien mit insgesamt 47 Patienten, bei denen eine Osteonekrose des Kniegelenks nach arthroskopisch durchgeführter Meniskusteilresektion diagnostiziert worden sei, diskutiert. In dem aktuell zu betrachtenden Fall stehe eine Osteonekrose, also ein Gewebeuntergang von Knochen unter der aussenseitigen Gelenksfläche des Unterschenkels (laterales Tibiaplateau) zur Diskussion. In ihrer Übersicht würden Pape et al. (Osteonecrosis in the postarthroscopic knee) 41 das innenseitige Kniegelenkskompartiment betreffende Fälle

beschreiben, also die grosse Mehrzahl der Fälle. Die sechs lateral gelegenen Osteonekrosen fanden sich viermal im Oberschenkelknochen (femoral) und lediglich zweimal im lateralen Tibiaplateau, also wie beim

Beschwerdeführer. Die Autoren hätten kommentiert: «In Relation zu der sehr hohen Anzahl an weltweit durchgeführten arthroskopischen Operationen scheint die Prävalenz dieser Osteonekrose sehr gering zu sein». Zudem seien in der Literatur auch Fälle beschrieben, in denen die Degeneration des Meniskusgewebes auch dann mit einer Osteonekroseentwicklung assoziiert sei, wo keinerlei Arthroskopie durchgeführt worden sei. Patel et al. würden daher die Frage stellen, ob es sich bei den Erkrankungsbildern einer spontanen, also ohne erkennbare Ursache auftretenden Osteonekrose des Kniegelenks und der Osteonekrose des postarthroskopischen Kniegelenks nicht um ein und dieselbe Pathologie handle, die lediglich zu verschiedenen perioperativen Zeitpunkten diagnostiziert werde. Pape et al. (Osteonecrosis of the knee: current clinical concepts) würden schlussfolgern: «Ob ein ursächlicher Zusammenhang zwischen degenerativem Meniskus- und Knorpel schaden und der Entwicklung einer Osteonekrose besteht oder ob Degeneration und Osteonekrose lediglich zeitlich zusammenfallen, bleibt unklar». Nichtsdestotrotz gäben die Autoren Kriterien an, anhand welcher ein durch Gelenkspiegelung induzierter Gewebeuntergang nicht in Betracht zu ziehen sei: Finde sich schon präoperativ, also zeitlich vor der Kniegelenkspiegelung ein Knochenmarködem im Kernspintomogramm, so sei die Diagnose einer vorbestehenden Osteonekrose wahrscheinlich.

Dr. C.\_\_\_\_\_ führte des Weiteren aus, es stehe ein Kernspintomogramm vom 1. September 2015 – zeitlich also vor der am 7. Oktober 2015 vorgenommenen Arthroskopie des rechten Kniegelenkes – zur Verfügung. Es zeige sich ein ausgeprägter Befund in der fraglichen Region der hinteren und aussenseitigen Gelenksfläche des Unterschenkels, welcher klar als Knochenmarködem zu werten sei. Zusammenfassend sei das Postulat von Dr. D.\_\_\_\_\_, die später diagnostizierte Osteonekrose des lateralen Tibiaplateaus sei durch die Gelenkspiegelung verursacht, im Spiegel der Literatur nicht nachzuvollziehen. Dr. C.\_\_\_\_\_ gelangte zum Schluss, die Progredienz des kernspintomographischen Befundes in der Region des lateralen Tibiaplateaus innerhalb des dokumentierten Zeitraumes zwischen Dezember 2012 und März 2016 sei Ausdruck des natürlichen Verlaufes eines Verschleissleidens, wie es mit fortschreitender Zeit zunehme, und mit überwiegender Wahrscheinlichkeit unabhängig von dem am 28. August 2015 erlebten Geschehen. Die indizierenden Diagnosen für den am 26. April 2016 chirurgisch vorgenommenen Ersatz des rechten Kniegelenkes, respektive die diese Massnahme begründenden Beschwerden des Beschwerdeführers, stünden in keinem überwiegend wahrscheinlichen Kausalzusammenhang mit dem Geschehen vom 28. August 2015.

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