

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2017.00197 vom 26. Februar 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-02-26, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2017.00197

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2017.00197 du 26 février 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2017.00197 del 26 febbraio 2019

Erwägungen

E. 1

Der 1955 geborene X.____ war bis Ende Februar 2016 (vgl. Urk. 10/K10 S. 3) bei der Y.____ als Museumstechniker angestellt und dadurch bei der HDI Global SE, Hannover, Niederlassung Zürich/Schweiz (HDI) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert. Gemäss Angaben in der Bagatellunfall-Meldung vom 19. Januar 2016 habe er sich am 13. Januar 2016, als er gerannt sei, beim Umdrehen das (rechte) Bein verdreht und sei danach beim Hinaufrennen der Treppe auf sein (rechtes) Knie gestürzt (Urk. 10/K1). In der ausführlichen Unfallbeschreibung vom 6. Februar 2016 (Urk. 10/K6) führte er aus, er sei gerannt und: «durch abruptes Stoppen und Richtungsänderung nach rechts, verdrehte ich mir das rechte Bein nach aussen. Es war ein starker, stechender Schmerz im Innenbereich des rechten Knies zu spüren. Um auf das Dach des Hauses zu gelangen, rannten wir die Treppe hinauf. In der Eile rutschte ich mit dem rechten Fuss von der Treppenstufe ab und schlug mit dem rechten Knie auf der Stufe auf. » Erstmals wurde der Versicherte am 19. Januar 2016 aufgrund von Knieschmerzen zur medizinischen Abklärung bei seinem Arzt vorstellig (Urk. 10/M2). Nach zunächst konservativ durchgeführter Behandlung fand am 6. Juni 2016 ein operativer Eingriff am rechten Knie des Versicherten statt (vgl. Urk. 10/K35). Nachdem die HDI den Fall medizinisch beurteilen lassen (vgl. Urk. 10/M7 und 10/M12), stellte sie ihre Leistungen mit Verfügung vom 1. September 2016 (Urk. 10/K32) per 1. April 2016 ein. Die dagegen erhobene Einsprache wies sie nach neuerlicher medizinischer Beurteilung (Urk. 10/M13) mit Entscheid vom 30. Juni 2017 (Urk. 2 [=Urk. 10/K41]) ab.

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 13. Januar 2016 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

Ein Unfall ist gemäss Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat.

E. 1.3

Gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG kann der Bundesrat Körperschädigungen, die den Folgen eines Unfalles ähnlich sind, in die Versicherung einbeziehen. Von dieser Kompetenz hat der Bundesrat in Art. 9 Abs. 2 UVV Gebrauch gemacht und folgende Körperschädigungen, sofern sie nicht eindeutig auf eine Erkrankung oder eine Degeneration zurückzuführen sind, auch ohne ungewöhnliche äussere Einwirkung den Unfällen gleichgestellt:

a.

Knochenbrüche; b.

Verrenkungen von Gelenken;

c.

Meniskusrisse; d.

Muskelrisse; e.

Muskelzerrungen; f.

Sehnenrisse; g.

Bandläsionen; h.

Trommelfellverletzungen. Diese Aufzählung der den Unfällen gleichgestellten Körperschädigungen ist abschliessend (BGE 116 V 136 E. 4a, 147 E. 2b, je mit Hinweisen; Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2. Aufl., 1989, S. 202).

E. 1.4

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 blosser 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. 1.5

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).

E. 1.6

Nach der Rechtsprechung kommt auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee). Das Anstellungsverhältnis einer versicherungsinternen Fachperson zum Versicherungsvertragsnehmer allein lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen (BGE 137 V 210 E. 1.4, 135 V 465 E. 4.4). Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1, 139 V 225 E. 5.2, 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7). 2.

E. 2

Dagegen liess der Versicherte mit Eingabe vom 4. September 2017 (Urk. 1) Beschwerde erheben und beantragen, der angefochtene Entscheid sei aufzuheben und es seien ihm über den 1. April 2016 hinaus alle gesetzlichen und vertraglichen Leistungen zu erbringen. Eventualiter sei ein Gerichtsgutachten einzuholen und hernach zu entscheiden. Mit Beschwerdeantwort vom 18. Dezember 2017 (Urk. 9) beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde, was dem Beschwerdeführer am 27. Dezember 2017 (Urk. 9) angezeigt wurde.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete ihren angefochtenen Entscheid (Urk. 2) im Wesentlichen wie folgt: Die Beurteilung ihres beratenden Arztes sei differenziert und ausgewogen, sie sei schlüssig begründet und überzeugend, und stelle eine beweismässige versicherungsmedizinische Beurteilung dar. Demgemäss sei infolge des Ereignisses vom 13. Januar 2016 durch die dabei erlittene Distorsion und Kontusion des Knies lediglich eine vorübergehende Verschlimmerung des Vorzustandes bei beginnender degenerativer Kniegelenksveränderung eingetreten. Der festgestellte isolierte Meniskusriss entspreche einem unfallfremden Vorzustand. Mit der Ausheilung der distorsions- und kontusionsbedingten Verletzungen per 31. März 2016 ende die Leistungspflicht. Die nach dem 1. April 2016 geklagten Beschwerden ständen nicht mehr mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in einem natürlichen Kausalzusammenhang zum Ereignis vom 13. Januar 2016.

E. 2.2

Demgegenüber machte der Beschwerdeführer zusammengefasst geltend (Urk. 1), die Stellungnahme des beratenden Arztes (Dr. Z.____) vom 16. November 2016 sei gar nicht von diesem (Dr. Z.____) erstellt worden. Dies sei einerseits an den zahlreichen Orthographiefehlern, als auch an der mit «i.V.» erfolgten Unterschrift zu erkennen. Es sei davon auszugehen, dass der beratende Arzt (Dr. Z.____) keine Kenntnis von dieser in seinem Namen verfassten Stellungnahme habe und er auch nicht nochmals Einsicht in die Akten genommen habe, weshalb die Stellungnahme vom 16. November 2016 aus dem Recht zu weisen sei. Der beratende Arzt (Dr. Z.____) habe die MRI-Bilder weder selber gesehen, noch sei er mangels fachlicher Qualifikation (er müsste Orthopäde sein) dazu in der Lage diese lege artis zu befunden. Demgegenüber habe der behandelnde Arzt (PD Dr. A.____) sowohl die MRI-Bilder als auch das Knie intraoperativ selber gesehen. Dieser begründe die Unfallkausalität mit der Rissbildung im Meniskus. Die Ausführungen des beratenden Arztes (Dr. Z.____) seien demgegenüber rein theoretischer Natur und würden sich auch nicht mit den relevanten Fragen einer Teilkausalität oder der Verschlimmerung eines stummen Vorzustandes befassen. In casu liege zeitnah an ein sinnfälliges Ereignis die Diagnose eines Meniskusrisses vor, weshalb eine unfallähnliche Körperschädigung gegeben sei. Ohne Belang sei in dieser Hinsicht, dass der Beschwerdeführer nach dem Ereignis noch in der Lage gewesen sei, die Treppe hoch zu laufen, denn es sei erwiesen, dass Menschen auch mit einem Meniskusriss noch in der Lage seien – teilweise monatelang - zu gehen. Ausserdem sei die Beschwerdegegnerin auch dann leistungspflichtig, wenn sich durch das Ereignis ein degenerativer (stummer) Vorzustand verschlimmert habe, was die Beschwerdegegnerin nicht abgeklärt habe. Der Nachweis einer degenerativen Genese sei gestützt auf die aufliegenden Akten nicht erbracht. Der Meniskusriss sei gesichert erkennbar und es lägen Indizien vor, welche für eine Unfallgenese sprächen. Überwiegend wahrscheinlich liege damit eine unfallähnliche Körperschädigung vor. Zudem sei auch eine Teilkausalität ausreichend, um die Leistungspflicht des Unfallversicherers zu begründen.

E. 2.3

In der Beschwerdeantwort vom 18. Dezember 2017 (Urk. 9) führte die Beschwerdegegnerin zusammengefasst aus, sie habe den Sturz des Beschwerdeführers am 13. Januar 2016 als Unfall und eine durch die Kontusion bedingte befristete Kausalität anerkannt. Die vom Beschwerdeführer beschriebene Drehbewegung stelle jedoch kein unfallähnliches Ereignis dar. Das - wenn auch abrupte - Stoppen beziehungsweise die Richtungsänderung des Beschwerdeführers stelle einen alltäglichen Bewegungsablauf dar. Da eine alltägliche

Lebensverrichtung vorliege und ein davon unterscheidbares äusseres Momentum fehle, falle eine Schädigung im Sinne von Art. 9 Abs. 2 UVV ausser Betracht. Die aufliegenden Akten enthielten sehr umfassende und präzise Aktengutachten, welche beweiskräftig seien und auf welche folglich abzustellen sei. Im Verletzungsbild zeige sich ein isolierter Meniskusriss, ansonsten jedoch keine weiteren objektivierbaren strukturellen traumatischen Läsionen. Unbestrittenermassen würden aber degenerative Veränderungen im rechten Knie vorliegen. Es gebe daher keine Hinweise auf eine statt gehabte erhebliche Krafteinwirkung. Zudem sei der Verletzungsmechanismus ohne Drehsturz, das bedeute, ohne dass das Bein bei der Drehung am Boden fixiert gewesen sei, nicht geeignet, eine Meniskusläsion zu bewirken. Für einen traumatisch bedingten Meniskusriss fehle es zudem am erforderlichen Funktionsverlust. Nach den Angaben des beratenden Arztes (Dr. Z.____) sei die Unfallkausalität nicht überwiegend wahrscheinlich; eine überwiegende Wahrscheinlichkeit könnten sodann auch die Berichte der behandelnden Ärzte (Dr. B.____, PD Dr. A.____) nicht begründen. Zu den Ausführungen in der Beschwerdeschrift sei anzumerken, dass die Stellungnahme vom 16. November 2016 sehr wohl vom beratenden Arzt (Dr. Z.____) verfasst, die Unterschrift in seiner Abwesenheit jedoch stellvertretend erfolgt sei. Zusammenfassend sei der Sachverhalt genügend und vollständig abgeklärt worden. An der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Stellungnahmen des beratenden Arztes (Dr. Z.____) bestünden keine Zweifel, weshalb in antizipierter Beweiswürdigung weitere Abklärungen nicht notwendig gewesen seien. Der angefochtene Einspracheentscheid erweise sich als rechtens und die Beschwerde sei abzuweisen.

E. 3

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, im Rahmen der nachstehenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung:

- 1.

E. 3.1

Am 26. Januar 2016 berichtete Dr. med. C.____, Facharzt für Radiologie, über das gleichentags durchgeführte MRI des rechten Knies (Urk. 10/M1). Er stellte einen leichtgradigen Gelenkserguss und eine unauffällige Darstellung des lateralen Meniskus ohne abgrenzbaren Einriss fest. Der mediale Meniskus wies einen radiären Einriss auf Höhe des Übergangs vom Hinterhorn zum Corpus auf ohne dislozierte Meniskusanteile. Die Kontinuität mit unauffälliger, hypointenser Signalintensität der Kreuz- und Kollateralbänder sei erhalten. Es bestehe eine unauffällige Morphologie der abgebildeten ossären Strukturen ohne Nachweis einer subchondralen Signalintensitätsanomalie. Es bestehe eine leichtgradige chondrale Degeneration femoropatellär und im medialen femorotibialen Kompartiment. In seiner Beurteilung kam Dr. C.____ zum Schluss, es bestünden ein radiärer Einriss des medialen Meniskus am Übergang vom Hinterhorn zum Corpus des medialen Meniskus, eine beginnende Pankonarthrose ohne abgrenzbare Aktivierungszeichen und ein leichtgradiger Gelenkserguss.

E. 3.2

Dr. med. D.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, berichtete am 4. Februar 2016 (Urk. 10/M2), der Beschwerdeführer habe in der Untersuchung am 19. Januar 2016 stark gehinkt und das rechte Bein entlastet; der Einbeinstand und die Hocke seien schmerzbedingt nicht möglich gewesen. Es hätten keine Hinweise auf ausgedehnte degenerative Veränderungen im Bereich des rechten Knies bestanden. Seine Diagnose

lautete auf ein Reizknie bei einem Status nach Knie verdrehung am 13. Januar 2016. Aufgrund der fehlenden Erguss- und Meniskus zeichen schliesse er eher auf ein Reizknie als auf eine Kniebinnenläsion, weshalb er konservative Massnahmen empfehle. Am 25. Januar 2016 habe der Beschwerdeführer weiterhin über Beschwerden geklagt. Es habe keine Rötung, kein Erguss und keine Überwärmung festgestellt werden können; die Flexion und Extension des Knies sei rechts und links seitengleich gewesen. Auch am 28. Januar 2016 habe der Beschwerdeführer die Situation als unverändert, jedoch mit etwas weniger Schmerzen beschrieben. Die Meniskuszeichen und das Apley

grinding seien (weiterhin) negativ gewesen. Im MRI habe sich der radiäre Einriss des Meniskus, eine beginnende Pankonarthrose und ein leichtgradiger Gelenkserguss gezeigt. Die Diagnose lautete neu auf ein femoropatellares Schmerzsyndrom (FPS), differentialdiagnostisch auf eine Kniereizung infolge der aktivierten Pankonarthrose sowie auf einen radiären Einriss des medialen Meniskus und auf Adipositas. Dr. D.____ empfahl eine konservative Therapie ohne chirurgische Vorstellung betreffend den Meniskus. Dr. D.____ verordnete dem Beschwerdeführer eine extrakorporale Stosswellentherapie (EWST). Am 2. Februar 2016 habe er dem Beschwerdeführer weitere Termine zur EWST verordnet und bis zum 3. Februar 2016 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % und ab dem 4. bis zum 15. Februar 2016 eine solche von 50 % attestiert.

E. 3.3

Über den Verlauf im Falle des Beschwerdeführers berichtete Dr. D.____ erneut am 2. März 2016 (Urk. 10/M3). Dabei führte er aus, der Beschwerdeführer habe am 8. Februar 2016 geklagt, dass es ihm noch nicht gut gehe. Er (Dr. D.____) habe daher die EWST gestoppt und dem Beschwerdeführer nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR) verschrieben. Am 23. Februar 2016 habe der Beschwerdeführer berichtet, dass eine Besserung eingetreten sei; es bestünden keine Schmerzen, jedoch ein Stechen im rechten Knie. Dr. D.____ konnte keinen Erguss, keine Rötung und keine Überwärmung am Knie feststellen. Er verordnete dem Beschwerdeführer weiter Physiotherapie und attestierte ihm eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % bis 6. März 2016, danach bestehe keine Arbeitsunfähigkeit mehr.

E. 3.4

Der durch Dr. D.____ für eine Zweitmeinung (vgl. Urk. 10/M4) hinzugezogene PD Dr. med. A.____, Facharzt für orthopädische Chirurgie, stellte am 31. März 2016 (Urk. 10/M5) die Diagnose einer symptomatischen medialen Meniskusläsion im rechten Knie nach Kniedistorsion vom 13. Januar 2016. Er beschrieb ein unauffälliges Gangbild und einen beidseits sicheren Einbeinstand ohne Trendelenburgzeichen. Im rechten Knie zeige sich ein deutlich positiver Hyperflexionsschmerz und eine mediale Meniskusprovokation unter Rotation, was mit dem anamnestischen Schmerz vereinbar sei. Im MRI vom 26. Januar 2016 (vgl. E. 3.1) sei eine relevante Hinterhornmeniskusläsion mit diskreter Protrusionsneigung zu erkennen, sowie lediglich oberflächliche Knorpelveränderungen im medialen Kompartiment. Seines Erachtens zeige der Beschwerdeführer eine relevante mediale Meniskusläsion mit radiärer Risskomponente. Es empfehle sich eine arthroskopische Knieexploration rechts wahrscheinlich mit medialer Teilmeniskektomie.

E. 3.5

Am 26. April 2016 unterbreitete Dr. med. Z.____, Facharzt für Innere Medizin, als beratender Arzt der Beschwerdegegnerin eine versicherungsmedizinische Stellungnahme (Urk. 10/M7). Er führte aus, am 13. Januar 2016 seien zwei relevante Ereignisse

eingetreten: So sei der Beschwerdeführer einerseits gestolpert und habe sich das Bein verdreht, andererseits sei er auf der Treppe gestürzt und es sei zu einer Kontusion, also einer direkten Krafteinwirkung, gekommen (Urk. 10/M7 S. 8).

Dr. Z.____ schickte voraus, dass der Nachweis eines Meniskusrisses keine Unfallkausalität beweise, da es wissenschaftlich erwiesen sei, dass dieselben sowohl traumatisch als auch degenerativ auftreten würden. Die Menisken würden nicht isoliert belastet oder verletzt werden. Mittels einer Kontusion entstehe daher kein Meniskusriss, wenn dabei nicht auch die Gelenkknorpel und – knochen sowie auch die gelenküberbrückende Muskulatur Schäden aufweise. Ein kontusions bedingter Schaden am Innenmeniskus des Beschwerdeführers sei daher zu verneinen, da ansonsten keine objektivierbaren strukturellen traumatischen Schäden vorliegen würden. Der Meniskusriss sei daher nicht Folge des Sturzes mit direkter Kontusion des Knies (Urk. 10/M7 S. 9 f.).

Zu klären sei im Weiteren, ob abruptes Stoppen und Verdrehen des Knies den Meniskusschaden verursacht habe.

Beim Beschwerdeführer liege ein isolierter Riss des Innenmeniskus vor; objektivierbare strukturelle traumatische Läsionen seien nicht nachweisbar. Ein isolierter Meniskusriss ohne relevante Begleitverletzung sei sehr selten, da ein solcher in der Regel in Kombination mit Kapselbandverletzungen oder knöchernen Verletzungen auftreten würde. In der Literatur werde als (traumatische) Ursache eines isolierten Meniskusrisses der sogenannte Drehsturz diskutiert, bei welchem das gebeugte und rotierte Kniegelenk bei fixiertem Unterschenkel/Fuss plötzlich passiv in die Streckung gezogen werde. Beim Beschwerdeführer liege kein solcher Drehsturz vor. Bis auf die Meniskuläsion seien keine objektivierbare strukturelle traumatische Läsionen nachgewiesen; an einer Begleitverletzung im Bereich des Kapselbandapparates fehle es. Die Unfallkausalität der Verletzung sei daher nicht wahrscheinlich. Der Fall des Beschwerdeführers spreche gegen eine traumatische Genese und für eine degenerative Ursache des Meniskusrisses (Urk. 10/M7 S. 10 f.). Dafür spreche auch, dass in der wissenschaftlichen Literatur bei einem traumatisch bedingten Meniskusriss - im Gegensatz zu einem degenerativ verursachten – ein sofortiger Funktionsverlust gefordert werde, was in casu nicht der Fall gewesen sei, da der Beschwerdeführer nach der Drehbewegung noch in der Lage gewesen sei, zu rennen und auch erst Tage später seine Arbeit niedergelegt und einen Arzt aufgesucht habe (Urk. 10/M7 S. 13). Des Weiteren seien zu Beginn der ärztlichen Behandlung sämtliche Meniskustests negativ ausgefallen und die Beschwerden seien initial im Bereich der Patella sowie lateral geklagt worden, erst im Verlauf (ab März 2016) seien auch medially Schmerzen beklagt worden. Dies spreche ebenfalls gegen einen traumatisch bedingten Meniskusriss. Im Zusammenhang mit der vorliegenden degenerativen Veränderung im Sinne einer Pgonarthrose sei der Meniskusriss als degenerativ zu klassifizieren. Im Rahmen der Kontusion und Distorsion des Knies sei es zu einer vorübergehenden Verschlimmerung des degenerativen Vorzustandes gekommen. Der Status quo sine sei Ende März 2016 erreicht gewesen (Urk. 10/M7 S. 14).

E. 3.6

Ebenfalls am 26. April 2016 teilte PD Dr. A.____ mit (Urk. 10/M8), dass aufgrund der anamnestischen, klinischen und MR-tomographischen Befunde die Unfallkausalität im Hinblick auf das Ereignis vom 13. Januar 2016 gewährleistet sei. Der Beschwerdeführer habe eine Kniedistorsion erlitten und dabei einen stechenden Schmerz verspürt.

MR-tomographisch zeige sich ein traumatisches Rissmuster ohne relevante Degenerationszeichen. Der Beschwerdeführer habe vor diesem Ereignis keine Knieschmerzen gehabt.

E. 3.7

Am 29. April 2016 hielt auch Dr. D.____ fest, dass das Ereignis vom 13. Januar 2016 offensichtlich eine Meniskusklaesion zur Folge gehabt habe. Dies habe die MRI-Bildgebung vom 26. Januar 2016 eindeutig gezeigt.

E. 3.8

Am 12. Mai 2016 verfasste Dr. med. B.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, als Vorgesetzter von Dr. D.____ ein Schreiben an die Beschwerdegegnerin (Urk. 10/M10). Darin führte er zur Beurteilung durch Dr. Z.____ aus, dass er diesem dahingehend zustimmen könne, dass eine direkte Kontusion des Knies nicht zwingend zu einer Meniskusklaesion führe. Es treffe jedoch nicht zu, dass eine Distorsion – unabhängig davon, ob der Unterschenkel fixiert sei oder nicht – nicht zu einer isolierten Meniskusklaesion führen könne; dies entspreche nicht der Realität. Vorliegend seien die degenerativen Veränderungen nicht derart ausgeprägt, dass sie zu einer Meniskusklaesion führen würden und die aktuellen Beschwerden seien nicht auf die degenerativen Veränderungen alleine zurückzuführen. Die Beschwerden des Beschwerdeführers seien klar durch das Unfallereignis vom 13. Januar 2019 bedingt; die Morphologie der Meniskusklaesion im MRI sei nicht degenerativen Ursprungs, sondern zeige einen klar abgegrenzten Riss ohne weitergehende degenerative intramurale Veränderungen.

E. 3.9

Dr. Z.____ verfasste am 5. Juli 2016 eine zweite versicherungsmedizinische Stellungnahme (Urk. 10/M12). Zur Beurteilung von Dr. D.____ (vom 29. April 2016, E. 3.7) führte er aus, Dr. D.____ als behandelnder Arzt habe den Meniskusriss zunächst als Nebenbefund beurteilt und degenerative Veränderungen in den Vordergrund gestellt. Erst nach der Zweitmeinung von PD. Dr. A.____ habe er sich dem Vorschlag zur operativen Sanierung der Meniskusklaesion angeschlossen. Dr. D.____ habe degenerative Veränderungen festgestellt und bei den wiederholten klinischen Untersuchungen keine meniskusspezifische Klinik festgestellt. Unbestritten sei zwar der im MRI vom 26. Januar 2016 festgestellte Riss am Innenmeniskus, dies alleine weise aber keine Unfallkausalität nach. Die Erwägungen von Dr. D.____ würden demnach nichts an seiner bisherigen Einschätzung ändern (Urk. 10/M12 S. 2 f.).

Zur Beurteilung durch PD. Dr. A.____ (vom 26. April 2016, E. 3.6) führte Dr. Z.____ aus, es sei korrekt, dass der Beschwerdeführer infolge der Drehbewegung am 13. Januar 2016 ein Distorsionsereignis erlitten habe. Dabei liege jedoch kein Drehsturz vor, bei welchem der Meniskus zwischen Oberschenkelgelenkkörper und Schienbeinkopfplateau eingeklemmt und so verletzt werden könne. Für einen Drehsturz müsste das gebeugte und rotierte Kniegelenk bei fest fixiertem Unterschenkel/Fuß plötzlich passiv in die Streckung gezwungen werden. Eine solche Fixation habe in casu nicht vorgelegen, insbesondere reiche hierfür weder das eigene Körpergewicht noch ein rutschfester Schuh aus. Eine Meniskusveränderung durch Krafteinwirkung sei mit einem eindrucksvollen und plötzlichen Funktionsverlust im Bereich des Gelenks verbunden. Fehle es an einem zeitlichen Zusammenhang, sei also der Betroffene nach einem Ereignis weiter in der Lage das Bein zu belasten, lasse sich kein Ursachenzusammenhang begründen. Nach dem Drehereignis habe

der Beschwerdeführer jedoch sein Knie weiter belasten und auch die Treppe hinaufrennen können, womit kein Funktionsverlust vorliege. Soweit PD. Dr. A. ___ geltend mache, die Beschwerden seien unfallkausal, da der Beschwerdeführer zuvor beschwerdefrei gewesen sei, könne ihm nicht gefolgt werden, da die Formel « post hoc ergo propter hoc » keine Unfallkausalität beweise (Urk. 10/M12 S. 3 ff.).

Im Zusammenhang mit der Beurteilung durch Dr. B. ___ (vom 12. Mai 2016, E. 3.8) merkte Dr. Z. ___ ergänzend an, dass dieser der gutachtlichen Lehrmeinung widerspreche, soweit er eine isolierte Meniskusklausion infolge Distorsion ohne Fixation des Unterschenkels/Fusses für möglich halte. Die von ihm (Dr. Z. ___) zitierte Lehrmeinung stamme auch nicht, wie es Dr. B. ___ geltend mache, aus dem Jahr 1998, sondern die von ihm zitierte 13. Auflage stamme aus dem Jahre 2013 (Urk. 10/M12 S. 8 f.). Soweit Dr. B. ___ anführe, die Morphologie der Meniskusklausion im MRI sei klar nicht degenerativ bedingt, sondern zeige einen abgegrenzten Riss, sei darauf hinzuweisen, dass gemäss der wissenschaftlichen Literatur anhand der Rissmuster keine Unfallkausalität bewiesen werden könne. Die MRI-Bilder habe er (Dr. Z. ___) bislang nicht selbst gesehen, er habe jedoch auf deren in den Akten liegende Beurteilung abgestellt. Die MRI Untersuchung habe keine weiteren objektivierbaren strukturellen traumatischen Begleitverletzungen gezeigt, was von Dr. D. ___, PD Dr. A. ___ und Dr. B. ___ auch nicht bestritten werde. Nicht nur seien keine Begleitverletzungen festgestellt worden, es habe auch kein Hämarthros und kein Bone

Bruise nachgewiesen werden können. Zwar seien Ödeme (Bone

Bruise) nicht verletzungsspezifisch, ihr Fehlen lasse aber auf eine fehlende Krafteinwirkung auf das betroffene Gelenk und insbesondere die Menisken schliessen. Die Ausführungen von Dr. B. ___ würden ihn daher ebenfalls nicht zu einer anderen Beurteilung veranlassen (Urk. 10/M12 S. 10 f.).

Des Weiteren führte Dr. Z. ___ zusammengefasst ergänzend aus, ein in der Kernspintomographie nachweisbarer Meniskusriss führe nicht ohne weiteres zu einer klinischen Symptomatik. Der Beschwerdeführer habe im Nachgang zum Ereignis vom 13. Januar 2016 jedoch gerade keine Meniskuszeichen gezeigt (Urk. 10/M12 S. 13 f.). Entgegen den Ausführungen des Beschwerdeführers sei nicht erstellt, dass kein krankhafter Vorzustand bestanden habe, was gegen eine degenerative Genese sprechen würde. Vielmehr sei wissenschaftlich erwiesen, dass Meniskusrisse häufig ab dem 40. Altersjahr auftreten würden und selbst nachweisbare Meniskusveränderungen nicht ohne weiteres zu einer klinischen Symptomatik führten. Der Beschwerdeführer sei nach dem Ereignis noch in der Lage gewesen, eine Treppe hoch zu rennen und seine initial geklagten Beschwerden liessen sich nicht mit einem Meniskusriss vereinbaren. Erst im Verlauf habe er positive Meniskuszeichen gezeigt (Urk. 10/M12 S. 19 f.). Im Falle des Beschwerdeführers habe keine relevante Krafteinwirkung auf das Knie bestanden, welche geeignet gewesen wäre, einen (bereits bestehenden) Meniskusschaden symptomatisch werden zu lassen oder sogar einen Meniskusriss zu verursachen. Die am 30. März 2016 erhobenen (positiven) Meniskusbefunde seien nicht unfallkausal zum Ereignis vom 13. Januar 2016. Dr. Z. ___ schloss daher, dass er an seiner bisherigen Beurteilung festhalte und eine Unfallkausalität zum Ereignis vom 13. Januar 201

E. 3.10

Im Rahmen des Einspracheverfahrens nahm Dr. Z.____ am 16. November 2016 ein drittes Mal Stellung zum medizinischen Sachverhalt (Urk. 10/M13). Dabei führte er zusammengefasst aus, seine Aussage, wonach eine Meniskusverletzung grundsätzlich mit Begleitverletzungen einhergehe und isolierte Meniskusläsionen ausnahmsweise durch einen Drehsturz verursacht werden könnten, sei wissenschaftlich belegt. Dabei wies Dr. Z.____ auf die entsprechende Literatur hin, mit welcher er seine Aussage begründete. Es sei nicht nachvollziehbar, dass eine funktionell nachrangige Struktur wie der Meniskus isoliert durch Krafteinwirkung verletzt werde, wenn anderweitige Strukturen, welche hierbei massiver Krafteinwirkung ausgesetzt wären, keine Schäden aufweisen würden. In einer zeitnahen MRI Aufnahme müssten sich demnach Anzeichen einer Distorsion des Kniegelenks nachweisen lassen, um auf eine traumabedingte Meniskusläsion zu schliessen, was vorliegend nicht der Fall sei. Bis auf den Einriss des Innenmeniskus am Übergang vom Hinterhorn zum Korpus sei im MRI vom 26. Januar 2016 keine traumatische Veränderung nachgewiesen worden (Urk. 10/M13 S. 3). Entgegen den Ausführungen des Beschwerdeführers sei zudem zum Nachweis eines traumatischen Meniskusrisses ein sofortiger Funktionsausfall gefordert (Urk. 10/M13 S. 4). Die Unfallkausalität verneine er vorliegend, da keine relevante Krafteinwirkung nachweisbar sei, keine relevanten Begleitverletzungen vorliegen würden und auch kein Drehsturz stattgefunden habe (Urk. 10/M13 S. 5). Dr. Z.____ schloss, er habe die MRI-Bilder nun selbst analysiert und halte vor dem Hintergrund seiner bislang ausgeführten Erwägungen an seiner bisherigen Einschätzung fest (Urk. 10/M13 S. 12). 4.

4.1

Die Einschätzung von Dr. Z.____ (vgl. E. 3.5, 3.9, 3.10) beruht auf fundierter Aktenkenntnis; so lag ihm insbesondere in der Stellungnahme vom 16. November 2016 (E. 3.10) die vollständige Bildgebung vor (vgl. Urk. 10/M13 S. 2 und 12). Die Darlegung der medizinischen Zusammenhänge ist schlüssig und die Beurteilung der medizinischen Situation leuchtet ein. Die Schlussfolgerung, dass die über Ende März 2016 hinaus geklagten Beschwerden, insbesondere der Meniskusriss nicht überwiegend wahrscheinlich auf den Unfall vom 13. Januar 2016 zurückzuführen sind, ist gut nachvollziehbar.

Indizien die gegen die Zuverlässigkeit der Stellungnahme sprechen, bestehen keine. So liegen insbesondere keine stichhaltigen Hinweise dafür vor, dass die Beurteilung vom 16. November 2016 nicht von Dr. Z.____ verfasst worden wäre. Die vom Beschwerdegegner angeführten Orthographiefehler lassen daran ebenso wenig zweifeln wie die Tatsache, dass der Bericht « i.V » also «in Vertretung» unterzeichnet wurde. Auch kann dem Beschwerdeführer nicht gefolgt werden, soweit er die Beurteilung Dr. Z.____s aufgrund der von diesem verwendeten Literatur anzweifelt. So stellte Dr. Z.____ einerseits klar, dass die (von ihm verwendete) 13. Auflage aus dem Jahre 2013 stamme und nicht von 1998; andererseits vermochte der Beschwerdeführer nicht darzulegen inwiefern die se – naturgemäss theoretischen – Abhandlungen überholt wären.

Zudem ist es nicht zu beanstanden, dass Dr. Z.____ eine reine Aktenbeurteilung vornahm, da vorliegend insbesondere der Kausalzusammenhang zwischen dem Ereignis vom 13. Januar 2016 und einem feststehenden medizinischen Sachverhalt zu beurteilen war (Urteil des Bundesgerichts 8C_540/2007 vom 27. März 2008 E. 3.2 m.H.). Der Beschwerdeführer wurde mehrfach untersucht und die zu beurteilenden Befunde sind bekannt. Die mittels Magnetresonanztomographie erhobene Bildgebung wurde durch Dr. C.____, einem Facharzt für Radiologie, befundet und beurteilt. Gegen die Zuverlässigkeit der Ausführungen von

Dr. C.____ liegen weder Hinweise vor, noch wurden solche durch den Beschwerdeführer vorgebracht. Dr. Z.____ durfte demnach in seiner Beurteilung auf die fachärztliche Einschätzung von Dr. C.____ abstellen. Insgesamt verfügen die mit der Sache befassten Ärzte damit über eine ausreichende fachliche Qualifikation zur Beurteilung des vorliegenden Sachverhalts.

Die Einschätzung von Dr. Z.____ erfüllt daher die rechtsprechungsgemässen Anforderungen an eine beweistaugliche ärztliche Entscheidungsgrundlage (vgl. E. 1.6), weshalb darauf abzustellen ist. Von weiteren Abklärungen sind keine zusätzlichen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb darauf in antizipierter Beweiswürdigung (vgl. BGE 122 V 157 E. 1d m.H.) verzichtet wird. 4.2

Zunächst ist zu prüfen, ob und wenn ja inwieweit das vom Beschwerdeführer als «abruptes Stoppen und Richtungsänderung nach rechts mit Verdrehung des rechten Beins nach aussen» beschriebene Ereignis eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin zu begründen vermag. 4.2.1

Vorab ist daher zu prüfen, ob das vom Beschwerdeführer beschriebene Ereignis den Unfallbegriff (vgl. E. 1.2), insbesondere die Voraussetzung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors erfüllt. Nach der Rechtsprechung bezieht sich das Begriffsmerkmal der Ungewöhnlichkeit nicht auf die Wirkung des äusseren Faktors, sondern nur auf diesen selber. Ohne Belang für die Prüfung der Ungewöhnlichkeit ist somit, dass der äussere Faktor allenfalls schwerwiegende, unerwartete Folgen nach sich zog. Der äussere Faktor ist ungewöhnlich, wenn er – nach einem objektiven Massstab – den Rahmen des im jeweiligen Lebensbereich Alltäglichen oder Üblichen überschreitet. Ausschlaggebend ist also, dass sich der äussere Faktor vom Normalmass an Umwelteinwirkungen auf den menschlichen Körper abhebt. Ungewöhnliche Auswirkungen allein begründen keine Ungewöhnlichkeit (BGE 134 V 72 E. 4.1 und E. 4.3.1 mit Hinweis). Nach Lehre und Rechtsprechung kann das Merkmal des ungewöhnlichen äusseren Faktors in einer unkoordinierten Bewegung bestehen. Bei Körperbewegungen gilt dabei der Grundsatz, dass das Erfordernis der äusseren Einwirkung lediglich dann erfüllt ist, wenn ein in der Aussenwelt begründeter Umstand den natürlichen Ablauf einer Körperbewegung gleichsam «programmwidrig» beeinflusst hat. Bei einer solchen unkoordinierten Bewegung ist der ungewöhnliche äussere Faktor zu bejahen; denn der äussere Faktor – Veränderung zwischen Körper und Aussenwelt – ist wegen der erwähnten Programmwidrigkeit zugleich ein ungewöhnlicher Faktor (BGE 130 V 117 E. 2.1 mit Hinweisen).

Weder wurde im Falle des Beschwerdeführers die Drehbewegung des rechten Beines/Knies durch einen ungewöhnlichen äusseren Faktor verursacht, noch wurde diese (unkoordinierte) Bewegung durch einen in der Aussenwelt begründeten Umstand «programmwidrig» beeinflusst. Das vom Beschwerdeführer beschriebene Ereignis entspricht einem gewöhnlichen Bewegungsablauf. Damit fehlt es am Erfordernis des ungewöhnlichen äusseren Faktors, weshalb der Unfallbegriff nicht erfüllt ist. 4.2.2

Weiter zu prüfen ist daher, ob trotz mangelnder Erfüllung des Unfallbegriffs, eine Leistungspflicht aufgrund einer unfallähnlichen Körperschädigung (vgl. E. 1.3) besteht. Beim Beschwerdeführer wurde ein Meniskusriss festgestellt (vgl. E. 3.1), weshalb unstrittig eine Listenverletzung im Sinne von Art. 9 Abs. 2 lit. c UVV vorliegt.

Bei den unfallähnlichen Körperschädigungen im Sinne von Art. 9 Abs. 2 UVV entfällt im Vergleich zu den eigentlichen Unfällen nach Art. 4 ATSG einzig das Tatbestandselement

der Ungewöhnlichkeit des auf den Körper einwirkenden äusseren Faktors. Alle übrigen Begriffsmerkmale eines Unfalles müssen hingegen auch bei den unfallähnlichen Körperschädigungen erfüllt sein. Dies gilt namentlich für das Erfordernis des einwirkenden äusseren Faktors an sich, worunter ein ausserhalb des Körpers liegender, objektiv feststellbarer, sinnfälliger – eben unfall ähnlicher – Einfluss auf den Körper zu verstehen ist. Dabei kann die schädigende Einwirkung auch in einer körpereigenen Bewegung bestehen (Urteil des Bundesgerichts 8C_40/2014 vom 8. Mai 2014 E. 2.2.2 mit Hinweisen auf BGE 139 V 327 E. 3.1, 3.3.1; 129 V 466 E. 2.2, 4.1; 123 V 43 E. 2b).

Erforderlich für die Bejahung eines äusseren Faktors ist ein gesteigertes Schädigungspotenzial, sei es zufolge einer allgemein gesteigerten Gefahrenlage, sei es durch Hinzutreten eines zur Unkontrollierbarkeit der Vornahme der alltäglichen Lebensverrichtung führenden Faktors. Die physiologische Beanspruchung des Skeletts, der Gelenke, Muskeln, Sehnen und Bänder stellt keinen äusseren Faktor dar (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_696/2013 vom 14. November 2013 E. 5.3 mit Hinweis auf BGE 139 V 327 E. 3.3.1, 129 V 466 E. 4.2.2, 4.3). Ein äusserer Faktor mit erheblichem Schädigungspotenzial liegt nach der Rechtsprechung vor, wenn die zur Diskussion stehende Betätigung mit einer mehr als physiologisch normalen und psychologisch beherrschten Beanspruchung des Körpers, insbesondere seiner Gliedmassen, verbunden ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_40/2014 vom 8. Mai 2014 E. 2.2.3 mit Hinweis auf BGE 139 V 327 E. 3.3.1). Erfüllt ist das Erfordernis des äusseren schädigenden Faktors bei Änderungen der Körperlage, die nach unfallmedizinischer Erfahrung häufig zu körpereigenen Traumen führen können, so etwa beim plötzlichen Aufstehen aus der Hocke, bei heftigen belastenden Bewegungen oder bei einer wegen äusserer Einflüsse unkontrollierbar gewordenen Positionsänderung (vgl. BGE 129 V 466 E. 4.2.3, Urteil des Bundesgerichts 8C_40/2014 vom 8. Mai 2014 E. 2.2.3).

Fraglich ist, ob vorliegend infolge einer gesteigerten Gefahrenlage oder einer Unkontrollierbarkeit ein gesteigertes Schädigungspotenzial vorlag; spricht, ob eine mehr als physiologisch normale und psychologisch beherrschte Beanspruchung des Körpers bestand. Der Beschwerdeführer schilderte, er sei gerannt, habe abrupt gestoppt und die Laufrichtung (nach rechts) verändert. Eine über das normale Mass hinausgehende physiologische Beanspruchung (vgl. hierzu auch nachfolgende E. 4.2.3) des Körpers ist damit nicht dargetan. Vielmehr entspricht dies einem gewöhnlichen Bewegungsablauf, womit es an einem sinnfälligen Ereignis fehlt. Im Übrigen fehlt es – wie nachfolgend (vgl. E. 4.2.3) zu zeigen sein wird – ohnehin an der ebenfalls erforderlichen Kausalität (E. 4.2.3).

Auch bei der Bejahung einer unfallähnlichen Körperschädigung im Sinne von Art. 9 Abs. 2 UVV muss für eine Leistungspflicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ein Kausalzusammenhang zwischen dem stattgehabten Ereignis und der Listenverletzung ausgewiesen sein. Dass ein Meniskusriss und damit eine Listenverletzung an sich festgestellt wurde (vgl. z.B. E. 3.6), vermag noch keinen Kausalzusammenhang zu begründen.

Laut schlüssiger Beurteilung von Dr. Z.____ finden sich in den Unterlagen keine Anhaltspunkte, welche die beim Beschwerdeführer festgestellte (isolierte) Meniskusküsläsion als kausale Folge des Ereignisses vom 13. Januar 2016 erscheinen lassen würden. Einen isolierten Meniskusriss hielt Dr. Z.____ nur dann als wahrscheinlich durch Drehbewegung verursacht, wenn ein sogenannter Drehsturz vorliege (vgl. E. 3.5). Beim Drehsturz werde der Meniskus zwischen Oberschenkelgelenkörper und Schienbeinkopfplateau

eingeklemmt und so verletzt. Der Unterschenkel/Fuss der betroffenen Person müsse dabei fixiert sein – rutschfeste Schuhe und das eigene Körpergewicht würden für eine solche Fixierung nicht ausreichen (vgl. E. 3.9). Das Bein des Beschwerdeführers war beim in Frage stehenden Ereignis «Rennen mit abruptem Stopp und Richtungswechsel» zu keiner Zeit fixiert. Ein Drehsturz ist daher auszuschliessen. Ansonsten geht eine traumatisch bedingte Schädigung des Meniskus laut Dr. Z. ___ mit Kapselbandverletzungen oder knöchernen Verletzungen einher (E. 3.5). Um eine durch die Drehbewegung verursachte Meniskusküläsion wahrscheinlich erscheinen zu lassen, müssten demnach relevante Begleitverletzungen ausgewiesen sein. Dies ist vorliegend jedoch nicht der Fall, wie das MRI vom 26. Januar 2016 zeigt (vgl. E. 3.1). Gemäss Dr. Z. ___ sind nicht nur keine Begleitverletzungen festgestellt worden, es haben auch kein Hämarthros und kein Bone Bruise nachgewiesen werden können, deren Fehlen auf eine mangelnde Krafteinwirkung auf das betroffene Gelenk und insbesondere die Menisken schliessen lassen (E. 3.9).

Nachvollziehbar spricht es zudem gegen eine durch die Drehbewegung vom 13. Januar 2016 erlittene Meniskusküläsion, dass dieselbe nicht mit einem sofortigen Funktionsverlust einherging. Der Beschwerdegegner war unmittelbar nach der Drehbewegung weiterhin in der Lage zu rennen und (mehrere) Treppen zu bewältigen, was eine durch die Drehbewegung bedingte Meniskusküläsion unwahrscheinlich macht. Letztlich sprechen auch die fehlenden Meniskuszeichen in den ersten beiden Monaten nach dem Ereignis vom 13. Januar 2016 (vgl. E. 3.2) gegen einen Kausalzusammenhang zwischen diesem Ereignis und dem festgestellten Meniskusriss. Dr. Z. ___ konnte keinen Nachweis einer Krafteinwirkung feststellen, welche geeignet gewesen wäre, einen (bereits bestehenden) Meniskussschaden symptomatisch werden zu lassen oder sogar einen Meniskusriss zu verursachen (vgl. E. 3.9). Die Drehbewegung vom 13. Januar 2016 war demnach auch nicht teilweise ursächlich für die festgestellte Meniskusverletzung (Teilkausalität), noch hat sie diese symptomatisch werden lassen (Verschlimmerung eines stummen Vorzustandes), zeigte der Beschwerdeführer im Nachgang zu diesem Ereignis doch gerade keine Meniskuszeichen (vgl. E. 3.2).

Vor diesem Hintergrund ist es nicht zu beanstanden, dass Dr. Z. ___ den Kausalzusammenhang zwischen dem Ereignis «Drehbewegung» vom 13. Januar 2016 und der festgestellten Listenverletzung für nicht überwiegend wahrscheinlich hielt. Weder vermag die Feststellung der Listenverletzung an sich noch die Tatsache, dass sie nach besagtem Ereignis festgestellt wurde – was eine r Anwendung der unzulässigen Formel post hoc ergo propter hoc gleichkäm – einen Kausalzusammenhang überwiegend wahrscheinlich zu begründen. 4.3

Zu prüfen bleibt damit, inwiefern das weitere Ereignis vom 13. Januar 2016 «Ausgleiten auf Treppenstufe und Aufschlagen des rechten Knies» eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin auszulösen vermag.

Unstrittig liegt mit dem Ausgleiten und Aufschlagen auf der Treppe ein Unfallereignis im Sinne von Art. 4 ATSG vor (vgl. E. 1.2). Dr. Z. ___ (E. 3.5) und Dr. B. ___ (E. 3.8) sind sich einig, dass dieses Unfallereignis keine kausale Ursache für die festgestellte Meniskussschädigung darstellt. Darauf ist abzustellen.

Dr. Z. ___ erachtete für die aufgrund des Sturzes - mit dadurch bedingter Kontusion des Knies und einer vorübergehenden Verschlimmerung des degenerativen Vorzustandes – einhergehenden Beschwerden den status quo sine per 31. März 2016 erreicht. Da zu diesem

Zeitpunkt nunmehr lediglich die festgestellte – nicht unfallkausale – Meniskusklaesion geklagt wird, kann dieser Einschätzung gefolgt werden. 4.4

Nach dem Gesagten ist festzustellen, dass der in den Unterlagen dokumentierte Meniskusriss nicht kausale Folge eines Ereignisses vom 13. Januar 2016 ist. Für eine Behandlung desselben besteht demnach keine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin. Für die übrigen Beschwerden war der status quo sine per 31. März 2016 erreicht. Ab dem 1. April 2016 besteht demnach keine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin im Zusammenhang mit den Ereignissen vom 13. Januar 2016. 5.

Der angefochtene Entscheid vom 30. Juni 2017 erweist sich damit als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt.

E. 6

Das Verfahren ist nach Massgabe von Art. 61 lit a des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) kostenlos. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Evalotta Samuelsson -
Rechtsanwalt Martin Bürkle - Bundesamt für Gesundheit 4.

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

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

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

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