

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2017.00201 vom 22. Oktober 2018**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-10-22, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2017.00201](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2017.00201)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2017.00201 du 22 octobre 2018

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2017.00201 del 22 ottobre 2018

## **Erwägungen**

### **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). Dementsprechend 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

### **E. 1.2**

Nach Gesetz und Rechtsprechung ist der Fall unter Einstellung der vorübergehenden den Leistungen und Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung abzuschliessen, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind (vgl. Art. 19 Abs. 1, Art. 24 Abs. 2 UVG; Urteil des Bundesgerichts 8C\_888/2013 vom 2.

Mai 2014 E. 4.1, vgl. auch Urteil 8C\_639/2014 vom 2. Dezember 2014 E. 3). In diesem Zeitpunkt ist der Unfallversicherer auch befugt, die Adäquanzfrage zu prüfen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_377/2013 vom 2.

Oktober 2013 E. 7.2 mit Hinweis auf BGE

134 V 109, vgl. auch Urteil 8C\_454/2014 vom 2. September 2014 E. 6.3).

Ob eine namhafte Besserung noch möglich ist, bestimmt sich insbesondere nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit diese unfallbedingt beeinträchtigt ist. Die Verwendung des Begriffes „namhaft“ in Art.

19 Abs.

1 UVG verdeutlicht demnach, dass die durch weitere (zweckmässige) Heilbehandlung im Sinne von Art.

10 Abs.

1 UVG erhoffte Besserung ins Gewicht fallen muss. Weder eine weit entfernte Möglichkeit eines positiven Resultats einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch ein von weiteren Massnahmen – wie etwa einer Badekur – zu erwartender geringfügiger therapeutischer Fortschritt verleihen Anspruch auf deren Durchführung. In diesem Zusammenhang muss der Gesundheitszustand der versicherten Person prognostisch und nicht aufgrund retrospektiver Feststellungen beurteilt werden (Urteil des Bundesgerichts 8C\_888/2013 vom 2.

Mai 2014 E. 4.1 mit Hinweisen, insbes. auf BGE

134 V 109 E. 4.3; vgl. auch Urteil 8C\_639/2014 vom 2. Dezember 2014 E. 3).

### **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 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. 1.4**

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 überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein (RKUV 2000 Nr.

U 363 S.

45; BGE

119 V 7 E. 3c/ aa ). Die bloss e Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hiebei 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). 1.

## **E. 2**

3. Juli 2012 ereignet, weshalb die bis 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Normen auf den vorliegenden Fall Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin begründete ihre Einspracheentscheidung ( Urk. 2) damit, dass gemäss dem bei Dr. C.\_\_\_\_

eingeholten Gutachten der Status quo sine drei Monate nach dem Ereignis vom 23. Juli 2012 erreicht worden sei. Der Eingriff vom 24. Mai 2013 sei demnach nicht unfallkausal gewesen. Es bestehe kein Anlass, vom Gutachten abzuweichen. Die Versicherungsleistungen seien zu Recht per 23. Mai 2013 eingestellt worden (S. 4).

In ihrer Beschwerdeantwort ( Urk.

### **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt ( Urk. 1), auf das eingeholte Gutachten könne - aus näher dargelegten Gründen - nicht abgestellt werden. Dr. D.\_\_\_\_ gehe in seiner Aktenbeurteilung zwar ebenso wie Dr. C.\_\_\_\_ davon aus, dass ein

wahrscheinlich degenerativer Vorzustand durch das Unfallereignis vorübergehend verschlimmert worden sei. Anders als Dr. C.\_\_\_\_ sei er jedoch der Ansicht, dass die erste Operation zu einer richtung s gebenden, strukturellen Verschlimmerung geführt habe und die anschlies senden Operationen mittelbare Folge davon gewesen seien. Mit dem eingeholten Gutachten sei keineswegs der Nachweis gelungen, dass zum Zeitpunkt der Leistungseinstellung keine Unfallfolgen mehr vorgelegen hätten (S. 5- 8 ) .

In seiner Stellungnahme vom 1 0. September 2018 ( Urk. 23) ergänzte er, bei der durch die beiden Operationen verursachten richtung s gebenden Verschlechterung handle es s ich um mittelbare Unfallfolgen, für welche die Beschwerdegeg nerin leistungspflichtig sei. Die strukturellen Veränderungen im Kniegelenk und die nachfolgende Beschwerdepersistenz hätten zu einer andauernden Arbeitsun fähigkeit und schliesslich zur dritten Operation am 2 4. Mai 2013 geführt. Die Leistungseinstellung per 2 3. Mai 2013 sei zu Unrecht erfolgt (S. 2). 3. 3.1

Im Spital B.\_\_\_\_ hielt Dr. E.\_\_\_\_ , Facharzt Radiologie, am 2 3. Juli 2012 (Unfalltag) folgenden Befund des linken Kniegelenks fest: „Keine Fraktur. Ach sengerechte Stellungsverhältnisse. Normale Mineralisation. Suprapatellarer Ge lenkerguss " ( Urk. 10/17).

Oberärztin Dr. F.\_\_\_\_ und Assistenzärztin Dr. G.\_\_\_\_ von der Notfallpraxis des Spitals B.\_\_\_\_ stellten die Diagnose einer Kniedistorsion links und führten fol gende Befunde auf : „39-jähriger Patient in gutem AZ. Knie links: Keine Schwel lung, kein Hämatom. Kein Gelenkserguss. Keine Druckdolenz im Bereich des Kniegelenks (nur bei direkter Belastung). Kein Achsenstossschmerz. Beweglich keit nicht schmerzbedingt eingeschränkt. Leichte Dolenz bei Varusstress , keine Aufklappbarkeit bei Valgus - bzw. Varusstress in 0° sowie 30° Flexion. Lach mann-Test nicht pathologisch, Apley - Grinding -Test. Kniestreckapparat intakt. Periphere Motorik, Sensibilität und Durchblutung intakt "

(Kurzbericht vom 3. August 2012; Urk.

## **E. 5**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorak ten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zu sammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

### **E. 5.1**

In seiner Expertise vom 1 6. August 2017 (E. 3.10 hievor ) äusserte Dr. D.\_\_\_\_ Kri tik am Gutachten. Zwar bestätigte er , dass im Meniskus medial ein degenerati ver Vorzustand im Sinne eines klinisch stummen Meniskusrisses bestanden ha be. Ebenso erachtete er es nicht als überwiegend wahrscheinlich, dass das Lap penfragment oder der Horizontalriss vom Hinterhorn bis an den Übergang Hin terhorn /Corpus unfallbedingt seien. Wie Dr. C.\_\_\_\_ ging auch er davon aus, dass bei einer vorübergehenden Verschlimmerung des Meniskusrisses mit einer Abheildauer von ungefähr drei Monaten gerechnet werden könne.

Er vertrat hingegen den Standpunkt, dass die vorübergehende Verschlimmerung vorliegend nicht habe abheilen können, da die bereits kurze Zeit nach dem Un fall erfolgte Operation den eingerissenen Innenmeniskus strukturell verändert habe und e ine Rückkehr zum Status

quo sine deshalb nicht mehr möglich gewesen sei. Hierzu hielt Dr. C. \_\_\_ auf entsprechende Anfrage des hiesigen Gerichts fest (E. 3.11 hievore), dass durch den Unfall nicht der vorbestehende Meniskusriss, sondern ein anderer Bereich in den perifokalen Weichteilen mikroverletzt worden sei. Eben diese Strukturen seien durch die Operationen in ihrer natürlichen Heilung nicht gestört worden, weshalb der Status quo sine drei Monate nach dem Ereignis erreicht worden sei. Bei der operativen Entfernung des Lappenfragments habe es sich zudem nicht um eine richtungsgebende Verschlimmerung des Vorzustandes gehandelt. Vielmehr sei dabei der Zustand des eingerissenen Innenmeniskus verbessert worden, habe die Behandlung doch dazu gedient, mögliche meniskusbedingte Folgeschäden im Rahmen der natürlich weiterschreitenden Degeneration am Knorpel und am Meniskus selbst zu minimieren. Dr. C. \_\_\_ begründete schlüssig, weshalb er an seiner anlässlich der Begutachtung getätigten Einschätzung festhält und es besteht kein Anlass, aufgrund der Expertise von Dr. D. \_\_\_ von seinen Schlussfolgerungen abzuweichen, zumal sich dieser mit den anlässlich der Operation tangierten Strukturen nicht im Detail auseinandergesetzt hat.

## E. 5.2

Zu den ergänzend zur Expertise von Dr. D. \_\_\_ vorgebrachten Einwendungen des Beschwerdeführers ist festzuhalten, dass Dr. C. \_\_\_ mit Hinweis auf die nur kurze Zeitspanne seit der letzten Operation nachvollziehbar begründete, dass eine richtungsgebende Verschlimmerung mit Bone

bruise durch die mediale Teilmenisektomie unwahrscheinlich sei und wahrscheinlicher ein vorübergehende

Postmenisektomie-Syndrom vorgelegen habe (E. 3.9 hievore).

Dr. C. \_\_\_ wies zudem verschiedentlich auf ein aggravierendes Verhalten des Beschwerdeführers hin. So sei beispielsweise dessen Argument, er könne die Kupplung nicht drücken, realitätsfremd, da für das Bedienen derselben deutlich weniger Kraft aufgewendet werden müsse, als bei jedem Schritt in der Ebene, ergo eine viel kleinere Kraft auf das Knie einwirke und demzufolge bei dieser Tätigkeit gar keine relevante Schmerzauslösung/-exacerbation erfolgen könne (Urk. 10/160 S. 23). Der Barfußgang sei zudem inkonstant hinkend. Auch bestehe eine Diskrepanz der Beschwerdeschilderung gegenüber den klinischen und bildgebenden Befunden

(S. 15 f., 22, 23 und 25 f.).

Widersprüchliche oder gar tendenziöse Äußerungen (vgl. Urk. 1 S. 7 f.) sind nicht ersichtlich. Zum Verlauf innerhalb der ersten 10 Tage (vgl. Urk. 1 S. 5 f.) erübrigen sich weitere Ausführungen, nachdem Dr. C. \_\_\_ und Dr. D. \_\_\_ übereinstimmend davon ausgegangen waren, dass ein

degenerativer Vorzustand bestanden hat, welcher operativ behandelt wurde, und sie sich lediglich hinsichtlich der Folgen der operativen Eingriffe uneinig sind (E. 4 und E. 5.1 hievore). Auch auf die Ausführungen zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers ist nicht weiter einzugehen (vgl. Urk. 1 S. 8), da eine allfällig weiterhin bestehende Einschränkung derselben bei Erreichen des Status quo sine spätestens drei Monate nach dem Unfall nicht mehr unfallkausal wäre.

Wie bereits dargelegt und entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers handelte es sich bei den beiden Operationen im August und im Oktober 2012 nicht um Behandlungen einer

Unfallfolge, sondern um die Behandlung eines degenerativen Vorzustandes. Dass die Operationen in den kreisärztlichen Einschätzungen als unfallkausal angesehen wurden (vgl. Urk. 23 S. 1), ändert daran nichts, wurde doch bereits im Urteil des hiesigen Gerichts vom 4. Juni 2014 (Prozess-Nr. UV.2013.00262; Urk. 10/130) festgehalten, dass darauf nicht abgestellt werden könne. Die Bestimmungen betreffend Schädigung bei Heilbehandlung gemäss Art. 6 Abs. 3 UVG (vgl. Urk. 23 S. 2) kommen nur zur Anwendung, wenn die fragliche medizinische Massnahme der Behandlung einer Unfallfolge diene (Urteil des Bundesgerichts 8C\_708/2011 vom 9. November 2011 E. 5), was vorliegend nach dem Gesagten gerade nicht der Fall war.

Auch die Vorbringen des Beschwerdeführers vermögen damit nichts an der Beweiskraft des Gutachtens zu ändern. Auf dieses ist abzustellen und es ist von einem Eintritt des Status quo sine spätestens drei Monate nach dem Unfall auszugehen. Die Beschwerdegegnerin hat die Versicherungsleistungen demnach zu Recht per 23. Mai 2013 eingestellt.

Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 6.

Die Kosten der Stellungnahme von Dr. C.\_\_\_\_ vom 4. Juni 2018 (Urk. 16) sind durch die Gerichtskasse zu tragen, nachdem erst die im Beschwerdeverfahren eingereichte Expertise von Dr. D.\_\_\_\_

vom 16. August 2017 (Urk. 3/8) Anlass zu Ergänzungsfragen seitens des Gerichts gegeben hatte (vgl. BGE 139 V 496 E. 4.4). Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Yolanda Schweri - Suva - 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 Gräub Lanzicher

## **E. 9**

) hielt sie ergänzend fest,

die Meniskusläsion sei vorbestehend gewesen und durch das Unfallereignis nicht richtungweisend verschlimmert worden. Zwar habe sie die Heilungskosten bis zum Erreichen des Status quo sine vel ante zu tragen, doch heisse dies keinesfalls, dass strukturelle Veränderungen, welche aufgrund von während dieser Zeit durchgeführten Operationen eingetreten seien, ebenfalls zu ihren Lasten gehen würden. Denn dabei handle es

sich gerade nicht um eine unfallbedingte, richtungsgebende Verschlimmerung. Die dritte Operation sei nicht mehr während der Rekonvaleszenzzeit erfolgt und daher auch nicht zu übernehmen (S. 4 f.).

#### **E. 10**

/ 18 S. 1 ). 3.2

Im Bericht zur Nachkontrolle vom 2. August 2012 ( Urk. 10/18 S. 2) wurde fest gehalten, dass der Beschwerdeführer seit dem Unfalltag das Knie nicht richtig belasten können. Die Symptomatik sei progredient. Es habe keine Schwellung und kein Hämatom, aber ein kleiner Gelenkserguss und eine Druckdolenz am Gelenkspalt medial festgestellt werden können. Die Beweglichkeit sei schmerzbedingt eingeschränkt: Flexion/Extension 35/0/0°, keine Dolenz oder Aufklappbarkeit bei Valgus - beziehungsweise Varusstress in 0° sowie 30° Flexion. Der Lachmann-Test sei nicht pathologisch, der Apley - Grinding -Test beim Innenmeniskus anterior positiv, der Kniestreckapparat intakt. Es bestehe ein Verdacht auf Meniskusinnenschaden anterior des linken Knies. 3.3

Gemäss der Beurteilung des MRI des linken Kniegelenks vom 3. August 2012 durch Facharzt Radiologie

Rehorik vom Spital B.\_\_\_\_ bestehe ein mässiger Kniegelenkserguss links und ein schräger zur tibialen Gelenkfläche verlaufender Riss im Hinterhorn des medialen Meniskus. Die Kreuzbänder und Kollateralbänder seien intakt und es beständen Flüssigkeitseinlagerungen im subkutanen Fettgewebe infrapatellär

medialseitig ( Urk. 10/69). 3.4

Am 7. August 2012 wurde bei der Diagnose eines persistierend symptomatischen medialen Meniskushinterhornlappenrisses links nach Distorsionsstrauma vom 23. Juli 2012 eine diagnostische Kniearthroskopie links sowie eine Teilmenisektomie des medialen Meniskushinterhorns durchgeführt ( Urk. 10/6/2 f.). 3.5

In seiner Beurteilung des MRI des linken Kniegelenks vom 26. September 2012 hielt Facharzt Radiologie

Rehorik vom Spital B.\_\_\_\_ fest, im Vergleich zum Vor-MRI vom 3. August 2012 bestehe ein deutlich progredienter Kniegelenkserguss. Bei Status nach Teilmenisektomie am medialen Meniskus bestehe ein nur angedeutet verkürzter medialer Meniskus mit jedoch schrägem zur tibialen Gelenkfläche verlaufendem Riss im „ Resthinterhorn " des medialen Meniskus. Die übrigen Kniebinnenstrukturen seien intakt. Es bestehe ein signalalterierter Hoffa' Fettkörper nach arthroskopischem Zugang, hingegen keine Baker-Zyste ( Urk. 10/68). 3.6

Am 1. Oktober 2012 wurde bei der Diagnose von persistierenden belastungsunabhängigen Schmerzen bei Restmeniskusläsion Knie links bei Status nach diagnostischer Kniearthroskopie links und Teilmenisektomie mediales Meniskushinterhorn vom 7. August 2012 erneut eine diagnostische Kniearthroskopie links sowie eine Teilmenisektomie des medialen Meniskushinterhorns durchgeführt ( Urk. 10/

#### **E. 13**

). 3.7

Gemäss Dr. H.\_\_\_\_, FMH Radiologie, vom MR Institut der Klinik I.\_\_\_\_ zeige das MRI des linken Kniegelenks vom 20. Februar 2013 einen leichten Reizerguss, kleinste subchondrale Ödemzonen im Markraum des Femurkondylus und Tibiakopfes medial bei diffusem Knorpelabbau sowie postoperative Veränderungen am medialen Meniskus. Eine rezidivierende Rissbildung an der Unterfläche des Meniskus sei nicht auszuschliessen (Urk. 10/46).

Oberarzt Orthopädie Dr. J.\_\_\_\_ und Assistenzarzt Orthopädie Dr. K.\_\_\_\_ von der Klinik I.\_\_\_\_

hielten dazu im Bericht vom 21. Februar 2013 fest, im MRI zeige sich ein deutlicher Bone bruise

medialseits

tibial sowie femoral. Dies könne die Schmerzen, welche der Beschwerdeführer angebe, durchaus erklären. Höchstwahrscheinlich seien diese Ödembildungen postoperativ durch den vermehrten Druck im medialen Kompartiment des linken Knies entstanden. Bis zur Ausheilung solcher Ödemzonen könne es bis zu sechs Monate dauern. Am 21. Februar 2013 sei eine Kniegelenksinfiltration durchgeführt worden. Rein strukturell werde im MRI kein Hinweis für eine erneute Reoperation gesehen, weshalb das Fortführen der konservativen Therapie empfohlen werde (Urk. 10/43). 3.8

Am 24. Mai 2013 wurde im Spital B.\_\_\_\_ eine Valgisationsosteotomie des linken Tibiakopfs und eine Tomofixplattenosteosynthese der proximalen Tibia links durchgeführt. Aufgrund der ausgeprägten Genu

varus-Konfiguration sei möglicherweise eine Überbelastung des medialen Gelenkkompartiments als ursächlich für die persistierenden Beschwerden nach zweimaliger Kniearthroskopie angesehen worden (Urk. 10/58). 3.9

Dr. C.\_\_\_\_ hielt in seinem Gutachten vom 6. Juli 2015 (Urk. 10/160) fest, die MRI-Untersuchung vom 3. August 2012 habe zwar eine schräge Läsion im Hinterhorn des medialen Meniskus und einen mässigen Erguss gezeigt, doch sei einerseits diese Meniskuläsion wegen dem fokalen- und perifokalen Fehlen einer Signalstörung mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit deutlich älteren Datums und andererseits der Erguss nur eine Reaktion auf ebendiesen eindeutigen Vorzustand und zudem viel zu wenig ausgeprägt, als dass er relevant wäre oder die geklagten Schmerzen hinreichend erklären würde (S. 20).

Dass es sich beim meniskalen Lappenfragment um einen gelenkmechanisch relevanten Anteil des Meniskus - ergo um einen überwiegend wahrscheinlich unfallkausalen Anteil des Gesamtschadens des Meniskus - gehandelt haben könnten, werde durch das Kontroll-MRI vom 29. September 2012 widerlegt, da postoperativ ein „nur angedeutet verkürzter medialer Meniskus“ vorgefunden worden sei. Zudem habe bei der zweiten Arthroskopie erneut ein „hypermobiles und nach interkondylär

verschiebliches“ Lappenstück bestanden. Diese Lappenbildung habe aber nicht - wie beim Erstereignis geltend gemacht - durch eine Krafteinwirkung entstehen können, da kein solches Ereignis aktenkundig sei. Sie müsse demnach ebenfalls eine schicksalhafte Folge der bestehenden degenerativen Veränderungen sein. Die zweite Operation habe

ausschliesslich der Behandlung der Degeneration am Meniskus gedient und könne nicht als eine Revision der ersten Operation bezeichnet werden

(S. 22 f. ).

Es sei zwar möglich bis empirisch wahrscheinlich, dass die Ursache der „unklaren Knieschmerzsituation links“ durch den seit dem letzten MRI neu aufgetretenen - und im MRI vom 20. Februar 2013 festgestellten - „Bone

bruise“ im medialen Femurkondylus und dem korrespondierenden Tibiaplateau stamme oder unterhalten werde, was jedoch einer unwesentlichen und - da extraartikulär - funktionell unbedeutenden sowie selbstheilenden postoperativen Komplikation entspreche, und nicht auf die mediale Mehrbelastung im Rahmen der angeborenen Varusachse zurückgeführt werden könne. Wenn vorgebracht werde, dass durch die erfolgte mediale Teilmenisektomie vom 1. Oktober 2012 lokal eine relevante Zusatzbelastung resultiert habe und deshalb eine „richtungsgebende Verschlimmerung mit Bone

bruise“ vorliege, sei dies eine unbelegte Annahme und aufgrund der kurzen Zeitspanne von wenigen Monaten als unwahrscheinlich zu bezeichnen. Wahrscheinlicher habe ein vorübergehendes „Postmenisektomie-Syndrom“ vorgelegen. Dadurch ändere sich auch nichts an der Kausalität, da die angebliche richtungsgebende Verschlimmerung frühestens als Folge der zweiten Operation habe geltend gemacht werden können und bei der zweiten Operation keine Unfallfolgen mehr bestanden hätten (S. 24).

Der Status quo sine sei medizinisch-theoretisch drei Monate nach dem Ereignis eingetreten. Die Arthroskopie vom 8. August 2012 habe die natürliche, nach Mikroverletzungen immer stattfindende Heilung von sechs bis acht plus/minus vier Wochen nicht unterbrochen, da bei dieser Operation die schmerzbegründenden Mikroverletzungen in den schmerzinnervierten periartikulären Geweben unangetastet geblieben seien und demnach ebenda die Heilung ungestört habe weiter fortschreiten können. Daran ändere sich nichts, wenn nach der Arthroskopie der Geleiteningriff am medialen Meniskushinterhornlappen erfolgt sei. Dieser sei sehr klein und funktionell unbedeutend gewesen

(S. 27 f. ).

Da allerspätestens im Oktober 2012 der Status quo sine eingetreten sei, verstehe es sich von selbst, dass alle danach stattfindenden Abklärungen und Massnahmen nicht mehr kausal zum Ereignis vom 23. Juli 2012 seien. Weder nach dem Ereignis vom 23. Juli 2012 noch nach den erfolgten Operationen sei das Ausmass der aktenkundig-attestierten (Teil)Arbeitsunfähigkeit mit den eingebrachten Befunden hinreichend erklärbar (S. 29).

3.10

In seiner versicherungsmedizinischen Expertise vom 16. August 2017 (Urk. 3/8) hielt Dr. D.\_\_\_\_

fest, der Verlauf mit nach dem Unfall zunehmenden Beschwerden und klinischen Zeichen einer Meniskusläsion lasse sich dadurch erklären, dass der Unfall auf einen degenerativen Vorzustand im Meniskus medial getroffen sei. Durch die einwirkenden Kräfte habe der Unfall den mit hoher Wahrscheinlichkeit bereits vorbestehenden, aber klinisch stummen Meniskusriss mikroverletzt beziehungsweise im Sinne einer vorübergehenden Verschlimmerung aktiviert. Dies erkläre auch den leicht verzögerten Verlauf der meniskustypischen klinischen Beschwerden. Die fassbaren Auswirkungen vom aktivierten Meniskusriss im Kniegelenk seien auf struktureller Ebene gering, auffällig und nach

vollziehbar , aber auf klinischer Ebene vor allem durch Erguss, Druckschmerz und eine eingeschränkte Belastbarkeit und Beweglichkeit gewesen. Der Beschwerdeführer sei am 7. August 2012 operiert worden. Dabei sei ein flottieren des, vom medialen Meniskushinterhorn ausgehendes Lappenfragment abgetra gen worden. Das Lappenfragment könne sowohl unfall - als auch degenerativ bedingt sein. Zusätzlich sei ein Horizontalriss vom Hinterhorn bis an den Übergang Hinterhorn /Corpus beschrieben worden, dies sei eher typisch für degenera tive Veränderungen. Bei einem aktivierten Meniskusriss im Sinne einer vor - übergehenden Verschlimmerung werde mit einer Abheildauer von ungefähr drei Monaten gerechnet. Die vorübergehende Verschlimmerung habe aber hier nicht abheilen können, da die Operation bereits kurze Zeit nach dem Unfall den ein gerissenen Innenmeniskus durch die Teilentfernung von Meniskusgewebe struk turell verändert habe (S. 5) .

So sei aus dem aktivierten Zustand nun ein Defekt zustand im Sinne einer richtungsgebenden strukturellen Verschlimmerung er zeugt worden. Eine Rückkehr zum Status quo sine sei somit nicht mehr mög lich. Damit seien aber auch alle Folgen im linken medialen Kniegelenk mit wei teren Behandlungen und Operationen als überwiegend kausal oder mindestens teilkausal einzuschätzen (S. 6 ). 3.11

Auf entsprechende Ergänzungsfragen des hiesigen Gerichts hin (vgl. Urk. 12) führte

Dr. C. \_\_\_\_

am

4. Juni 2018 ( Urk. 16) zur Expertise von Dr. D. \_\_\_\_

aus, der Schmerz, welcher bei einer Meniskusläsion empfunden werde, werde an der Meniskusbasis/-aufhängung und in den perifokalen, schmerzinnervierten Weichteilen erzeugt und nicht am Ort der Läsion. Das Argument von Dr. D. \_\_\_\_ , der Meniskusriss sei ursächlich für die Beschwerden, greife deshalb nicht (S. 2) . Das Beschwerdebild sei an einer Stelle entstanden, die anlässlich der Arthrosko pie weder habe eingesehen noch behandelt werden können, nämlich in den pe rifokalen Weichteilen. Da eben diese Strukturen bei der natürlichen Heilung nicht gestört worden seien, und da es sich hierbei um Mikroverletzungen ge handelt habe, sei der Status quo sine drei Monate nach dem Ereignis erreicht worden (S. 3) . Bei der operativen Teilentfernung des Lappenfragments am 7. August 2012 handle es sich um eine Verbesserung des Zustandes des einge rissenen Innenmeniskus, nämlich um eine orthopädisch- traumatologische Be handlungsmassnahme zur Behebung des degenerativen Vorzustandes anlässlich der diagnostischen Arthroskopie, welche dazu dienen solle, mögliche meniskus bedingte Folgeschäden im Rahmen der natürlich weiterschreitenden Degenera tion am Knorpel , aber auch am Meniskus selbst zu minimieren. Bei der Opera tion vom 1. Oktober 2012 sei die Teilmeniskektomie vervollständigt worden, was eine lege artis Reaktion bei vermuteter, initial offenbar zu zurückhaltender Teilentfernung des degenerativ veränder ten Meniskusgewebes gewesen sei

( S. 4). 4.

Das Gutachten von Dr. C. \_\_\_\_ vom 6. Juli 2015 (E. 3.9 hievor ) beruht auf den erforderlichen Untersuchungen, ist für die streitigen Belange umfassend und wurde in Kenntnis der und in Auseinandersetzung mit den fallrelevanten Vorakten erstellt. Dr. C. \_\_\_\_ legte die medizinischen Zusammenhän ge ein leuchtend dar, beurteilte die medizinische S

situation überzeugend und setzte sich mit den geklagten Beschwerden und dem Verhalten des Beschwerdeführers auseinander. Er zeigte auf, dass

die dem MRI vom 3. August 2012 (E. 3.3 hievorig) zu entnehmende Meniskusküsläsion im medialen Hinterhorn degenerativ bedingt und der Erguss eine Reaktion auf diesen Vorzustand sei (S. 17 und S. 20), was im Umkehrschluss bedeute, dass es sich dabei weder um eine unfallkausale Meniskusküsläsion noch um eine richtungsgebende Verschlimmerung eines asymptomatischen Vorzustandes gehandelt haben könne (S. 21). Der Gutachter hielt fest, dass es sich beim meniskalen Lappenfragment weder um einen gelenkmechanisch relevanten noch um einen unfallkausalen Anteil am Gesamtschaden des Meniskus gehandelt habe (S. 22) und legte ausführlich dar, dass eine richtungsgebende Verschlimmerung mit Bone

bruise aufgrund der medialen Teilmenisektomie unwahrscheinlich sei und es sich bei der Valgisationsosteotomie vom 24. Mai 2013 nicht überwiegend wahrscheinlich um eine direkte Folge des Distorsionsunfalles vom 23. Juli 2012 gehandelt habe (S. 24 f.). Er wies auf eine klare Verdeutlichungstendenz bis hin zur Aggravierung bei einer Diskrepanz der Beschwerdeschilderung gegenüber den klinischen und bildgebenden Befunden hin (S. 15 und S. 22).

Dr. C.\_\_\_\_\_ gelangte sodann zum ausführlich begründeten und nachvollziehbaren Schluss, dass der Status quo sine drei Monate nach dem Ereignis vom 23. Juli 2012 eingetreten sei, da die Arthroskopie vom 7. August 2012 (E. 3.4 hievorig) die natürliche, nach Mikroverletzungen immer stattfindende Heilung (von maximal 12 Wochen) nicht unterbrochen habe. Denn bei der Operation seien die schmerzgebürndenden Mikroverletzungen in den schmerzinner vierten periartikulären Geweben unangetastet geblieben, so dass die Heilung dort ungestört weiter fortschreiten können. Der Gelegenheitseingriff am medialen Meniskushinterhornlappen ändere daran nichts. Entsprechend sei die Operation vom 24. Mai 2013 nicht kausal auf den Unfall zurückzuführen (S. 27-29). Das Gutachten entspricht damit den rechtsprechungsgemässen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage (vgl. E. 1.5 hievorig). 5.

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