

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00147 vom 20. Juni 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-06-20, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2018.00147

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00147 du 20 juin 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00147 del 20 giugno 2019

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). 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).

Das vorliegend zu beurteilende Ereignis datiert vom 8. April 2017 und auch die Beschwerden im Zusammenhang mit dem rechten Kniegelenk sind im Jahre 2017 eingetreten, weshalb die ab 1. Januar 2017 gültigen Normen auf den vorliegenden Fall Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden (vgl.

dazu auch UVG ad-hoc-Empfehlung 02/19 86 Ziff. III).

E. 1.2

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

E. 1.3

Gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG erbringt die Versicherung ihre Leistungen auch bei folgenden Körperschädigungen, sofern sie nicht vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen sind: Knochenbrüche (lit . a); Verrenkungen von Gelenken (lit . b), Meniskusrisse (lit . c), Muskelrisse (lit . d), Muskelzerrungen (lit . e), Sehnenrisse (lit . f), Bandläsionen (lit . g) und Trommelfellverletzungen (lit . h).

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. Auflage, Bern 1989, S. 202). 1. 4

Seit dem Inkrafttreten der Revision des UVG und der dazugehörigen UVV per 1. Januar 2017 ist das Bestehen einer vom Unfallversicherer zu übernehmenden unfallähnlichen

Körperschädigung nicht länger vom Vorliegen eines äusseren Ereignisses abhängig. Die Tatsache, dass eine in Art. 6 Abs. 2 UVG genannte Körperschädigung vorliegt, führt zur Vermutung, dass es sich hierbei um eine unfallähnliche Körperschädigung handelt, die vom Unfallversicherer übernommen werden muss. Dieser kann sich aber von der Leistungspflicht befreien, wenn er beweist, dass die Körperschädigung vorwiegend auf Abnutzung oder Krankheit zurückzuführen ist (Zusatzbotschaft zur Änderung des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [Unfallversicherung und Unfallverhütung; Organisation und Nebentätigkeiten der Suva] vom 19. September 2014, BBl 2014 7922 7934 f.). 1.

E. 2

Dem Beschwerdeführer seien die gesetzlichen Leistungen auszurichten.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete ihren Einspracheentscheid vom 15. Mai 2018 (Urk. 2) damit, dass gestützt auf die beweiswertige Aktenbeurteilung von Dr. Z.____ vom 1. (richtig: 2.) Februar 2018 davon auszugehen sei, dass die vom Beschwerdeführer geklagten Kniebeschwerden nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als kausal zum Ereignis vom 8. April 2017 einzustufen seien. Damit sei nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht verneint habe (S. 5).

E. 2.2

Dagegen brachte der Beschwerdeführer in seiner Beschwerdeschrift vom 14. Juni 2018 (Urk. 1) vor, es werde bestritten, dass ein Vorzustand mit überwiegender Wahrscheinlichkeit für die geklagten Beschwerden verantwortlich sei. Für die zur Diskussion stehenden Beschwerden und damit einhergehenden Therapien sowie die Arbeitsunfähigkeit sei allein das Ereignis vom 8. April 2017 verantwortlich. Allenfalls sei eine richtungsgebende Verschlimmerung eines Vorzustandes eingetreten. Es sei zumindest von einer Teilkausalität auszugehen. Aufgrund der Stellungnahme von Dr. Z.____ könne nicht darauf geschlossen werden, dass mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit eine alte vordere Kreuzband(VKB)-Läsion vorliege.

In diesem Zusammenhang sei das in Auftrag gegebene Parteigutachten abzuwarten.

E. 2.3

Mit Beschwerdeantwort vom 11. Juli 2018 (Urk. 6) führte die Beschwerdegegnerin aus, aus dem Sachverhalt in der Unfallmeldung vom 21. April 2017, wonach der Beschwerdeführer einen Stift habe vom Boden aufheben wollen und sich dabei sein rechtes Knie verschoben habe, ergebe sich, dass es sich weder um einen Unfall noch um eine unfallähnliche Körperschädigung handle. Die Beschwerdegegnerin sei somit nicht leistungspflichtig. Zudem stelle sich in dieser Konstellation auch die Frage einer richtungsgebenden Verschlimmerung nicht. Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers habe Dr. Z.____

klar festgehalten, dass sich der Beschwerdeführer beim Ereignis vom 8. April 2017 überwiegend wahrscheinlich eine

Patellaluxation bei vorbestehendem Meniskus- und Kreuzbandschaden sowie vorbestehender Schwächung des medialen Bandapparates der rechten Patella zugezogen

habe. Dass es sich bei der Kreuzband- und Meniskus verletzung um einen älteren Schaden handeln müsse, ergebe sich aus verschiedenen akten kundigen Beurteilungen. Gestützt hierauf könne mit über wiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass ein Vorzustand vorliege (S. 2 f.).

E. 2.4

In seiner Beschwerdeergänzung vom 19. September 2018 (Urk. 10) brachte der Beschwerdeführer unter Verweis auf die beigelegte Aktenbeurteilung von Dr.

med. A.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates (Urk. 114/1),

vor, der Facharzt zeige nach v o llziehbar auf, dass die luxierte Korbhennelläsion des medialen Meniskus und die radiäre Läsion des lateralen Meniskus mit überwiegender Wahrscheinlichkeit Folge n des Unfalles vom 8. April 2017 darstellten. Der Unfall habe zu einer richtungs geben d en Verschlimmerung des Vorzustandes geführt und stelle zumindest eine Teilkausalität dar, weshalb die Beschwerdegegnerin leistungspflichtig bleibe. Langfristig müsse mit einer femorotibialen Arthrose gerechnet werden, weshalb dem Beschwerdeführer eine Integritätsentschädigung von mindestens 5 % zuzusprechen sei. 3.

E. 2.5

Am 26. September 2018 (Urk. 14) wurde ein zweiter Schriftenwechsel angeordnet, wobei der Beschwerdeführer mit Eingabe vom 28. September 2018 (Urk. 15) unter Verweis auf die Beschwerdeergänzung vom 19. September 2019 (E. 2.4) den Verzicht auf eine Replik mitteilte. Dies wurde der Beschwerdegegnerin am 3. Oktober 2018 zur Kenntnis gebracht (Urk. 17). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 3

Eventuell sei die Sache an die Beschwerdegegnerin zur weiteren Sachverhaltsermittlung zurückzuweisen.

E. 3.1

Vorweg ist festzuhalten, dass es i m vorliegenden Verfahren um die Frage der grundsätzlichen Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin im Zusammenhang mit den seitens des Beschwerdeführers geklagten rechtsseitigen Kniebeschwerden geht. Nicht Gegenstand des Verfahrens bildet dagegen ein allfälliger Anspruch auf eine Integritätsentschädigung (E. 2.4), weshalb hierauf nachfolgend nicht weiter eingegangen wird (BGE 131 V 164 E. 2.1; 125 V 413 E. 1a).

Die medizinische Sachlage im Zusammenhang mit den rechtsseitigen Kniebeschwerden präsentiert sich im Wesentlichen wie folgt:

E. 3.1.1

Am 17. April 2017 wurde n seitens des B.____ im Bericht betreffend die ambulante Behandlung vom gleichen Tag (Urk. 7/13) rezidivierende Patellaluxationen am rechten Knie (Extensionsdefizit von 10°, letzte Patellaluxation am 15. April 2017, klinisch Verdacht auf Ruptur des vorderen Kreuzbandes, VKB) diagnostiziert. Es wurde festgehalten, der Beschwerdeführer stelle sich nach rezidivierender Knieluxation rechts notfallmässig selbst vor

zur Besprechung des weiteren Vorgehens. Er beschreibe, dass er am Samstag in Serbien nach dem Kniebeugen eine Patellaluxation nach lateral vernommen habe. Es sei anschliessend nicht zu einer Spontanreposition gekommen, weshalb er sich beim Arzt vorgestellt habe. Hier sei eine manuelle Reposition erfolgt sowie anschliessend eine Magnetresonanztomographie (MRI) des Knies. Der Beschwerdeführer gebe an, dass er vor etwa zwei Jahren das erste Mal eine Patellaluxation beim Fussballspielen erlitten habe, damals mit spontaner Reposition. Seitdem habe er ein Instabilitätsgefühl im Knie. Bei der Arbeit sei es vor 20 Tagen ebenfalls zu einer Patellaluxation mit Spontanreposition gekommen. Vom 18. bis 23. April 2017 wurde der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben.

Anlässlich einer radiologischen Untersuchung des rechten Knies ap /lateral vom 17. April 2017 sowie der rechten Patella axial vom 18. April 2017 (Urk. 7/18) wurde festgehalten, zur Voruntersuchung liege eine MRI vom 10. April 2017 vor. In Korrelation mit der MRT passe das ovale Fragment von etwa 4 mm superior der Eminentia

intervondylaris zu einem (älteren) knöchernen Ausriss des VKB. Derzeit bestehe kein Nachweis einer Fraktur und wenig Gelenkerguss.

E. 3.1.2

Im Bericht des B.____ vom 21. April 2017 betreffend die Untersuchung vom 20. April 2017 (Urk. 7/3) wurde eine

Ruptur des VKB, eher alt, ca. 2015, und eine mediale Meniskusläsion (Differentialdiagnose Korbhenkelriss), unklaren Alters, bei letztem Trauma am 8. April 2017 diagnostiziert. Es wurde ausgeführt, am 8. April 2017 sei es zu einer Distorsion am rechten Knie gekommen, als sich der Beschwerdeführer habe hinknien wollen. Anschliessend habe er das Bein nicht mehr aktiv strecken können, erst nach manuellem Lockern. Eine vollständige Streckung sei jedoch weiterhin nicht möglich gewesen. Anamnestisch sei es nicht zu einer Patellaluxation gekommen. Vor etwa zwei bis drei Jahren habe der Beschwerdeführer erstmals beim Fussballspielen eine Knieverletzung rechts mit wahrscheinlich Kreuzbandruptur und Meniskusläsion erlitten. Eine Therapie sei nicht durchgeführt worden. Ein Instabilitätsgefühl gebe der Beschwerdeführer nicht an. Heute stelle er sich mit regredienten Schmerzen vor, die vollständige Flexion und vor allem Extension seien nach wie vor nicht möglich. Auf der Notfallstation sei am 17. April 2017 eine Klettschiene abgegeben worden, die der Beschwerdeführer bisher getragen habe. Er entlaste mit einem Stock. Es bestünden keine Vorerkrankungen und es seien keine Allergien bekannt. Der Beschwerdeführer arbeite als Dachdecker, seit Februar sei er in der Schweiz wohnhaft. Im MRI des rechten Knies vom 10. April 2017 zeigten sich eine VKB-Ruptur, eher älter, sowie eine mediale Meniskusläsion (differentialdiagnostisch ein Korbhenkelriss), schwierig einzuschätzen, ob frisch oder alt traumatisiert. Es liege wenig Erguss vor und kein Hinweis für eine stattgehabte Patellaluxation. Bis am 21. Mai 2017 wurde der Beschwerdeführer als Dachdecker vollumfänglich arbeitsunfähig geschrieben.

E. 3.1.3

Am 22. Mai 2017 (Urk. 7/15) wurde im Bericht des B.____

bei gleicher Diagnosestellung wie im Vorbericht (E. 3.1.2) ausgeführt, aufgrund der regelmässigen Einklemmung sei die Arbeit als Spengler momentan nicht möglich. Wegen der rezidivierenden Blockaden sei daher eine operative Sanierung angezeigt.

E. 3.1.4

Im Arzteugnis UVG vom 10. Juni 2017 (Urk. 7/21) hielt Dr. med. C.____ , Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie Rheumatologie, als Vorbefund einen Status nach VKB-Ruptur vor etwa zwei Jahren fest . Diagnostiziert wurde n ein medialer Meniskusriss sowie eine wahrscheinlich ältere VKB-Ruptur. Bis am 31. Mai 2017 attestierte er eine 100 % ige Arbeitsunfähigkeit, ab 1. Juni 2017 beurteilte er den Beschwerdeführer als vollumfänglich arbeitsfähig .

Am 27. Juni 2017 wurde der Beschwerdegegnerin seitens des B.____

mit geteilt , dass der Beschwerdeführer die vorgesehene Verlaufskontrolle nicht wahrgenommen habe und sich auch nicht mehr gemeldet hab e (Urk. 7/22).

E. 3.1.5

Anlässlich einer Röntgenuntersuchung des rechten Knies sowie der Patella axial rechts am 24. Oktober 2017 in der D.____

(Urk. 7/28) wurden weder degenerative Veränderungen noch eine Fraktur nachgewiesen . An der Patella lag eine erhaltene Artikulation ohne Fraktur vor .

E. 3.1.6

Ein e MRI -Bildgebung des rechten Knies vom 24. Oktober 2017 in der D.____

(Urk. 7/29) zeigte eine R uptur des VKB und einen Korbhenkel riss des medialen Meniskus , stationär

zu einer

Voruntersuchung vom 10. April 201 7. Es lag eine leichte Reizung der tiefen Anteile des medialen Kollateralbandes vor. Am zentralen Anteil des lateralen Femur k ondylus

zeigten sich tiefe Knorpel defekte.

Im Bericht der D.____

vom gleichen Tag (Urk. 7/30) wurde bei de n Diagnose n einer VKB-Ruptur, einer Kor b henkelläsion des medialen Meniskus (Hinterhorn , P ars intermedia) sowie eines

R a diärriss es des lateralen Meniskus (Pars intermedia) am Knie re c hts bei Status nach Trauma im April 2017 festge halten, d er Beschwerdeführer klage

über Knieschmerzen rechtsseitig seit einem T r auma im April 201 7. Er habe das Knie gegen die Bettkante geschlagen. Ein mögliches Hyperextensionstrauma könne nicht ausgeschlossen werden. Seitdem bestünden Schmerzen ventral etwas medial betont ohne Ausstrahlungen und intermittierende Blockadenereignisse . Es li ege kein Instabilitätsgefühl vor, Schmerzmittel würden keine eingenommen . Eine Infiltration sei nicht erfolgt . Der Beschwerdeführer laufe mit Stöcken und trage eine Klettschiene. Aktuell arbeite er dennoch zu 100 % als Dachdecker. Na ch der MRI-Untersuchung sei der Ver dacht auf eine Korbhenkelläsion am medialen Meniskus, bei klinischer Blockade , mit einer VKB-Ruptur bestätigt worden . Man stelle die Indikation für eine Repa ratur des Meniskus respektive eine

zusätzliche VKB-Rekonstruktion.

E. 3.1.7

Am 25. Oktober 2017 (Urk. 7/34/3 -5) wurde n am rechten Knie eine arthro sko pisch-assistierte

VKB -Rekonstruktion , eine Meniskusrefixation medial und eine Teilmeniskektomie lateral durchgeführt . Im Operationsbericht wurde ausgeführt, der Beschwerdeführer habe sich am 8. April 2017 eine VKB-Ruptur sowie eine Korbhenkelläsion recht s zugezogen. Im weiter e n Verlauf habe er sich sehr unsi cher gefühlt. Er habe das Knie jedoch wieder strecken können (w ahr scheinlich ha b e sich der Meniskus spontan wieder reponiert). Am 23. Oktober 2017 sei es jedo c h erneut zu einer Schmerzzunahme sowie Blockade gekommen, als der Beschwerdeführer eine falsche Bewegung gemacht habe. Danach habe er sich auf der Notfallstation der D.____ vorgestellt. Das durchgeführte MRI habe eine bereits bekannte VKB-Ruptur sowie eine eingeschlagene Korbhenkelläsion gezeigt. Man habe sich zu einer Knie arthroskopie und allenfalls einer Meniskusnaht versus Teilmeniskektomie sowie eine r VKB -Rekonstruktion ent schieden (S. 3). Der peri - und postoperative Verlauf habe sich problemlos gestal tet , wobei der Beschwerdeführer weiterhin vollumfänglich arbeitsunfähig geschrieben wurde (Urk. 7/34 S. 1 f. ,

E. 3.1.8

Mit Stellungnahme vom 15. November 2017 (Urk. 7/46) hielt Kre i s arzt Dr. Z.____ fest, der Beschwerdeführer gebe widersprüchliche Angaben betreffend den Unfallhergang an. So behaupte er einmal, er habe einen Stift aufgehoben und ein anderes Mal, er habe sich das Bein angestossen. Der Unfallhergang sei unklar. Beides sei biomechanisch nicht geeignet, eine VKB-Ruptur zu verursachen.

E. 3.1.9

In seiner kreisärztlichen Aktenbeurteilung vom 2. Februar 2018 (Urk. 7/56) diagnostizierte Dr. Z.____

eine alte VKB-Ruptur (2015) rechts mit medialer Korb henkelläsion, einen Status nach rezidivierender Patellaluxationen rechts (2015/2017) sowie eine laterale Gonarthrose rechts. Er führte aus , am 8. April 2017 sei es mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu einer wiederholten Luxati o n der rechten Kniescheibe gekommen. Nach Angaben des Beschwerdeführers habe er bereits zwei Jahre zuvor (2015) ein Unfallereignis beim Fussball spielen erlitten , in dessen Folge die Kniescheibe luxiert sei . Seither bestehe ein Instabilitätsgefühl des rechten Kniegelenks. Eine solche Vorschädigung (Riss des VKB vor zwei Jahren mit konsekutiver Instabilität) des rechten Kniegelenkes würde auch eine Patellaluxation bei maximaler Flexion wie im vorli e genden Fall beschr e iben (der Beschwerdeführer ha b e sich lediglich hingekniet) und allenfalls auch den Menis kusschaden bei vorbestehender VKB-S chädigung erklären. Infolge der Instabilität komme es mit fortschreitendem Alter zu einer Schädigung der Menisci . Auch könne der Meniskusriss asymptomatisch bereits seit zwei Jahren bestanden haben. Bei maximaler Flexion - wie hier geschehen - könne ebenfalls eine Meniskus schädigung auftreten, jedoch mit überwiegender Wahr schein lichkeit nur bei vorbestehendem VKB-Schaden . Die Bildgebung mittels Röntgen und MRI des rechten Kniegelenkes mache in der Zusammenschau eine alte VKB Läsion sehr wahrscheinlich. Hinw ei send auf eine fehlende frische Verletzung des Menis kus und des VKB sei au ch die fehlende Schwellung/Erguss des Gelenkes neun Tage nach dem Unfallereignis (gemäss Bericht des B.____ vom 17. April 2017). Die fehlenden biomechanischen Voraussetzungen für die Ver letzung des VKB würden ebenfalls auf eine alte Verletzung hin weisen . Letztendlich zeige sich eine bereits

lateral einsetzende Gonarthrose (Knorpel schaden des lateralen Femurkondylus) rechts als typische Folge einer bereits seit Längerem bestehenden VKB-Läsion. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit habe sich der Beschwerdeführer beim Unfallereignis vom 8. April 2017 eine Patella luxation bei vorbestehendem Meniskus- und Kreuz band schaden sowie vorbestehender Schwächung des medialen Bandapparates der rechten Patella zugezogen (S. 3 f.).

E. 3.1.10

Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens reichte der Beschwerdeführer eine Aktenbeurteilung von Dr. A.____ vom 11. September 2018 (Urk. 11/1) zu den Akten. Darin diagnostizierte der Facharzt einen Status nach arthroskopisch -assistierter VKB -Rekonstruktion, Meniskusrefixation medial sowie Teil meniskektomie lateral am rechten Knie am 25. Oktober 2017 mit/bei VKB-Ruptur, Korbhenkelläsion des medialen Meniskus (Hinterhorn , Pars intermedia) sowie Radiärriss am lateralen Meniskus (Pars intermedia) bei Status nach Trauma am 8. April 2017 sowie gemäss Bericht erstmaligem Trauma beim Fussball spielen etwa 2015 mit möglicher Patellaluxation . In seiner Beurteilung hielt er fest, gemäss den ihm vorliegenden Unterlagen sei es im Jahre 2015 beim Fussball spielen zu einem Trauma des rechten Knies mit Beschwerden und intermittierendem Instabilitätsgefühl im Sinne einer

möglichen rezidivierenden Patellaluxation gekommen . Prinzipiell sei im Rahmen dieses ersten Traumas von 2015 eine Ruptur des VKB des rechten Knies möglich. Ein Trauma beim Fussball spielen könne üblicherweise das mechanisch notwendige Ausmass erreichen, um zu einer Ruptur des kräftigen VKB zu führen. Es sei seines Erachtens eher unwahrscheinlich , dass es bereits damals zu einer Meniskusruptur mit K orbhenkelläsion gekommen sei, da diese üblicherweise zu persistierenden, dauerhaften Beschwerden im Sinne von Blockadegefühlen oder Streck /Beuge hemmung führe. Beim erstmaligen Trauma könne es zu einer Patellaluxation oder einer

Ruptur des VKB im Jahre 2015 gekommen sein. Das Trauma am 8. April 2017 habe definitiv zu einer zusätzlichen Traumatisierung mit neuer Beschwerdekomponente geführt . Zumindest der Anteil der medialen und lateralen Meniskusläsion mit luxiertem Korbhenkelriss medial müsse hinzu gekommen sein. Der beschriebene Unfallmechanismus mit Aufstehen aus tiefer Flexion am 8. April 2017 passe zum Mechanismus, der üblicherweise eine Meniskusläsion hervorrufe. Eine vorbestehende Ruptur des VKB könne ein solches Ereignis begünstigen (S. 3).

Zusammenfassend hielt Dr. A.____ fest, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit seien die luxierte Korbhenkelläsion des medialen Meniskus und die radiäre Läsion des lateralen Meniskus als Folgen des Unfalles vom 8. April 2017 zu sehen. Auf grund des Unfallmechanismus könne mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass die vorhandene VKB-Ruptur durch das beschriebene Trauma im Jahre 2015 bedingt gewesen sei.

Um dies vollständig beweisen zu können, wäre eine Untersuchung mittels MRI vor dem 8. April 2017 notwendig. Da diese nicht vorhanden sei und auch keine ärztlichen Berichte zwischen 2015 und 8. April 2017 vorlägen, könne keine vollständig beweisende Aussage gemacht werden. Hinzu komme die Vermutung auf mehrfach erwähnte Patellaluxationen seit dem Ereignis 2015. Üblicherweise komme es durch einen Unfall beim Fussball spielen nicht zu einer gleichzeitigen Patellaluxation und Ruptur des VKB. Diese Kombination sei

eher unwahrscheinlich. Eine VKB-Ruptur entstehe üblicherweise bei Rotation / Valgusstress häufig in teilweise reflektiertem Knie. Hingegen kommt es zur Patellaluxation meistens in vollständiger oder subtotaler Streckung des Kniegelenkes. Der Unfall vom 8. April 2017 habe zu einer richtungsgebenden Verschlimmerung des Vorzustandes geführt. Es sei deswegen eine Operation notwendig geworden.

Den Status quo sine beurteilte Dr. A.____ per 25. Oktober 2018 als erreicht (S. 4 f.).

Während er schliesslich dem Kreisarzt hinsichtlich der Beurteilung, wonach die VKB-Schädigung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit vor dem Ereignis vom 8. April 2017 aufgetreten sei, folgte, teilte er dessen Ansicht nicht, wonach der Meniskusriss asymptomatisch bereits zwei Jahre vorbestanden haben könnte.

Hierzu führte Dr. A.____

aus, eine derartige luxierte mediale Korbhellenläsion sowie radiäre laterale Meniskuläsion bereiten Beschwerden und seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht asymptomatisch. Er teile die Ansicht, dass es am 8. April 2017 aufgrund einer vorbestehenden VKB-Läsion zur Meniskuläsion gekommen sein könne. Schliesslich bezifferte der Facharzt den Integritätsschaden mit 5 bis 15 % (S. 5). 3. 2

Mit Blick auf die beiden Aktenbeurteilungen der Dres. Z.____

(E. 3.1.9) und A.____

(E. 3.1.10) fällt auf, dass sich beide einzig zur Frage der natürlichen Kausalität der am rechten Kniegelenk eingetretenen VKB-Ruptur sowie des Meniskusrisses zum Ereignis vom 8. April 2017 äusserten (E. 1.4 f.).

In diesem Zusammenhang ist jedoch darauf hinzuweisen, dass es sich bei den im Oktober 2017 festgestellten bildgebenden Befunden eines Meniskusrisses sowie einer VKB-Ruptur - entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin (E. 2. 3) -

um Verletzungen im Sinne von Art. 6 Abs. 2 UVG (E. 1.3) handelt (vgl. zur VKB-Ruptur, BGE 114 V 298 E. 3d). Bei einer Diagnose nach Art. 6 Abs. 2 UVG ist der Versicherer grundsätzlich leistungspflichtig, ausser er kann beweisen, dass die Körperschädigung vorwiegend auf Erkrankung oder Abnutzung zurückzuführen ist (E. 1. 6). Zu dieser Frage äusseren sich

weder der Kreisarzt noch Dr. A.____. Der medizinische Sachverhalt ist daher nicht genügend abgeklärt. Eine Verneinung der Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin gestützt auf die Beurteilung von Dr. Z.____ hätte damit nicht erfolgen dürfen.

Im Übrigen ist hinsichtlich der kreisärztlichen Beurteilung von Dr. Z.____ vom 2. Februar 201

E. 4

Das Verfahren sei einstweilen bis Ende September 2018 zu sistieren.

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 Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge 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).

Nach der Rechtsprechung kommt auch den Berichten und Gutachten von 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. 7

/50).

E. 8

(E. 3.1.9) darauf hinzuweisen, dass seine Ausführungen nicht konsistent erscheinen. So legte er einerseits dar, der Meniskusriss könne asymptotisch bereits seit zwei Jahren bestanden haben .

Bei maximaler Flexion - wie hier geschehen - könne ebenfalls eine Meniskusschädigung auftreten, jedoch mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nur bei vorbestehendem VKB Schaden. Zusammenfassend

schloss er dann aber auf einen überwiegend wahrscheinlich vorbestehenden Meniskusschaden, wobei er dies mit Hinweisen, die gegen eine frische Verletzung sprechen würden, begründete. Blosser Hinweise genügen jedoch nicht, um mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu mehr als 50 % darauf schliessen zu können , dass der Meniskusriss vor dem Ereignis vom 8. April 2017 bereits bestanden hatte . Sodann kann aus den Anhaltspunkten , die für eine vorbestehende VKB-Ruptur sprechen , nichts hinsichtlich des Zeitpunktes des Eintritts des Meniskusrisses abgeleitet werden.

Auch aufgrund dieser Diskrepanzen

bestehen somit zumindest geringe Zweifel an der kreisärztlichen Beurteilung, weshalb sie nicht als beweiswertig im Sinne der bundesgerichtlichen Rechtsprechung angesehen werden kann (E. 1. 5).

Die Sache ist daher an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Diese hat ein externes Gutachten im Zusammenhang mit der Frage einzuholen, ob die Diagnosen des Meniskusrisses sowie der VKB-Ruptur am rechten Knie im gesamten Ursachenspektrum mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu mehr als 50 % auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen sind oder nicht (E. 1. 4) und gestützt darauf neu zu entscheiden, ob die Leistungsvoraussetzungen mit Blick auf die anwendbaren Vorschriften betreffend Listendiagnosen erfüllt sind.

4.

Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung als vollständiges Obsiegen (BGE 137 V 57).

Dem Beschwerdeführer steht ausgangsgemäss eine Prozessentschädigung zu, welche vom Gericht ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses, dem Zeitaufwand und den Barauslagen festgesetzt wird (§ 34 Abs. 1 und 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). Entsprechend ist ihm eine Prozessentschädigung von Fr. 2'000.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) auszurichten.

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung sind die Kosten eines von einer versicherten Person veranlassten Gutachtens vom Versicherungsträger dann zu übernehmen, wenn sich der medizinische Sachverhalt erst aufgrund des neu bei gebrachten Untersuchungsergebnisses schlüssig feststellen lässt und dem Unfallversicherer insoweit eine Verletzung der ihm im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes obliegenden Pflicht zur rechtsgenügenden Sachverhaltsabklärung vorzuwerfen ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_62/2016 vom 7. Juli 2016 E. 6.1 mit Hinweisen). Dies ist vorliegend nicht der Fall, da auch die Aktenbeurteilung von Dr. A. ___ keine abschliessende Würdigung des vorliegenden Sachverhalts zulässt. Eine Auferlegung der Kosten für die Aktenbeurteilung an die Beschwerdegegnerin fällt daher ausser Betracht. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass der angefochtene Einspracheentscheid vom 15. Mai 2018 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, neu entscheide. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 2'000.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Ivo Baumann - Suva - Bundesamt für Gesundheit 5.

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 Nünlist

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