

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00183 vom 23. Oktober 2019**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-10-23, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2018.00183](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2018.00183)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00183 du 23 octobre 2019

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00183 del 23 ottobre 2019

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin für die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden beziehungsweise Schmerzen am rechten Knie über den 28. Februar 2018 hinaus leistungspflichtig ist, mithin ob diese Beschwerden und Schmerzen noch in einem natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zum Unfallereignis vom 2. Juni 2017 stehen.

### **E. 1.2**

Die Beschwerdegegnerin führte im angefochtenen Einspracheentscheid vom 25. Juni 2018 im Wesentlichen aus, ihr Kreisarzt habe überzeugend dargelegt, dass aktuell keine unfallkausalen strukturellen Läsionen vorliegen würden und die aktuellen Beschwerden des Beschwerdeführers somit in somatischer Hinsicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht auf das Ereignis vom 2. Juni 2017 zurückzuführen seien (Urk. 2 S. 10). Hinsichtlich der vom Beschwerdeführer geklagten psychischen Beeinträchtigung müsse eine Adäquanzprüfung nach der sogenannten Psycho-Praxis des Bundesgerichts

vorgenommen werden (Urk. 2 S. 10). Diesbezüglich sei festzuhalten, dass es sich bei der Kontusion des rechten Knies mit einer Eisenstange, welche sich der Beschwerdeführer am 2. Juni 2017 zugezogen habe, um einen leichten beziehungsweise banalen Unfall gehandelt habe. Daher müsse nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung ein adäquater Kausalzusammenhang zwischen diesem Unfall und den psychischen Beschwerden des Beschwerdeführers verneint werden (Urk. 2 S. 12-13). Da zwischen den psychischen beziehungsweise organisch nicht hinreichend nachweisbaren Beschwerden und dem Unfall vom 2. Juni 2017 kein adäquater Kausalzusammenhang bestehe, seien die Versicherungsleistungen zu Recht per 28. Februar 2018 eingestellt worden. Der Beschwerdeführer habe keinen Anspruch auf weitere Geldleistungen in Form einer Invalidenrente, einer Übergangsrente und/oder einer Integritätsentschädigung (Urk. 2 S. 14). 1.

### **E. 2**

Mit Eingabe vom 23. August 2018 erhob X.\_\_\_\_ Beschwerde gegen den Einspracheentscheid der Suva vom 25. Juni 2018. Er beantragte, dass ihm in Aufhebung des angefochtenen Entscheids auch über den 28. Februar 2018 hinaus Leistungen nach dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) zu sprechen

seien. Eventualiter sei der angefochtene Entscheid aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen mit der Anweisung, den medizinischen Sachverhalt rechtsgenügend abzuklären und hernach über seine Versicherungsansprüche neu zu

befinden. In verfahrensrechtlicher Hinsicht ersuchte er um Bestellung einer unentgeltlichen Rechtsvertreterin in der Person von Rechtsanwältin Aurelia Jenny, Zürich (Urk. 1 S.).

Die Beschwerdegegnerin beantragte mit Beschwerdeantwort vom 30. Oktober 2018 Abweisung der Beschwerde (Urk. 13, unter Beilage der Suva-Akten [Urk. 14/1-131]) und der orthopädisch-chirurgischen Beurteilung von PD Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, Leiter Fachgruppe Chirurgie, Suva, Versicherungsmedizin, vom 26. Oktober 2018 [Urk. 14/132]).

Mit Verfügung vom 19. Juni 2019 wurde dem Beschwerdeführer in Bewilligung des Gesuchs vom 23. August 2018 Rechtsanwältin Aurelia Jenny, Zürich, als unentgeltliche Rechtsvertreterin für das vorliegende Verfahren bestellt (Urk. 16).

Die Parteien hielten replicando (Urk. 17) und duplicando (Urk. 20) jeweils an ihren Anträgen fest. Dem Beschwerdeführer wurde am 21. August 2019 ein Doppel der Duplik zugestellt (Urk. 21).

#### **E. 2.4.1**

Für die Beurteilung der Frage, ob ein Unfall nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und der allgemeinen Lebenserfahrung geeignet ist, eine psychische Gesundheitsschädigung herbeizuführen, ist nach der in BGE 115 V 133 ergangenen Rechtsprechung auf eine weite Bandbreite von Versicherten abzustellen. Dazu gehören auch jene Versicherten, die aufgrund ihrer Veranlagung für psychische Störungen anfälliger sind und einen Unfall seelisch weniger gut verkraften als Gesunde, somit im Hinblick auf die erlebnismässige Verarbeitung des Unfalles zu einer Gruppe mit erhöhtem Risiko gehören, weil sie aus versicherungsmässiger Sicht auf einen Unfall nicht optimal reagieren (BGE 115 V 133 E. 4b).

Für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhanges zwischen dem Unfall und psychischen Gesundheitsschädigungen ist im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall für die Entstehung der Arbeits- beziehungsweise Erwerbsunfähigkeit eine massgebende Bedeutung zukommt. Dies trifft dann zu, wenn er objektiv eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt (vgl. RKUV 1996 Nr. U 264 S. 288 E. 3b; BGE 115 V 133 E. 7 mit Hinweisen). Für die Beurteilung dieser Frage ist an das Unfallereignis anzuknüpfen, wobei – ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf – folgende Einteilung vorgenommen wurde: banale beziehungsweise leichte Unfälle einerseits, schwere Unfälle andererseits und schliesslich der dazwischen liegende mittlere Bereich (BGE 115 V 133 E. 6; vgl. auch BGE 134 V 109 E. 6.1, 120 V 352 E. 5b/aa; SVR 1999 UV Nr.

10 E. 2).

#### **E. 2.4.2**

Bei banalen Unfällen wie zum Beispiel bei geringfügigem Anschlagen des Kopfes oder Übertreten des Fusses und bei leichten Unfällen wie zum Beispiel einem gewöhnlichen Sturz oder Ausrutschen kann der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychischen Gesundheitsstörungen in der Regel ohne weiteres verneint werden, weil aufgrund der allgemeinen Lebenserfahrung aber auch unter Einbezug unfallmedizinischer Erkenntnisse davon ausgegangen werden darf, dass ein solcher Unfall nicht geeignet ist, einen erheblichen Gesundheitsschaden zu verursachen (BGE 120 V 352 E. 5b/aa, 115 V 133 E. 6a). 2.

### E. 3

Der Beschwerdeführer lässt demgegenüber im Wesentlichen vorbringen, Dr. B.\_\_\_\_ sei nach durchgeführter MRI-Untersuchung seines rechten Knies zum Schluss gekommen, dass eine verdickte und verkürzte Patellasehne mit einer Patella baja vorliege, welche eine Flexionseinschränkung am Knie zumindest teilweise erklären könnte. Des Weiteren habe anlässlich der am 28. Juni 2018 durchgeführten Operation unter Narkose lediglich eine Knieflexion von 15 Grad erreicht werden können. Dr. B.\_\_\_\_ habe eine massive Synovitis und das Vorliegen derber Narbenstrukturen entdeckt. Dr. B.\_\_\_\_ habe das Knie persönlich im Rahmen einer Operation untersuchen können. Nach seiner Einschätzung seien die Beschwerden klarerweise auf das Unfallereignis zurückzuführen (Urk. 1 S. 7). Die Ergebnisse der Narkosemobilisation im Januar 2018 würden dadurch stark relativiert und könnten nicht per se als Indiz dafür herangezogen werden, dass die jetzigen Beschwerden nicht auf das Unfallereignis vom 2. Juni 2017 zurückzuführen seien (Urk. 1 S. 10, Urk. 17 S. 1-2).

Weil die Bewegungseinschränkungen unter Narkose bestätigt worden seien, könne auch eine willentliche Simulation ausgeschlossen werden (Urk. 17 S. 2). Die Unfallkausalität der weiterhin bestehenden Beschwerden sei zu bejahen und es bestehe auch über den 28. Februar 2018 hinaus eine Leistungspflicht seitens der Beschwerdegegnerin (Urk. 1 S. 7). Nach dem Dafürhalten von Dr. B.\_\_\_\_ sei

die Durchführung einer Arthrolyse angezeigt (Urk. 1 S.

8, S. 10). Es müsse zudem berücksichtigt werden, dass es nach der Erstbehandlung am rechten Knie zu Komplikationen im Heilverlauf gekommen sei, welche mehrere weitere Eingriffe mit Wundrevisionen erforderlich gemacht hätten. Diese Eingriffe seien klarerweise im Zusammenhang mit dem Unfallereignis gestanden. Nun sei es zu einer Vermehrung von Bindegewebe gekommen beziehungsweise eine r

Arthrofibrose, welche sich nachweislich auf die Beweglichkeit des Knies auswirken würde (Urk. 1 S. 11). Die vom behandelnden Arzt erwähnte Arthrofibrose könne gemäss der Stellungnahme von PD Dr. D.\_\_\_\_

auch durch Narbenbildung hervorgerufen werden. Eine solche liege gemäss Operationsbericht von Dr. B.\_\_\_\_ vom 28. Juni 2018 beim Beschwerdeführer nachweislich vor (Urk. 17 S.

2). Zudem sei - wie erwähnt - festgestellt worden, dass

die Gelenkkapsel entzündet sei (Synovitis). Es könne daher nicht ausgeschlossen werden, dass die aktuellen Diagnosen ebenfalls im Rahmen eines protrahierten und komplikationsbehafteten Heilungsverlaufs aufgetreten seien. Dies müsste näher abgeklärt werden, wenn dem Vorbringen des Beschwerdeführers, wonach seine Beschwerden nach wie vor unfallbedingt seien, nicht sowieso gefolgt werde (Urk. 1 S. 11). 2.

#### 2.1

Gemäss Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) werden - soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt - die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt. 2.2

Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise

arbeitsunfähig, so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 % invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente, sofern sich der Unfall vor Erreichen des ordentlichen Rentenalters ereignet hat (Art. 18 Abs. 1 UVG). Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG).

Wird der Entscheid der IV über die (berufliche) Eingliederung erst später gefällt, kann dies Anlass für eine das Taggeld ablösende Übergangsrente nach Art. 19 Abs. 3 UVG in Verbindung mit Art. 30 UVV bilden. Damit eine Übergangsrente nach Art. 19 Abs. 3 UVG ausgerichtet werden kann, muss der ausstehende IV-Entscheid über die berufliche Eingliederung Vorkehren beschlagen, welche einer Eingliederungsproblematik aufgrund eines unfallkausalen Gesundheitsschadens gelten. Rechtsprechungsgemäss kann sich sodann der in Art. 19 Abs. 1 erster Satz UVG vorbehaltene Abschluss allfälliger IV-Eingliederungsmassnahmen, soweit es um berufliche Massnahmen geht, nur auf Vorkehren beziehen, welche geeignet sind, den der Invalidenrente der Unfallversicherung zu Grunde zu legenden Invaliditätsgrad zu beeinflussen. Für das Vorliegen dieser Voraussetzungen braucht es konkrete Anhaltspunkte (Urteile des Bundesgerichts 8C\_892/2015 vom 29. April 2016 E. 4.1 und 8C\_588/2013 vom 16. Januar 2014 E. 3.4).

Wie jede Leistung der Unfallversicherung müssen für die Ausrichtung einer Übergangsrente der natürliche und adäquate Kausalzusammenhang gegeben sein. Der Voraussetzung des adäquaten Kausalzusammenhangs kommt dabei die Funktion einer Haftungsbegrenzung zu (BGE 129 V 177 E. 3.3 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C\_272/2009 vom 1. Oktober 2009 E. 4.1, Urteil des Bundesgerichts 8C\_176/2018 vom 27. September 2018 E. 12). 2.3

### 2.3.1

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 entfiel (BGE 129 V 177 E. 3.1, 402 E. 4.3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die 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). 2.3.2

Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2, 402 E. 2.2, 125 V 456 E. 5a).

Bei objektiv ausgewiesenen organischen Unfallfolgen deckt sich die adäquate, das heisst rechtserhebliche Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung (BGE 134 V 109 E. 2.1).

### **E. 3.1.1**

Bei der radiologischen Untersuchung im A.\_\_\_\_ vom 17. August 2017 des rechten Knies zeigte sich verglichen mit der Voruntersuchung vom 5. August 2017 weiter hin kein Hinweis auf ossäre Läsionen, eine normale Stellung im Kniegelenk und ein regredienter Erguss suprapatellär (Urk. 14/24).

### **E. 3.1.2**

Die MRI-Untersuchung im A.\_\_\_\_

vom 22. August 2017 ergab eine bei Status nach Patellafraktur entsprechend residuelle Signalalternation am lateralen Patellarand ohne Hinweis auf eine Osteomyelitis, eine zentrale Signalalternation der Patellarsehne, am ehesten infolge einer Partialruptur derselben, Zeichen der Inaktivitätsosteopenie

femoro tibial und patellofemoral sowie Degeneration des medialen Meniskushinterhorns (Urk. 14/25).

### **E. 3.1.3**

Nach der Untersuchung des Beschwerdeführers vom 24. August 2017 hielten

die Ärzte des A.\_\_\_\_, Klinik für Traumatologie, fest, dass sich klinisch-radiologisch keine weiteren Traumafolgen ergeben hätten. Das Knie sollte vollumfänglich belastet und beübt werden dürfen. Die vom Beschwerdeführer angegebenen Schmerzen könnten derzeit zu keinem MRI-Befund korreliert werden. Sie würden daher keine Veranlassung für eine weitere Arbeitsunfähigkeit sehen. Es sei eine schnellstmögliche vollumfängliche Belastung und Beweglichkeit anzustreben (Urk. 14/27 S. 2).

### **E. 3.2.1**

Suva-Kreisarzt

med. pract. E.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, hielt nach der Untersuchung des Beschwerdeführers vom 13. November 2017 in seiner Beurteilung fest, dass der Beschwerdeführer beim Ereignis vom 2. Juni 2017 eine laterale Absprengung der Patella infolge einer Kontusion erlitten habe. Im Verlauf habe sich eine Bursitis präpatellaris entwickelt, die operativ entfernt und wegen Wundheilungsstörungen mit einem VAC-Verband habe versorgt werden müssen. Es sei eine verzögerte Wundheilung mit sekundärem Wundverschluss erfolgt. Im Verlauf habe sich ein erhebliches

Schmerzsyndrom entwickelt, welches zu einer vollständigen Bewegungseinschränkung im Bereich des rechten Kniegelenks trotz intensiver Physiotherapie geführt habe. Bei der heutigen Untersuchung könne eine Immobilität im Bereich des rechten Kniegelenks sowie eine deutliche Inaktivitätsatrophie des rechten Oberschenkels festgestellt werden (Urk. 14/50 S.

4).

Aufgrund des vom Versicherten angegebenen Schmerzsyndroms sei die aktive Überprüfung des Bewegungsausmasses im rechten Kniegelenks nicht durchführbar, die passive Überprüfung werde verweigert. Die überwiegend wahrscheinlichen unfallkausalen strukturellen Läsionen seien sowohl klinisch als auch radiologisch

verheilt. Das im heutigen Untersuchungsbefund erhobene Ergebnis hinsichtlich der Bewegungsunfähigkeit im rechten Kniegelenk sei durch die Unfallfolgen nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erklärbar. Auch seien die vom Versicherten geklagten Schmerzen, die mit 10 auf der visuellen Analogskala (VAS) angegeben würden, durch die erlittene Patellafraktur und die konsekutive Bursitis präpatellaris nicht erklärbar (Urk. 14/50).

### **E. 3.2.2**

In seiner ärztlichen Beurteilung vom 18. Juni 2018 führte med. pract. E.\_\_\_\_\_

betreffend die Kniebeschwerden unter anderem aus, dass die Narkosemobilisation, durchgeführt am 9. Januar 2018 im A.\_\_\_\_, eine ausreichende Beweglichkeit des rechten Kniegelenks gezeigt habe. Aus den nachfolgenden Berichten

sowohl der Fachabteilungen Traumatologie, Orthopädie und Schmerztherapie gehe hervor, dass die Therapiemöglichkeiten weitgehend ausgeschöpft gewesen seien, und dass die durchgeführte Diagnostik inklusive objektivierbaren Befunden die vom Beschwerdeführer demonstrierten Bewegungseinschränkungen und Schmerzen nicht hätten erklären können (Urk. 14/107 S. 3).

### **E. 3.3**

3

Im Austrittsbericht vom 1. Juli 2018 zur Hospitalisation des Beschwerdeführers vom 28. Juni bis 1. Juli 2018 im H.\_\_\_\_, führte Dr. B.\_\_\_\_\_ die folgenden Diagnosen an (Urk. 14/116 S. 2): - Kniesteife rechts bei schwerer Arthrofibrose - Status nach Kniegelenksverletzung rechts vom 2. Juni 2017 mit: - Primärer offener lateraler Patellafraktur mit Bursaeröffnung - Status nach Bursektomie am 24. Juni 2017 mit nachfolgender VAC-Behandlung - Sekundärer Wundverschluss Kniegelenk rechts am 18. Juni 2017 - Status nach Narkose-Mobilisation Kniegelenk rechts am 8. Januar 2018

Dazu führte Dr. B.\_\_\_\_\_ unter anderem aus, dass am 8. Januar 2018 im A.\_\_\_\_\_ eine Narkose-Mobilisation durchgeführt worden sei. Gemäss Operationsbericht sei eine Flexion von 90 Grad erreicht worden. Bereits am 22. Januar 2018, anlässlich einer Erstkonsultation habe das Kniegelenk rechts nicht mehr gebeugt werden können. Es sei vorerst eine konservative Therapie erfolgt. Eine Erklärung für die Bewegungseinschränkung habe sich nicht gefunden. Ein MRI vom 8. Februar 2018 habe jedoch eine Patella baja mit einem verkürzten und verdickten Ligamentum patellae gezeigt. Da sich die Situation nicht gebessert habe und die Schmerzen eher zunehmend gewesen seien, habe sich der

Beschwerdeführer für eine erneute Mobilisation in Narkose in Arthroskopie-Bereitschaft entscheiden (Urk. 14/116 S. 2).

### **E. 3.3.1**

Nach der auf Zuweisung von Dr. B.\_\_\_\_

am 8. Februar 2018 durchgeführten MRI-Untersuchung gelangte Dr. med. F.\_\_\_\_, Radiologie und G.\_\_\_\_,

C.\_\_\_\_, zu folgender Beurteilung (Urk. 14/93 S. 1): «Nach Burssektomie und Fraktur noch ödematöse Patella und Hinweis auf eine kleine subchondrale

Nekrosezone am lateralen Femurkondylus

posterior. Kein signifikanter Gelenkserguss oder Knorpelläsionen. Auffallend ist die Verdickung und deutliche Verkürzung der Patellarsehne, möglicherweise postentzündlich bedingt. Partialruptur des vorderen Kreuzbandes».

### **E. 3.3.2**

Dr. B.\_\_\_\_

hielt nach der MRI-Untersuchung vom 8. Februar 2018

in seinem Sprechstundenverlaufsbericht vom selben Tag sowie in seinem Bericht zuhanden des Suva-Kreisarztes vom 14. Februar 2018 fest, dass als Hauptbefund eine Patella baja imponiere. Das Ligamentum patellae stelle sich verkürzt und verdickt dar. Der Beschwerdeführer sei zur klinischen Untersuchung vom 8. Februar 2018 immer noch mit einem gestreckten Knie erschienen. Auch bei der heutigen Untersuchung könne das Kniegelenk mit Mühe maximal 10 Grad gebeugt werden. Aufgrund der Patella baja sei ein Beugedefizit gut erklärbar und liege möglicherweise auch vor. Die nahezu vollständige Beugeunfähigkeit mit gestrecktem respektive passiv maximal 10 Grad flektierbaren Kniegelenk sei jedoch nicht erklärbar (Urk. 14 / 91 S. 1, Urk. 14 /92 S. 3).

### **E. 3.4**

PD Dr. D.\_\_\_\_

hielt in seiner orthopädisch-chirurgischen Beurteilung vom 26.

Oktober 2018 fest, dass sich die Verletzung der rechten Kniescheibe bildgebend als Absprengung in der aussenseitigen Region dargestellt habe. Sie sei von Dr. B.\_\_\_\_

als extraartikulär, mithin ausserhalb des Gelenks gelegen, beurteilt worden. Er stimme mit Dr. B.\_\_\_\_ überein, dass bei der Computertomographie (CT)-Untersuchung vom 8. Juni 2017 keine Beteiligung der Gelenkfläche erkennbar gewesen sei. Abgesehen von diesen bildgebenden Befunden würden sich über den gesamten Verlauf, und auch von Dr. B.\_\_\_\_ erhoben, keine wesentlichen klinischen Untersuchungsergebnisse zeigen, welche auf einen unfallkausal pathologisch intraartikulären, mithin sich im Inneren des Gelenks abspielenden Prozess hinweisen würden

(Urk. 14/132 S. 5). Dagegen würden die Spezialisten des A.\_\_\_\_ einen «hohen (n) Muskeltonus im Bereich des Oberschenkels» beschreiben, was auch von Dr. B.\_\_\_\_ nach der Untersuchung vom 22. Januar 2018 bestätigt worden sei. Er habe festgehalten, dass klinisch eine aktive Anspannung der (sic) Quadriceps

imponiert habe . Eine solche Muskelaktivität sei somatisch nicht mit den Folgen des Geschehens vom 2. Juni 2017 zu erklären. Gleichwohl sei ein hierdurch bedingtes dauerhaftes Verharren in Streckstellung geeignet, wie bei einer Gips immobilisation zu einem Verlust der Beweglichkeit zu führen.

Der Verlust von Beweglichkeit im Kniegelenk sei vor allem für die Streckung von grosser klinischer Bedeutung. Hier könnten bereits geringe Einbussen zu erheblichen Einschränkungen führen, weshalb diese schneller und häufiger auftreten würden. Beim Beschwerdeführer sei jedoch das Gegenteil der Fall. Über den gesamten Verlauf werde die Extension als vollständig gegeben und damit als normal dokumentiert. Ein Beugeverlust, der sich typischerweise kontinuierlich entwickle und deutlich günstigere therapeutische Optionen bieten würde, habe dagegen in vorliegendem Fall bereits zum ersten Zeitpunkt einer ärztlichen Dokumentation am 13. Juli 2017 eine submaximale Ausprägung gezeigt («auf 10° reduziert») und bleibe im Weiteren ohne wesentliche Änderung. Bei der Untersuchung vom 13. November 2017 habe der Kreisarzt sodann (und im Gegensatz zu einer Untersuchung im A. \_\_\_ vier Tage zuvor) ein komplett steifes Kniegelenk festgestellt. Damit sei ein Befund dokumentiert, der als Ankylose, mithin als vollständige pathologische Unbeweglichkeit zu werten sei (im Gegensatz zu einer operativ angestrebten Gelenkversteifung, einer Arthrodesis), und in kompletter Streckstellung als ausgesprochen aussergewöhnlich zur Kenntnis genommen werden müsse. Eine Arthrofibrose, welche sich wesentlich aufgrund der Auswirkungen von Absonderungen der Gelenkinnenhaut entwickle, lasse entsprechende intraartikuläre Befunde, insbesondere Flüssigkeitsansammlungen erwarten. Abgesehen von der zeitlich ersten dokumentierten ärztlichen Konsultation am 8. Juni 2017 («leichter Gelenkerguss») und im Verlauf am 17. August 2017 («mässiger Gelenkerguss») werde zu keinem Zeitpunkt eine intraartikuläre Flüssigkeitsansammlung dokumentiert. Vielmehr habe sich der lokale Gelenkbefund, abgesehen von Druckschmerzhaftigkeit, durchgehend praktisch unauffällig und in orthopädisch-chirurgisch unerklärtem Widerspruch zu den vom Beschwerdeführer angegebenen Beschwerden und Funktionseinbussen präsentiert. So habe sich bei der am 9. Januar 2018 im A. \_\_\_ im Rahmen der Mobilisation vorgenommenen Untersuchung in Narkose gemäss Bericht «kein Hämarthros, keine Schwellung im Kniegelenk» gezeigt. Auch der am 22. Januar 2018 erstmalig konsultierte Dr. B. \_\_\_ beschreibe ein «ergussfreies Kniegelenk» und habe als Hauptbefund eines am 8. Februar 2018 durchgeführten Kernspintomogramms eine Patella baja, mithin eine zu tief stehende Kniescheibe, erhoben. Dr. B. \_\_\_ habe festgehalten, dass hiermit «ein Beugedefizit gut erklärbar» sei. Die ergänzend getroffene Aussage,

«die nahezu vollständige Beugeunfähigkeit [...] ist jedoch nicht erklärbar» sei mit Nachdruck zu bestätigen (Urk. 14/132 S.

6). Typische Folge von Vernarbungen im oberen Rezessus, wie es auch in vorliegendem Fall von Dr. B. \_\_\_ beschrieben werde, sei demnach eine Patella alta, mithin ein pathologischer Hochstand der Kniescheibe und damit das Gegenteil einer Patella baja (Urk. 14/132 S.

6-7). Eine Patella baja, ein Tiefstand, trete dagegen mit Vernarbungen unterhalb der Kniescheibe, im anterioren Intervall auf. Ein Zusammenhang einer Patella baja mit einer vornehmlich im oberen Rezessus ausgeprägten Arthrofibrose sei zwar nicht zwingend auszuschliessen, eine Patella baja als unfallkausale Ursache für einen Beugeverlust des

Kniegelenks sei im vorliegenden Fall jedoch unwahrscheinlich (Urk. 14/132 S. 7).

Auf orthopädisch-chirurgischen Fachgebiet habe der Unfall vom 2. Juni 2017 in Bezug auf die nach dem 28. Februar 2018 anhaltenden Beschwerden am rechten Knie mit überwiegender Wahrscheinlichkeit jegliche kausale Bedeutung verloren. Die anhaltenden Beschwerden am rechten Knie seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht auf ein objektives unfallkausales organisches Korrelat zurückzuführen (Urk. 14/132 S. 7). 4 .

4.1

Der Beschwerdeführer bringt im Wesentlichen vor, dass der

Unfall vom 2. Juni 2017 gemäss den Berichten von Dr. B. \_\_\_\_

Ursache seiner Beschwerden

sei (E. 1.3). Falls aufgrund dieser Berichte von Dr. B. \_\_\_\_ auch nur geringe Zweifel am Beweiswert der Beurteilungen der für die Beschwerdegegnerin tätigen Ärzte med. pract . E. \_\_\_\_ und PD Dr. D. \_\_\_\_ bestünden, müssten vorliegend weitere Abklärungen durchgeführt werden (E. 2).

## **E. 5**

Diese Erwägungen führen zur Abweisung der Beschwerde.

### **E. 6.1**

Die unentgeltliche Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers, Rechtsanwältin Aurelia Jenny, machte von der Möglichkeit zur Einreichung einer Honorarnote keinen Gebrauch (vgl. Dispositiv-Ziffer 1 der Verfügung vom 19. Juni 2016 [Urk. 16]).

Ihre Entschädigung ist daher nach Ermessen unter Berücksichtigung dessen, dass Rechtsanwältin Aurelia Jenny den Beschwerdeführer bereits im Verwaltungsverfahren vertreten hat (vgl. Urk. 14/89), auf Fr. 2'000.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) festzusetzen.

### **E. 6.2**

Der Beschwerdeführer

ist auf § 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hinzuweisen, wonach er zur Nachzahlung der Auslagen für die unentgeltliche Rechtspflege verpflichtet ist, sobald er dazu in der Lage ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Die unentgeltliche Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers, Rechtsanwältin Aurelia Jenny, Zürich, wird mit Fr. 2'000.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Aurelia Jenny - Suva - Bundesamt für Gesundheit sowie an: - Gerichtskasse 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 Bundes

gesetzes 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 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar ( Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu stellen.

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

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