

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00251

vom 6. April 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-04-06, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2018.00251

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00251 du 6 avril 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00251 del 6 aprile 2020

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1953, war seit 2001 bei der Y.____ als Lüftungsanla gebauer tätig und damit bei der Suva unfallversichert, als er sich am 23. Novem ber 2017 bei einem Sprung aus zirka 80 cm Höhe Verletzungen am rechten Knie zuzog (Urk. 12/1, Urk. 12/10).

Die Suva stellte die von ihr erbrachten Leistungen mit Verfügung vom 11. Juni 2018 per 4. Januar 2018 ein (Urk. 12/34). Die dagegen am 13. Juli 2018 erhobene (Urk. 12/35) und am 16. August 2018 begründete Einsprache (Urk. 12/37) wies sie mit Einspracheentscheid vom 5. September 2018 ab (Urk. 12/45 = Urk. 2).

E. 1.1

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung (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 an deren 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).

E. 1.2

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Ver waltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm ob liegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Be weisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosse Mög lichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsan spruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b).

E. 1.3

UV170060 Kausalzusammenhang natürlich, Vorzustand krankhaft, Beweiswürdigung 01.2015 Wird durch den Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, fällt der natürliche Kausalzusammenhang dahin, wenn und sobald der

Gesundheitsschaden nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist (RKUV 1992 Nr.

U 142 S.

75 E.

4b mit Hinweisen; nicht publiziertes Urteil des Bundesgerichts U

172/94 vom 26.

April 1995). Das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens muss mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der Überwiegen der Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein (RKUV 2000 Nr.

U 363 S.

45; BGE

119 V 7 E. 3c/ aa). Die blosser Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalles genügt nicht. Da es sich hierbei 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 dem Erreichen des Status quo sine vel ante entfällt eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden. Solange jedoch der Status quo sine vel ante noch nicht wieder erreicht ist, hat der Unfallversicherer gestützt auf Art. 36 Abs. 1 UVG in aller Regel neben den Taggeldern auch Pflegeleistungen und Kostenvergütungen zu übernehmen, worunter auch die Heilbehandlungskosten nach Art. 10 UVG fallen (Urteil des Bundesgerichts 8C_637/2013 vom 11. März 2014 E. 2.3.2).

E. 1.4

Nach der Rechtsprechung kann eine – nicht besonders schwerwiegende – Verletzung des rechtlichen Gehörs ausnahmsweise als geheilt gelten, wenn die betroffene Person die Möglichkeit erhält, sich vor einer Beschwerdeinstanz zu äussern, die sowohl den Sachverhalt wie die Rechtslage frei überprüfen kann (BGE 127 V 431 E. 3d/ aa). Von einer Rückweisung der Sache an die Verwaltung ist selbst bei einer schwerwiegenden Verletzung des rechtlichen Gehörs dann abzu sehen, wenn und soweit die Rückweisung zu einem

formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem (der Anhörung gleichgestellten) Interesse der betroffenen Partei an einer beförderlichen Beurteilung der Sache nicht zu vereinbaren wären (BGE 132 V 387 E. 5.1).

E. 2

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), es genüge nicht, wenn die Beschwerdegegnerin einzig auf die Stellungnahmen ihres Versicherungsarztes abstelle (S. 6 Ziff. 23), welcher ihn persönlich gar nie gesehen habe (S. 6 Ziff. 20). Die Beschwerdegegnerin habe damit die Untersuchungsmaxime verletzt (S. 7 Ziff. 27). Auch falls davon ausgegangen würde, der Sachverhalt sei genügend abgeklärt, wäre die Sache wegen Verletzung des rechtlichen Gehörs an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (S. 7 Ziff. 25), denn er habe zum im Einspracheverfahren eingeholten kreisärztlichen Bericht keine Stellung nehmen können (S. 8 Ziff. 28).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging im angefochtenen Entscheid (Urk. 2) davon aus, gemäss kreisärztlicher Beurteilung habe der Unfall nur zu einer vorübergehenden Verschlimmerung eines krankhaften Vorzustandes am rechten Knie geführt, der Status quo sine sei nach 6 Wochen erreicht gewesen (S. 10 f. Ziff. 4c). Auch der erst behandelnde Arzt habe anfänglich festgehalten, die Behandlung könne bei der diagnostizierten Knie-Distorsion/-kontusion voraussichtlich in 4 bis 6 Wochen abgeschlossen werden (S. 9 Ziff. 4a).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist, ob im Zeitpunkt der verfügten Leistungseinstellung der Status quo sine erreicht war.

E. 2.4

Eine allfällige Gehörsverletzung ist als geheilt zu beurteilen, denn nachdem der Beschwerdeführer im vorliegenden Verfahren dreimal Stellung genommen und eine vierte Stellungnahme in Aussicht gestellt, dann aber unterlassen hat, würde eine Rückweisung offensichtlich einen Leerlauf darstellen (vgl. vorstehend E. 1.4).

E. 3.1

3

Dr. med. H.____, Praxis Dr. A.____ (vorstehend E. 3.3), nannte im Bericht vom 7. November 2018 (Urk. 29) über die gleichentags erfolgte Untersuchung (Nachkontrolle) folgende Diagnosen (S. 1): - Complex Regional Pain Syndrome (CRPS) Typ I oberes Sprunggelenk (OSG) und Fuss rechts nach OSG-Distorsion vom 26. Juni 2018 - chronisches rezidivierendes Lumbovertebral-Syndrom rechts Juli 2016 - metabolisches Syndrom mit Adipositas, Hypertonie und Diabetes mellitus Typ II - Verdacht auf beginnende PAVK Stadium I rechts mit klinisch Wadenkrämpfen beim Bergaufgehen - obstruktive Pneumopathie - Hypothyreose, medikamentös substituiert - Rotations-Anomalie abdominal

Unter der CRPS-Therapie zeige sich ein sehr schöner Verlauf mit kompletter Beschwerderegredienz. Er schliesse seine Therapie ab (S. 1 unten). Entsprechend folge ein schrittweiser Ausbau der Arbeitsfähigkeit auf 100 % per 26. November 2018 (S. 1 f.).

E. 3.2

Die Erstbehandlung erfolgte am 30. November 2017 durch med. pract. Z.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, der im Zeugnis vom 10. Januar 2018 (Urk. 12/10) als Befund Folgendes festhielt: Schwellung Kniegelenk, Meniskuszeichen negativ, Zeichen eines Gelenkergusses, MRT Knie: subchondrale Infraktion lateraler Femurkondylus (Ziff. 4). Als Diagnose nannte er eine Knie distorsion/-kontusion rechts (Ziff. 5). Er attestierte eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % ab 30. November 2017 und bis auf Weiteres (Ziff. 8) und führte aus, Behandlungsabschluss sei voraussichtlich in 4-6 Wochen (Ziff. 10).

E. 3.3

Dr. med. A.____, Facharzt für Chirurgie, berichtete am 13. Dezember 2017 über seine am Vortag erfolgte Untersuchung (Urk. 12/11). Er nannte die folgenden Diagnosen (S. 1 Mitte): - Status nach Knie distorsion/-kontusion rechts am 23. November 2017 - MR-tomografisch subchondrale Infraktion lateraler Femurkondylus mit ausgedehntem Bone

Bruise, Differentialdiagnose (DD) beginnende vasculäre (richtig wohl: avaskuläre) Nekrose femoral - geringgradige

Chondromalazie

femoral medial - teilrupturierte

Bakerzyste, periartikuläres subkutanes Ödem - metabolisches Syndrom - Adipositas, Dislipidämie - Hypertonie - Diabetes mellitus, medikamentös behandelt - Verdacht auf beginnende periphere arterielle Verschlusskrankheit (pVAK) Stadium I rechts mit klinisch Wadenkrämpfen bei Bergaufgehen - obstruktive Pneumopathie - chronisch rezidivierendes Lumbovertebralsyndrom rechts Juli 2016 - Hypothyreose, medikamentös substituiert - Rotationsanomalie abdominal

Anamnestisch hielt er fest, der Beschwerdeführer sei am 23. November 2017 aus zirka 80 cm Höhe auf den Boden gesprungen und habe anschliessend starke Knie schmerzen verspürt. Als diese nicht nachgelassen hätten, habe er (am 30. November 2017) med. pract. Z.____ aufgesucht (S. 1 unten).

Die von diesem veranlasste MR -Tomographie (vgl. nachstehend E. 3.4) habe vor allem einen Hauptbefund am lateralen Femurkondylus mit Infraktion der subchondralen Grenzlamellen gezeigt (S. 2 oben). Vorgesehen sei eine klinische Nachkontrolle durch med. pract. Z.____ nach Neujahr. Die Steigerung der Arbeitsfähigkeit richte sich nach den Beschwerden des Patienten (S. 2).

E. 3.4

Die Beurteilung der mit 15. Dezember 2017 datierten MR-Tomografie (MRT) des rechten Knies (Urk. 12/12) durch Dr. med.

B.____, Oberärztin Radiologie, C.____, lautete: - ausgedehntes Bone

brui se der lateralen Femurkondyle mit subchondraler Infraktion; eine fokale avaskuläre femorale Nekrose müsste im Verlauf ausgeschlossen werden - vorbestehend geringgradige Chondromalazie medial femoral; Gelenkerguss; teilrupturierte

Bakerzyste; periartikuläres subkutanes Ödem

E. 3.5

Die Beurteilung einer am 7. Februar 2018 erstellten MRT des rechten Knies (Urk. 12/51) durch Dr. med. D.____, Facharzt für Radiologie, C.____, lautet: Zum 15. Dezember 2017 zeigte sich lokal im lateralen Femurkondylus eine regrediente Aktivität bei allerdings immer noch Zeichen der ablaufenden Osteonekrose; hier kein unterdessen aufgetretener Knocheneinbruch. Allerdings neu aufgetretene Aktivität im medialen femorotibialen Gelenkraum, wie es jeweils im Rahmen von degenerativen Veränderungen gesehen werden kann. Allerdings verbleibt es unklar, weshalb es hier plötzlich zu einer Aktivität kommen sollte; eine unterdessen entstandene Meniskusläsion liegt nicht vor. Wenig Erguss mit Hinweis auf eine derzeitige Synovitis.

E. 3.6

Kreisarzt Dr. med. E.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, beantwortete am 28. Februar 2018

ihm unterbreitete Fragen (Urk. 12/22 S. 2) und führte aus, die aktuell geltend gemachten Kniebeschwerden seien nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 23. November 2017 zurückzuführen. Die avaskuläre Nekrose des lateralen Femurkondyls sei bereits im Röntgen 7 Tage nach dem Ereignis bildgebend dargestellt, das Ereignis sei nicht geeignet, eine solche binnen 7 Tagen herbeizuführen. Die MRT vom 15. Dezember 2017 habe den Röntgenbefund lediglich bestätigt, aber keine unfallkausalen Veränderungen bildgebend dargestellt. Das Ereignis sei eine Zerrung gewesen, der Status quo sine sei nach 6 Wochen eingetreten.

E. 3.7

Med. pract. Z.____ führte in seiner Stellungnahme vom 4. Juni 2018 (Urk. 12/37/6) aus, der Beschwerdeführer leide an einem ausgedehnten Bone

bruise der lateralen Femurkondyle mit subchondraler Infraktion und prolongierten lateralen Knieschmerzen seit dem 23. November 2017 (Ziff. 1). Diese Läsion sei auf das am 23. November 2017 erlittene Trauma zurückzuführen (Ziff. 2). Sie sei nicht vorbestehend gewesen und habe sich über die letzten Monate unter Ausschöpfung sämtlicher konservativer Massnahmen zögerlich verbessert (Ziff. 3). Es habe kein Vorzustand bestanden. Es sei davon auszugehen, dass die in der MRT vom 15. Dezember 201

E. 3.8

Dr. E.____ (vorstehend E. 3.6) wies in seiner am 8. Juni 2018 abgegebenen Beurteilung (Urk. 12/33) darauf hin, dass der Beschwerdeführer 2014 eine identische Erkrankung am linken Kniegelenk gehabt habe, deren Verlauf aufgrund der Anamnese nicht bekannt

sei. Als Risikofaktoren für eine vaskuläre (richtig wohl: avaskuläre) Nekrose bestünden Prädispositionsalter, Adipositas, Dyslipidämie, Diabetes mellitus, periphere arterielle Verschlusskrankheit und Hypothyreose. Mit MRT vom 15. Dezember 2017 bildgebend dargestellt sei eine beginnende avaskuläre Nekrose im Bereich des lateralen Femurkondylus. Die beschriebene subchondrale Infraktion sei pathognomonisch für eine ausgedehnte avaskuläre Nekrose und führe im Verlauf entweder zu einer Restitutio ad integrum oder zu einer Nekrose des Femurkondylus. Medizinisch beziehungsweise krankheitsbedingt sei der Verlauf zu beobachten. Unfallkausale Veränderungen seien bildgebend nicht dargestellt worden. Die aktuell geltend gemachten Beschwerden seien nicht überwiegend wahrscheinlich unfallkausal. Das Ereignis sei eine Prellung gewesen, der

Status quo sine sei nach einer Prellung regelhaft nach 6 Wochen erreicht (S. 3).

E. 3.9

Eine MRT des rechten Fusses vom 24. Juli 2018 (Urk. 22/1) ergab folgenden Befund: Keine Hinweise auf eine Stressfraktur. Zum Teil kleinknotige, fleckförmige Knochenmarködeme sowie Kontrastmittel-Aufnahme im fast gesamten Fussskelett mit zusätzlichem flächenförmigen Knochenmarködem und Kontrastmittel-Aufnahme auf Höhe des Talus, Os cuboideum sowie Metatarsalköpfchen

Dig. II, III, IV und V. Ausgeprägtes, perifokales Weichteilödem sowie diffuses Weichteilödem subkutan am Fussrücken. Aspektmässig und zusammen mit dem CT-Befund liegt weiterhin ein Verdacht auf eine ausgeprägte Algodystrophie vor.

E. 3.10

In seiner Beurteilung vom 20. August 2018 (Urk. 12/39; vgl. Urk. 12/43) führte Dr. E. ___ aus, die durch med. pract. Z. ___ gestellte Diagnose (vorstehend E. 3.7) sei nicht überwiegend wahrscheinlich. Eine «posttraumatische» Ätiologie des Brises

beziehungsweise

der avaskulären Nekrose sei (lediglich) möglich. Der Beschwerdeführer habe 2014 die gleiche Krankheit am linken Knie gehabt und habe mehrere Risikofaktoren, welche diese Krankheit begünstigen würden. Überwiegend wahrscheinlich handle es sich bei der avaskulären

Osteonekrose des lateralen Femorkondyls um eine Krankheit (S. 2 Ziff. 1).

Die Läsion sei nicht überwiegend wahrscheinlich unfallkausal, nur möglich. Wäre eine axiale Überbelastung durch den Sprung die Ursache eines Brises

, würde dieses überwiegend wahrscheinlich primär an Tibiaplateau und sekundär am Femorkondyl entstehen. Das Tibiaplateau zeige aber keine Zeichen einer axialen Überbelastung. Der Beschwerdeführer habe weitere Krankheiten, welche als mögliche Ursachen für die Krankheit avaskuläre Nekrose in Frage kämen. Die gleiche Krankheit habe 2014 im linken Knie vorgelegen und liege heute am rechten Fuss vor. Somit dürfe vermutet werden, dass eine mehrfach an verschiedenen Körperregionen wiederholt auftretende Krankheit bisher nicht lege artis behandelt worden sei

(S. 2 f. Ziff. 2).

Bildgebend seien bereits 3 Wochen nach dem Ereignis ausgedehnte Veränderungen festzustellen, die älter als 3 Wochen seien. Dass nun wieder die Krankheit «avaskuläre Nekrose» vorliege, sei ein medizinisches Alarmzeichen, geeignete Behandlungsmassnahmen seien indiziert (S. 3 Ziff. 3).

Medizinisch von grösster Bedeutung sei die Tatsache, dass der Beschwerdeführer gegenwärtig an den Folgen einer Minderdurchblutung im rechten Fuss leide und zum damaligen Zeitpunkt eine Minderdurchblutung im rechten Kniegelenk gehabt habe. Sein behandelnder Arzt möge ihn so bald als möglich lege artis untersuchen und behandeln (S. 4 Ziff. 6).

E. 3.14

Am 22. Juli 2019 erstatte med. pract. F.____ (vorstehend E. 3.12) eine weitere chirurgische Beurteilung (Urk. 33). Er wies darauf hin, dass sich der Bericht von Dr. H.____ (vorstehend E. 3.13) nicht auf die Knieverletzung vom 23. November 2017, sondern auf die Fussverletzung vom 26. Juni 2018 beziehe (S. 7 Ziff. 1). Er setzte sich eingehend mit jedem der Vorbringen in der Triplik vom 6. Juni 2019 (Urk. 28) auseinander, was ihn zum Schluss führte, die medizinische Argumentation des Rechtsvertreters des Versicherten vermöge nicht zu überzeugen. Sie sei Ausdruck fehlender medizinischer Kenntnisse und daraus abgeleiteter Schlussfolgerungen (S. 7 unten Ziff. 2). 4. 4.1

Das MRT vom 15. Dezember 2017 (vorstehend E. 3.4) ergab als Befund unter anderem einen ausgedehnten Bone

bruise des lateralen Femurkondylus mit subchondraler Infraktion. Dazu wurde festgehalten, im Verlauf müsse eine avaskuläre

femorale Nekrose ausgeschlossen werden.

Der Chirurg Dr. A.____, der die MRT veranlasst hatte, nannte als Diagnose eine Knie-distorsion/-kontusion mit unter anderem (als MRT-Befund) einer subchondralen Infraktion des lateralen Femurkondylus mit ausgedehntem Bone

bruise. Eine beginnende avaskuläre

femorale Nekrose nannte er als Differentialdiagnose (vorstehend E. 3.3).

Kreisarzt Dr. E.____ führte im Februar 2018 aus, die avaskuläre Nekrose sei bereits 7 Tage nach

dem Ereignis bildgebend (Röntgen) dargestellt worden, was zu kurz dafür sei, dass sie vom Unfall hätte verursacht werden können. Die MRT vom 15. Dezember 2017 habe den Röntgenbefund bestätigt und keine unfallkausalen Veränderungen bildgebend dargestellt. Der Status quo sine sei nach 6 Wochen eingetreten (vorstehend E. 3.6). Im Juni 2018 führte er aus, die MRT vom Dezember 2017 habe eine beginnende avaskuläre Nekrose dargestellt. Die identische Krankheit habe der Beschwerdeführer 2014 am linken Kniegelenk gehabt und er weise diesbezüglich näher genannte Risikofaktoren auf (vorstehend E. 3.8). Dies führte er auch im August 2018 aus, verbunden mit dem Hinweis, dass die gleiche Beeinträchtigung nun auch am rechten Fuss vorliege und - als Krankheit - dringend behandlungsbedürftig sei (vorstehend E. 3.10).

Der Allgemeinpraktiker med. pract. Z.____

erwähnte in seinem Bericht im Januar 2018 als MRT-Befund die subchondrale Infraktion des lateralen Femurkondylus, ohne Erwähnung einer

avaskulären Nekrose (vorstehend E. 3.2). Im Juni 2018 nahm er Bezug auf einen ausgedehnten Bone

bruise des lateralen Femurkondylus mit subchondraler Infraktion und prolongierten lateralen Knie schmerzen, was auf den Unfall zurückzuführen sei, mit einer seitherigen zögerlichen Verbesserung (vorstehend E. 3.7). Im Oktober 2018 führte er aus, der Bone

bruise (Knochenödem) sei eine reversible postkontusionelle Veränderung, die in der Regel vollkommen abheile. Auch die Ursache für eine avaskuläre Nekrose könne posttraumatisch sein. Die Veränderungen seien aus seiner Sicht klar als unfallkausal anzusehen (vorstehend E. 3.11).

Der Chirurg med. pract . F.____ führte in seiner Beurteilung vom November 2018 (vorstehend E. 3.12) unter anderem aus, aus näher dargelegten Gründen bestünde der Zweifel an der Klassifikation der bildgebend dargestellten Veränderungen als avaskuläre Nekrose (S. 7 oben). Die Veränderungen könnten hingegen durch ein Knochenmarksödem gut erklärt werden, was auch für die Beeinträchtigungen am linken Knie vor drei Jahren und aktuell am rechten Fuss gelte (S. 7 unten). Eine avaskuläre Nekrose als Ursache des Knochenmarködems sei überwiegend unwahrscheinlich und eine solche wäre ihrerseits nicht überwiegend wahrscheinlich unfallkausal (S. 10 oben). 4.2

In Würdigung der vorstehend wiedergegebenen Beurteilungen fällt entscheidend ins Gewicht, dass eine avaskuläre Nekrose erstmals im Zusammenhang mit dem MRT-Befund vom 15. Dezember 2017 erwähnt wurde, aber lediglich dahingehend, dass sich eine solche im Nachgang zum effektiv festgehaltenen Bone

bruise entwickeln könnte («muss im Verlauf ausgeschlossen werden»). Bei Dr. A.____ erschien sie sodann als Differentialdiagnose, Kreisarzt Dr. E.____ erachtete sie als bestehend (aber unfallfremd), und der Allgemeinpraktiker med. pract . Z.____ erwähnte sie kurz und bezeichnete sie ohne nähere Begründung als unfallkausal.

Der Versicherungsmediziner und Chirurg med. pract . F.____ legte demgegenüber schlüssig dar, aus welchen nachvollziehbaren Gründen nicht von einer avaskulären Nekrose - die überdies nicht unfallkausal wäre - auszugehen sei. Dieser Einschätzung ist zu folgen. 4.3

Med. pract . F.____ legte in seiner Beurteilung vom November 2018 (vorstehend E. 3.12) weiter dar, aus welchen Gründen nicht davon auszugehen sei, dass es beim Unfall zu einer Kniegelenksdistorsion (S. 6 oben) oder zu einem Anprall- oder einem relevanten axialen Stauchungstrauma gekommen sei (S. 6 Mitte). Die Bildgebung lasse vielmehr darauf schliessen, dass - wie bereits 2014 am linken Knie und aktuell am rechten Fuss - am rechten Knie ein Knochenmarködem aufgetreten sei (S. 7 unten), dessen Ursache nicht eindeutig gesichert sei. Hingegen sei der Ereignishergang gut geeignet gewesen, die Ruptur einer Bakerzyste zu verursachen, was sowohl die Flüssigkeitsansammlung im umliegenden Gewebe als auch plötzlich einschliessende Schmerzen hinreichend erkläre (S. 9 oben). Mit hin sei es beim Ereignis vom 23. November 2017 zur Ruptur einer vorbestehenden Bakerzyste gekommen und der dadurch verursachte Flüssigkeitsaustritt sei am 4. Januar 2018 abgeheilt gewesen (S. 10 oben). 4.4

Die Darlegung der Unfallfolgen durch med. pract . F.____ wird vollumfänglich durch die bildgebenden Befunde vom 15. Dezember 2017 und 7. Februar 2018 gestützt: Im Dezember 2017 wurden sowohl eine teilrupturierte

Bakerzyste als auch ein periartikuläres subkutanes Ödem festgestellt (vorstehend E. 3.4), und im Februar 2018 nicht mehr über ein Ödem berichtet (vorstehend E. 3.5).

Die fachärztliche Beurteilung durch med. pract . F.____ erweist sich demnach als in jeder Hinsicht überzeugend. Nachdem überdies nach ihr keine ihr widersprechenden medizinischen Stellungnahmen erstattet wurden, ist sie als massgebend zu erachten. Auf weitere Beweismassnahmen, insbesondere eine Einvernahme von med. pract . Z.____ (Urk. 1 S. 2 Ziff. 3), kann in antizipierter Beweiswürdigung

(BGE 124 V 90 E. 4b; 122 V 157 E. 1d) verzichtet werden, zumal med. pract . Z.____ als Facharzt für Allgemeine Innere Medizin nicht über die für die vorliegend strittigen medizinischen Fragen notwendige Fachausbildung verfügt.

4.5

Med. pract . F.____ hat in

seiner - wie eben dargelegt schlüssigen - Beurteilung bestätigt, dass am 4. Januar 2018 der Status quo sine eingetreten ist. Der angefochtene Entscheid erweist sich damit als rechtsens, was zur Abweisung der dagegen erhobenen Beschwerde führt. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Philip Stolkin - 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 Mosimann Tiefenbacher

E. 7

beschriebene Chondromalazie vorbestehend sei, allerdings sei diese leichte strukturelle Schädigung bislang nicht symptomatisch gewesen (Ziff.

4).

E. 10

oben).

Die Befunde am linken Kniegelenk sprächen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht für das Vorliegen einer avaskulären Nekrose, sondern für das Vorliegen eines Knochenmarködem-Syndroms (S. 10 Ziff. 1).

Der Status quo sine sei überwiegend wahrscheinlich am 4. Januar 2018 erreicht (S. 11 Ziff. 4b). Unfallkausal sei keine bleibende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der vorherigen Tätigkeit zu begründen (S. 11 Ziff. 6).

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