

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00262**

## **vom 3. Dezember 2019**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-12-03, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2018.00262](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2018.00262)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00262 du 3 décembre 2019

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00262 del 3 dicembre 2019

### **Erwägungen**

#### **E. 1.1**

Am 1. Januar 2017 sind die am 25. September 2015 beziehungsweise am 9. November 2016 verabschiedeten geänderten Bestimmungen des UVG und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) in Kraft getreten.

Gemäss den allgemeinen Übergangsrechtlichen Regeln sind der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen, die in Geltung standen, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende und somit rechtserhebliche Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 466 E. 1, 126 V 134 E. 4b, je mit Hinweisen). Dem entsprechend sehen die Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 des UVG vor, dass Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem 1. Januar 2017 ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt werden (Absatz 1 der genannten Übergangsbestimmungen).

Der hier zu beurteilende Unfall hat sich am 5. November 2016 ereignet, weshalb die bis 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Normen auf den vorliegenden Fall Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden.

#### **E. 1.2**

Gemäss Art. 6 UVG werden – soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt – die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Abs. 1). Der Bundesrat kann Körperschädigungen, die den Folgen eines Unfalles ähnlich sind, in die Versicherung einbeziehen (Abs. 2). Ausserdem erbringt die Versicherung ihre Leistungen bei Schädigungen, die den Verunfallten bei der Heilbehandlung zugefügt werden (Abs. 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

entfiele (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 blosse 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 überwiegen den Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein (RKUV 2000 Nr.

U 363 S.

45; BGE

119 V 7 E. 3c/ aa ). Die blosse Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls 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 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 Kos

tenvergütungen 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. 1.5**

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, 405 E. 2.2, 125 V 456 E. 5a).

Bei objektiv ausgewiesenen organischen Unfallfolgen deckt sich die adäquate, d.h. 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. 1.6**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

Nach der Rechtsprechung kommt auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee). Das Anstellungsverhältnis einer versicherungsinternen Fachperson zum Versicherungsträger alleine lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen (BGE 137 V 210 E. 1.4, 135 V 465 E. 4.4). 2.

## **E. 2**

).

### **E. 2.1**

Im angefochtenen Entscheid erwog die Beschwerdegegnerin, das Ereignis vom 5. November 2016 habe lediglich zu einer vorübergehenden Verschlimmerung eines degenerativen Vorzustandes an den Knien beidseits geführt. Der Status quo sine sei mit Bezug auf das rechte Knie spätestens sechs Wochen nach dem Ereignis vom 5. November 2016 eingetreten. Im Zusammenhang mit dem linken Knie sei zwar initial von einem Rückfall zum Ereignis vom 1. Oktober 1997 ausgegangen worden. Da sich inzwischen ergeben habe, dass bereits damals kein unfallkausaler Schaden und damit auch keine UV-Leistungspflicht bestanden habe, seien die im Zusammenhang mit dem linken Knie ausgerichteten Leistungen ex nunc et pro futura einzustellen; auch die Varus-Fehlstellung im linken Knie sei nicht überwiegend wahrscheinlich auf das Ereignis vom 1. Oktober 1997 zurückzuführen (Urk. 2).

### **E. 2.2**

Dagegen wandte der Beschwerdeführer ein, die kreisärztlichen (Akten-) Beurteilungen seien widersprüchlich. Sodann sei es seit dem Ereignis 1997 nachweislich zu einer frischen Meniskusläsion vom Typ Korbhenkel gekommen ; relevante Vor schäden seien demgegenüber nicht dokumentiert. Zudem könne aufgrund der im März 1998 durchgeführten Teilmeniskektomie ein Status quo sine nicht mehr erreicht werden, zumal das Risiko für die Entwicklung einer Arthrose dadurch fortan erhöht gewesen sei. Vielmehr sei die Teilmeniskektomie zumindest teilweise für die inzwischen entstandene Arthrose im linken Knie. Ausserdem stehe fest, dass die Beschwerden im linken Knie mit bzw. nach dem Ereignis vom 5. November 2017 entstanden seien und sich insbesondere auch nach dem Eingriff vom 29. Juni 2017 nicht besserten. Der verbliebene Reizzustand sei demnach entweder durch jenes Ereignis oder den misslungenen arthroskopischen Erhaltungsversuch [ vom 29. Juni 2017 ]

ausgelöst worden. Insofern sei auch ein

Leistungsbegründender

Behandlungsfehler denkbar. Es könne auch nicht ausgeschlossen werden, dass es zu einer richtunggebenden Verschlimmerung des zuvor stummen Knie-Vorzustandes ( Varusfehlstellung ) gekommen sei, weshalb der Status quo sine vel ante auch deshalb nie mehr erreicht werden könne. Beim komplexen Gesundheitsschaden sowie mit Blick auf die unzulängliche Aktenlage sei ein Gerichtsgutachten anzuordnen. Dabei sei der Beschwerdeführer persönlich zu untersuchen und insbesondere die Kausalitätsfrage abzuklären ( Urk. 1).

### **E. 2.3**

Strittig ist, ob der Beschwerdeführer betreffend das rechte Knie auch über den 24. Februar 2017

resp. betreffend das linke Knie über den 18. September 2017 hinaus Anspruch auf Leistungen der Beschwerdegegnerin hat. 3. 3.1

Das MRI des rechten Kniegelenks vom 15. Dezember 2016 ergab

im Wesentlichen eine Chondropathie Grad III an der medialen Patellafacette und im medialen Kompartiment,

eine Zerrung des medialen Seitenbandes

(MCL), ohne Rissnachweis und degenerative Veränderungen im Hinterhorn des Innenmeniskus, einen

beginnenden

Hinterhornriss des Aussenmeniskus sowie oberflächliche Knorpelunregelmässigkeiten im medialen Kompartiment ( Urk. 10/14). Anlässlich der arthroskopischen Innenmeniskushinterhorn-Teilentfernung inkl.

Knorpeldébridement

rechts vom 24. Februar 2017 wurde intraoperativ eine Meniskusschädigung durch einen alten Riss oder alte Verletzung und eine nicht näher bezeichnete Knorpelkrankheit diagnostiziert ( Urk. 10/30).

Persistierende Beschwerden und der massive Knorpelschaden

hatten die Re-Arthroskopie rechts vom 4. April 2017 zufolge ; den Einträgen der Krankengeschichte zufolge gestaltete sich der postoperative Verlauf komplikationslos mit rückläufigen Beschwerden und Absetzen der Analgesie . Ab anfangs Juni 2017 war der Beschwerdeführer mobil ohne Gehhilfe und das rechte Bein voll belastbar . Aus ärztlicher Sicht wurde eine konsensuell deutliche Besserung des Gesamtbildes statuiert ( Urk. 11/16, Urk. 11/57 / 2 f. ). 3.2

Das am 18. Januar 2017 durchgeführte MRI des linken Kniegelenks brachte eine komplexe Rissbildung im Hinterhorn und Pars intermedia des Aussenmeniskus, zum Teil mit Fragmentdislokation , eine Chondropathie Grad II des lateralen Kompartiments , degenerative Veränderungen des Innenmeniskushinterhorns (Grad I) sowie eine Chondropathie Grad III des medialen und Grad II des femoropatellaren Gelenkes zur Darstellung ( Urk. 10/13).

Am 29. Juni 2017 wurde eine Innen- und Aussenmeniskus- Hinterhornresektion am linken Kniegelenk durchgeführt ; intraoperativ zeigte sich eine drittgradige mediale femorale Arthrose sowie zweitgradige Retropatellararthrose

( Urk. 11/53 , vgl. auch Urk. 11/60/3 f. ). Aufgrund persistierender Schmerzen im linken Kniegelenk

wurde im Juli 2017 ein Orthoradiogramm ( Ganzbeinaufnahme ) durchgeführt und dabei eine beidseitige Varus-Fehlstellung sowie Varus-Gonarthrose

mit einem

Innenmeniskussschaden bei Varusmorphotyp

links festgestellt

( Urk. 11/52, Urk. 11/56). Letzteres sowie die persistierenden Schmerzen führten zur Indikation einer Umstellungsoperation ( Tibia- Valgisationsosteotomie )

links ( Urk.

## **E. 6**

als Elektromonteur bei der A.\_\_\_\_ SA erwerbstätig und dadurch gleichbleibend bei der Suva obligatorisch unfallversichert , als sich das Ereignis vom 5. November 2016 zutrug; gemäss Schadenmeldung vom 15. November 2016 verrenkte sich der Versicherte als

stehender Busfahrgast

anlässlich eines abrupten Bremsmanövers beide Knie ( Urk. 10/1 ) . Der am 8. November 2016 erstbehandelnde Arzt diagnostizierte eine beidseitige Knieprellung und attestierte dem Versicherten eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit ( Urk. 10/5 ) . Die Suva anerkannte den Schadenfall und erbrachte die gesetzlichen Leistungen; betreffend die Beschwerden im linken Knie ging sie

initial von einem Rückfall zum Ereignis vom 11. Oktober 1997 aus (vgl. die kreisärztliche Beurteilung vom 13. März 2017, Urk. 10/33/2).

Die bildgebenden Untersuchungen vom 15. Dezember 2016 ( Kniegelenk rechts) und 18. Januar 2017 ( Kniegelenk links) brachten im Wesentlichen verschiedentlich degenerative Veränderungen

sowie Meniskusrissbildungen beidseits zur Darstellung (Urk. 10/11/2, Urk. 10/13 f.). Am 24.

Februar 2017 wurde das rechte Knie arthroskopisch versorgt

(Urk. 10/30). Am 13. März 2017 gab

Dr. B.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, eine kreisärztliche Beurteilung ab (Urk. 10/33). Gestützt darauf

stellte die Suva mit Verfügung vom 16. März 2017 die bisher erbrachten Versicherungsleistungen betreffend das rechte Knie bei Erreichen des Status quo sine per 24. Februar 2017 ein (Urk. 10/34). Dagegen erhob der Versicherte am 25. April 2017 Einsprache (Urk. 10/41, Urk. 10/48). Am 29. Juni 2017 wurde der Versicherte auch am linken Kniegelenk operiert; intraoperativ zeigten sich degenerative Veränderungen zweiten und dritten Grades (Urk. 11/53). Aufgrund persistierender Schmerzen im linken Knie wurde im Juli 2017 ein

Orthoradiogramm (Ganzbeinaufnahme) durchgeführt und dabei eine deutliche Varusfehlstellung

beider Kniegelenke festgestellt (Urk. 11/52, Urk. 11/56). Die Ärzte kamen zum Schluss, letzteres sei das wesentliche Problem und Grund für die persistierenden Beschwerden links; eine dauerhafte Verbesserung könne nur mit einer weiteren Operation (sog. Umstellungsoperation resp. Schlittenoperation) erreicht werden (Urk. 11/57/3). Am 1. September 2017 nahm Kreisarzt Dr. C.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Radiologie, zur Sache Stellung (Urk. 11/5

## **E. 9**

). Gestützt darauf stellte die Suva die im Zusammenhang mit dem linken Knie erbrachten Versicherungsleistungen mit Verfügung vom 31. Oktober 2017 per 18. Oktober 2017 ein; damit lehnte sie ausdrücklich auch eine Leistungspflicht bezüglich

der zwischenzeitlich am 19. Oktober 2017 durchgeführten Umstellungsoperation ab (Urk. 11/77, Urk. 11/80 f.). Dagegen erhob der Versicherte am 20. November 2017 Einsprache (Urk. 11/87). Mit Einspracheentscheid vom 27. September 2018 wies die Suva die Einsprachen vom 25. April 2017 (Urk. 10/41, Urk. 10/48) und 20. November 2017 (Urk. 11/87)

aus prozessökonomischen Gründen vereinigt ab (Urk. 2). 2.

Dagegen erhob

X.\_\_\_\_ am 15. Oktober 2018 Beschwerde und beantragte, es sei der Einspracheentscheid vom 27. September 2018 aufzuheben und es seien ihm die gesetzlichen Leistungen über den 23. Februar (Knie rechts) bzw. über den 18. Oktober 2017 (Knie links) hinaus auszurichten (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 25. Januar 2019 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 9), was dem Beschwerdeführer am 31. Januar 2019 angezeigt wurde (Urk. 12). 3.

Auf die Vorbringen der Parteien sowie die Akten ist, soweit für die Entscheidung erforderlich, in den Erwägungen einzugehen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

## **E. 11**

/57/3 , Urk. 11/70 ). 3.3

Kreisarzt

Dr. B.\_\_\_\_ kam am 13. März 2017

zum Schluss, es könne nicht fundiert beurteilt werden, ob die am 5. November 2016 ohne Sturz erlittene Knie-Distorsion intraartikuläre Veränderungen im gesamten Kniegelenk ausgelöst haben könnte. Das zum Unfall zeitnahe MRI vom 15. Dezember 2016 bestätige jedenfalls den Eindruck, dass deutlich ausgeprägte degenerative Veränderungen im gesamten Kniegelenk bestünden. Zudem ergebe sich aufgrund der MRI-Befunde keinerlei Anhalt für eine traumatische Verursachung der Aussenmeniskusläsion. Mithin sei der Status quo sine bezüglich der Distorsion des rechten Kniees spätestens sechs Wochen nach dem Unfallereignis erreicht. Im Zusammenhang mit dem linken Knie sei von einem Rückfall zum Ereignis vom 11. November 1997 auszugehen (Urk. 10/33). 3.4

Mit Stellungnahme vom 29. August 2017 hielt Kreisarzt Dr. C.\_\_\_\_ fest, die Indikation zur Umstellungsoperation sei nicht dem Ereignis vom 11. November 1997 zuzuordnen; die Beinschse sei dabei nicht verändert worden. Zudem sei der Suva anno 1997 ein degenerativ veränderter Meniskus als Korbhakenriss «verkauft» worden; aus einem degenerativen Schaden sei eine Unfallfolge «erzeugt» worden (Urk. 11/58). Im September 2017 führte Dr. C.\_\_\_\_ konkretisierend aus, weder das gemeldete Ereignis anno 1997 noch dasjenige

vom 5. November 2017 habe zu einer nachweisbaren Änderung der Beinachse geführt. Vielmehr sei die Achsenfehlstellung anlage-/entwicklungsbedingt. Zudem

falle mit Blick auf das Orthoradiogramm vom 17. Juli 2017 auf, dass auch die rechte Beinachse varisch

sei und zwar wesentlich stärker als die linke. Vor diesem Hintergrund sei die Umstellungsoperation nicht unfallkausal. Sodann sei bereits 1997 ein degenerativ veränderter diskoider

Meniscus

lateralis festgestellt worden; unfallbedingte Läsionen hätten sich indes nicht nachweisen lassen. Dennoch habe die Suva anno dazumal die Kosten für die de facto nicht unfallkausale linksseitige laterale Teilmenisektomie übernommen. Im MRI des linken Kniees 2017 sei neben degenerativen Veränderungen an den Resten des Meniscus

lateralis eine leicht gradige Degeneration des Meniscus

medialis und eine hochgradige Chondropathie des medialen Kompartimentes festgestellt worden. Anlässlich der linksseitigen Arthroskopie im Juni 2017 sei eine Nachresektion des Meniscus

lateralis, aber auch eine Teilresektion des Meniscus

medialis durchgeführt worden. Der aktuelle Zustand des Meniscus

lateralis sinister könne bei dieser Sachlage zwar durchaus als Rückfall bezeichnet werden. Allerdings seien die Schäden am Meniscus

lateralis bereits anno 1998 degenerativ und nicht unfallbedingt gewesen und habe bereits damals keine UV-Leistungspflicht bestanden. Nun stehe eine Tibia-Valgusosteotomie

links im Raum. Diese habe das Ziel, das durch die Achsenfehlstellung des Kniegelenkes mehrbelastete mediale Kompartiment zu entlasten. Allerdings sei die Varus-Fehlstellung auf der Gegenseite [rechts] stärker ausgeprägt und bestehe auch dort eine hochgradige Chondropathie des medialen Kompartiments. Zusammengefasst sei das mediale Kniekompartiment durch den angeblichen Unfall 1997 nicht tangiert worden, habe der angebliche Unfall zu keiner Veränderung der Beinachse geführt und die hochgradige Chondropathie im medialen Kompartiment bereits vor der Teilresektion des Meniscus medialis [im Juni 2017] beidseits vorbestanden. Damit sei die Indikation zur Tibia-Valgisationsosteotomie klar überwiegend wahrscheinlich auf die [anlagebedingte] Varus-Fehlstellung im Kniegelenk zurückzuführen und nicht unfallkausal (Urk. 11/59, Urk. 11/78).

4.

4.1

Vorliegend ergaben sich – entgegen dem Beschwerdeführer (Urk. 1 N 6) – nach dem Ereignis vom 5. November 2016 weder betreffend das rechte noch linke Kniegelenk sichere Hinweise auf frische Läsionen oder anderweitige strukturelle Verletzungen; im Gegenteil zeigten sich anlässlich der arthroskopischen Innenmeniskushinterhorn-Teilentfernung

mit

Knorpeldefizienten vom 24. Februar 2017 erhebliche Vernarbungen im rechten Kniegelenk und diagnostizierte der Operateur eine Meniskusschädigung durch alten Riss oder alte Verletzung und eine nicht näher bezeichnete Knorpelkrankheit (Urk. 10/30). Bei dieser Sachlage ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin die bisher erbrachten Leistungen im Zusammenhang mit dem rechten Knie per 24. Februar 2017 einstellte. Die medizinischen Weiterungen danach, namentlich die Re-Operation vom 4. April 2017

ergaben sich unbestrittenermassen aufgrund der ausgeprägten Knorpelschäden; intraoperativ zeigte sich gar ein Knorpelschaden vierten Grades

(Urk. 10/48).

Dass und weshalb die Leistungseinstellung betreffend das rechte Knie per 24. Februar 2017 zu Unrecht erfolgt sein soll, liess der Beschwerdeführer sinnfälligerweise

denn auch gänzlich unbegründet (vgl. Urk. 1).

Betreffend das linke Knie wurde am 29. Juni 2017 eine Nachresektion des Meniscus lateralis sowie Teilresektion des

Meniscus

medialis durchgeführt; intraoperativ zeigten sich massive degenerative Veränderungen, namentlich eine drittgradige mediale femorale Arthrose und

zweitgradige Retropatellararthrose (Urk. 11/53, vgl. auch Urk. 11/60/3 f.).

Die Indikation zur linksseitigen Tibia-Valgisationsosteotomie

vom 19. Oktober 2017 ergab sich aufgrund der degenerativen Veränderungen, namentlich Varus-Gonarthrose (Urk. 11/70, vgl. auch das ärztliche Gesuch um Kostengutsprache für den geplanten Eingriff, worin auch ein Innenmeniskusschaden bei Varusmorphotyp festgehalten wird, Urk. 11/64).

Dr. C.\_\_\_\_ hat zudem einlässlich und nachvollziehbar begründet, weshalb kein unfallbedingter Bezug zur Tibia-Valgisationsosteotomie links hergestellt werden kann. Dies gilt – entgegen dem Beschwerdeführer (Urk. 1 N16 ff.) – auch für die Annahme einer lediglich teilweisen Unfallkausalität; zunächst veränderten sich die Beinachsen des Beschwerdeführers nicht durch die Ereignisse 1997 und 2016. Diesbezüglich geht selbst der Beschwerdeführer von einem Vorzustand aus (vgl. Urk. 1 N 26). Inwiefern eine richtunggebende Verschlimmerung durch das Ereignis 2016, anlässlich welchem sich der Beschwerdeführer nach eigenen Angaben an den Haltestangen im Bus festhielt und sein Körper zufolge des Bremsmanövers hin und her geschwungen wurde - unbestrittenermassen ohne dabei hinzufallen - (vgl. Urk. 10/12, Urk. 1 N 26), eingetreten sein soll leuchtet nicht ein und hat der Beschwerdeführer auch nicht begründet. Sodann bestanden

ausgewiesenermassen

bereits vor dem arthroskopischen Eingriff vom Juni 2017 hochgradige

Chondropathien in

den medialen Kniekompartimenten

beidseits und sind keine irgendwie gearteten Hinweise für eine operativ bedingte Schädigung/ Verschlimmerung ersichtlich, geschweige denn beschwerdeweise stichhaltig dargetan worden. Daran ändert freilich nichts, dass mit dem besagten Eingriff

eine Beschwerdefreiheit nicht erreicht werden konnte. Hat doch der Beschwerdeführer selbst erkannt, dass seine Kniesituation hochkomplex ist und auf einer Vielzahl anatomisch eng beieinanderliegenden Verletzungen fusst (vgl. Urk. 1 N 28). Mithin kann dem Beschwerdeführer nicht gefolgt werden, soweit er einen Zusammenhang zwischen dem arthroskopischen Eingriff 2017 und der Tibia-Valgisationsosteotomie herzustellen versucht (Urk. 1 N 26). Nach dem Gesagten besteht auch kein Anhalt zur Annahme eines Behandlungsfehlers nach

Art. 6 Abs. 3 UVG (E. 1.2). Schliesslich stellte Dr. C.\_\_\_\_ klar, dass die 1998 festgestellten Befunde im linken Kniegelenk, inkl. Korbhellenläsion, ohnehin rein degenerativer Natur waren, bereits damals keine UV-Leistungspflicht bestand und Folge dessen betreffend das linke Knie nicht von einem eigentlichen Rückfall die Rede sein kann. Die beschwerdeweise Argumentation, wonach die zwischenzeitlich diagnostizierte Arthrose im linken Knie in einem relevanten Bezug

zum Ereignis anno 1997 resp. arthroskopischen Eingriff 1998 stehe, zumal chirurgische Eingriffe ein erhöhtes

Arthroserisiko

zur Folge hätten (Urk. 1 N 21), geht indes auch unabhängig davon

ins Leere; es versteht sich von selbst, dass die arthroskopische Resektion des lateralen Meniskus 1998 (vgl. Urk. 11/4/9) kaum ursächlich sein kann für die Entstehung einer medialeseitigen Arthrose (Urk. 11/53). Das mediale Kniegelenk links wurde weder

vom fraglichen Ereignis 1997 noch vom operativen Eingriff 1998 tangiert ( vgl. auch Urk. 11/77, vgl. auch insbesondere das MRI vom 7. Januar 1998, welches eine unauffällige Darstellung des medialen Meniskus zeigte, Urk. 11/4 /12 ). Gestützt auf den Radiologiebericht vom 17. Juli 2017 bleibt zusammen mit Dr. C.\_\_\_\_

schliesslich zu vermerken , dass auch beim rechten Kniegelenk eine Varus-Fehlstellung besteht und diese die linksseitige gar über trifft . Damit ist auch gesagt, dass eine Unfallkausalität der linksseitigen Fehlstellung und Varusgonarthrose jedenfalls nicht überwiegend wahrscheinlich, sondern vielmehr von einer anlage-/entwicklungsbedingten Pathologie auszugehen ist

( Urk. 11/77, Urk. 11/56). 4.2

Zusammenfassend ist die Beschwerdegegnerin nach zutreffender Würdigung der medizinischen Aktenlage im angefochtenen Entscheid zum überzeugenden Schluss gelangt, dass jedenfalls über den Zeitpunkt der Leistungseinstellung per 24. Februar 2017 resp. 18. Oktober 2017 hinaus fortdauernde Unfallfolgen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden können, weshalb sie den Anspruch des Beschwerdeführers auf weitere Leistungen zu Recht verneinte.

Dies gilt umso mehr mit Blick auf die Erfahrungstatsache, dass

Meniskusschäden auch als alleinige Folge von Krankheit, insbesondere – wie vorliegend - von vorbestehenden degenerativen Veränderungen, innerhalb eines durchaus normalen Geschehensablaufs und/oder im Zuge wiederholter Mikrotraumata des täglichen Lebens auf treten können . Erwähnenswert ist schliesslich

auch, dass der Beschwerdeführer in jüngeren Jahren professionell Handball spielte ( Urk. 11/4/2).

Bei der insoweit aufschlussreichen und im Wesentlichen widerspruchsfreien Aktenlage

besteht – entgegen dem Beschwerdeführer ( Urk. 1 N 28 f.) – auch kein weiterer Abklärungsbedarf (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_468/2007 vom 6. Dezember 2006 E.2.2 mit Hinweisen).

Dies gilt auch unter Berücksichtigung dessen , dass Dr. B.\_\_\_\_ betreffend das linke Knie entgegen Dr. C.\_\_\_\_

zunächst von einem Rückfall ausging. Hatte sich Dr. B.\_\_\_\_

doch in erster Linie zur Unfallkausalität der Operation vom 24. Februar 2017 und damit zur rechtsseitigen Knieproblematik zu äussern (vgl. Urk. 10/33) . Die von ihm rudimentär und knapp gehaltene Feststellung zum linken Knie kann den diesbezüglich einlässlichen und fundiert begründeten Ausführungen von Dr. C.\_\_\_\_

offensichtlich nicht gegenübergestellt werden ( Urk. 11/59, Urk. 11/77) .

Der angefochtene Entscheid erweist sich damit als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Angela Widmer-Fäh - 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 1. Juli bis und mit 1. August sowie vom 1. 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  
HurstHediger

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