

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00210

## vom 4. September 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-09-04, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2019.00210](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2019.00210)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00210 du 4 septembre 2020

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00210 del 4 settembre 2020

### Erwägungen

#### E. 1

X.\_\_\_\_, geboren 1962, arbeitete bei der Y.\_\_\_\_ als Lastwagenchauffeur (Fahrer für Muldenkipper und Schlepper) in einem 100%-Pensum und war dadurch bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (nachfolgend: Suva) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert, als er sich am 29. März 2017 auf seinem Kleinmotorrad bei einem Verkehrsunfall (Kollision mit einem Personenwagen) Prellungen am ganzen Körper zuzog (vgl. Schadenmeldung vom 7. April 2017, Urk. 9/1). Die Erstkonsultation im Z.\_\_\_\_ erfolgte am gleichen Tag bei Dr. med. A.\_\_\_\_, Facharzt Chirurgie, der gestützt auf bildgebende Befunde (vgl. Berichte Computertomographie (CT) vom 29. März 2017, Urk. 9/82, Urk. 9/84, Urk. 9/85) ein stumpfes Schädel-Hirn-Trauma mit Contusio

capitis, ein stumpfes Thorax- und Abdominal-Trauma mit einer Thorax- und Becken-Kontusion auf der rechten Seite sowie eine Patella-Unterpole-Querfraktur rechts diagnostizierte (vgl. Kurzbericht vom 30. März 2017, Urk. 9/12). Die Suva erbrachte in der Folge die gesetzlichen Heilbehandlungs- und Taggeldleistungen (Urk. 9/5).

Gestützt auf die kreisärztlichen Beurteilungen vom

#### E. 1.1

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

Versicherung erbringt ihre Leistungen auch bei folgenden Körperschädigungen, sofern sie nicht vorwiegend auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen sind (Abs. 2):

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). Ausserdem erbringt die Versicherung ihre Leistungen für Schädigungen, die der verunfallten Person bei der Heilbehandlung zugefügt werden (Abs. 3).

#### E. 1.2

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 un

mittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 129 V 177 E. 3.1, 402 E. 4.3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

### **E. 1.3**

Wird durch den Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, fällt der natürliche Kausalzusammenhang dahin, wenn und sobald der Gesundheitsschaden nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist (RKUV 1992 Nr.

U 142 S.

75 E.

4b mit Hinweisen; nicht publiziertes Urteil des Bundesgerichts U

172/94 vom 26.

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

U 363 S.

45; BGE

119 V 7 E. 3c/ aa ). Die 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 leistungs begründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 1994 Nr.

U 206 S.

328

f. E.

3b, 1992 Nr.

U 142 S. 76). Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend (Urteil des Bundesgerichts 8C\_637/2013 vom 11.

März 2014 E. 2.3.1 mit Hinweisen).

Mit dem Erreichen des Status quo sine vel ante entfällt eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden. Solange jedoch der Status quo sine vel ante noch nicht wieder erreicht ist, hat der Unfallversicherer gestützt auf Art. 36 Abs. 1 UVG in aller Regel neben den Taggeldern auch Pflegeleistungen und Kostenvergütungen zu übernehmen, worunter auch die Heilbehandlungskosten nach Art. 10 UVG fallen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_637/2013 vom 11. März

2014 E. 2.3.2).

#### **E. 1.4**

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).

#### **E. 1.5**

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). 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).

#### **E. 1.6**

Das Gericht kann die Angelegenheit zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückweisen, besonders wenn mit dem angefochtenen Entscheid nicht auf die Sache eingetreten oder der Sachverhalt ungenügen festgestellt wurde ( § 26 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht [ GSVGer ] ). 2.

#### **E. 2**

Hiergegen erhob der Versicherte mit Eingabe vom 6. September 2019 ( Urk. 1) Beschwerde und beantragte, der angefochtene Einspracheentscheid sei aufzuheben und es sei ein medizinisches Gutachten beim B.\_\_\_\_ in C.\_\_\_\_ in Auftrag zu geben. Hiernach sei über seinen Anspruch auf Versicherungsleistungen neu zu befinden. In prozessualer Hinsicht ersuchte er um die Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung und Rechtsverteidigung, was er mit Eingabe vom 7. Oktober 2019 substantiierte ( Urk. 10, Urk. 11, Urk. 12/1-7).

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 1. Oktober 2019 ( Urk. 8) auf Abweisung der Beschwerde, was dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 9.

Oktober 2019 zur Kenntnis gebracht wurde ( Urk. 13). Mit

Eingabe vom 14. Januar 2020 ( Urk. 14) legte der Beschwerdeführer weitere Arztberichte ( Urk. 15/1-7) zu den Akten, woraufhin die Beschwerdegegnerin am 18. Februar 2020 eine Duplik einreichte, in der sie an ihren bereits gestellten Rechtsbegehren vollumfänglich festhielt ( Urk. 18). Am 21. April 2020 legte der Beschwerdeführer ein eigens in Auftrag gegebenes Gutachten von Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt Chirurgie FMH speziell Allgemein Chirurgie und Traumatologie, vom 10. April 2020 ( Urk. 21/1-2) ins Recht.

In der Folge beantragte die Beschwerdegegnerin mit Schreiben vom 9. Juni 2020 die teilweise Gutheissung der Beschwerde im Sinne einer Rückweisung zwecks Einholung eines externen Gutachtens (Urk. 25). Der Beschwerdeführer hielt mit Eingabe vom 9. Juli 2020 an seinen bereits gestellten Rechtsbegehren fest und beantragte die Einholung eines Gerichtsgutachtens (Urk. 28), was der Beschwerdegegnerin am 13. Juli 2020 zur Kenntnis gebracht wurde ( Urk. 29).

### **E. 2.1**

Im angefochtenen Entscheid vom 5. Juli 2019 ( Urk. 2) sowie in ihrer Beschwerdeantwort vom 1. Oktober 2019 ( Urk. 8) ging die Beschwerdegegnerin gestützt auf die medizinischen Abklärungen, insbesondere die kreisärztlichen Untersuchungen vom 26. Februar 2018 ( Urk. 9/121) und vom 7. Mai 2018 (Urk. 9/145), davon aus, dass keine sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkenden Unfallfolgen verblieben seien, weshalb der Unfall zu Recht in Einstellung der Versicherungsleistungen folgenlos abgeschlossen worden sei.

### **E. 2.2**

Demgegenüber machte der Beschwerdeführer in seiner Beschwerde vom 6. September 2019 (Urk. 1) zusammengefasst geltend, die kreisärztliche Abklärung und Einschätzung zur Kausalität der Arthrose und des Meniskusrisses seien ungenügend ausgefallen. Die Unfallkausalität der beiden Verletzungen könne nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden (S. 8). In seiner Eingabe vom 14. Januar 2020 ( Urk. 14) verwies er ergänzend auf neue Arztberichte, in denen wiederholt von einem posttraumatischen Meniskusriss und einer posttraumatischen Femoropatellararthrose die Rede war.

### **E. 2.3**

Diesbezüglich hielt die Beschwerdegegnerin in ihrer Duplik vom 18. Februar 2020 ( Urk. 18) fest, die Ausführungen des Kreisarztes seien ausführlich und nachvollziehbar, mit abweichenden medizinischen Meinungen setze sich dieser einlässlich auseinander, weshalb auf seine Einschätzung abzustellen sei. Daraufhin führte der Beschwerdeführer in seiner Eingabe vom 21. April 2020 ( Urk. 20) aus, Dr. D.\_\_\_\_ begründe in seinem Gutachten anhand einer Bilddokumentation detailliert eine unfallbedingte Femoropatellararthrose. Mithin könne nicht auf die kreisärztlichen Ausführungen abgestellt werden.

### **E. 2.4**

Streitig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer infolge des Unfallereignisses vom 29. März 2017 über den 4. Juni 2018 hinaus Anspruch auf Leistungen der Beschwerdegegnerin hat.

### **E. 3**

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Akten wird, soweit erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 3.1**

in fine, E. 3.6 in fine). Vielmehr wurden die Instabilitäten als mechanisch bedingt beurteilt (vgl. E. 3.6 in fine). Vor diesem Hintergrund ist die erste Einschätzung von Dr. A.\_\_\_\_, wonach eine deutliche Atrophie der Oberschenkel- und Unterschenkelmuskulatur des rechten Beines für die Instabilitäten im rechten Knie verantwortlich sei (vgl. E. 3.2), nachvollziehbar. Dr. D.\_\_\_\_

hingegen widersprach der Einschätzung von Dr. F.\_\_\_\_ und Dr. G.\_\_\_\_ und begründete die posttraumatische Femoropatellararthrose der medialen Patella-facetten

damit, dass die Knorpelschäden im MRI vom 18. Oktober 2017 deutlich abgrenzbar gewesen seien. Zu dem würden die Bilder abgesehen von der traumatischen Schädigungszone medialseitig einen intakten Restknorpel der Patella zeigen, was gegen eine vorbestehende Retropatellararthrose spreche. Auch dass die subchondrale Zyste erst im Verlauf aufgetreten sei und in der MRI-Untersuchung vom 16. Mai 2017 noch nicht hätte nachgewiesen werden können, spreche gegen eine vorbestehende Femoropatellararthrose (vgl. E. 3.8). Angesichts dieser Vorbringen von Dr. D.\_\_\_\_ kann vorliegend nicht ohne Zweifel auf die versicherungsinternen Feststellungen von Kreisarzt Dr. F.\_\_\_\_, denen Praxis gemäss nicht die selbe Beweiskraft wie einem unter Wahrung der Verfahrensrechte nach Art. 44 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom Versicherungs-träger veranlassten Gutachten und abhängiger Sachverständiger zukommt (vgl. E. 1.5), abgestellt werden.

Unklar ist sodann, ob der Beschwerdeführer vor dem Unfallereignis am 29. März 2017 bereits unter Beschwerden im rechten Kniegelenk litt. Diesbezüglich hat die Beschwerdegegnerin von der Hausärztin/vom Hausarzt des Beschwerdeführers keine Auskunft eingeholt und den rechtserheblichen Sachverhalt somit unvollständig abgeklärt.

### **E. 3.2**

Infolge persistierender Beschwerden wurde am 18. Oktober 2017 eine erneute MRI-Untersuchung des rechten Knies durchgeführt (vgl. Urk. 9/81). Im Rahmen dieser habe sich eine zwischenzeitlich konsolidierte Querfraktur am Patella-Unterpole gezeigt. Weiter sei es eine bekannte nach medial dislozierte kleine osteochondrale

Patella-Abspaltung sowie vorbestehend bis zum Knochen reichende irreguläre Knorpelschäden an der medialen Patellafacetten sowie eine

Chondromalazie Grad III-IV mit subchondralen Zysten des femoralen Gleitlagers ersichtlich.

Bei noch nachweisbarem Meniskusriss des medialen Meniskushinterhorns wurde die Indikation zur Kniearthroskopie gestellt (vgl. Arztbericht vom 26. Oktober

2017, Urk. 9/78). Dr. A.\_\_\_\_ führte den operativen Eingriff am 1. November 2017 durch (vgl. Operationsbericht vom 6. November 2017, Urk. 9/94). Dieser beendete im Rahmen einer postoperativen Kontrolle, der Beschwerdeführer habe weiterhin über eine gewisse Beschwerdesymptomatik im Bereich des rechten Kniegelenks mit Schmerzen im retropatellaren und femoropatellaren Bereich sowie eine gewisse Instabilität im Bereich des rechten Kniegelenks geklagt. Die klinische Untersuchung habe weder einen

Kniegelenkserguss noch eine nachweisbare Instabilität im rechten Kniegelenk gezeigt. Deutlich sei eine Atrophie der Oberschenkel- und Unterschenkelmuskulatur des rechten Beines, was möglicherweise die bestehende Instabilität im rechten Knie bei bestimmten Bewegungen erklären könnte. Ausserdem seien deutliche degenerative Veränderungen im retro- und femoropatellaren Bereich des Kniegelenks sowie Zeichen für eine beginnende Retropatellararthrose ersichtlich, was ebenfalls die Beschwerdesymptomatik erklären könne. Er empfahl eine intensive Physiotherapie bzw. medizinische Trainingstherapie (MTT) zur Verbesserung der Muskulatur am rechten Bein (vgl. Arztbericht vom 15. November 2017, Urk. 9/95). In den nachfolgenden Sprechstundenberichten führte Dr. A. \_\_\_ aus, sechs Wochen nach der arthroscopischen Operation habe der Beschwerdeführer eine Verbesserung der Beschwerdesymptomatik im rechten Kniegelenk angegeben. Es zeige sich eine volle Bewegung und es seien weder ein Kniegelenkserguss noch Bandinstabilitäten auszumachen. Zur besseren Stabilisierung des Kniegelenks werde eine Genutrain-P3-Schiene empfohlen (vgl. Arztbericht vom 13. Dezember 2017, Urk. 9/101).

### **E. 3.3**

Am 26. Februar 2018 wurde der Beschwerdeführer von Dr. med. F. \_\_\_ , Allgemeinmedizin, kreisärztlich untersucht (vgl. Urk. 9/121). Dr. F. \_\_\_ stellte folgende Diagnosen: - Belastungsabhängige Beschwerden Kniegelenk rechts bei Gonarthrose sowie wahrscheinlich schmerzreflektorisches Einknicken Kniegelenk rechts, Differenzialdiagnose funktionelle Störung bei - Status nach Kniearthroskopie, Spülung, Meniskusteilresektion und Meniskusglättung, Notchplastik und Mikrofrakturierung im Femoropatellarlager rechts (1. November 2017) bei multiplen degenerativen Rissbildungen medialer Meniskus Hinterhorn zur Pars intermedia - Chondropathie Grad III Femoropatellarlager und grossflächig retro patellar rechts in der Hautbelastungszone - Hypertrophe osteophytäre Störung an der Eminentia-nahen medialen Tibia mit Störung der Notch rechts - Status nach Kontusion Kniegelenk rechts am 29. März 2017 mit Querfraktur am Unterpol der Patella mit einem Frakturspalt von 2 mm sowie kleine m

ossäre m Fragment an der lateralen Patellafacette

Dr. F. \_\_\_ hielt fest, der Beschwerdeführer klagt über belastungsabhängige Schmerzen und ein ständiges Einknicken bei unebenem Boden. Bei Durchsicht der MRI-Bilder hätten sich im Mai 2017 die Knorpeldefekte an der medialen Femurkondyle reizlos gezeigt. Im Verlaufs-MRI im Oktober 2017 sei eine deutliche Signalanhebung im Sinne einer aktivierten Arthrose ersichtlich gewesen. Aufgrund der klinischen Untersuchungsbefunde und der vorliegenden Röntgendokumentation sei eine gewisse Restbeschwerdesymptomatik endlagig bei Flexion an der Patella spitze als Unfallfolge nachvollziehbar. Das Einknicken lasse sich durch die im MRI vorhandenen Befunde hingegen nicht erklären. Der Beschwerdeführer beschreibe das Einknicken als seitliches Wegknicken bei Unebenheiten bis zu einer Flexion im Kniegelenk von ca. 30°. Eine neurologische Störung als Ursache sei aufgrund der vorliegenden Befunde mit grösster Wahrscheinlichkeit auszuschliessen. Dr. F. \_\_\_ ging davon aus, dass es sich beim Einknicken um einen reflektorischen, schmerzbedingten/schmerzerwartenden Schutzmechanismus handle. Differenzialdiagnostisch käme auch eine funktionelle Störung in Frage. Auffallend sei ein schlechtes Körperbewusstsein. Ob es durch die Operation mit Débridement der Knorpeldefekte zu einer relevanten Verschlimmerung gekommen sei, müsse mittels MRI evaluiert werden.

Der

Kreisarzt attestierte dem Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit aktuell eine weitgehende Arbeitsunfähigkeit.

### **E. 3.4**

Die Haftpflichtversicherung leitete ebenfalls eine Beurteilung in die Wege, im Rahmen derer der Beschwerdeführer von Dr. med. G.\_\_\_\_, FMH Orthopädische Chirurgie, im März 2018 begutachtet wurde (Gutachten vom 16. März 2018, Urk. 9/130/4-10).

Dr. G.\_\_\_\_ konstatierte, ein am 13. März 2018 durchgeführtes MRI des rechten Knies (vgl. Urk. 9/130/11) zeige einen Status nach medialer Teilmeniskektomie mit Verdacht auf Ruptur am Übergang vom Corpus zum Hinterhorn, mit bis hochgradiger Femoropatellararthrose mit abgrenzbaren Aktivierungszeichen bei nur minimaler Degeneration femorotibial. Erkennbar sei auch ein leichtgradiger Gelenkerguss sowie eine neu abgrenzbare Auftreibung und T2-Hyperintensität in den kranialen und lateralen Anteilen des Ligamentum Patella.

Dr. G.\_\_\_\_ diagnostizierte einen Status nach konsolidierter, undislozierter Patella Querfraktur im Unterpol Knie auf der rechten Seite als unfallkausal. Nicht unfallkausal sei: - Symptomatische Femoropatellararthrose Grad III-IV am rechten Knie - Status nach Teilmeniskektomie medial (sparsam) - Status nach Knorpelabrasion und Microfracturing im femoropatellaren Gleitlager - Degenerativer Meniskusriss im Hinterhorn zur Pars intermedia rechts - Hypertrophe, osteophytäre Störung an der eminentianahen medialen Tibia mit Störung an der Notch rechts

Die direkten Unfallfolgen am rechten Knie - so Dr. G.\_\_\_\_ - seien ohne fassbare Residuen abgeheilt. Die noch vorhandenen Beschwerden würden einer vorbestehenden (Prä-) beziehungsweise etablierten Femoropatellararthrose entsprechen. Diese könne nicht kurativ behandelt werden. Der Beschwerdeführer sei in seiner angestammten Tätigkeit als Lastwagenchauffeur ohne körperliche Belastung des Ab- und Aufladens per sofort zu 100% arbeitsfähig. Gegebenenfalls sei einem Einsatz im Fahrzeug eine verkehrsmedizinische Abklärung voranzustellen (Urk. 9/130/9f.).

### **E. 3.5**

In der kreisärztlichen Beurteilung vom 7. Mai 2018 (Urk. 9/145) wiederholte Dr. F.\_\_\_\_, die erlittene Querfraktur am Unterpol der Patella mit Frakturspalt von 2 mm sowie kleinem ossärem Fragment an der lateralen Patellafacette

habe keinen Einfluss auf die Beschwerdesymptomatik, da die belastete Gelenkfläche der Patella bei dieser Fraktur in keiner Weise involviert gewesen sei. Er verwies auf die Beurteilung von Dr. G.\_\_\_\_ (vgl. E. 3.4 hiervor) und konstatierte, dieser bestätige, dass die undislozierte

Patellaquerfraktur im Unterpol Knie rechts folgenlos abgeheilt sei. Die nach wie vor bestehende Beschwerdesymptomatik sei auf die symptomatische Femoropatellararthrose Grad III-IV im rechten Knie nach zweimaliger Arthroskopie mit Teilmeniskektomie medial sowie Knorpelabrasion im femoropatellaren Gleitlager zurückzuführen. Unfallfolgen würden für die Beschwerden keine Rolle mehr spielen.

### **E. 3.6**

Im Arztbericht vom 11. September 2018 (Urk. 9/169) konstatierte Dr. A.\_\_\_\_, die Beschwerde symptomatik im rechten Kniegelenk mit Belastungsschmerzen und Wetterfühligkeit könne mit der posttraumatischen Arthrose und mit der Retropatellararthrose erklärt werden. Die temporären Taubheitsgefühle und das Einknicken mit einer gewissen Instabilität im rechten Kniegelenk sei hingegen neurologisch durch die traumatische Irritation im Versorgungsgebiet des Ramus

infrapatellaris des Nervus

saphenus zu erklären. Entsprechend sei eine weitere neurologische Abklärung zu empfehlen. Die im Z.\_\_\_\_ durchgeführte klinisch-neurologische und elektrophysiologische Untersuchung habe jedoch keine Hinweise für eine neurogene Ursache der Knieinstabilität auf der rechten Seite ergeben. Die untersuchende Ärztin hielt in ihrem Arztbericht vom 19. November 2018 (Urk. 15/1) fest, es würde sich zwar eine fragliche Parese sowohl distal wie auch für die Knieextension rechts zeigen, diese könne jedoch auch mechanisch bedingt sein. Die elektrophysiologischen Untersuchungen hätten keine Hinweise auf eine Nervenläsion als Ursache dieser Beschwerden ergeben. Das Taubheitsgefühl, welches der Beschwerdeführer unterhalb der Patella rechts angebe, könne durch eine im Rahmen der Operation bedingten Verletzung eines sensiblen Hautastes bedingt sein. Hierfür spreche, dass es sich um eine sehr fokale Läsion handle. Sie gehe davon aus, dass die Instabilität mechanisch bedingt sei.

### **E. 3.7**

Dr. F.\_\_\_\_

hielt in seiner Stellungnahme vom 26. November 2018 fest (Urk. 9/174), Dr. A.\_\_\_\_ erkläre nicht, aufgrund welchen Sachverhalts die Arthrose retropatellar und tibial unfallbedingt sein solle. Ausserdem sei er nicht darauf eingegangen, dass die kleinen knöchernen Absprengungen an der Patellaspitze und Patellafacette ausserhalb der Belastungszone des Kniegelenks lägen. Ebenso wenig erkläre er, wie die Instabilität des rechten Kniegelenks neurologisch durch eine traumatische Irritation im Versorgungsgebiet des Ramus

infrapatellaris des Nervus

saphenus zu erklären sei. Beim Ramus

infrapatellaris

Nervus

saphenus handle es sich um einen rein sensiblen Ast, welcher keinerlei Einfluss auf die Motorik und somit Stabilität des Kniegelenks habe. Ein

Einknicken (Ausfall der Muskelfunktion) aufgrund einer Verletzung des Nervus

saphenus und insbesondere lediglich des betroffenen kleinen Hautastes, welcher ausschliesslich ein knapp handtellergrosses Hautareal unterhalb der Patella versorge, könne mit Sicherheit ausgeschlossen werden. Eine neurologische Ursache des «Auslassen des rechten Kniegelenks» sei zudem bereits durch die fachärztlich-neurologische Untersuchung durch Dr. E.\_\_\_\_ widerlegt worden (vgl. E.

### **E. 3.8**

Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens reichte der Beschwerdeführer unter anderem die nach Verfügungserlass ergangene Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 22. November 2019 zu den Akten (Urk. 15/7). Darin nannte der RAD-Arzt gestützt auf die

Arztberichte des Z.\_\_\_\_ vom 21. Februar 2019 (Urk. 15/2), 19. Juni 2019 (Urk. 15/3) und 18. September 2019 (Urk. 15/4) die schmerzhafte Funktions- und Belastungsminderung des rechten Kniegelenks mit/bei posttraumatischer Femoropatellararthrose, Status nach Arthroskopie mit Meniskus- und Knorpelrevision, Status nach Motorradunfall mit Rotationstrauma, Meniskusriss sowie Patellafraktur als Diagnose mit dauerhafter Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. In der akuten basierten Einschätzung vom 10. April 2020 (Urk. 21/1-2) - ebenfalls im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eingereicht - bestimmte Dr. D.\_\_\_\_

die posttraumatische Femoropatellararthrose der medialen Patellafläche rechts sowie die Nervenkontusion Ramus

infrapatellaris des Nervus

saphenus rechts (am ehesten posttraumatisch nach Motorradunfall vom 29. März 2017) als unfallkausale Diagnose. Die degenerative Meniskuskäsion Hinterhorn/Pars intermedia Meniscus

medialis und hypertrophe osteophytäre Störung an der medialen Tibia eminentia nahe mit Störung (Impingement) an der femoralen

Notch sei hingegen nicht unfallkausal. Dr. D.\_\_\_\_ führte aus, die in den bildgebenden Befunden ersichtlichen Schäden seien unfallkausal bedingt und nicht in einer vorbestehenden Retropatellararthrose begründet. Die

Knorpelschäden seien im MRI vom 18. Oktober 2017 (vgl. Urk. 9/81) deutlich abgrenzbar, während sich das Weichteil- und Knochenmarksödem deutlich zurückgebildet habe. Zudem würden die MR-Bilder abgesehen von der traumatischen Schädigungszone medialseitig einen absolut unauffälligen und intakten Restknorpel der Patella zeigen, was ebenfalls gegen eine vorbestehende Retropatellararthrose spreche. Als weitere posttraumatische Schädigung zeige sich eine Knochenkontusion (mit posttraumatischem Knochenmarksödem) an der anteromedialen

Femurkondyle auf Höhe der unteren medialen Patellafläche. Die

Kontusionszone liege genau gegenüber der kontusierten medialen Patellafläche und der stark ödematisierten Weichteilzone medial der Patella. In

Beugeposition seien die Kontusionszonen der Patella und der anteromedialen

Femurkondyle genau gegenüberliegend, sodass von einer direkten Kontusion auf den gesamten anteromedialen Gelenksanteil in Beugeposition des Kniegelenkes ausgegangen werden müsse. Das Knochenmarksödem liege zudem deutlich ausserhalb der Hauptbelastungszone des medialen Gelenkskompartimentes, wie man es bei einer vorbestehenden medialen (aktivierten) Gonarthrose erwarten würde, und sei somit eindeutig posttraumatisch bedingt. Ferner könne der Knorpelschaden in der zentralen Trochlea durchaus unfallbedingt sein. Im Vergleich der beiden MRI-Untersuchungen zeige sich im Oktober 2017 eine zunehmende Signalanhebung/Ödembildung respektive

erst im Verlauf die Ausbildung von subchondralen Zysten, was einerseits ein Folgezustand einer osteochondralen Verletzung entsprechen und stark schmerzhaft sein könne, andererseits wäre bei einer vorbestehenden fortgeschrittenen

Femoropatellararthrose zu erwarten, dass die Zysten schon in der MRI-Untersuchung vom 16. Mai 2017 (vgl. Urk.

9/83) hätten nachgewiesen werden können. Von der Lokalisation her würden auch diese osteochondralen Verletzungen zu einem Impact von anteromedial auf das leicht flektierte Kniegelenk passen. Das Auftreten der subchondralen Zysten erst im Verlauf spreche ebenfalls für eine traumatologische Genese und gegen eine vorbestehende Femoropatellararthrose. Die Schmerzzunahme in belasteter Flexion sei bei bestehender posttraumatischer Femoropatellararthrose erklärbar durch den in Flexion erhöhten Patellaanpressdruck resp. die resultierende Kompressionskraft auf das Femoropatellargelenk. Das subjektive Instabilitätsgefühl entspreche - so Dr. D.\_\_\_\_ - einem schmerzreflektorischen Einknicken bei flexionsbedingter Zunahme der Belastung im Femoropatellargelenk durch die Erhöhung der resultierenden Kompressionskraft in Flexion. In Bezug auf die im November 2017 durchgeführte Operation führte Dr. D.\_\_\_\_ aus, ohne den Unfall vom 29. März 2017 hätte die Operation nicht durchgeführt werden müssen, da davon auszugehen sei, dass der wahrscheinlich schon länger vorbestehende und vor dem Unfallereignis asymptomatische degenerative Meniskusriss nicht ursächlich für die posttraumatischen Beschwerden des Beschwerdeführers sei. Die Beschwerden persistierten nach Sanierung des Meniskusrisses in unveränderter Weise weiter, sodass der Meniskus Schaden nicht für die Beschwerdesymptomatik des Beschwerdeführers verantwortlich sei, auch wenn er schon vorbestehend gewesen sei.

#### **E. 4.1**

Die Beschwerdegegnerin stütze sich in angefochtenen Einspracheentscheid vom 5. Juli 2019 (Urk. 2) in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf die versicherungsinterne Beurteilung von Dr. F.\_\_\_\_ vom 26. Februar 2018 (Urk. 9/121) und

7. Mai 2018 (Urk. 9/145).

#### **E. 4.2**

Kreisarzt Dr. F.\_\_\_\_ legte in seinen ärztlichen Beurteilungen vom 26. Februar 2018 und 7. Mai 2018 unter Hinweis auf die Resultate der MRI-Untersuchungen vom 16. Mai 2017 und 18. Oktober 2017 dar, dass es sich bei der bestehenden Beschwerdesymptomatik um eine arthrosebedingte Schmerzproblematik handle und die durchgeführte Arthroskopie ausschliesslich der Behandlung der vorbestehenden Arthrose gedient habe, wobei es durch das Débridement der Knorpeldefekte wahrscheinlich zu einer Verschlimmerung der Beschwerden gekommen sei (vgl. E. 3.3 und E. 3.5). Die im Rahmen des Unfalls erlittene Querfraktur am Unterpol der Patella habe hingegen keinen Einfluss auf die Beschwerdesymptomatik. Dies begründete Dr. F.\_\_\_\_ im Wesentlichen damit, dass die belastete Gelenkfläche der Patella bei dieser Fraktur in keiner Weise involviert gewesen sei (vgl. E. 3.5). Dr. G.\_\_\_\_ teilte diese Einschätzung und bestimmte ebenfalls eine vorbestehende (Prä-) bzw. eine etablierte Femoropatellararthrose als für die noch vorhandenen Beschwerden ursächlich. Die direkten Unfallfolgen seien abgeheilt. Diesbezüglich verwies er auf das MRI vom 18. Oktober 2017, im Rahmen derer

sich eine konsolidierte Patellafraktur gezeigt habe (vgl. E. 3.4). Schliesslich

erwähnte auch Dr. A. \_\_\_\_

deutliche degenerative Veränderungen im retro- und femoro patellaren Bereich des Kniegelenks, welche die Beschwerdesymptomatik erklären könnten (vgl. E. 3.2), beurteilte die Beschwerden (Belastungsschmerzen, Wetterfühligkeit, Taubheitsgefühl, Einknicken) später jedoch durch eine posttraumatische Arthrose sowie neurologisch bedingt (vgl. E. 3.6).

Weder Dr. E. \_\_\_\_ noch die untersuchende Neurologin im Z. \_\_\_\_

erachteten allerdings eine Nervenläsion als Ursache für die noch vorhandenen Instabilitäten im rechten Kniegelenk als plausibel (vgl. E.

### **E. 4.3**

Aufgrund der gegebenen medizinischen Aktenlage lässt sich damit nicht prüfend nachvollziehen, ob die kausale Bedeutung des Unfallereignisses vom 29. März

2017 für die Kniebeschwerden rechts überwiegend wahrscheinlich Ende Mai 2018 weggefallen ist oder nicht. Die Frage der Kausalität der noch bestehenden Beschwerden ist im Rahmen eines unabhängigen externen Gutachtens zu prüfen

(vgl. E. 1.4-1.5). Angesichts dessen, dass sich die Beschwerdegegnerin lediglich auf versicherungsinterne ärztliche Einschätzungen stützte und keine externe Begutachtung veranlasst hatte, ist der angefochtene Einspracheentscheid aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (vgl. E. 1.6), damit diese nach ergänzender Abklärung eine neue Beurteilung vornehme und hernach über ihre Leistungspflicht neu verfüge.

In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen.

### **E. 5**

Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung als vollständiges Obsiegen (BGE 137 V 57 E. 2.2), weshalb der vertretene Beschwerdeführer Anspruch auf eine Prozessentschädigung hat.

Wird eine Entschädigung beansprucht, reicht die Partei dem Gericht vor dem Entscheid eine detaillierte Zusammenstellung über ihren Zeitaufwand und ihre Barauslagen ein. Im Unterlassungsfall setzt das Gericht die Entschädigung nach Ermessen fest (§

### **E. 8**

in Verbindung mit §

### **E. 9**

der Verordnung über die Gebühren, Kosten und Entschädigungen vor dem Sozialversicherungsgericht; GebV

SVGer),

worauf in der gerichtlichen Verfügung vom 9. Oktober 2019 (Urk. 13) hingewiesen wurde.

Der

Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat keine Kostennote ein gereicht. Seine Entschädigung ist daher nach Art. 61 lit . g ATSG in Verbindung mit § 34 Abs. 1 GSVGer ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache sowie der Schwierigkeit des Prozesses von Amtes wegen auf Fr. 2'2 00.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen.

Bei diesem Ausgang des Verfahrens wird das Gesuch betreffend Gewährung der unentgeltlichen Rechtsvertretung ge genstandslos. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass der angefochtene Einsprache entscheid vom 5. Juli 2019 aufgehoben und die Sache an die Beschwerde gegnerin zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers neu verfüge. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozess entschädigung von Fr. 2'200 .-- (inkl. Barauslagen und MWSt ) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Markus Loher - Rechtsanwältin Vera Häne - 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 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, zuzustellen.

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 VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin HurstStadler

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