

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2020.00055 vom 24. September 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-09-24, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2020.00055

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2020.00055 du 24 septembre 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2020.00055 del 24 settembre 2020

Erwägungen

E. 1

Der 1980 geborene X.____ war seit dem 1. Februar 2007 als FS Manager bei der Y.____ angestellt und dadurch bei der Elips Versicherungen AG gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert, als er am 20. Juni 2018 beim Spielen mit seinen Kindern stürzte und hernach Schmerzen im rechten Knie verspürte (Urk. 9/2/1, Urk. 9/2/6). Der am 25. Juni 2018 erstbehandelnde Dr. med. Z.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, diagnostizierte den Verdacht auf eine anteromediale Kniebinnenschädigung rechts (Urk. 9/2/4); tags darauf zeigte sich MR-tomographisch ein mediale r Meniskusriss (vgl. MRT-Befund vom 26. Juni 2018, Urk. 9/2/2). Am 7. März 2019 nahm Dr. med. A.____, Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin, eine vertrauensärztliche Aktenbeurteilung vor (Urk. 9/2/7). Gestützt darauf teilte die Elips Versicherungen AG dem Versicherten mit (nicht aktenkundigem) Schreiben vom 29. März 2019 mit, die bisher erbachten Leistungen würden per 15. Oktober 2018 eingestellt (vgl. Urk. 9/2/8). Dagegen erhob der Versicherte unter Hinweis auf das Privatgutachten von Prof. Dr. B.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 22. Mai 2019 Einwände (vgl. Schreiben vom 27. Mai

2019, Urk. 9/2/8f.). Daraufhin veranlasste die Elips Versicherungen AG die Aktenbeurteilung von Dr. A.____

vom 12. Juli 2019; dieser zog Dr. med. C.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, bei und holte das radiologische Konsilium von

Dr. med. D.____, Facharzt FMH für Radiologie, vom 27. Juni 2018 ein (Urk. 9/2/10). Mit Verfügung vom 6. August 2019 stellte die Elipse Versicherungen AG

die bisher erbrachten Versicherungsleistungen mangels Kausalität – wie sie später feststellte versehentlich (vgl. Urk. 2) – per 14. Oktober 2019 ein (Urk. 9/2/11). Auf Einsprache hin (vgl. 9/2/12) veranlasste sie die Stellungnahme von

Drs. A.____ und C.____ vom 30. August 2019 (Urk. 9/2/13). Mit Einspracheentscheid vom 25. Februar 2020 wies die Elips Versicherungen AG die Einsprache des Versicherten ab und stellte die Leistungen – in Berichtigung der angefochtenen Verfügung vom 6. August 2019 – per 14. Oktober 2018 ein (Urk. 2).

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 Berufs krankheiten gewährt (Abs. 1).

E. 1.2

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).

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 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. 1.4

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 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 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 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. 1.5

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

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).

E. 2

Dagegen erhob X.____ am 12. März 2020 Beschwerde und beantragte, es seien ihm in Aufhebung des angefochtenen Entscheids die gesetzlichen und all fälligen vertraglichen Leistungen zuzusprechen (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 15. Mai 2020 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 7), was dem Beschwerdeführer am 22. Mai 2020 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 10). Mit Eingabe vom 4. Juni 2020 reichte der Beschwerdeführer eine weitere Stellungnahme ein (Urk. 13), deren Doppel der Beschwerdegegnerin zur Kenntnisnahme zugestellt wurde (vgl. Mitteilung vom 11. Juni 2020,

Urk. 14). Mit Schreiben vom 23. Juni 2020 verzichtete diese auf eine Stellungnahme (Urk. 15). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Im angefochtenen Entscheid erwog die Beschwerdegegnerin, gestützt auf die vertrauensärztlichen Beurteilungen sei infolge des Ereignisses vom 20. Juni 2018 eine vorübergehende Verschlechterung des degenerativ vorveränderten rechten Knies eingetreten. Der Status quo sine sei am Vortag der Kniegelenksarthroskopie am 14. Oktober 2018 eingetreten; habe diese doch lediglich der Vorzustandsbehandlung gedient. Der MR-tomographisch festgestellte Meniskusriss sei typischerweise degenerativer Natur. Zudem sei das gegenständliche Unfallereignis als traumatische Ursache hierfür ungeeignet. Jedenfalls sei der radiäre Riss im Meniskushinterhorn

nicht frisch. Bei dem

in der Verfügung vom 8. August 2019 genannten Datum

(14. Oktober 2019)

handle es sich um ein offenkundiges Versehen, welches nunmehr zu berichten sei. Mithin seien die Leistungen korrekter - und berichtigterweise

per

14. Oktober 2018 einzustellen (Urk. 2).

E. 2.2

Dagegen wandte der Beschwerdeführer ein, die versicherungsinternen Abklärungen seien allesamt nicht schlüssig und nicht evidenzbasiert. Insbesondere gehe es nicht an, wenn Versicherungsärzte fachfremd urteilten und unbegründet Diagnosen in Frage stellten. So sei etwa im MRT-Bericht vom 26. Juni 2018 von einer minimalen Chondropathie die Rede; Dr. D.____

habe darin aber gravierende degenerative Veränderungen «ersehen» wollen. Sodann bestehe vorliegend kein degenerativ verändertes Kniegelenk; ein Meniskus sei auch im Falle altersentsprechender, degenerativer Veränderungen, ohne funktionale Ausfälle als gesund im Rechtssinne zu verstehen. Demgegenüber bestehe vorliegend zweifelsfrei ein radiärer vertikaler Meniskusriss. Dies spreche bereits für eine traumatische Entstehung. Dr. med. E.____, Facharzt für Radiologie, habe schlüssig und evidenzbasiert festgestellt, dass

der vorliegende Meniskusriss beim jungen Beschwerdeführer überwiegend wahrscheinlich traumatisch bedingt sei. Dies insbesondere bei der vorliegend diskreten Begleitverletzung des vorderen Kreuzbandes (VKB) sowie bei typischen Zeichen eines stattgehabten, axialen Kompressionstraumas mit Rotationskomponente (Kontusionsödem in der medialen Tibia, der hinteren lateralen Tibiakante und im medialen Femurkondylus, Urk. 1, Urk. 3/3).

E. 3.1

Auf die Selbstzuweisung des Beschwerdeführers hin diagnostizierte Dr. Z.____

am 25. Juni 2018 den Verdacht auf eine anteromediale Kniebinnenschädigung rechts sowie einen Status nach Rotationskorrektur im Unterschenkel mit 14 Jahren. Der Beschwerdeführer habe beim Herumtollen mit dem Kind vor drei Tagen ein Valgations-/Rotationstrauma erlitten. Dabei sei ein Sofortschmerz, jedoch keine Funktion

laesa eingetreten. Aktuell bestehe eine persistierende Symptomatik anteromedial. Klinisch zeigten sich im rechten Knie weder eine Überwärmung noch Rötung. Die vordere Stabilität sei erhalten, ebenso die Stabilität der Seitenbänder. Der Meniskustest sei reproduzierbar schmerzhaft im anteromedialen Aspekt. Zudem bestesse an demselben Ort eine Druckdolenz. Am 26. Juni 2018 habe sich MR-tomographisch ein medialer Meniskusriss mit radiären bzw. vertikalen Ausläufern bestätigt. Weitere Binnenschädigungen bestünden nicht. An der traumatischen Entstehung bestünden keine Zweifel. Anfangs Oktober 2018 sei der Beschwerdeführer wegen anhaltenden Beschwerden und rezidivierenden Einklemmscheinungen erneut vorstellig geworden und habe eine operative Sanierung gewünscht. Bei ausbleibender Beschwerdefreiheit aufgrund konservativer Behandlung ver suche sei ein operativer Eingriff zweifelsfrei indiziert (vgl. Einträge in die Krankengeschichte, Urk. 9/2/

E. 3.2

Im Bericht zur MRT des rechten Knies vom 26. Juni 2018 hielt der beurteilende Dr. med. F.____, Facharzt FMH für Radiologie, (1) eine radiäre vertikale Rissbildung im medialen Meniskushinterhorn sowie (2)

femoropattellär einen geringgradigen Erguss und eine minimale retropatelläre

Chondropathie mit kleiner oberflächlicher Fissur fest. Die übrigen Binnenstrukturen einschliesslich der Kreuz- und Seitenbänder seien intakt (Urk. 9/2/2).

E. 3.3

Am 15. Oktober 2018 führte Dr. Z.____ am rechten Knie eine diagnostische Kniearthroskopie, subtotale Hinterhornresektion, Synovektomie und Gelenkpunktion durch. Dabei diagnostizierte er einen chronischen

Hinterhornschaden des medialen Meniskus rechts, den Verdacht auf eine VKB-Insuffizienz sowie eine chronische Synovialitis; der intraoperative Befund korrespondiere mit dem MR-tomographischen Bild. Der mediale Meniskus habe im Hinterhornbereich eine grosse Lappenschädigung aufgewiesen. Zusätzlich bestünden ein Zustand nach Voroperation an der Tibia, reichlich Synovitis und auffällige Vernarbungen. Das in der Kontinuität gut einsehbare VKB

zeige eine normale Textur mit jedoch deutlich vermehrter Laxität (vgl. Operationsbericht, Urk. 9/3).

E. 3.4

Vertrauensarzt Dr. A.____ hielt mit Aktenbeurteilung vom 7. März 2019 fest, MR-tomographisch habe sich ein degenerativ verändertes Kniegelenk mit einem typischen, isolierten Innenmeniskushornschaden gezeigt. Ein solcher sei lehrbuchmässig geradezu typisch für eine Degeneration. Die direkte Einsicht anlässlich des operativen Eingriffs vom 15. Oktober 2018 habe zudem ein leicht elongiertes

VKB mit erhaltener Kontinuität und

diverse leichte degenerative Knorpelveränderungen gezeigt. Der vom Beschwerdeführer im Fragebogen vom 19. Januar 2019 geschilderte Unfallhergang mit Sturz- und somit mit Kontusion – sei nicht geeignet, den vorliegenden Meniskusriss hinreichend zu erklären. Nach medizinischer Lehre bräuchte es hierfür grundsätzlich eine gewaltsame Verdrehung des Unterschenkels gegen den Oberschenkel. Zusätzlich sei erforderlich, dass zumindest einer dieser Gelenkspartner fixiert sei und die Schlussrotation blockiere. Dies treffe typischerweise auf den Beuge-Dreh-Sturz eines Fussballspielers mit einem durch den Fussballschuhstollen fixierten Fuss zu. Demgegenüber sei ein direktes Trauma, zum Beispiel der Knieanprall bzw. die Kniekontusion, wegen der Lage der Menisken zwischen Femur (Oberschenkel) und Tibia (Unterschenkel) sehr selten und in der Regel ungeeignet, eine Meniskusläsion zu verursachen. Sodann trete bei einer traumatischen Meniskusläsion in der Regel eine starke Schwellung schmerzhafter Art mit zeitgleich auftretender massiver Einschränkung der Kniebeweglichkeit auf; ferner eine

Bruise in der Impaktzone, die zumeist noch monatelang verbleibe, ein erheblicher Kniegelenkserguss sowie die Schädigung von anderen Bandstrukturen. Solche sog. typischen Traumamarker seien beim Beschwerdeführer nicht festgestellt worden. Mithin sei davon auszugehen, dass das gegenständliche Ereignis zu einer vorübergehenden Verschlimmerung geführt habe. Mit der Operation vom 15. Oktober 2018 sei der degenerative Vorzustand behandelt worden. Gemäss Reintegrationsleitfaden Unfall (Release 2010 - Version 1.0) sei bei einer Kniekontusion eine Behandlungsdauer von maximal 16 Wochen angegeben. Vom Erreichen des Status quo sine sei vorliegend am Vortag der Operation am 14. Oktober 2018 auszugehen (Urk. 9/2/7).

E. 3.5

Der vom Beschwerdeführer beauftragte Prof. Dr. B.____

hielt mit Aktenbeurteilung vom 22. Mai 2019 fest, entgegen Dr. A.____ sei ein Knochenmarködem im Sinne eines Bone

Bruise und damit Traumamarkers im Bereich des Tibiakopfes MR-tomographisch erkennbar. Zudem habe Dr. A.____ die intraoperativ festgestellte Laxität des VKB, welches bei einem Sturz auch eine Meniskushinterhornläsion zulassen könne, vernachlässigt. Auch habe letzterer vernachlässigt, dass sich der Beschwerdeführer wegen den unfallbedingten Schmerzen zu Dr. Z.____ in Behandlung begeben habe. Die nur geringgradigen Knorpelveränderungen seien als altersentsprechend und daher nicht als degenerativer Vorzustand zu betrachten. Zusammenfassend sei aufgrund der zeitlichen Nähe der Diagnostik zum Unfall, der Beurteilung von Dr. Z.____ sowie der MR-tomographischen und intraoperativen Befunde von einer überwiegend wahrscheinlich unfallbedingt verursachten Innenmeniskushinterhornschädigung auszugehen (Urk. 9/2/9).

E. 3.6

Mit Aktenbeurteilung vom 12. Juli 2019 kamen Dres . A.____ , C.____

und

D.____

zu m Schluss, die MR- tomographischen Befunde seien allesamt degene rativ oder durch Überbeanspruchung verursacht. Frische Verletzungen seien nicht ersichtlich, insbesondere sei der vertikal verlaufende, radiäre Riss im Meniskus hinterhorn nicht frisch. Zwar könn t e man auf den ersten Blick meinen, er sei frisch. Unter Berücksichtigung dessen, dass der horizontale und leicht unschärfere und somit am ehe sten degenerativ bedingte Riss des Cornu

posterius nur bis zu dem vom ersterwähnten Riss gebildeten Spalt reiche, sich aber auf der anderen S eite des Spaltes nicht fortsetz e, müsse der vertikale radiäre Riss indes vor dem horizontalen entstanden sein. Und da dem zweitgenannten Riss bereits ein kleines Ganglion assoziiert sei, was gegen einen frischen Riss spreche, müsse auch der ersterwähnte Riss, der ja vor dem horizontalen entstanden sei, bereits relativ alt sein .

Zudem sei intraoperativ eine grosse Lappenschädigung festgestellt worden. Gerade die Lappenförmigkeit dieser Schädigung spreche für ein bereits langes Bestehen und korreliere darüber hinaus mit der Lage des Meniskusrisses im Hinterhorn , der radiären Form und dem assoziierten sehr kleinen Ganglion. So weit Dr. B.____ eine Bone

Bruise im Sinne eines Knochenkontusionsödems postuliere, sei dies nicht nachvollziehbar. Vielmehr seien die

ödemartige n Knochenmarkveränderungen vorliegend sehr

flau, entsprechend

einem typisc hen Überlastungsödem und nicht

im Sinne einer trabekulä ren Fraktur . Zudem sei die Beha uptung von Dr. B.____ , wonach in anderen Komparti menten des Knie gelenks keine Degenerationen vorlägen, unzutreffend. Seien doch in allen drei Kompartimenten degenerative Veränderungen feststellbar . Die Tat sache, dass das vordere Komparti ment intraoperativ etwas ausgeleiert erschienen habe, spreche auch nicht gerade für eine trau matische Ursache, sondern für ein e chronisch degenerative Genese . Darüber hinaus habe sich eine relative kleine und gelappte Bakerzyste gezeigt. Auch diese spreche für eine chronische Kniebinnen gelenks überlastung. Daran ändere auch der U mstand nichts, dass diese von Flüs sigkeits strassen umgeben und damit anzunehmen sei, d ie Bakerzyste sei rupturiert . So rupturiere über Zeit praktisch jede Bakerzyste . Bei alle dem seien die deutlichen Kniebinnengelenk sveränderungen in allen Komparti menten eindeutig als dege nerativer Vorzustand zu b et rachten

(Urk. 9/2/10).

E. 3.7

Prof. Dr. B.____ hielt mit Stellungnahme vom 12. August 2019 da für, es falle auf , dass die klinischen und intraoperativen Befunde von Dr. Z.____

in der Stellungnahme keine Berücksichtigung fänden. Vielmehr sei einzig der MRT-Diagnostik Rechnung getragen worden. Im Übrigen habe

Dr. D.____ die Meniskusrisskomponente als durchaus frisch bewertet. Letzteres entspräche denn auch dem intraoperativen Bild. Diese frische Meniskusrisskomponente habe die bis zum Unfall unauffällige Kniegelenksituation so schmerzhaft werden lassen und die darauffolgende Behandlung und Operation bedingt. Mithin habe diese frische Risskomponente eine richtunggebende Veränderung gezeitigt (Urk. 9/12).

E. 3.8

Am 30. August 2019 nahmen

Drs. A.____ und C.____

dazu Stellung wie folgt: Dass Dr. D.____

zum Schluss gekommen sein sollte, der Meniskusriss sei frisch, sei offensichtlich nicht korrekt. Zudem seien die intraoperativen Befunde durchaus gewürdigt worden. Es sei ferner zu betonen, dass intraoperativ lediglich der Verdacht auf eine VKB-Insuffizienz erhoben worden sei. Zudem habe Dr. Z.____

eine chronische Synovialitis festgehalten und den Meniskushinterhornriss selbst als chronisch taxiert. Das von demselben in der Krankengeschichte erwähnte Valgisations-/Rotationstrauma stehe im Widerspruch zur übrigen Aktenlage. Vielmehr sei von einem Knieanprall bzw. einer Kniekontusion auszugehen, welche – wie bereits in früheren Stellungnahmen dargetan (vgl. E. 3.4) – nicht geeignet sei, eine Meniskusläsion zu verursachen. Prof. Dr. B.____ habe sich im Rahmen seiner Beurteilung offensichtlich auf die nicht korrekte Beschreibung als Valgisations-/Rotationstrauma gestützt. Zudem sei ein isolierter Innenmeniskushinterhornschaden

auch nach Massgabe der medizinischen Lehre in der Regel degenerativer Natur. Die Hinterhörner, vor allem des Innenmeniskus, unterlägen der grössten Abnutzung und veränderten sich daher am ehesten. Mithin sei der vorliegende Meniskusriss Teil eines asymptomatischen degenerativen Vorzustandes. Dasselbe gelte für die diversen Knorpelulnuren (Urk. 9/2/13).

E. 3.9

In der beschwerdeweise eingereichten radiologischen Beurteilung vom 10. März 2020 hielt PD Dr. E.____

zusammenfassend fest, beim jungen Beschwerdeführer mit adäquatem Trauma bestehe ein scharfkonturierter, radiärer und partiell vertikal verlaufender Riss des Innenmeniskushinterhorns, der sich als Horizontalriss in die Parts intermedial fortsetze, mit typischen Zeichen eines stattgehabten, axialen Kompressionstraumas mit Rotationskomponente (Kontusionsödeme in der medialen Tibia, hinteren lateralen Tibiakante

und im medialen Femurkondylus) und mit diskreter Begleitverletzung des VKB, ohne wesentliche Zeichen einer Gelenkdegeneration. Somit liege mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine traumatische Genese der Meniskusläsion vor (Urk. 3/3).

E. 4

.3

Zusammenfassend ist die Beschwerdegegnerin gestützt auf die Beurteilungen von Dres . A.____ , C.____ und D.____

zu Recht zum

Schluss gelangt , dass der Meniskushinterhornriss jedenfalls nicht überwiegend wahrscheinlich auf den Unfall vom 20. Juni 2018 zurückzuführen ist . Entsprechend hat sie eine Leistungspflicht im Zusammenhang mit der dadurch bedingten Operation vom 15. Oktober 2018 zu Recht verneint und die Leistungen per 14. Oktober 2018 eingestellt.

Der angefochtene Entscheid vom 25. Februar 2020 erweist sich damit als rechts, weshalb die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen ist.

E. 4.1

Die Beschwerdegegnerin stützte sich im angefochtenen Einspracheentscheid vom 25. Februar 2020 (Urk. 2) in medizinischer Hinsicht auf die versicherungsinternen Beurteilungen von Dres . A.____ , C.____ und D.____ (E. 3.3, E. 3.5, E. 3.7) , welche diese in Kenntnis und Auseinandersetzung mit den Vorakten abgaben .

E. 5

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

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

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