

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2020.00228

vom 27. August 2021

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-08-27, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2020.00228

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2020.00228 du 27 août 2021

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2020.00228 del 27 agosto 2021

Erwägungen

E. 1

3. August 2019 meldete der Versicherte einen Rückfall zum Unfall vom 9. September 2016 (Urk. 10 /

E. 1.1

UV170760 Übergangsrecht UVG-Revision, in Kraft seit 1. Januar 2017 09.2019 Am 1. Januar 2017 sind die geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (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). Dementsprechend 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 9. September 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

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. 1.3

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).

E. 1.4

Die Versicherungsleistungen werden auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt (Art. 11 UVV). Bei einem Rückfall handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit, so dass es zu ärztlicher Behandlung, möglich erweise sogar zu (weiterer) Arbeitsunfähigkeit kommt; von Spätfolgen spricht man, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Verlaufe längerer Zeit organische oder auch psychische Veränderungen bewirkt, die zu einem anders gearteten Krankheitsbild führen können (BGE 118 V 293 E. 2c mit Hinweisen).

Rückfälle und Spätfolgen schliessen sich begrifflich an ein bestehendes Unfallereignis an. Entsprechend können sie eine Leistungspflicht der Unfallversicherung nur auslösen, wenn zwischen den erneut geltend gemachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 118 V 293 E. 2c in fine).

Es obliegt der versicherten Person, das Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem neuen Beschwerdebild und dem Unfall mit dem im Sozialversicherungsrecht geltenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachzuweisen. Je grösser der zeitliche Abstand zwischen dem Unfall und dem Auftreten der gesundheitlichen Beeinträchtigung ist, desto strengere Anforderungen sind an den Wahrscheinlichkeitsbeweis des natürlichen Kausalzusammenhangs zu stellen. Bei Beweislosigkeit fällt der Entscheid zu Lasten der versicherten Person aus. Werden durch einen Unfall Beschwerden verursacht, übernimmt die Unfallversicherung den durch das Unfallereignis verursachten Schaden, spätere Gesundheitsstörungen dagegen nur, wenn eindeutige Brückensymptome gegeben sind (Urteil des Bundesgericht 8C_113/2010 vom 7. Juli 2010 E. 2.3).

E. 1.5

UV170510 Beweiswert eines Arztberichts 08.2018 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). UV170510

E. 1.6

UV170530 Beweiswert von versicherungsinternen ärztlichen Einschätzungen 08.2018 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 Versicherungsvertrags träger 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). UV170530 2.

2.1

Die Beschwerdegegnerin ging im angefochtenen Entscheid (Urk. 2) davon aus, es sei unbestritten, dass der Beschwerdeführer am 9. September 2016 ein Unfallereignis erlitten habe. Die Aktenlage zeige auf, dass nach dem Ereignis vom 9. September 2016 die letzte Behandlung am 8. November 2016 stattgefunden und sich der Beschwerdeführer erst am 4. Juli 2019 wieder bei Dr. A. ___ vor gestellt und dabei über rezidivierende Beschwerden im Bereich des anterioren Kompartiments geklagt habe, was einer behandlungsfreien Episode von nahezu drei Jahren entspreche. Somit könne als erstellt gelten, dass eine Rückfallkondition vorliege, womit die Leistungspflicht der für die ab Juli 2019 geltend gemachten Beschwerden in beweisrechtlicher Hinsicht unter dem Gesichtspunkt eines Rückfalls zu prüfen seien und die Beweislast beim Beschwerdeführer liege. Ihr beratender Arzt Dr. B. ___ sei zum Schluss gekommen, die Beschwerden am linken Knie könnten nicht überwiegend wahrscheinlich in einem natürlichen Kausalzusammenhang zum Ereignis vom 9. September 2016 gesehen werden. Eine Traumatisierung des femoropatellären Gleitlagers sei nicht überliefert, die zunehmende femoropatelläre

Chondropathie lasse sich aufgrund der Dysplasie erklären. Das Intervall von über zwei Jahren bis zur erneuten Arztkonsultation wegen femoropatellären Beschwerden sei zu lang, um einen posttraumatischen Knorpelschaden zu postulieren, bei dieser Genese wäre der oberste Zeitrahmen 12

Monate. Hinzu komme, dass der vom Beschwerdeführer geschilderte Hergang mit einer Verdrehung des Knies ohne Sturz keinen Mechanismus erkennen lasse, der das femoropatelläre Gleitlager sehr hoch belaste. Die Fähigkeit, das Fussballspiel zu beenden, spreche gegen eine akute Schädigung (S. 5). Mit den Beurteilungen durch die versicherungsinternen Ärzte sei ohne Zweifel erwiesen, dass unfallfremde Ursachen den bestehenden Gesundheitsschaden ausgelöst hätten und die ab Juli 2019 geltend gemachte Symptomatik nicht in einem natürlichen kausalen Zusammenhang zum Ereignis vom 9. September 2016 stehe. In casu liege die Beweislast im Rahmen des Rückfalls beim Beschwerdeführer, mithin sei es ihm nicht gelungen, den natürlichen Kausalzusammenhang

der bestehenden Symptomatik mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu rubriziertem Ereignis darzutun (S. 6). Daran hielt die Beschwerdegegnerin mit Duplik vom 7. Mai 2021 fest (Urk. 19). 2.2

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), der beratende Arzt der Beschwerdegegnerin Dr. B. ___ missachte die Tatsache, dass er gestürzt sei. Ein Sturz sei in den Akten klar festgehalten, da er anlässlich der Erstkonsultation in der Klinik C. ___ am 14. September 2016 einen Sturz auf die linke Seite mit Verdrehung des linken Kniegelenks erwähnt habe. Genau dieser Sturz habe zu einer hohen Belastung des femoropatellären

Gleitlagers

geführt (S. 3). Die beratenden Ärzte der Beschwerdegegnerin gingen von einem falschen Unfallmechanismus aus und verneinten aktenwidrig einen Sturz. Weiter würden sie aus den MRI-Untersuchungen die falschen Schlüsse ziehen. Obwohl ein Bone

Bruise in der Regel durch ein traumatisches Ereignis entstehe, würden die beratenden Ärzte ohne weitere Begründung behaupten, dass dieses nicht als

posttraumatisch kontusionsbedingt interpretiert werden könne, weil im aktuellen MRI eine praktisch unveränderte Ödemzone bestehe. Dies sei nicht zutreffend,

der Knorpelspezialist habe ein Fortschreiten des Knorpelschadens festgestellt (S. 4). Die Berichte der behandelnden Ärzte hingegen würden nachvollziehbar begründen, warum die geltend gemachten Beschwerden überwiegend wahrscheinlich auf den Unfall zurückzuführen seien (S. 5).

In der Replik (Urk. 14) hielt der Beschwerdeführer fest, dass von der Beschwerdegegnerin im Beschwerdeverfahren eingeholte Aktengutachten von Dr. D. ___ sei aus dem Recht zu weisen. Im Übrigen sei darin nicht schlüssig dargelegt worden, warum die heute geklagten Kniebeschwerden nicht in einem natürlichen Kausalzusammenhang mit dem Unfallereignis vom 9. September 2016 stünden, zumal mehr Indizien für eine Unfallkausalität sprächen (S. 2 ff. Ziff. 4 ff.). 2.3

Strittig und zu prüfen ist, ob die

ab Juli 2019 vom Beschwerdeführer geltend gemachten Beschwerden des linken Knies im Sinne eines Rückfalls in rechts genügendem Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 9. September 2016 stehen und er somit Anspruch auf Versicherungsleistungen hat. 3. 3.1

Die Ärzte der Klinik C. ___ führten in der Krankenakte des Beschwerdeführers vom 14. September 2016 aus (Urk. 11/1), es sei eine Selbstzuweisung nach einem Unfall erfolgt. Am 9. September 2016 sei der Beschwerdeführer beim Fussball bei einer Drehung und Körperkontakt mit dem Gegner auf die linke Seite gestürzt mit Verdrehung des linken Kniegelenks. Er habe einen sofort einschiesenden Schmerz verspürt sowie im weiteren eine eingeschränkte Beugungsfähigkeit. Seitdem bestehe immer wieder ein Blockadegefühl. Sie nannten als Diagnosen eine Distorsion des linken Knies, eine varische Beinachse sowie einen Knick Senkfuss beidseits.

3.2

Am 15. September 2016 führten sie aus (Urk. 11/5), die MRI-Untersuchung habe einen Bone

Bruise der Patella, eine retropatelläre Chondropathie Grad I, gegen medial übergehend in eine Grad II sowie eine mögliche Unterflächenruptur des medialen Meniskus posteromedial ergeben.

Am 21. September 2016 (Urk. 11/4 S. 1) führten sie aus, es sei insgesamt besser, jedoch sei der Beschwerdeführer nach wie vor nicht völlig beschwerdefrei. Das MRI des Kniegelenks vom 15. September 2016 habe ein diffuses Knochenmarksödem in der Patella sowie ein signalalteriertes

retropatelläres Knorpel in sämtlichen Anteilen mit Höhenminderung medial ergeben. Es bestehe ein möglicher kleiner Einriss an der Unterfläche des medialen Meniskus posteromedial. Es zeige sich kein Gelenkserguss, die Form und Lage der Patella sowie die Quadrizeps- und Patellarsehne und der Knorpel im medialen lateralen Kompartiment seien normal.

Es bestehe ein Bone

Bruise der Patella sowie eine retropatelläre

Chondropathie Grad I, gegen medial übergehend in eine Grad II.

Die Ärzte der Klinik C. führten in der Krankenakte des Beschwerdeführers vom 8. November 2016 aus (Urk. 11/4 S. 2), es gehe dem Beschwerdeführer deutlich besser, er sei jedoch noch nicht völlig beschwerdefrei. Bei bestimmten Bewegungen bestehe noch eine leichte Beschwerdesymptomatik.

3.3

Betreffend die im August 2019 zur Rückfallmeldung führenden Beschwerden (Urk. 10/5) nahm Dr. med. A., Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, am 4. Juli 2019 (Urk. 11/2)

Stellung, berichtete über die gleichentags erfolgte Sprechstunde und nannte als Diagnose einen Verdacht auf einen retropatellären Knorpelschaden. Er führte aus, der Beschwerdeführer berichte über eine Distorsion nach einem Zweikampf und einem Foul beim Fussballspielen im 2016. Seitdem bestünden rezidivierend immer wieder Beschwerden im Bereich des anterioren Kompartiments. Teilweise müsse er das Fussballspielen sistieren. Der Beschwerdeführer zeige ein regelrechtes Gangbild sowie eine recht gut ausgebildete Muskulatur der unteren Extremität. Ein Druckschmerz bestehe im Bereich des inferioren Patellapools. Die Patella sei stabil geführt (S. 1). Das MRI des linken Kniegelenks 2016 zeige einen deutlichen Bone

Bruise im Bereich der Patella bei Jägerhutpatella sowie einen kleinen Einriss im Bereich der medialen Patellafacette, ein intaktes vorderes und hinteres Kreuzband sowie einen intakten Innen- und Aussenmeniskus und intakte Kollateralbänder. Beim Beschwerdeführer bestehe auch nach drei Jahren noch ein

anterioren Knieschmerz bei Belastung bei initial nachgewiesenem Ödem und kleinem Einriss im Bereich der Patellafacette medial. Zur Kontrolle der Knorpelproblematik, dass keine Vergrößerung aufgetreten sei, werde wiederum ein MRI durchzuführen sein.

3.4

Die MRI-Untersuchung des linken Kniegelenks vom 8. Juli 2019 im Swiss Diagnostic Center ergab eine Chondropathie

retropatellär, lateral betont, bei fokalem bis zum Knochen reichendem Knorpeldefekt mit angrenzendem Knochenmarködem sowie Zeichen einer

Trochleadysplasie. Es zeigte sich keine Meniskus- oder Bandläsion (Urk. 11/7).

3.5

Dr. A. ___ berichtete am 12. Juli 2019 (Urk. 11/3) über die am 9. Juli 2019 erfolgte Sprechstunde und nannte als Diagnose einen retropatellären Knorpelschaden lateral mit angrenzendem Knochenmarksödem im linken Kniegelenk. Er

führte aus, im MRI des linken Kniegelenks vom 8. Juli 2019 zeige sich ein deutlicher Knorpelschaden retropatellär mit einer Grösse von 5x2 mm bis auf den Knochen reichend. Angrenzend dazu bestünden kleine subchondrale Zysten und eine Ödembildung. Es bestünden leichte Zeichen einer Trochleadysplasie. Es sei weiterhin keine intraartikuläre Läsion erkennbar. Beim Beschwerdeführer bestehe wie vermutet eine Knorpelschädigung posttraumatischer Genese, welche klassisch längere Zeit nach entsprechenden Unfällen auftrete. Es werde nun versucht, das Knie muskulär zu stabilisieren. 3.6

Dr. A. ___ berichtete am 28. Oktober 2019 (Urk. 11/8) über die gleichentags erfolgte Sprechstunde, nannte als Diagnose einen retropatellären Knorpelschaden am linken Kniegelenk und führte aus, der Beschwerdeführer stelle sich zur klinischen Verlaufskontrolle vor. Durch die Physiotherapie sowie die Einnahme von Chondrosulf sei eine deutliche Verbesserung der lokalen Symptomatik eingetreten. Lediglich kurz vor sportlichen Tätigkeiten sowie danach verspüre er einen leichten Druck, es bestehe keine Schwellneigung. Es zeige sich ein reizloses Kniegelenk und es bestehe kein intraartikulärer Erguss. Beim Beschwerdeführer bestehe aktuell ein asymptomatischer Knorpelschaden retropatellär posttraumatischer Genese. Da die klinische Symptomatik sehr gut sei, werde ein weiteres Zuwarten sowie ein Verlaufs-MRI im Sommer nächsten Jahres empfohlen. 3.7

Dr. med. B. ___ , Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, beratender Arzt der Beschwerdegegnerin, nahm am 13. Januar 2020 Stellung (Urk. 11/9) und führte aus, bei den geklagten Beschwerden handle es sich nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit um einen Rückfall des Ereignisses vom 9. September 2016. Eine Traumatisierung des

femoropatellären

Gleitlagers sei nicht überliefert. Die zunehmende femoropatelläre

Chondropathie lasse sich aufgrund der Dysplasie erklären. Das Intervall von über zwei Jahren bis zur erneuten Arztkonsultation wegen femoropatellären Beschwerden sei zu lang, um einen posttraumatischen Knorpelschaden zu postulieren. Bei dieser Genese wäre der oberste Zeitrahmen zwölf Monate. 3.8

Dr. B. ___ nahm am 5. März 2020 erneut Stellung (Urk. 11/10) und führte aus, der vom Beschwerdeführer geschilderte Hergang mit einer Verdrehung des Knies ohne Sturz lasse keinen Mechanismus erkennen, der das femoropatelläre Gleitlager sehr hoch belaste. Die Fähigkeit, das Fussballspiel zu beenden, spreche gegen eine akute Schädigung. In diesem Zusammenhang sei nicht verständlich, weswegen Dr. A. ___ am 28. Oktober 2019 bei einer asymptomatischen femoropatellären

Chondropathie von einer traumatisch bedingten Genese sprechen könne.

3.9

Dr. A.____ berichtete am 30. April 2020 (Urk. 11/11) und führte aus, ob das diffuse Knochenmarksödem vom MRI vom 15. September 2016 auf den Unfall vom 9. September 2016 zurückzuführen sei, sei für ihn eindeutig. Eine Chondropathie I. Grades bedeute lediglich eine leichte Flüssigkeitsvermehrung im MRI. Es bedeute noch keinen strukturellen Schaden des Kniegelenks. Auch das durch eine Chondropathie Grad I ein subchondrales Ödem (das bedeute Flüssigkeit im Bereich des Knochenmarkes) auftreten könne, sei mehr als unwahrscheinlich, da

der Knorpel an sich absolut intakt erscheine. Dies wisse man von arthroskopischen Eingriffen. Wie hoch die Wahrscheinlichkeit sei, könne er nicht genau klassifizieren. Jedoch gebe es sehr häufig Knorpelschäden, die erst im weiteren Verlauf nach Unfällen und direktem Anprall von Knorpeloberflächen aufeinander aufträten. 3.10

Dr. med. E.____, Facharzt für Chirurgie, beratender Arzt der Beschwerdegegnerin, nahm am 17. August 2020 Stellung (Urk. 11/12) und führte aus, die geltend gemachte Symptomatik stehe lediglich mit dem Beweisgrad der

Möglichkeit in einem natürlichen Kausalzusammenhang zum Ereignis vom 9. September 2016. Einerseits sei das geschilderte Ereignis mit begründet werden des linken Standbeins aus biomechanischer Sicht nicht geeignet, eine Überlastung des Femoropatellargelenkes zu bewirken. Andererseits weise der Beschwerdeführer eine erhebliche Dysplasie des linken Femoropatellargelenkes auf, wobei eine solche Konstellation pathognomonisch sei für das konsekutive Auftreten chondropathischer und arthrotischer Veränderungen in diesem Gelenk. Die im MRI sichtbare Bone

Bruise -Veränderung könne im vorliegenden Fall nicht als posttraumatisch kontusionsbedingt interpretiert werden, sondern stehe in Zusammenhang mit der Chondropathie, die im subchondralen Bereich ebenso ödematöse Veränderungen verursachen könne wie nach einer direkten Kontusion. Dafür spreche auch die Tatsache, dass im MRI vom 8. Juli 2019 eine praktisch unveränderte subchondrale

Ödemzone ohne vorgängiges Ereignis bestehe. Von einer traumatisch verursachten Bone

Bruise würde man ein Abklingen innerhalb weniger Monate erwarten (S. 1). Es sei davon auszugehen, dass es sich initial um eine banale Kniedistorsion gehandelt habe. Eine solche wiederum sei durchaus geeignet, eine möglicherweise bis anhin stumme Chondropathie im Femoropatellargelenk temporär zu aktivieren. Dies über einen Zeitraum von zwei bis drei Monaten. Das geschilderte Ereignis vom 9. September 2016 sei nicht geeignet, das Femoropatellargelenk explizit zu belasten und die jetzt seit 2016 eher zunehmende Chondropathie

zu verursachen (S. 2). 3.11

Prof. Dr. med. F.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Leitender Oberarzt, G.____ Klinik, Hüft- und Kniechirurgie, berichtete am 1. Oktober 2020 (Urk. 3/2) über die gleichentags erfolgte Sprechstunde, nannte als Diagnose einen traumatisch bedingten Knorpel-/Knochenschaden an der proximalen Patella des linken Kniegelenks und führte aus, im posttraumatisch durchgeführten MRI 2016 habe sich bereits eine Knorpelkontusion im Bereich der Patellarrückfläche mit einem ausgeprägten Knochenmarködem als Zeichen eines initialen Unfalls der osteochondralen Einheit im Bereich der Kniescheibenrückfläche gezeigt.

Initial sei eine konservative Therapie erfolgt. Bei persistierenden Beschwerden sei 2019 ein Verlaufs-MRI erfolgt. Darin habe sich ein deutlicher Progress des initial traumatisch bedingten Knorpel schadens mit nun einem Knorpel-/Knochenschaden mit bereits Zystenbildung gezeigt , was typisch sei nach initialer Ödembildung im Bereich der Kniescheiben rückfläche im Sinne eines ausgeprägten osteochondralen Defekts. Nun im zuletzt durchgeführten MRI des linken Kniegelenks vom 14. August 2020 zeige sich ein noch ausgeprägter

osteochondraler Defekt im Bereich der Kniescheibenrückfläche mit bereits ausgeprägter Zystenbildung und tiefgreifenden Knorpelschäden. In der

klinischen Untersuchung des linken Kniegelenks zeige sich dieses aktuell frei

beweglich mit nur einer diskreten patellofemorale Beschwerden Symptomatik. Ansonsten bestehe ein unauffälliger Untersuchungsbefund des linken Kniegelenks bei varischer Beinachse. In der heute durchgeführten Röntgendiagnostik zeige sich keine Arthrose bei regelhafter patellofemorale und tibiofemorale Artikulation bei diskret varischer Beinachse. Der initiale Unfall habe zu dem Ödem geführt und aus dem Ödem habe sich der nun bestehende Knorpel-Knochenschaden entwickelt, welcher nun von selbst nicht mehr ausheilen werde und auf lange Sicht progrediente Beschwerden machen werde und eine hohe Gefahr bestehe, dass sich eine patellofemorale Arthrose entwickle. Vor diesem Hintergrund werde dem Beschwerdeführer eine eher zeitnahe Intervention des linken Kniegelenks mit initialer Arthroskopie der Kniescheibenrückfläche mit lateraler Arthrotomie empfohlen. Es sei nochmals anzumerken, dass der Knorpel-/Knochenschaden , welcher im Bereich der Kniescheibenrückfläche bestehe, ganz klar auf den Unfall 2016 zurückzuführen sei auf Grund der Tatsache, dass man bereits 2016 ein Knochenmarködem und eine initiale Knorpelschädigung sehe. 3.12

Dr. med. D.____ , Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des

Bewegungsapparates, beratender Arzt der Beschwerdegegnerin, nahm am 20. Januar 2021 Stellung (Urk. 11/14) und führte aus, bezüglich des Schadenmechanismus lägen widersprüchliche Angaben vor. Dr. H.____

habe am 14. September 2016 über eine Kniedistorsion und Sturz auf die linke Seite nach gegnerischem Körperkontakt mit sofort einschliessendem Schmerz berichtet . Gemäss Unfallmeldung vom 15. September 2016 und Fragebogen vom 5. Oktober 2016 sei der Beschwerdeführer mit dem Rücken zum Tor gestanden, habe den Ball angenommen und sich Richtung Tor gedreht. In dieser Phase sei ein Gegner von hinten auf sein Standbein gegrätscht. Dadurch sei das Knie leicht verdreht worden , was aber im Vergleich zu anderen Fouls nicht aussergewöhnlich gewesen sei. Dr. A.____

hingegen habe

am 4. Juli 2019 eine Kniedistorsion nach Zweikampf protokolliert . Die Rechtsanwältin habe

am 30. April 2020 festgehalten : Beim Unfall sei es zu einem Schlag der Kniescheibe auf das Gleitlager und dadurch zu einem Knochenödem gekommen. Dieses könne durchaus zwei Jahre anhalten. Prof. F.____

habe sodann

am 1. Oktober 2020 fest gehalten, dass der Beschwerdeführer eine ausgeprägte Kniegelenksdistorsion im Sinne eines traumatischen Unfallereignisses im Jahr 2016 erlebt habe. Eine Manifestation des Knochens am Oberpol der Patella lasse auch an eine Zerrwirkung der Quadricepssehne denken.

Bilanzierend werde eine unterschiedliche Unfalldramatik beschrieben, die jeweils nicht begründet werde. Aus Sicht des Beschwerdeführers

habe es sich beim Fussballmatch in der zweiten Halbzeit um ein «Dutzendfoul» ohne aussergewöhnliche Energieeinwirkung gehandelt. Es werde nirgends präzisiert, wo der Beschwerdeführer am Standbein getroffen worden sei und ob eine direkte beziehungsweise

indirekte Energie eingewirkt habe. Ein leichtes Abdrehen sei nicht gleichbedeutend mit einer von Prof. F. ___ genannten ausgeprägten Kniedistorsion, die primär zu Band- und Meniskusverletzungen führen müsste. Es werde nur von der

Rechtsanwältin eine Kniekontusion beschrieben. Falls gemäss Aussagen von Dr. H. ___ tatsächlich ein Sturz

erfolgt sei, so sei er gemäss ihrer Beschreibung auf die linke Seite und nicht frontal auf das Knie passiert. Am glaubwürdigsten erscheine die Primärdokumentation des Beschwerdeführers mit der Einschätzung eines nicht aussergewöhnlichen Schadensmechanismus und klinisch nicht relevanten Distorsionsfolgen, die keine Auswirkung auf die Fortsetzung der Sportaktivität gehabt haben soll (S. 5 f.).

Fünf Tage nach dem Ereignis habe

Dr. H. ___ einen hinkfreien Gang, varische Beinachsen, Knick-Senkfüsse beidseits und ein reizloses Knie ohne Schwellung und Überwärmung dokumentiert. Acht Monate nach dem Ereignis finde sie wie derum ein reizloses Kniegelenk. Sie habe also nie eine patelläre Symptomatik klinisch reproduzieren können. Drei Jahre nach dem Ereignis finde Dr. A. ___ ebenfalls ein regelrechtes Gangbild mit gut ausgebildeter Muskulatur. Im Wissen um die MRI-Bilder von 2016 mit dem Befund eines kleinen Knorpelrisses in der medialen Patellafazette und dem deutlichen Bone

Bruise finde er einen Druckschmerz am Patellaunterpol, ein

leichtes femoropatelläres

Krepitieren und ein leicht positives Zohlen-Zeichen (Schmerzprovokationstest für die Kniescheibe). Er mache keine Angaben zu einem Reizzustand. In einer Verlaufskontrolle nach Physiotherapie habe er am 20. Oktober 2019 einen unauffälligen Lokalbefund dokumentiert. Viereinhalb Jahre nach dem Ereignis finde Prof. F. ___ im Wissen um die MRI-Befunde 2016, 2019 und 2020 klinisch ein freibewegliches, stabiles und reizloses Knie mit nur diskreter patellofemorale Beschwerden Symptomatik. Den Schaden lokalisiere er im Gegensatz zum Befund am Patellaunterpol durch Dr. A. ___ an die proximale Patella (S. 6 oben).

Bilanzierend erscheine die intraartikuläre Symptomatik (Entzündung, Erguss, Überwärmung) nie derart, dass man von einer erheblichen intraartikulären Schädigung ausgehen könne.

In der Primärdokumentation 2016 habe keine patelläre Symptomatik dokumentiert werden können. Von einer Fachärztin für Rheumatologie und Sportmedizinerin hätte man erwarten müssen, dass sie spezifische Knie Symptome erkennen und interpretieren könnte. Nach drei Jahren ohne Konsultation habe der orthopädische Facharzt Dr. A. ___ eine patelläre Symptomatik reproduzieren können,

die sich allerdings durch Physiotherapie weitgehend

zurückbilden können. Somit sei in erster Linie im extraartikulären Bereich (muskulär) unspezifisch ein femoropatelläres Schmerzsyndrom unklarer Genese behandelt worden. Klinisch sei durch die nicht konsistenten Befunde die Schmerzursache nicht erklärbar gewesen (Widerspruch der Druckdolenz am Patellaunterpol zum Befund am Patellaoberpol) (S. 6 Mitte).

Der Beschwerdeführer habe nach dem «Dutzend-Foul» die Fußballtätigkeit fortgesetzt und die zweite Hälfte des Matches beendet. Erst auf dem Heimweg hätten die Schmerzen zugenommen, in den nachfolgenden Tagen aber wieder nachgelassen und nach drei Wochen Pause sei der Heilungsprozess auf gutem Wege gewesen, dass er fast keine Schmerzen mehr gehabt habe und mutmaßlich wieder Fußball gespielt habe. Auch wenn im Verlauf der folgenden drei Jahre angeblich gelegentlich das Knie Beschwerden bereitet haben sollte, habe es nie Anlass zu einem Arztbesuch und offensichtlich auch nicht zum anhaltenden Abbruch der Fußballaktivität gegeben. Prof. F. ___ fokussiere sich nur auf die MRI-Bilder und mache keine Angaben zum funktionellen Schadensbild. Bilanzierend sei durch das vom Beschwerdeführer geschilderte Ereignis initial keine sofortige Funktionsbeschränkung entstanden und es habe sich im Verlauf auch keine markante Behinderung entwickelt. Die 2019 etwas verstärkte Symptomatik sei durch die unspezifischen Massnahmen am Gelenk beziehungsweise durch die spezifischen Massnahmen an der

Muskulatur zeitgerecht wieder zurückgegangen, so dass die Fußballaktivität nie erheblich eingeschränkt werden müssen (S. 6 unten f.).

Im MRI vom 15. September 2016 sei das Knochenödem in der Patella diffus, die Form und die Lage der Patella sei regelrecht. Der retropatelläre Knorpel sei medial etwas höhenvermindert und in sämtlichen Anteilen signalverändert. Im MRI vom 8. Juli 2019 bestehe lateral an der Patella ein Knorpeldefekt mit angrenzendem Knochenmarködem maximal 1,7

cm, bis zum Knochen reichend. Auch in der medialen Fazette

bestünden eine Knorpelfibrillation und ein subchondrales Knochenmarködem. Die Chondropathie sei aber lateral betont. In der Einschätzung von Dr. A. ___ sei der Knorpeldefekt 5x2

mm. Prof. F. ___

berichte über ein MRI vom 14. Juni 2020, das einen noch ausgeprägteren

subchondralen Defekt mit bereits ausgeprägter Zystenbildung und tiefgreifenden Knorpelschäden zeige (S. 7 oben).

Die

MRI-Bilder

von
2016
und
2019

seien am 11. Dezember 2020 dem auf Bewegungsapparat

spezialisierten Radiologen Dr. I.____, Radiologie J.____ in K.____, gezeigt worden (vgl. Urk. 11/14 S. 11): Im MRI vom 2016 werde ein Bone-Bruise zentral am Oberpol als Ausdruck einer trabekulären Mikrofraktur, relativ umschrieben. Es bestehe ein leichtes Ödem im medialen Retinaculum als Ausdruck eines leichten lateralen Subluxationsstressses. Es bestehe keine wesentliche Trochlea- oder Patelladysplasie. Der Knorpel retropatellär sei recht gut, zentral leicht signalalteriert, es sei kein wesentlicher Riss erkennbar. Aus radiologischer Sicht bestehe eigentlich eine gute Prognose mit einer Abheilung innert weniger Wochen. Im MRI von 2019 bestünden an gleicher Stelle proximal Geröllzysten und möglicherweise eine Nekrose, der Knorpel sei tief geschädigt, es würden Läsion umschrieben, die Kontaktzone mit dem Femur sei erst bei ca. 90 Grad Beugung. Es bestehe kein Erguss. Der Knorpelschaden am Oberpol

sei mäßig bei sonst gutem Knorpel femoropatellär (S. 7 Mitte).

Bilanzierend finde man bei mutmasslich jahrelanger Fussballexposition und angeblich un auffälliger Knieanamnese ab 9. September 2016 eine klinisch geringe Ausprägung einer Kniesymptomatik links ventral patellär nach einem funktionell nicht eindrücklichen und nicht spezifizierten Traumaeignis beim Fussballmatch. Klinisch morphologisch bestehe über Jahre hinweg eine wenig eindrückliche Symptomatik ohne synoviale Reizzeichen mit passagerer Einschränkung der Sportfähigkeit, jedoch ein topographisch kongruenter und progredienter Schädigungsbefund am Patellaoberpol. Die Entstehung des im MRI diagnostizierten Knochenmarködems sei schwierig zu erklären, da die Schädigung am proximalen Patellapol

liege, der erst in einer deutlichen Beugstellung in Kontakt mit dem Femur komme, wo die Kniescheibe bereits deutlich im Sulcus stabilisiert und nicht mehr

verrenkbar sei. Am ehesten liege wegen des leichten Ödems im medialen Retinaculum eine geringe Distorsionsbelastung zu Grunde, wobei schwer vorstellbar sei, dass anlässlich eines «Dutzend-Fouls» eine derartige Knieschädigung mit einer nachvollziehbaren fokalen Progredienz entstehen könne. Die topographische kongruente Beziehung zwischen dem Schadensbild im MRI vom Jahr 2016 und demjenigen vom Jahr 2019 sei offensichtlich vorhanden (S. 7 unten).

Die zeitliche Beziehung zwischen dem Ereignis vom 9. September 2016 und der Rückfallsymptomatik 2019 werde wohl postuliert, allerdings sei das arztfreie Intervall knapp drei Jahre mit einer mehrheitlich gewährleisteten Sportfähigkeit für Fussball in klares Indiz gegen eine relevante Schädigung. Da die klinische Manifestation des angegebenen Ereignisses vom 9. September 2016 auch aus Sicht des Beschwerdeführers keiner aussergewöhnlichen Belastung («Dutzend-Foul») entsprochen habe und fünf Tage nach dem Ereignis keine klinischen spezifischen Schädigungszeichen erhoben worden seien, müsse man ernsthaft am später formulierten heftigen Schweregrad der Schädigung Zweifel anbringen (S.

8 oben) .

Als Schadensmechanismus kämen entweder eine distorsionelle, eine kontusionelle oder Zerrungsart in Frage. Die Zeichen einer durchgemachten Patella Luxation lägen sicher nicht vor. Im Zusammenhang mit der geschilderten leichten Abdrrehung und dem Befund eines geringen Ödems am medialen Retinakulum

als Zeichen eines geringen Subluxationsstress wäre die distorsionelle Hypothese naheliegender. Eine Art Pseudoverrenkung im Patellargelenk gelinge aber nur in den ersten 40-50 Grad der Beugung. Mit zunehmender Beugung werde die Kniekehle im Sulcus stabiler und sei bei 90 Grad nicht mehr subluxierbar. Der Kontakt des Patellaoberpols trete aber erst in dieser rechtwinkligen Position in Erscheinung. Eine prognoserelevante Schädigung dieser Patellaoberpol-Region könne man sich also traumabiologisch nicht schlüssig erklären.

Auf Grund des Schadensbildes im MRI vom Jahr 2016 wären sich zweifellos alle Gutachter einig, dass diese Veränderung sich innert weniger Wochen, schlimmstenfalls innert sechs Monaten zurückbilde. Eine wesentliche Knorpelschädigung sei weder 2016, noch 2019 dokumentiert, so dass es sich in erster Linie um eine Schädigung der ossären Komponente der osteochondralen Einheit handle (S. 8 Mitte) .

Im Bericht von Prof. F.____ finde man keine medizinische Begründung für das Vorliegen einer traumatischen Genese. Er verwende den Begriff «traumatisch» aber auffallend oft, was den Verdacht aufkommen lasse, er müsse dieser Hypothese durch Kumulation Nachdruck verleihen.

Die Angabe einer ausgeprägten Kniegelenksdistorsion wirkt völlig unpassend, schliesslich seien

femorotibial und an den wesentlichen patellastabilisierenden Strukturen keine Schädigungen entstanden. Das «ausgeprägte» Knochenödem sei oberpolseitig eng umschrieben,

eine wesentliche Knorpelkontusion sei nicht dokumentiert. Die Formulierung wirke übersteigert.

Der «deutliche Progress» im MRI vom 2019 bezüglich des Knorpel Schadens und des Knochenödems sei nicht nachvollziehbar. Die Läsion sei immer noch eng umschrieben im Oberpolgebiet. Das Ödem habe sich in eine zystische Reaktion mit umgebendem Ödem umgewandelt. Klinisch finde Prof. F.____ ein unauffälliges Knie, was nicht diskutiert werde. Es sei aber ein Hinweis darauf, dass diese Gewebsveränderungen klinisch wenig relevant seien und somit kurz- und mittelfristig gesehen auch kein Arthroserisiko

absehbar sei. Es erscheine etwas widersprüchlich, dass Prof. F.____ radiologisch (und auch klinisch) eine Arthrose verneine, andererseits ein Arthroserisiko als Operationsindikation anführe, ohne dies genauer zu begründen. Die Indikation zum geplanten Eingriff sei aus klinischer Sicht im Moment nicht gegeben und aus prophylaktischer Sicht prognostisch weder zweckmässig, noch wirtschaftlich (S. 9) .

In der Gesamtbilanz sei die Indizienkette nicht derart überzeugend, dass mit überwiegender Wahrscheinlichkeit die jetzigen Veränderungen am Patellaoberpol kausal auf das Ereignis vom 9. September 2016 zurückgeführt werden könnten. Der topographische und der initial zeitliche Bezug lägen wohl vor, der Schadensmechanismus, das klinische morphologische

Schadensbild und das Verlaufsprofil des funktionellen Schadens bildes im zeitlichen Ablauf zeigen nicht die erwarteten Charakteristika an eine prognose relevante Verletzung. Somit seien die Indizien auf der Seite einer nur möglichen Unfallfolge. Auch die Hypothese einer zu früh aufgenommenen Sportaktivität als Grundvoraussetzung für eine Heilungsstörung sei möglich, gemäss Aktenlage aber nicht überwiegend wahrscheinlich (S. 10).

4. 4.1

4.1.1

Hinsichtlich des Unfallhergangs liegen verschiedene Darstellungen vor (vgl. die diesbezügliche Zusammenstellung in Urk. 11/14 S. 5), wobei der Beschwerdeführer – ausgehend vom Eintrag in der Krankenakte vom 14. September 2016 (vgl. vorstehend E. 3.1) – geltend macht, es sei am 9. September 2016 zu einem Sturz auf die linke Seite mit Verdrehung des linken Kniegelenks gekommen, welcher zu einer hohen Belastung des femoropatellären Gleitlagers geführt habe (Urk. 1 S. 3 Ziff. 4, Urk. 14). 4.1.2

Gemäss den Angaben des Beschwerdeführers in seinem E-Mail vom 2. Oktober 2016 habe er sich am 9. September 2016 während eines Fussballspiels verletzt.

Er sei mit dem Rücken zum Tor gestanden und habe sich mit dem Ball in Richtung Tor drehen wollen, als

plötzlich der Gegner von hinten versucht habe, mit einer normalen Grätsche den Ball wegzuspielen. Dabei habe der Gegner auch sein linkes Standbein erwischt, wodurch das linke Knie leicht verdreht worden sei. Er habe das Spiel mit leichten Schmerzen fortsetzen und zu Ende führen können. Als er nach Hause gegangen sei, hätten die Schmerzen zugenommen; einige Tage später hätten sie wieder nachgelassen. Es habe sich nicht um ein aussergewöhnliches Foulspiel gehandelt (Urk. 10/3). 4.1.3

Der genaue Unfallhergang, insbesondere die Frage, ob es zu einem Sturz gekommen ist, lässt sich rund sechs Jahre nach dem Ereignis nicht mehr mittels neuer Beweismassnahmen erstellen, zumal der Beschwerdeführer bereits im Oktober 2016 festhielt, aufgrund der Gewöhnlichkeit des Foulspiels gehe er nicht davon aus, dass sich die übrigen Feldspieler an das Ereignis erinnern würden (Urk. 10/3). Weitere Abklärungen drängen sich daher nicht auf (antizipierte Beweiswürdigung, BGE 124 V 90), vielmehr ist das Unfallereignis in Würdigung der vorliegenden Akten zu beurteilen.

Die Angaben des Beschwerdeführers zum Unfallhergang im E-Mail vom 2. Oktober 2016 sind zeitnah und sehr detailliert (vgl. E. 4.1.2). Demgegenüber ist der –

ebenfalls zeitnahe – Eintrag in der Krankengeschichte vom 14. September 2016, wonach es «bei Drehung und Körperkontakt mit dem Gegner» zu einem Sturz auf die linke Seite mit Verdrehung des linken Kniegelenks gekommen sei (Urk. 11/1), wesensgemäss knapp übereinstimmend ist, dass es aufgrund eines Körperkontaktes zu einem leichten Verdrehen des linken Knies gekommen sei, wobei das Foulspiel nicht aussergewöhnlich gewesen sei. Davon ist grundsätzlich auszugehen.

Dass es darüber hinaus zu einem Sturz auf die linke Seite gekommen ist, ist aufgrund des zeitnahen entsprechenden Eintrags in die Krankheitsgeschichte möglich. Die Umstände indes, dass der Beschwerdeführer diesen Sturz in seiner Beschreibung des Unfallhergangs nicht erwähnte, dass das Foulspiel als gewöhnlich bezeichnet wurde und er das Spiel mit

leichten

Schmerzen fortsetzen und beenden konnte (E. 4.1.2) , lassen darauf schliessen, dass ein allfälliger Sturz auf die linke Seite kein wesentlicher Bestandteil des Unfallmechanismus darstellte und damit insbesondere kein aussergewöhnlicher Schadenmechanismus eintrat, zumal auch als Erstdiagnose eine Distorsion des linken Knies und keine Kontusion diagnostiziert wurde (vgl. vorstehend E. 3.1) . 4.2

Die behandelnden Ärzte nannten nach dem Unfall als Diagnose eine Distorsion des linken Knies. Die MRI-Untersuchung habe ein diffuses Knochenmarksödem in der Patella sowie ein signalalteriertes retropatelläres Knorpel in sämtlichen Anteilen mit Höhenminderung medial ergeben (vgl. E. 3.1 -3.2) . Am 13. August 2019 liess der Beschwerdeführer einen Rückfall mit dem Vermerk melden, seit dem Unfall vom 9. September 2016 bestünden im Alltag immer wieder Schmerzen (Urk. 10/5). Eine Untersuchung (MRI) des Kniegelenks vom 8. Juli 2019 ergab eine Chondropathie

retropatellär , lateral betont, bei fokalem bis zum Knochen reichendem Knorpeldefekt mit angrenzendem Knochenmarködem sowie Zeichen einer Trochleadysplasie (vgl. E. 3.4).

Nach Einschätzung durch Dr. A.____ (vgl. E. 3.5-3.6, E. 3.9) und Prof. F.____ , G.____ Klinik (vgl. E. 3.11) , sind die Beschwerden am linken Knie auf den Unfall vom 9. September 2016 zurückzuführen . Dr. B.____ (vgl. E. 3.7-3.8), Dr. E.____ (vgl. E. 3.10) und Dr. D.____ (vgl. E. 3.12) verneinten dagegen, dass zwischen den Kniebeschwerden und dem Unfall vom 9. September 2016 ein natürlicher Kausalzusammenhang bestehe.

Dabei besteht - angesichts des vom Beschwerdeführer im Beschwerdeverfahren neu eingereichten Berichts von Prof. F.____ (E. 3.11) und des dadurch entstehenden Bedarfs nach Beurteilung durch einen beratenden Arzt der Beschwerdegegnerin - kein Grund, den ebenfalls im Beschwerdeverfahren eingeholten Bericht von Dr. D.____ (E. 3.12) aus dem Recht zu weisen (Urk.

E. 5

).

Nach getätigten Abklärungen verneinte die AXA mit Verfügung vom 6. März 2020 ihre Leistungspflicht für die als Rückfall gemeldeten Kniebeschwerden links (Urk.

E. 10

/

E. 14

S. 6,

S. 8 f. , S. 10 sowie E. 3.1 -3.2 und E. 4.1).

Die Berichte der versicherungsinternen Ärzte erscheinen in ihrer Gesamtheit schlüssig und nachvollziehbar, auf sie kann demzufolge abgestellt werden ,

zumal die Berichte der behandelnden Ärzte deren Schlussfolgerungen nicht in Zweifel zu ziehen vermögen .

4. 4

Soweit Dr. A.____ betonte, es bestehe eine Knorpelschädigung posttraumatischer Genese (vgl. E. 3.5, E. 3.9), kann daraus – insbesondere angesichts des Schadensmechanismus und

des initialen Befundes (vgl. vorstehend E. 4.1 und E.

4.3) - nicht auf unfallkausale Beschwerden geschlossen werden. Es handelt sich dabei um eine anamnestische Feststellung und stellt keine hinreichende Begründung der Kausalität dar. Seine Ausführungen werden denn von ihm auch nicht konkret begründet, er machte vielmehr allgemeine Aussagen über die Häufigkeit von Knorpelschäden im weiteren Verlauf nach Unfällen. Der Beurteilung durch Dr. A.____ kann zur Begründung eines Kausalzusammenhangs nicht gefolgt werden.

Auch die Beurteilung durch Prof. F.____ vermag zum Beweis des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht zu genügen. In seinem Bericht findet sich keine medizinische Begründung für das Vorliegen einer traumatischen Genese des Knorpelschadens. Er fokussiert auf die MRI-Bilder und macht keine Angaben zum funktionellen Schadensbild. Er findet klinisch ein unauffälliges Knie und in der radiologischen Diagnostik zeigte sich gemäss seinen Ausführungen keine Arthrose. Es erscheint vorliegend nicht nachvollziehbar, weshalb er radiologisch und klinisch eine Arthrose verneint, hingegen ein Arthroserisiko als Operationsindikation anführt, ohne dies konkret zu begründen. Seine Begründung, der Knorpel-/Knochenschaden sei klar auf den Unfall von 2016 zurückzuführen, weil bereits 2016 ein Knochenmarködem und eine initiale Knorpelschädigung bestanden habe, vermag die Berichte der versicherungsinternen Ärzte nicht umzustossen.

4.5

Nach dem Gesagten kann der Beschwerdeführer den Nachweis, dass die ab Juli 2019 geltend gemachten Beschwerden überwiegend wahrscheinlich auf das Ereignis vom 9. September 2016 zurückzuführen sind, nicht erbringen. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht.

Gestützt auf die Berichte von Dr. B.____, Dr. E.____ und Dr. D.____ ist nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, dass die neu geklagten Kniebeschwerden auf den Unfall vom 9. September 2016 zurückzuführen sind. Ein natürlicher Kausalzusammenhang ist nach den genannten Ärzten lediglich möglich. Für die Anerkennung eines Rückfalles fehlt es daher an der Voraussetzung eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen den aktuellen Beschwerden und dem Unfall. Diese Beurteilungen stehen zudem in Einklang mit dem Umstand, dass während fast drei Jahren keine Knieproblematik dokumentiert worden und ein neues Ereignis nicht aktenkundig ist. Bei einem

so grossen zeitlichen Abstand zwischen dem Unfall und dem Auftreten der gesundheitlichen Beeinträchtigung sind strenge Anforderungen an den dem Beschwerdeführer obliegenden Wahrscheinlichkeitsbeweis des natürlichen Kausalzusammenhangs zu stellen (vgl. vorstehend E. 1.4), der vorliegend nicht gelingt. Somit fehlt es am mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgewiesenen Kausalzusammenhang der

ab Juli 2019 aufgetretenen Beschwerden und dem Ereignis vom September 2016. Der Beschwerdeführer hat die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (vgl. vorstehend E. 1.4).

4.6

Zusammenfassend fehlt es am Nachweis, dass die der Beschwerdegegnerin im Juli 2019 gemeldeten Beschwerden am linken Knie auf den Unfall vom 9. September 2016 zurückzuführen sind. Die Anerkennung eines Rückfalles zum Unfall vom 9. September

2016 wurde daher zu Recht abgelehnt.

Der angefochtene Einspracheentscheid vom 1. September 2020 erweist sich nach dem Gesagten als rechtens. Die Beschwerde ist daher abzuweisen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - AXA-ARAG Rechtsschutz AG, lic . iur . Y.____ - AXA Versicherungen AG - 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 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 Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind bei zulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin
Grieder-Martens Schüpbach

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