

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2021.00063

vom 16. September 2021

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-09-16, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2021.00063

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2021.00063 du 16 septembre 2021

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2021.00063 del 16 settembre 2021

Erwägungen

E. 1

8. November 2019 wurde der Suva angezeigt, dass der Versicherte am 8. November 2019 bei Abbrucharbeiten vom Balkon im 1. Obergeschoss gestürzt sei und sich dabei sein rechtes Knie verdreht habe (Urk. 9/1). Die Suva trat auf den Schaden ein und erbrachte die gesetzlichen Leistungen (Urk. 9/11-12). Die erst behandelnde Ärztin Dr. med. Z.____, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation, untersuchte den Versicherten erstmals am 18. November 2019 und diagnostizierte in ihrem Bericht vom 24. Januar 2020 ein posttraumatisches Reizknie bei medialer Meniskusläsion, Status nach partieller Menisectomy links vor acht Jahren (Urk. 9/27). Mit Schreiben vom 19. Februar 2020 teilte die Suva dem Versicherten mit, dass aufgrund der Beurteilung des Kreisarztes die heute bestehenden Beschwerden nicht mehr unfallbedingt seien und gemäss medizinischer Beurteilung der Zustand, wie er sich auch ohne den Unfall vom 8. November 2019 eingestellt hätte, sechs Wochen nach Ereignisdatum erreicht gewesen sei. Die Leistungen würden per 29. Februar 2020 eingestellt (Urk. 9/35). Nachdem der Versicherte mitgeteilt hatte, dass er mit der Terminierung nicht einverstanden sei (Urk. 9/40), tätigte die Suva weitere medizinische Abklärungen und hielt mit Verfügung vom 28. April 2020 an der Einstellung der Leistungen per 29. Februar 2020 fest (Urk. 9/50). Hiergegen erhob die zuständige Krankversicherung am 19. Mai 2020 (Urk. 9/64) und der Versicherte am 27. Mai 2020 (Urk. 9/66; ergänzende Einsprachebegründung vom 29. Juni 2020, Urk. 9/70) Einsprache. Mit Schreiben vom 26. Mai 2020 zog die Krankenversicherung ihre Einsprache zurück (Urk. 9/68). Die Suva tätigte wiederum ergänzende medizinische Abklärungen und holte insbesondere die Beurteilung der Versicherungsmediziner PD Dr. med. A.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, und Prof. Dr. med. B.____, Facharzt für Chirurgie, Spezialisiert Allgemeine Chirurgie und Traumatologie, vom 8. Februar 2021 ein (Urk. 9/78). Mit Einspracheentscheid vom 8. Februar 2021 wies die Suva die Einsprache ab (Urk. 2).

E. 2

Hiergegen erhob der Versicherte am 10. März 2021 Beschwerde und beantragte, es sei der Einspracheentscheid sowie die zugrundeliegende Verfügung aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, dem Beschwerdeführer auch nach dem 29. Februar 2020 die gesetzlichen Leistungen, insbesondere Heilbehandlung und Taggelder, zu erbringen. Eventualiter sei die Angelegenheit zurückzuweisen und die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, weitere Abklärungen zu tätigen und danach die Leistungspflicht neu zu beurteilen. In prozessualer Hinsicht ersuchte er um unentgeltliche Prozessführung und Bestellung von Rechtsanwältin Anjushka Früh als unentgeltliche Rechtsvertreterin (Urk. 1). Mit Beschwerdeantwort vom 10. Juni

2021 (Urk. 8 unter Beilage ihrer Akten, Urk. 9/1-86) schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde, worüber der Beschwerdeführer am 14. Juni

2021 in Kenntnis gesetzt wurde (Urk. 10). Mit Schreiben vom 7. Juli 2021 nahm der Beschwerdeführer Stellung zur Beschwerdeantwort (Urk. 11), was der Beschwerdegegnerin am 16. Juli 2021 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 12).

E. 2.1

Ein Unfall ist gemäss Art. 4 des Bundesgesetz es über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat.

E. 2.2

Gemäss Art. 6 des Bundesgesetz es über die Unfallversicherung (UVG) werden - soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt - die Versicherungsleistungen bei Berufs unfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt.

E. 2.3.1

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 blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

E. 2.3.2

Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) 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. Ebenso wie der leistungs begründende

natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die bloße Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatsache handelt, liegt die entsprechende Beweislast anders als bei der Frage, ob ein leistungs begründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer. Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend (Urteil des Bundesgerichts 8C_669/2019 vom 25. März 2020 E. 2.2 mit Hinweisen).

Mit dem Erreichen des Status quo sine vel ante entfällt eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden. Solange jedoch dieser Zustand noch nicht wieder erreicht ist, hat der Unfallversicherer gestützt auf Art. 36 Abs. 1 UVG Leistungen zu erbringen (Urteil des Bundesgerichts 8C_589/2017 vom 21. Februar 2018 E. 3.2.3 mit Hinweisen).

E. 2.3.3

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

E. 2.4

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).

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 Versicherer trägt 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. 3

0. Juli 2020, also 8.5 Monate nach dem Ereignis, sei intraoperativ der Kreuzbandstumpf entfernt worden. In den vorliegenden Arthroskopie-Bildern könnten sie den Kreuzbandstumpf nicht eindeutig identifizieren. Die Subluxation des Meniskus, wie sie im

Bild 18 (s. Abb. 5) zur Darstellung komme, lasse keine Unterscheidung zwischen traumatischem Meniskusriss und degenerativer Meniskuskla sion zu. Das Alter der Kreuzbandruptur und der Meniskuskla sion lasse sich intra operativ, 8.5 Monate nach dem Ereignis, nicht mehr bestimmen, weshalb sie sich auf die Anamnese, die primäre klinische Untersuchung und das zeitnahe Kernspintogramm verlassen müssten. Diese sprächen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit für eine vorbestehende Kreuzbandruptur und degenerative Veränderungen im Bereich des medialen Meniskus. Die durch die beiden orthopädischen Fachärzte 4 und 5.5 Monate nach dem Ereignis festgestellte Instabilität des linken Kniegelenkes erachteten sie als Folge der Schonung mit konsekutivem Muskelschwund.

Zusammenfassend fänden sich trotz klinischer Instabilität des betroffenen Knies 4 Monate nach Unfallereignis in der Bildgebung als auch im intraoperativen Bild dokument keine Hinweise auf eine frische strukturelle Veränderung, die auf das Unfallereignis vom 8. November 2019 zurückzuführen wäre. Die Kreuzbandruptur und die Meniskuskla sion seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit vorbestehend. Der Bericht der beiden Orthopäden vom 13. Mai 2020 enthalte keine Argumente, die die kreisärztliche Beurteilung vom 28. April 2020 umstossen könnten.

Damit seien durch das Unfallereignis vom 8. November 2019 am linken Knie mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine neuen objektivierbaren strukturellen Läsionen gesetzt worden.

E. 3.1

Dr. Z.____

behandelte den Beschwerdeführer am 18. November 2019 und überwies ihn an Dr. med. G.____, Fachärztin für Radiologie, für ein MRI des linken Knies (Urk. 9/27)

E. 3.1.1

Dr. G.____ hielt in ihrem Bericht vom 20. November 2019 fest, dass anamnestisch ein Status nach Meniskusoperation vorliege, wohl des lateralen Meniskus mit entsprechender Verkürzung des Hinterhornes und myxoider, differentialdiagnostisch postoperativ bedingter Degeneration. Es liege ein horizontaler Einriss in den medialen Meniskus vor, insbesondere im Hinterhorn. Zusätzlich bestehe ein Verdacht auf Riss-Ausdehnung in die mediale Meniskusanhäufung (Rootabschnitt) auf Höhe des medialen Tibiaplateaus, hier bestehe auch ein angrenzendes subchondrales Knochenmarködem (2 cm). Es bestehe darüber hinaus eine winzige parameniskale Zyste im medialen Rezessus (5 mm). Ebenfalls sei ein Verdacht auf eine alte VKB-Ruptur festzuhalten (Urk. 9/22).

E. 3.1.2

Dr. Z.____ diagnostizierte in ihrem Bericht vom 24. Januar 2020 unter Berücksichtigung des MRI-Befundes ein posttraumatisches Reizknie bei medialer Meniskuskla sion, Status nach partieller Meniskektomie vor 8 Jahren links (Urk. 9/27).

E. 3.2

Dr. med. D.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Arzt in der Klinik E.____, Hüft- und Kniechirurgie (folgend: Klinik E.____) hielt in seinem Bericht vom 9. März 2020 eine Ruptur des VKB, Traumatisierung

einer chronischen MCL-Läsion sowie Verdacht auf eine posteromediale Meniskusläsion Knie rechts bei Status nach Kniedistorsions trauma rechts am 8. November 2019 sowie einen Status nach Kniearthroskopie rechts mit lateraler Teilmeniskektomie 2012 (richtig: linkes Knie ; Urk. 9/43).

Als Traumafolge zeige sich eine Ruptur des VKB sowie der Verdacht auf eine posteromediale Meniskusläsion. Die Tatsache, dass der Beschwerdeführer bis zum Unfall am 8. November 2019 trotz vorherigem Eingriff beschwerdefrei gewesen sei und ein gutes Stabilitätsgefühl gehabt habe und auch kein Trauma in der Anamnese bekannt sei, spreche ein frisches Geschehen hinsichtlich der VKB-Ruptur eher dafür. Aktuell zeige sich insgesamt jedoch ein recht gereiztes Kniegelenk, so dass zunächst Physiotherapie zur Verbesserung der Beweglichkeit sowie antiphlogistische Massnahmen vorgeschlagen werde. Eine klinische Re-Evaluation erfolge in 6 Wochen, wenn das Knie weniger gereizt sei.

E. 3.3

Kreisarzt Dr. C. ___ konstatierte in seinem Bericht vom 1. April 2020, dass sich keine neuen Erkenntnisse ergäben. Mit MRI vom 20. November 2019 sei bereits 12 Tage nach dem angegebenen Ereignis eine alte VKB-Ruptur, welche nur noch Restfasern aufgewiesen habe, dokumentiert worden. Eine zusätzliche strukturelle frische Schädigung im linken Knie sei nicht festzustellen, hingegen deutliche Zeichen (auch im Röntgen vom 3. März 2020) der medial betonten Gonarthrose mit altem Stieda - Pellegrini - Schatten als Hinweis für eine alte komplexe Kniegelenksschädigung mit Innenbandbeteiligung. Gemäss Bericht soll das Knie bereits vor 8 Jahren operiert worden sein.

Am 8. November 2019 sei überwiegend wahrscheinlich eine vorübergehende Aktivierung/Verschlimmerung eines seit vielen Jahren vorbestehenden Knieschadens/

medial betonter Gonarthrose mit alter VKB-Ruptur eingetreten. Die seit dem 8. November 2019 dokumentierte Druckschmerzhaftigkeit im Innenbandverlauf werde ebenfalls bei der Untersuchung am 9. März 2020 beschrieben und passe zum alten Trauma. Eine frische Traumatisierung des Innenbandes habe durch das zeitnahe MRI vom 22. November 2019 ausgeschlossen werden können.

Entsprechend könne an der Beurteilung festgehalten werden. Der Status quo sine sei spätestens nach 6-12 Wochen als erreicht anzusehen. Nachfolgende Behandlungen oder VKB-Plastiken/Knie- Totalendoprothese gingen nicht zu Lasten der Suva (Urk. 9/44).

E. 3.4

Am 21. April 2020 erfolgte eine erneute Kontrolle in der Klinik E. ___. Die Ärzte konstatierten, dass sich trotz Durchführung von konsequenter Physiotherapie und Kraftaufbau eine deutliche VKB-Instabilität im Bereich des linken Kniegelenkes sowie eine Schmerzsymptomatik im Meniskusbereich medial zeige. Klinisch erscheine es äusserst unwahrscheinlich, dass prätraumatisch vor dem Unfall von Anfang November 2019 eine dermassen ausgeprägte Instabilität vorliegen sei und es dem Beschwerdeführer

möglich gewesen wäre, auf der Baustelle zu arbeiten. Aufgrund der vorliegenden Befunde empfahlen sie ein operatives Vorgehen mittels Kniegelenksarthroskopie links, Versuch der medialen Meniskusnaht, differentialdiagnostisch TME je nach Befund beziehungsweise intraoperativer Möglichkeit und VKB-Rekonstruktion mittels ipsilateraler

Hamstrings Entnahme (Urk. 9/48).

E. 3.5

Dr. C.____ nahm am 28. April 2020 erneut Stellung (Urk. 9/49) . Er führte aus, dass am 20. November 2019 bildgebend im MRI bestätigt worden sei , dass das vordere Kreuzband quasi nicht mehr existent sei, worauf mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf eine alte VKB-Ruptur zu schliessen sei , die nicht bildgebend unfallkausal mit dem Ereignis vom 8. November 2019 in Verbindung zu bringen sei , sondern deutlich älterer Natur sein müsste. Ein vorderes Kreuzband könne sich medizinisch und zellbiologisch unmöglich innerhalb von 12 Tagen bis hin zur Inexistenz resorbieren, dies sei ein Vorgang, welcher Jahre benötige. Insofern sei die Aussage, dass es sich um eine frische vordere Kreuzbandruptur handle, nicht zu treffend .

Durchaus richtig sei anzumerken, dass der Beschwerdeführer trotz fehlendem vorderem Kreuzband in den letzten Jahren ein gutes Stabilitätsgefühl gehabt habe . Aufgrund der Distorsion vom 18. November 2019 und der anschliessenden Schöpfung des betroffenen Beines gehe in aller Regel die Muskulatur zurück, sodass dann Instabilitätsbeschwerden, wie sie am 9. März 2020 - vier Monate nach Unfallereignis - beschrieben worden seien, durchaus nachvollziehbar seien . Ferner

spreche

das Röntgenbild des linken Kniegelenkes vom 3. März 2020

für einen erheblichen degenerativen Vorschaden : Hier sei bereits eine deutliche mediale Gonarthrose mit vermehrter subchondraler

Sklerosierung und Gelenkspaltver schmälung sichtbar, ebenso sei ein ausgeprägter kalkdichter Stieda - Pellegrini - Schatten, welcher ebenfalls für eine alte , bereits seit Jahren zurückliegende Innenbandläsion spreche, ersichtlich . Die Kniebandinstabilität sowohl für das Innenband als auch für das vordere Kreuzband sei auch am 9. März 2020 dokumentiert worden .

Die zeitnah durchgeführte MRI-Untersuchung des linken Kniegelenkes vom 20. November 2019 zeige neben der Inexistenz des vorderen Kreuzbandes zusätzlich ein angrenzendes subchondrales Knochenmarksödem dorsomedial von 2

cm sowie einen Einschluss im medialen Meniskus im Hinterhornabschnitt mit horizontalen Verlauf sowie winziger parameniskaler Zyste. Diese Konstellation sei ebenfalls beweisend für einen länger bestehenden, chronisch degenerativen Vorschaden , beziehungsweise eine alte Verletzungsfolge mit chronischer Instabilität im linken Kniegelenk. Diese führe erwießenermassen zur Degeneration des Meniskus mit dazu passender kleiner Zystenbildung im Hinterhornbereich . Auch die dort sichtbar subchondrale

Ödembildung passe zu den permanent vorhandenen Regenerationsprozessen des Gelenkes im Sinne von Kompensationsmechanismen, um die bereits vorbestehende degenerativ bedingte mediale Gonarthrose für den jungen Beschwerdeführer in Kompensation zu halten. Eine richtungsgebende Verschlimmerung liege ebenfalls nicht vor, da keine zusätzlichen strukturellen Läsionen durch das Ereignis vom 8. November 2019 bildgebend nachweisbar seien.

Zusammenfassend könne festgehalten werden, dass sich der Beschwerdeführer am 8. November 2019 eine Knie-distorsion links zugezogen habe. Vorgängig hätten ein Status

nach Meniskusteilresektion lateral vor acht Jahren in Spanien sowie ebenfalls als Vorzustand eine beginnende mediale Gonarthrose mit ebenfalls älterem Schaden des medialen Seitenbandes am linken Knie, überwiegend wahrscheinlich seitens der Bildgebung mit einem Trauma von vor acht Jahren zu vereinbaren, bestanden. Eine zusätzliche strukturelle Läsion sei mit der MRI-Bildgebung vom 21. November 2019 nicht nachweisbar, sodass keine richtungsgebende Verschlimmerung vorliege. Es handle sich daher überwiegend wahrscheinlich um eine vorübergehende Verschlimmerung eines schweren Knievor Schadens. Der Status quo sine sei spätestens nach 6-12 Wochen ab Unfallereignis als erreicht anzusehen. Nachfolgende Behandlungen oder VKB-Plastiken bis hin zur Knie-TP gingen nicht zu Lasten der Beschwerdeführerin.

E. 3.6

Am 13. Mai 2020 nahmen die Ärzte der Klinik E.____ Stellung zur Beurteilung von Dr. C.____ (Urk. 9/60).

Dr. C.____ spreche bezüglich der nativ-radiologischen Bilder von einer deutlichen medialen Gonarthrose mit vermehrter subchondraler

Sklerosierung und Gelenkspaltverschmälerung. Eine deutliche mediale Gonarthrose sei anhand der vorliegenden Röntgenbilder vom 3. März 2020 nicht zu sehen, bestenfalls liege hier eine beginnende Sklerosierung im medialen Tibiaplateau vor. Auch in den MRI-Bildern des Beschwerdeführers vom November 2019 zeige sich zwar im Bereich der medialen Femurkondyle ein eher dünner Knorpelstatus, dies aber auch in den nicht belasteten Zonen dorsal und daher am ehesten auch teilweise konstitutionell bedingt. Tibial sei der Knorpelstatus als leicht reduziert, aber ebenfalls nicht als deutlich degenerativ zu bezeichnen.

In der MRI-Beurteilung des Knie MRI

vom November 2019 spreche

Dr. C.____ ausserdem von einer Inexistenz des vorderen Kreuzbandes. Dies sei überraschend, da das vordere Kreuzband sowohl in den coronaren als auch sagittalen Bildern zu sehen sei. Die dargestellte Struktur habe dem Beschwerdeführer bis zum Trauma Anfang November 2019 wahrscheinlich zumindest eine ausreichende

Stabilität gegeben, um in einem körperlich anstrengenden Beruf als Bauarbeiter tätig zu sein. Mit der nun vorhandenen deutlichen klinischen Instabilität sei sehr unwahrscheinlich, dass er diese Tätigkeit wieder ausführen werde bzw. dass er die Tätigkeit so hätte ausführen können. Der einrückliche Pivot-Shift Test lasse vermuten, dass er auch mit einer intensiven Physiotherapie zum Kraft- und Stabilitätsaufbau keine ausreichende Stabilität erreicht hätte. Eine klinische Beurteilung sei vom Vertrauensarzt ihrer Kenntnis nach bisher nicht durchgeführt worden und wäre vermutlich zielführend. Entsprechend bäten sie um eine Neubeurteilung.

E. 3.7

Dr. C.____ hielt am 19. Mai 2020 zu den Ausführungen der Ärzte der Klinik E.____ fest, dass diese Aussagen für ihn so nicht nachvollziehbar seien (Urk. 9/62).

E. 3.8

Am 30. Juli 2020 wurde in der Klinik E.____ eine VKB-Plastik und Meniskus naht im linken Knie durchgeführt (Urk. 9/73).

E. 3.9

Im Rahmen des Einspracheverfahrens nahmen PD Dr. A.____ und Prof. Dr. B.____ am 8. Februar 2021 im Auftrag der Beschwerdegegnerin Stellung (Urk. 9/78) . Sie führten aus, dass i m vorliegenden Fall mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine objektivierbaren, struktu rellen Läsionen als Folge des Unfallereign isses vom 8. November 2019 vor lägen. Eine frische vordere Kreuz bandruptur mit gleichzei tiger medialer Meniskusläsion hätte zu einer sofortigen Arztkonsultation mit Arbeitsunterbruch ab Unfallereignis geführt. Der Beschwerdeführer habe die Haus ärztin aber erst am 1 8. November 2019, also 10 Tage nach dem Unfälle reignis aufgesucht und diese habe die Arbeitsunfähigkei t ab dem 1 5. November 2019, also erst ab dem 7. Tag nach dem Ereignis, au sgestellt. Eine schwere Kniever letzung mit Kreuzban druptur und Meniskusläsion führe zu starken Schmerzen, ausgeprägter Schwellung (Hämarthrose , Gelenkserguss) und Bewegungsein schrän kung. Im Arzzeugnis UVG sei aber lediglich eine diffuse Druckdolenz im Bereich des medialen Kompartimentes des linken Knies mit Meni skuszeichen angegeben worden. Das zeitnahe, am 2 0. November 2019, also 12 Tage nach dem Unfallereignis durch geführte Kernspintomogramm zeige degenerative Veränderungen im Sinne einer Horizontalläsion im medialen Meniskushinterhorn mit Ausläufer in die Wurzel, einer parameniscalen Zyste sowie einer Verkalkung im medialen Kollateralband (Stieda - Pellegrini -Köhler-Schatten) als Hinweis auf eine alte Innen bandverletzung. Eine f rische Innenbandverletzung liege nicht vor. Zusätzlich zeige das MRT das Bild einer alten Kreuzbandruptur mit nur noch vereinzelt dargestellten filigrane n Fasern. Der Kreuzbandstumpf kö nn e sich nicht innert 12

Tagen praktisch vollständig zu rückbi lden, respektive resorbieren. Ein Hämar thros oder ein ausgeprägter Gelenkserguss, wie man ihn nach einer frischen Kreuz bandruptur erwarten würde, liege

nicht vor. Das im Kernspintomo gramm

nach gewiesene Knochenmarködem kö nn e akut traumatischer oder chronischer Natur sein, sei aber im Gesamtkontext überwiegend wahrscheinlich als chronisch zu werten, insbesondere, da eine subkortikale Sklerosierung und bereits erkennbare osteophytäre Anbauten auf eine beginnend e mediale Gonarthrose hinwie sen. Ein ausgeprägtes

Weichteilödem, wie sie das normalerweise bei e iner frischen Kreuz bandruptur sähen, liege nicht vor. Gemäss dem Beric ht über die Operation vom

E. 4.1

Die Einschätzung von PD Dr. A.____ und Prof. Dr. B.____ vom 8. Februar 2021 beruht auf fundierter Aktenkenntnis, so lag ihnen insbesondere die vo llständige Bilddokumentation (vgl. Urk. 9/78/6 f.), die Stellungnahme der behandelnden Ä rzte der Klinik E.____ vom 1 3. Mai 2020, d er Operationsbericht und die inter operative Bildgebung vom 3 0. Juli 2020 vor. Die Darlegung der medizini schen Zusammenhänge ist schlüssig und die Beurteilung der medizinischen Situation leuchtet ein. Die Schlussfolgerung, dass die anhalten den Beschwerden im linken Knie 6-12 Wochen später nicht mehr auf das Ereignis vom 8. November 2019 zurückzuführen sei en , ist gut nachvollziehbar.

E. 4.2

Der Beschwerdeführer brachte hiergegen insbesondere vor, dass Dr. D.____

im Bericht vom 3. März 2020 (vgl. E. 3.2; Urk. 9/43) - entgegen den Ausführungen der Beschwerdegegnerin bzw. Dr. C.____

- keine relevanten degenerativen Veränderungen habe feststellen können. Dr. D.____

habe bezüglich des Röntgen Knie status ausgeführt, dass keine relevanten degenerativen Veränderungen vorlägen. Es liege ein Stieda - Pellegrini -Zeichen mit deutlicher Abrundung des Ossikels vor (Urk. 9/43).

Die Ärzte der Klinik E.____ konstatierten am 13. Mai 2020 hingegen selbst, dass im Röntgen vom 3. März 2020 bestenfalls eine beginnende Sklerosierung im medialen Tibiaplateau vorliege (Urk. 9/60).

PD Dr. A.____ und Prof. Dr. med. B.____ beurteilten die Röntgenaufnahme eben falls und hielten fest, dass am medialen Femurepikondylus

ein Stieda - Pellegrini -Köhler-Schatten als Hinweis auf eine stattgehabte Seitenbandverletzung zu erkennen sei. Des Weiteren lägen eine beginnende subkortikale Sklerosierung so wie ein osteophytärer Anbau als Zeichen einer beginnenden medialen Gonarthrose vor. Eine Verschmälerung des Gelenkspaltes könne in den Aufnahmen in 30° Flexion nicht sicher nachgewiesen werden (Urk. 9/78/9).

E. 4.3

Im Bericht vom 21. April 2020 führten die Ärzte der Klinik E.____

aus, dass es äusserst unwahrscheinlich sei, dass prätraumatisch vor dem Unfall Anfang November 2019 eine dermassen ausgeprägte Instabilität vorgelegen habe und der Beschwerdeführer auf dem Bau hätte arbeiten können (vgl. E. 3.4). PD Dr. A.____ und Prof. Dr. B.____

erklärten diesbezüglich nachvollziehbar und schlüssig, dass die Kniestabilität von verschiedenen Faktoren abhängig sei. Neben dem Kapsel-Bandapparat spielten die das Gelenk überbrückenden Muskeln eine entscheidende Rolle. Gemäss Literatur werde das Knie durch agonistische und antagonistische Wirkung der verschiedenen Muskeln sowohl in der sagittalen aber auch in der transversalen Ebene stabil gehalten. Aus eigener klinischer Erfahrung wiesen sie darauf hin, dass nicht jede Kreuzbandruptur per se instabil sei, insbesondere dann nicht, wenn eine gut ausgebildete Beinmuskulatur bestehe. Entsprechend könne in geeigneten Fällen eine Kreuzbandruptur primär mit einem intensiven Physiotherapieprogramm auch konservativ behandelt werden. Gemäss Literatur seien in einem nach fünf Jahren durchgeführten Follow-up des Kollektivs einer prospektiven randomisierten Studie zum Vergleich operativer versus konsekutiver Behandlung nach akuter Kreuzbandruptur im konservativen Arm 51 % sekundär operiert worden. Dies bedeute, dass 49 % der Patienten mit akuter Kreuzbandruptur keine Operation gebraucht hätten, da eine genügende Stabilität vorgelegen habe (Urk. 9/78/13). In casu erachteten sie die durch die orthopädischen Fachärzte vier und fünfeinhalb Monate nach dem Ereignis festgestellte Instabilität des linken Kniegelenks als Folge der Schonung mit konsekutivem Muskelschwund (Urk. 9/78/14).

Demnach reicht der Hinweis auf eine gemäss den Angaben des Beschwerdeführers neu eingetretene Instabilität keineswegs um eine frische strukturelle Läsion überwiegend wahrscheinlich erscheinen zu lassen und die Vorbringen der Ärzte der Klinik E.____ schlagen entsprechend fehl.

E. 4.4

Im Bericht vom 13. Mai 2020 führten die Ärzte der Klinik E.____ des Weiteren aus, dass nicht nachvollziehbar sei, wenn Dr. C.____ von der Inexistenz des VKB spreche, da es sowohl auf den coronaren als auch sagittalen Bildern zu sehen sei (Urk. 9/60).

Vorab ist festzuhalten, dass Dr. C.____ bezüglich des MRI vom 20. November 2019 ausführte, dass «das vordere Kreuzband quasi nicht mehr existent sei, wo rauf mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf eine alte VKB-Ruptur zu schliessen ist, die nicht bildgebend unfallkausal mit dem Ereignis vom 08.11.2019 in Verbindung zu bringen ist, sondern deutlich älterer Natur sein muss. Ein vorderes Kreuzband kann sich medizinisch und zellbiologisch innerhalb von 12 Tagen bis hin zur Inexistenz resorbieren, dies ist ein Vorgang, welcher Jahre benötigt » (Urk. 9/49/2) .

Bereits die Radiologin Dr. med. G.____ konstatierte im Bericht über das MRI vom 20. November 2019 praktisch eine Inexistenz des vorderen Kreuzbandes, es lägen nur sehr vereinzelt filigrane Fasern vor, «wohl Status nach alter VKB-Ruptur» (Urk. 9/22/2) . Auch PD Dr. A.____ und Prof. Dr. B.____ hielten bezüglich des MRT vom 20. November 2019 fest, dass lediglich einzelne Fasern im Bereich des Ansatzes zu erkennen seien (Urk. 9/78/10) . Darauf ist abzustellen.

E. 4.5

Des Weiteren bemängelte der Beschwerdeführer, dass unklar bleibe, auf was sich der Zeitraum von 6-12 Wochen stütze, nach welchem der Status quo sine eingetreten sein soll (Urk. 1; Urk. 11).

Festzuhalten ist, dass gestützt auf die Beurteilung von PD Dr. A.____ und Prof. Dr. B.____ als auch die Ausführungen von Dr. C.____ überwiegend wahrscheinlich erstellt ist, dass keine neue strukturelle Läsion durch das Ereignis vom 8. November 2019 verursacht wurde und auch eine richtungsgebende Verschlimmerung ausgeschlossen werden kann. Die Behandlungen, welche über den 29. Februar 2020 weiter fortgesetzt wurden, sind - entgegen den Vorgaben des Beschwerdeführers - auf die überwiegend wahrscheinlich vorbestehende Knie schädigung mit VKB-Ruptur zurückzuführen (vgl. Bericht vom 9. März 2020, Urk. 9/43).

E. 4.6

Zusammenfassend erfüllen die Einschätzungen von PD Dr. A.____ und Prof. Dr. B.____ als auch Dr. C.____

die rechtsprechungsgemässen Anforderungen

an beweistaugliche ärztliche Entscheidungsgrundlagen (vgl. E. 2.4) . Indizien, welche gegen ihre Schlüssigkeit sprechen würden, bestehen keine.

Entsprechend ist die in Frage stehende Distorsion bzw. die vorübergehende Aktivierung/Verschlimmerung des vorbestehenden Knieschadens

überwiegend wahrscheinlich 6-12 Wochen nach Ereignis folgenlos abgeheilt . Vor diesem Hintergrund ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin die Leistungen per 29. Februar 2020 - mithin rund 16 Wochen nach dem Unfall - einstellte.

Da Zweifel an der medizinischen Beurteilung demnach nicht angezeigt sind, ist in antizipierter Beweiswürdigung auf weitere medizinische Abklärungen zu verzichten

(BGE 127 V 491 E. 1b mit Hinweisen).

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 Vorsitzende
Die Gerichtsschreiberin
Hurst-Casanova

E. 5.1

Das Verfahren ist kostenlos, womit sich das Gesuch um unentgeltliche Prozessführung als gegenstandslos erweist (vgl. Urk. 1).

E. 5.2

Da die Voraussetzungen für die unentgeltliche Rechtsvertretung (§ 16 Abs. 2 GSVGer) erfüllt sind (Urk. 3/4), ist Rechtsanwältin Anjushka Früh aus der Gerichtskasse zu entschädigen.

Die unentgeltliche Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers, Rechtsanwältin Anjushka Früh, machte mit Eingabe vom 7. Juli 2021 (Urk. 11) einen Gesamtaufwand von 13.3 Stunden sowie Fr. 119.70 Barauslagen geltend. Dies erscheint angemessen. Unter Berücksichtigung eines gerichtlichen Stundenansatzes von Fr. 220.-- sowie der Barauslagen resultiert daraus eine Entschädigung in der Höhe von Fr. 3'300.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer).

E. 5.3

Der Beschwerdeführer ist auf § 16 Abs. 4 GSVGer hinzuweisen, wonach er zur Nachzahlung der Auslagen für die unentgeltliche Rechtspflege verpflichtet ist, sobald er dazu in der Lage ist. Das Gericht beschliesst, in Bewilligung des Gesuchs vom 10. März 2021 wird dem Beschwerdeführer Rechtsanwältin Anjushka Früh, Zürich, als unentgeltliche Rechtsvertreterin bestellt; und erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Die unentgeltliche Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers, Rechtsanwältin Anjushka Früh, Zürich, wird mit Fr. 3'300.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Anjushka Früh - Suva - Bundesamt für Gesundheit sowie an: - Gerichtskasse

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