

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2023.00066 vom 30. September 2024

ZH Sozialversicherungsgericht, 2024-09-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2023.00066

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2023.00066 du 30 septembre 2024

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2023.00066 del 30 settembre 2024

Erwägungen

E. 1

Der 1962 geborene X.____ ist über sein seit dem 1. Januar 2018 dauerndes Anstellungsverhältnis bei der Schweizerische Mobiliar Versicherungs gesellschaft AG (nachfolgend: Mobiliar) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert. Mit Schadenmeldung vom 11. November 2021 wurde dieser mitgeteilt, dass der Versicherte am 21. Oktober 2021 bei einem Sprung von einer Mauer sein linkes Knie gestaut habe (Urk. 11/UM). Mit Schreiben vom 13. Januar 2022 teilte die Mobiliar dem Versicherten mit, gemäss Beurteilung ihres beratenden Arztes würden ab dem 21. Januar 2021 (recte: 2022) keine Unfallfolgen mehr vorliegen, weshalb ab diesem Datum keine Versicherungsleistungen mehr erbracht werden könnten (Urk. 11/18). Da sich der Versicherte damit nicht einverstanden zeigte (Urk. 11/19), holte die Mobiliar in der Folge weitere medizinische Berichte der behandelnden Ärzte ein und ersuchte ihren beratenden Arzt, Dr. med. Y.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, erneut um Stellungnahme (Urk. 11/21-31, 11/M3-M8, 11/BERA3-4). Mit Verfügung vom 2. März 2022 hielt sie an ihrer Leistungseinstellung ab dem 21. Januar 2021 (recte: 2022) fest (Urk. 11/32). Die dagegen erhobene Einsprache vom 18. März 2022 (Urk. 11/37) wies die Mobiliar nach Einholung einer Beurteilung der aktualisierten medizinischen Akten durch ihren beratenden Arzt, Dr. Y.____, mit Entscheid vom 12. April 2023 ab (Urk. 2 = Urk. 11/59).

E. 1.1

Gemäss Art. 6 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) werden – soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt – die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Abs. 1). Die Versicherung erbringt ihre Leistungen auch bei den im Einzelnen in Abs. 2 aufgeführten Körperschädigungen, sofern sie nicht vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen sind.

E. 1.2

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder un mittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der

versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 142 V 435 E. 1, 129 V 177 E. 3.1, 402 E. 4.3.1, je mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C_305/2022 vom 13. April 2023 E. 3.1).

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 142 V 435 E. 1, 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

E. 1.3

Praxisgemäss entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers bei einem durch den Unfall verschlimmerten oder überhaupt erst manifest gewordenen krankhaften Vorzustand erst dann, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache darstellt, der Gesundheitsschaden also nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft 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 leistungsbegründende 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. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die entsprechende Beweislast anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer (BGE 146 V 51 E. 5.1 mit Hinweisen; zur Publikation vorgesehene Urteil des Bundesgerichts 8C_434/2023, 8C_436/2023 vom 10. April 2024 E. 4.2 mit Hinweisen). 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. 1.4

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts 9C_587/2023 vom 8. April 2024 E. 4.2).

E. 1.5

Nach der Rechtsprechung kommt auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ ee). Das Anstellungsverhältnis einer versicherungsinternen Fachperson zum Versicherungsträger alleine lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen (BGE 137 V 210 E. 1.4, 135 V 465 E. 4.4). Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 145 V 97 E. 8.5, 142 V 58 E. 5.1, 139 V 225 E. 5.2, 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7).

E. 2

Dagegen erhob der Versicherte mit Eingabe vom 11. Mai 2023 Beschwerde und beantragte, der Einspracheentscheid vom 12. April 2023 sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, ihm für die Folgen des Unfalls vom 15. Oktober 2021 (namentlich die Beschwerden im linken Knie) weiterhin die gesetzlichen Leistungen nach UVG zu erbringen (Urk. 1 S. 2). Seiner Beschwerde legte der Beschwerdeführer diverse medizinische Berichte seiner behandelnden Ärzte bei (Urk. 3/3-6). Mit Beschwerdeantwort vom 24. Juli 2023 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde (Urk. 10) und verwies auf die Stellungnahme von Dr. Y.____ vom 9. Juli 2023 (Urk. 11/66). Im Rahmen der Replik vom 14. November 2023 (Urk. 16) sowie der Duplik vom 30. November 2023 (Urk. 20) hielten die Parteien jeweils an ihren Anträgen fest. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin erwog im angefochtenen Entscheid, die Beurteilung des Dr. Y.____ vom 30. März 2023 erfülle die von der Rechtsprechung bezüglich des Beweiswerts ärztlicher Berichte und Gutachten gestellten Anforderungen. Seine Feststellungen würden mit den von den behandelnden Ärzten erhobenen Befunden bzw. den MRI-Befunden übereinstimmen. Dr. Y.____ begründe ausführlich und nachvollziehbar, dass die Beschwerden sich durch den vorbe stehenden Knorpelschaden langsam entwickelt hätten und überwiegend wahrscheinlich auf Erkrankung bzw. Abnutzung zurückzuführen seien. Nach Würdigung der medizinischen Akten werde der Beurteilung von Dr. Y.____ volle Beweiskraft zugemessen, weshalb auf die darin erhobenen Schlussfolgerungen abgestellt werden könne. Weil ab dem 21. Januar 2022 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine auf das Ereignis vom 21. Oktober 2021 zurückzuführenen Beschwerden mehr vorgelegen hätten, seien die Versicherungsleistungen zurecht per 21. Januar 2022 eingestellt worden (Urk. 2).

E. 2.2

Demgegenüber monierte der Beschwerdeführer zunächst eine Verletzung seines rechtlichen Gehörs durch mangelhafte Aktenführung der Beschwerdegegnerin. Zudem würden in den Akten relevante medizinische Berichte fehlen, womit die Beschwerdegegnerin den Untersuchungsgrundsatz verletzt habe. Die Beurteilung von Dr. Y.____ sei demnach nicht in Kenntnis der gesamten Vorakten ergangen, weshalb dieser der Beweiswert abzusprechen sei. Der Beurteilung fehle es sodann an einer nachvollziehbaren Darlegung, wie der

retropatelläre Knorpel riss krankheitsbedingt entstanden sein soll. Zudem erweise sich die von Dr. Y.____ gestellte Diagnose einer Patella alta als falsch. Schliesslich stehe seine Einschätzung, wonach die anhaltenden Kniebeschwerden nicht auf den Unfall vom 15. Oktober 2021 (recte: 21. Oktober 2021) zurückzuführen seien, im Widerspruch zur Einschätzung mehrerer Fachärzte. Insgesamt bestünden erhebliche Zweifel an der Richtigkeit der Beurteilung von Dr. Y.____ , weshalb die Beschwerdegegnerin nicht hätte darauf abstellen dürfen

(Urk. 1).

An diesen Ausführungen hielt der Beschwerdeführer im Wesentlichen auch in seiner Replik fest (Urk. 16).

E. 2.3

In der Beschwerdeantwort ergänzte die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen , die Akten seien in Themenkreisen und chronologisch geordnet und das Aktenverzeichnis liege mittlerweile vor, weshalb dieser Mangel als geheilt zu betrachten sei. Dr. Y.____ habe seine Beurteilung vom 30. März 2023 in Kenntnis aller relevanten Akten abgegeben. Die mit der Beschwerde neu eingereichten medizinischen Akten seien ihm zur Stellungnahme unterbreitet worden. In seiner Aktenbeurteilung vom 9. Juli 2023 weise er auf Widersprüche und unrichtige Darstellungen oder Interpretationen der behandelnden Ärzte hin. Insgesamt seien die Berichte der behandelnden Ärzte nicht geeignet, Zweifel an der Einschätzung von Dr. Y.____ zu wecken (Urk. 10).

Daran hielt die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen auch in ihrer Duplik fest (Urk. 20).

E. 3.1

Dr. med. Z.____ , Facharzt FMH für Radiologie, hielt in seinem Bericht zum am 11. November 2021 durchgeführten MRI des linken Knies fest, im Zusammenhang mit dem stattgehabten Trauma bestehe der Verdacht auf einen retropatellären Knorpelriss sowie ein begleitender diskreter Bonebruise der Patella retropatellär . Es zeigten sich ein geringer Gelenkserguss sowie eine diskrete beginnende Varusgonarthrose des linken Kniegelenks. Die Kreuzbänder und Menisci seien intakt bei geringer Meniskusdegeneration (Urk. 11/M1).

E. 3.2

Dr. med. A.____ , Facharzt FMH für Chirurgie, hielt in seinem Arztzeugnis vom 28. November 2021 zum Befund fest, es bestünden noch Schmerzen im linken Knie. Es zeige sich eine oberflächliche Hautrötung (Crèmefolge) sowie eine tanzende Patella bei Erguss. Die Kniebeweglichkeit sei frei. Im MRI hätten sich ein retropatellarer Knorpelanriss, sonst aber keine pathologischen oder traumatischen Veränderungen gezeigt (Urk. 11/M2).

E. 3.3

Im Bericht vom 21. Dezember 2021 zum gleichentags erfolgten MRI des linken Knies hielt Dr. med. B.____ , Facharzt FMH für Radiologie, zu den Befunden femoropatellar fest, es zeigten sich eine leichte Trochleadysplasie , eine leicht lateralisierte Patella, tiefe retropatellare Knorpeldefekte mit deutlichem reaktivem Knochenmarködem, ein fokales Knochenmarködem direkt kranial angrenzend an die laterale Facette der Trochlea

femoris , zudem Weichteilödeme lateral angrenzend an das patellofemorale Gelenk mit leichter synovialer Schwellung sowie ein leichtes Ödem des angrenzenden superolateralen Hoffa-Fettkörpers. Medial retropatellar seien keine Knorpeldefekte feststellbar. Allen falls bestünden minimale Knorpeldefekte der proximalen Trochlea

femoris (Urk. 11/M3).

E. 3.4

Der beratende Arzt der Beschwerdegegnerin, Dr. med. Y.____ , Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates sowie für Chirurgie, nannte in seiner Beurteilung vom 28. Dezember 2021 als Diagnose eine traumatisierte mediale und retropatellare Arthrose des linken Kniegelenkes vom 21. Oktober 2021. Die Frage, ob bei der versicherten Person Vorzustände bestünden, beantwortete er mit ja und verwies auf das MRI des linken Knies vom 11. November 2021. In diesem hätten sich Unregelmässigkeiten des retropatellaren Gelenkknorpels mit Bone

bruise der Kniescheibe und initialer medialer Gonarthrose bei mukoider Degeneration der Menisci gezeigt. Weiter führte Dr. Y.____ die gesundheitlichen Störungen überwiegend wahr scheinlich auf das Ereignis vom 21. Oktober 2021 zurück und führte dazu aus, dass bei einer Landung aus ca. 3 Metern Höhe die vorgeschädigten Knorpel kurz fristig stark belastet worden seien. Dies erkläre die vorübergehende Verschlechterung. Für eine Verletzung mit richtungsweisender Verschlechterung, zum Beispiel Bandläsionen, ergebe sich aus den vorliegenden Dokumenten kein Anhalt. Der Status quo ante bzw. sine werde am 21. Januar 2021 (recte: 2022) erreicht (Urk. 11/BERA2).

E. 3.5

Dr. med. C.____ , Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates sowie für Chirurgie, führte im Sprechstundenbericht vom 30. Dezember 2021 aus, in der Untersuchung zeige sich ein doch recht ausgeprägtes hinkendes Gangbild linksbetont. Das linke Knie zeige sich nur noch mit geringgradigem intraartikulärem Erguss. Flexion/Extension seien zu 130/0/0° möglich. Die Patella sei zentral geführt und mediolateral bestünden stabile Verhältnisse. Es zeige sich ein guter Anschlag des vorderen Kreuzbandes mit Schmerzangabe im vorderen Kompartiment. Das Zohlenzeichen sei angedeutet schmerzhaft. Innen- und Aussenmeniskus kämen in der Untersuchung McMurray und Steinmann unauffällig zur Darstellung (Urk. 11/M4.1).

E. 3.6

Im Sprechstundenbericht vom 14. Januar 2022 hielt Dr. C.____ fest, es sei zwischenzeitlich Physiotherapie durchgeführt worden. Es sei eine Beschwerdebesserung eingetreten, jedoch bestünden noch relevante Restbeschwerden. In der Untersuchung zeige sich ein etwas weniger hinkendes Gangbild. Die intraartikuläre Situation zeige sich ohne Erguss. Flexion/Extension seien zu 130/0/0° möglich. Es bestünden eine Druckdolenz im Bereich des anteromedialen

Femur kondylus und ein positives Zohlenzeichen . Der Beschwerdeführer habe zwischenzeitlich eine Ablehnung der weiteren Kostenübernahme seitens der Mobiliar erhalten. Diesem widerspreche er, Dr. C.____ , aus fachärztlicher Sicht. Im ihm vorliegenden Folge-MRI vom 21. Dezember 2021 würden sich eine deutliche Bone

bruise -Situation und ein Knorpelriss retropatellär zeigen. Dies seien aus seiner Sicht sicherlich noch Unfallfolgen. Wesentliche degenerative Veränderungen im Sinne einer

Gonarthrose sehe er nicht. Die primär angefertigte MR-tomographische Abklärung mittels Extremitäten-MRI sei in der Beurteilungs - qualität nicht geeignet , um weitergehende und profunde Diagnosen seitens der degenerativen Veränderungen zu stellen (Urk. 11/M5).

E. 3.7

Am 10. Februar 2022 berichtete Dr. C.____ , die Beschwerdesituation retropatellär verbessere sich leicht, es seien jedoch noch Restbeschwerden vorhanden. In der Untersuchung zeige sich ein flüssiges Gangbild. Das linke Knie sei in der Untersuchung reizlos und ohne Erguss. Flexion/Extension seien zu 125/0/0° möglich. Mediolateral seien die Verhältnisse stabil. Über dem inneren Kompartiment bestehe etwas Druckdolenz . Die Meniskuszeichen McMurray und Steinmann seien unauffällig (Urk. 11/M6).

E. 3.8

Dr. med. D.____ , Facharzt FMH für Radiologie, hielt im Bericht vom 16. Februar 2022 zum gleichentags erfolgten MRI des linken Knies fest, es zeige sich ein Knochenmarksödem in der Patella sowie an der Femurtrochlea lateral kranial, jedoch keine Fraktur oder Fissur. Zudem bestünden eine tiefe Knorpel-Fissur an der Patella lateral bis an die subchondrale Lamelle, eine Patella alta , eine leichte Trochleadysplasie sowie ein kleiner Gelenkserguss (Urk. 11/M7).

E. 3.9

Am 17. Februar 2022 hielt Dr. C.____ fest, dass sich die Situation klinisch etwas verbessert habe und der Beschwerdeführer noch zuwarten möchte (Urk. 11/M8).

E. 3.10

Mit Beurteilung vom 20. Februar 2022 hielt Dr. Y.____ nach erneuter Vorlage der medizinischen Berichte, insbesondere des MRI-Berichts vom 21. Dezember 2021, an seiner bisherigen Beurteilung vom 28. Dezember 2021 fest. Er führte aus, beim Ereignis vom 21. Oktober 2021 hätten degenerative Schäden des linken Knorpelgelenkes bestanden, welche nicht richtungsweisend verschlechtert worden seien. Schon im nativen MRI des linken Kniegelenks vom 11. November seien Unregelmässigkeiten des retropatellaren Gelenkknorpels mit diskretem Bone

bruise der Kniescheibe und Meniskusdegenerationen sowie degenerative mediale Knorpelschäden beschrieben worden. Im Kontroll-MRI des linken Kniegelenks vom 21. Dezember 2021 seien diese Befunde bestätigt worden. Als Prädisposition für die degenerativen Veränderungen des patello -femorales Gelenkes seien eine Trochleadysplasie mit Lateralisation der Patella dokumentiert worden. Das Ödem des Knochenmarks sei als deutlich beschrieben worden. Diese Zunahme des Knochenödems spreche ebenfalls für eine degenerative Knorpel schädigung. Im Gegensatz zum MRI vom 11. November 2021 würden femoro -tibiale Knorpelschäden nicht beschrieben. Dies ändere aber nichts an den degenerativen Veränderungen des patello -femorales Gelenkes, welche für die Beschwerden verantwortlich seien. Die umschriebene Innenmeniskusläsion, welche als stabil und asymptomatisch dokumentiert werde, sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als degenerativ anzusehen (Urk. 11/BERA3).

E. 3.11

Nach erneuter Vorlage der medizinischen Berichte, inklusive des MRI-Berichts vom 1

E. 3.12

Dr. med. E.____, Facharzt FMH für Radiologie, hielt im Bericht vom 30. Mai 2022 zum gleichentags erfolgten MRI fest, bezüglich der Breite der bekannten Knorpel-Fissur parazentral lateral retropatellär und Ausmass des begleitenden subchondralen Ödems in der Patella zeige sich ein regredienter Befund. Es bestehe stationär wenig Gelenkserguss. Im Übrigen zeigten sich stationäre Befunde (Urk. 11/M9).

E. 3.13

Dr. med. F.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, hielt in seinem Bericht zur Konsultation vom 30. Mai 2022 fest, im MRI zeige sich ein regredienter Befund. Eine weitere Knorpelablösung sei in diesem Sinne nicht zu erkennen (Urk. 11/M10).

E. 3.14

Im Rahmen des Einspracheverfahrens wurden dem beratenden Arzt, Dr. Y.____, erneut sämtliche medizinischen Berichte vorgelegt, wobei er sich am 30. März 2023 wie folgt dazu äusserte: Dr. Z.____ habe die patellofemorale Veränderung mit dem Unfall in Zusammenhang gebracht, dabei aber lediglich einen Verdacht auf eine Fissur geäussert und einen geringen Bonebruise festgestellt. Im Bericht von Dr. C.____ vom 30. Dezember 2021 würden die Veränderungen als posttraumatisch angesehen, er dokumentiere aber auch eine innenseitige Gelenkproblematik, die den im MRI vom 21. Dezember 2021 festgestellten medialen Knorpelschäden entspreche. Die Behauptung von Dr. C.____, dass MRI vom 11. November 2021 sei nicht brauchbar, werde vom Versicherten selbst widerlegt, da beide MRI ähnliche Befunde zeigen würden. Dabei bestehe ein wesentlicher Unterschied: Das Knochenödem werde am 21. Dezember 2021 als «deutlich» und nicht mehr wie am 11. November 2021 als «diskret» bezeichnet. Dieses zunehmende Knochenödem könne sich nicht unter der verordneten Schonung als Unfallfolge entwickelt haben. Ausserdem müsste neben dem Ödem der lateralen Patella auch ein Ödem der Trochlea bestehen. Die Trochlea zeige aber nur das für die Patella alta typische und umschriebene kranio-laterale Knochenödem. Ein Unfall verursache ein deutliches Knochenödem, welches sich dann zurückbilde. Das letzte MRI vom 16. Februar 2022 dokumentiere eine Patella alta und eine Trochleadysplasie. Im MRI vom 21. Dezember 2021 sei zudem eine für die Trochleadysplasie typische Patellalateralisation beschrieben worden. Diese anatomischen Gegebenheiten würden zu retropatellaren Knorpelschäden führen, wie in den Untersuchungen dokumentiert. In der vom Versicherten in der Einsprache zitierten Literaturquelle aus dem Jahr 2006 werde neben der traumatischen Genese von Knochenmarködemen auch ausgeführt, dass keine Spätschäden bekannt seien, womit die vorübergehende Verschlechterung untermauert sei. Soweit seitens des Versicherten einspracheweise ausgeführt werde, dass die Behandler nie Zweifel an einer unfallbedingten Genese der Beschwerden gehabt hätten, werde diese Ansicht in den Beurteilungen durch den beratenden Arzt auch nicht bestritten. Es sei jedoch von einer vorübergehenden Schädigung ohne richtungsgebende Verschlechterung auszugehen und die anhaltenden Beschwerden seien auf eine vorbestehende Erkrankung zurückzuführen. Hierfür sprächen die bereits im ersten MRI zweifelsfrei nachgewiesenen degenerativen Veränderungen. Die Beschwerden hätten sich durch den vorbestehenden Knorpelschaden langsam entwickelt, was in den Unterlagen auch mehrfach belegt sei. Insgesamt sei von einer Traumatisierung vorbestehender patellofemorale Knorpelschäden auszugehen, wobei der Status quo sine/ante am 21. Januar 2022 erreicht gewesen sei, was auch im Lokalbefund von Dr. C.____ vom 14. Januar 2022 seine Bestätigung finde (Urk. 11/BERA5).

E. 3.15

Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens legte die Beschwerdegegnerin dem beratenden Arzt, Dr. Y.____, erneut sämtliche medizinische Berichte (samt den vom Beschwerdeführer mit der Beschwerde aufgelegten Berichten der behandelnden Ärzte [Urk. 3/3-6]) vor, wozu dieser am 9. Juli 2023 wie folgt Stellung nahm: Im MRI vom 11. November 2021 seien Unregelmässigkeiten des retropatellaren Knorpels der linken Kniescheibe mit «geringem» Bone

bruise der Patella beschrieben worden. Alle Bänder seien intakt und unverletzt gewesen. Es seien degenerative Veränderungen am Innen- und Aussenmeniskus dokumentiert worden. Zudem sei der Verdacht auf einen retropatellaren Knorpelriss geäussert worden, welcher im Zusammenhang mit dem zurückliegenden Traumaereignis liegen könnte. Neben diesem Verdacht sei eine initiale mediale Gonarthrose dokumentiert worden. Das retropatelläre Knochenödem ohne Ödem der gegenüberliegenden Trochlea bestätige die vorbestehende Knorpelschwäche der retropatellaren Gelenkfläche. Ohne Ödem der Trochlea könne nicht von einer relevanten Schädigung des patellofemoralen Gelenkes ausgegangen werden. Dr. A.____ habe diese Befunde als unfallkausal interpretiert. Dies sei unzulässig, da er eine freie Beweglichkeit des linken Kniegelenkes dokumentiert habe. Äussere Verletzungszeichen oder eine Untersuchung des patellofemoralen Gelenkes seien nicht dokumentiert worden. Somit werde aus dem Verdacht des Radiologen Dr. Z.____ ein degenerativer Knorpelschaden zu einem posttraumatischen Schaden erhoben. Dies sei ohne weitere Diskussion der Umstände unzulässig (Urk. 11/66 S. 2).

Soweit der Beschwerdeführer anführe, das MRI vom 21. Dezember 2021 bestätige den Verdacht eines Knorpelrisses, liege eine falsche Interpretation vor. Der Knorpelschaden der Kniescheibe sei bereits dokumentiert, dieser Schaden könne nicht bezweifelt werden. Es handle sich jedoch nicht um einen Riss, sondern um eine degenerative Schwäche des Knorpels hinter der Kniescheibe. Im Befund würden tiefe Knorpeldefekte mit deutlichem reaktivem Knochenödem beschrieben. Somit bestünden nicht nur ein Riss, sondern mehrere Defekte, welche die degenerative Genese belegen würden. Im Vergleich zum MRI vom 11. November 2021 würden die Knochenödeme der Kniescheibe und neu der kranialateralen Trochlea als reaktiv beschrieben. Letzteres sei nach dem Trauma nicht vorhanden gewesen und deshalb unfallfremd. Posttraumatische Knorpel schäden gegenüberliegender Knorpelflächen würden simultan auftreten. Das zeitlich verzögerte Auftreten der Knochenödeme spreche gegen eine traumatische Genese. Nachweise einer traumatischen Knorpelschädigung wie zum Beispiel osteochondrale Defekte mit freien Gelenkkörpern würden auch in diesem MRI fehlen. Dafür würden eine Trochleadysplasie mit Lateralisation in Kombination mit Tendenz zum Patellahochstand der Kniescheibe nachgewiesen. Diese Faktoren würden eine chronische Schädigung des retropatellaren Knorpels mit den nachgewiesenen Knorpelschäden begünstigen. Die weiter angeführten MRI's vom 16. Februar 2022 und 30. Mai 2022 würden eine grenzwertige Patella alta, die tiefe Knorpelfissur des retropatellaren Knorpels mit Ödem des Knochenmarkes und der kranialateralen Trochlea sowie eine Trochleadysplasie bestätigen. Im Bericht vom 17. Februar 2022 bestätige Dr. C.____ eine Patella alta. Dies verdeutliche, dass trotz des grenzwertig normalen Caton-Deschamps-Index die Kniescheibe höher stehe als normal (Urk. 11/66 S. 2).

Soweit der Beschwerdeführer geltend mache, es fehle eine nachvollziehbare Darlegung der krankheitsbedingten Knorpelschäden, sei festzuhalten, dass anlagebedingte Formen des

Gleitlagers der Kniescheibe mit Lateralisation der Kniescheibe im Sinne einer patellofemorale Instabilität bestünden. Diese angeborenen Veränderungen würden regelmässig zur Degeneration des Gelenkes zwischen Oberschenkel (Trochlea) und Kniescheibe (Patella) führen. Die Patella werde durch abnormale seitliche Einstellbewegungen belastet, was zur Degeneration des Patellaknorpels führe. Das posttraumatisch nachgewiesene Knochenmarködem der Kniescheibe sei eine typische Reaktion auf die Überlastung des Knorpels. Diese Formen der Knochenmarködeme würden als reaktiv bezeichnet. Das Knochenmarködem sei unspezifisch und könne verschiedene Ursachen haben. Sein Vorhandensein belege nicht automatisch eine traumatische Genese. Insbesondere bei retropatellären Knorpelschäden würden oft degenerative und traumatische Faktoren gemeinsam vorliegen. Im vorliegenden Fall würden ganz klar degenerative Elemente durch die angeborene Trochleadysplasie und die grenzwertige Patella alta überwiegen. Die Trochleadysplasie führe zu Schäden des patellofemorale Gelenkes bis zur Arthrose. Der hier vorliegende Schaden des Knorpels der Kniescheibe sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit degenerativ und vorbestehend (Urk. 11/66 S. 3).

Soweit der Beschwerdeführer nach theoretischen Ausführungen zum Caton-Deschamps-Index behaupte, die Diagnose einer patella

alta sei falsch, sei darauf hinzuweisen, dass der Radiologe Dr. D.____ in seinem MRI-Befund vom 16. Februar 2022 eine Patella alta diagnostiziere. Der Radiologe Dr. E.____ dokumentiere in seinem MRI-Befund vom 30. Mai 2022 eine grenzwertige Patella alta. Somit sei die von ihm, Dr. Y.____, genannte Patella alta mindestens grenzwertig und in den Unterlagen sogar bestätigt. Diese führe genau zu den Problemen, welche im MRI vom 30. Mai 2022 genannt worden seien, konkret ein Ödem

im Hoffa-Fettkörper mit flauem Ödem des anterolateralen Femurs. Dass die höherstehende Patella existiere, gering ausgeprägt sei und in Verbindung mit der flachen Trochlea (Trochleadysplasie) einen Krankheitswert besitze, könne gemäss Aktenlage nicht bestritten werden (Urk. 11/66 S. 3).

Der Bericht von Dr. C.____ vom 14. Januar 2022 dokumentiere eine Zunahme der Knochenödeme. Dies spreche für eine degenerative Erkrankung des retropatellären Knorpels. Posttraumatische Knochenödeme seien initial am stärksten ausgeprägt und würden sich dann zurückbilden. Bei degenerativen Knochen schäden sei es umgekehrt, diese würden im Krankheitsverlauf eher zunehmen (Urk. 11/66 S. 3).

Der Behauptung von Dr. C.____, das MRI vom 11. November 2021 sei nicht geeignet, die Knorpelschäden zu beurteilen, werde durch Dr. G.____ in dessen Bericht vom 27. Februar 2023 widersprochen. Dieser führe aus, dass das initiale MRI vom 11. November 2021 den vorliegenden Befund sehr gut beschreibe. Dieses MRI zeige ein Knochenödem mit dem Knorpelschaden hinter der Kniescheibe. Dr. G.____ sehe einen klaren Zusammenhang zum Unfall ereignis, wobei er von einer Kontusion des linken Kniegelenkes ausgehe, welche weder in der Unfallmeldung vom 11. November 2021 noch in der Präzisierung durch den Beschwerdeführer vom 9. Dezember 2021 dokumentiert worden sei. Somit würden die Ausführungen von Dr. G.____ auf nicht dokumentierten Tatsachen basieren, weshalb die Schlussfolgerung einer traumatischen Genese unzulässig sei. Soweit Dr. G.____ das Fehlen « geometrischer Abnormitäten » behaupte, stehe dies im Gegensatz zu den radiologischen Befunden, welche eine Trochleadysplasie, eine grenzwertige Patella baja

(recte: alta) und eine Degeneration des retro patellären Knorpels dokumentieren würden. Dr. G. ___ ignoriere auch den Nachweis einer initialen medialen Gonarthrose, welche bereits auf dem ersten MRI vom 11. November 2021 dokumentiert worden sei. Auch die am 10. März 2022 in der H. ___ Klinik angefertigte Ganzbeinaufnahme zeige eine mediale Gelenkspaltverschmälerung. Somit sei neben der patellofemorale Degeneration auch die Degeneration des medialen Gelenkkompartmentes belegt (Urk. 11/66 S. 3).

Soweit schliesslich Dr. C. ___ in seiner Stellungnahme vom 10. Mai 2023 ausführe, eine Varusgonarthrose sei nur einmalig aufgeführt, sei dieser mediale Knorpelschaden in mehreren Untersuchungen belegt worden. Eine diagnostizierte Arthrose bleibe eine Arthrose, egal wie oft sie diagnostiziert werde. Auch die anatomischen Gegebenheiten (flaches Kniescheibenlager und Tendenz zum Hochstand der Kniescheibe), welche von Dr. C. ___ erneut relativiert oder negiert würden, seien mehrfach dokumentiert und damit objektiviert (Urk. 11/66 S. 3).

Zusammenfassend habe das Ereignis vom 21. Oktober 2021 nicht zu den retro patellären Knorpelschäden geführt. Diese seien vorbestehend gewesen und temporär verschlechtert worden. Der Status quo sine/ante sei spätestens am 21. Januar 2022 erreicht worden (Urk. 11/66 S. 3). 4. 4.1

Der Beschwerdeführer bemängelt zunächst die Aktenführung der Beschwerdegegnerin und macht eine Verletzung des rechtlichen Gehörs geltend, zumal mangels eines Inhaltsverzeichnisses unklar sei, ob ihm die vollständigen Akten zur Verfügung gestellt worden seien (Urk. 1 S. 3) . 4.2

Die Aktenführungspflicht der Verwaltung stellt das Gegenstück zum – Bestandteil des rechtlichen Gehörs nach Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung (BV) bildenden – Akteneinsichtsrecht der versicherten Person dar, indem die Wahrnehmung des Akteneinsichtsrechts durch die versicherte Person eine Aktenführungspflicht der Verwaltung voraussetzt. Grundlage eines effektiven Akteneinsichtsrechts ist eine geordnete und übersichtliche Aktenführung. Der verfassungsmässige Anspruch auf eine geordnete und übersichtliche Aktenführung verpflichtet die Behörden und Gerichte, die Vollständigkeit der im Verfahren eingebrachten und erstellten Akten sicherzustellen (Urteil des Bundesgerichts 8C_319/2010 vom 15. Dezember 2010 E. 2.2.1 mit weiteren Hinweisen). In Art. 46 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) wurde die Aktenführungspflicht für die dem ATSG unterworfenen Versicherungsträger auf Gesetzesstufe konkretisiert. Danach sind für jedes Sozialversicherungsverfahren alle Unterlagen systematisch zu erfassen, die massgeblich sein können. Der am 1. Oktober 2019 in Kraft getretene Art. 8 der Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV) sieht in Abs. 1 sodann vor, dass die Akten systematisch und chronologisch geordnet geführt werden müssen. Gemäss Abs. 2 ist zudem ein vollständiges Aktenverzeichnis zu führen, das klare und eindeutige Hinweise auf den Inhalt der einzelnen Unterlagen liefert.

Das Recht auf Akteneinsicht ist, wie das Recht angehört zu werden, formeller Natur. Die Verletzung des Rechts auf Akteneinsicht führt ungeachtet der materiellen Begründetheit des Rechtsmittels zur Aufhebung der angefochtenen Verfügung. Vorbehalten bleiben praxisgemäss Fälle, in denen die Verletzung des Akteneinsichtsrechts nicht besonders schwer wiegt und dadurch geheilt wird, dass die Partei, deren rechtliches Gehör verletzt wurde, sich vor einer Instanz äussern kann, welche sowohl die Tat- als auch die

Rechtsfragen uneingeschränkt überprüft (BGE 132 V 387 E. 5.1). 4.3

Vorliegend räumte die Beschwerdegegnerin ein, ein Aktenverzeichnis erst im Rahmen des Beschwerdeverfahrens erstellt zu haben. Abgesehen davon ist allerdings nicht ersichtlich, dass die Aktenführungspflicht respektive das Akten einsichtsrecht des Beschwerdeführers besonders schwer verletzt worden wäre. So wurden ihm auf entsprechendes Gesuch hin die Akten durch die Beschwerdegegnerin am 26. April 2023 elektronisch zur Verfügung gestellt, wobei ihm der zunächst nicht korrekt hochgeladene Einspracheentscheid

– welcher ihm ohnehin bereits vorlag – nur einen Tag später ebenfalls zugestellt wurde (Urk. 11/62). Im Übrigen reichte die Beschwerdegegnerin mit der Beschwerdeantwort vom 24. Juli 2023 (Urk. 10) ein thematisch und chronologisch geordnetes Dossier der Akten betreffend das Ereignis vom 21. Oktober 2021 inklusive Aktenverzeichnis ein (Urk. 11), welches dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 27. Juli 2023 zur Einsicht zugestellt wurde (Urk. 12). Mithin hatte der Beschwerdeführer im Rahmen des vorliegenden Beschwerdeverfahrens Gelegenheit, in sämtliche Akten Einsicht zu nehmen und sich im Rahmen der Replik umfassend dazu zu äussern, womit eine allfällige Verletzung des Akteneinsichtsrechts respektive des rechtlichen Gehörs geheilt wurde. 4.4

Soweit der Beschwerdeführer eine Verletzung der Abklärungspflicht rügt und geltend macht, die Beschwerdegegnerin habe es unterlassen, sämtliche relevanten Arztberichte einzuholen (Urk. 1 S. 4), ist vorab

darauf hinzuweisen, dass die Sozialversicherungsträger und das Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt grundsätzlich zwar von Amtes wegen festzustellen haben (Art. 43 Abs. 1, Art. 61 lit. c ATSG), die Untersuchungspflicht indes nur so lange dauert, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht und der Untersuchungsgrundsatz auch nicht uneingeschränkt gilt, sondern sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien findet (Urteil des Bundesgerichts 9C_377/2021 vom 22. Oktober 2021 E. 5.3.1 mit Hinweisen).

Vorliegend holte die Beschwerdegegnerin im Rahmen des Administrativverfahrens Berichte bei den ihr bekannten behandelnden Ärzten des Beschwerdeführers ein (Urk. 11/22, 23, 25, 29, 51, 56). Im Zeitpunkt des angefochtenen Einspracheentscheids lagen der Beschwerdegegnerin

unter anderem drei MRI-Berichte vor (Urk. 11/M1, M3 und M7), womit bezüglich des linken Knies ein lückenloser Befund vorlag. Insofern bestand hinsichtlich des medizinischen Sachverhalts genügend Klarheit, weshalb die Beschwerdegegnerin auch nicht gehalten war, weitere Berichte einzuholen. Dies gilt in Bezug auf die vom Beschwerdeführer monierten fehlenden Berichte der H.____ Klinik (Urk. 1 S. 4) umso mehr, als der Beschwerdegegnerin eine Behandlung in der genannten Klinik nie mitgeteilt worden war, wozu der Beschwerdeführer im Rahmen seiner Mitwirkungspflicht indes gehalten gewesen wäre. 5. 5.1

Die Beschwerdegegnerin stützte sich im angefochtenen Einspracheentscheid im Wesentlichen auf die Beurteilungen von Dr. Y.____ vom 28. Dezember 2021 (Urk. 11/BERA2), 20. Februar 2022 (Urk. 11/BERA3) sowie vom 30. März 2023 (Urk. 11/BERA 5). Diese, insbesondere Letzterer, vermögen die an eine beweiskräftige ärztliche Expertise gestellten Anforderungen (vgl. E. 1. 4 vorstehend) vollumfänglich zu erfüllen. So wurden sie in Kenntnis der relevanten Vorakten (vgl. dazu auch vorstehend

E. 4.4) erstellt und sind für die streitigen Belange umfassend. Dr. Y.____ hat die medizinischen Zusammenhänge sodann unter Berücksichtigung der Befunde und der geklagten Beschwerden einleuchtend dargelegt und seine Schlussfolgerungen in Auseinandersetzung mit der wissenschaftlichen Fachliteratur (Urk. 11/BERA5) nachvollziehbar begründet. Dabei setzte er sich auch eingehend mit den abweichenden Stellungnahmen von Dr. C.____ auseinander. Zudem bestätigte Dr. Y.____ mit seiner im Rahmen des Beschwerdeverfahrens erstatteten umfassenden Beurteilung vom 9. Juli 2023 (Urk. 11/66) seine bisherige Einschätzung auch nach Kenntnisnahme der nach Erlass des Einspracheentscheids bei der Beschwerdegegnerin eingegangenen respektive im Beschwerdeverfahren aufgelegten Arztberichte. Damit zielt der Vorwurf des Beschwerdeführers, Dr. Y.____ hätten diverse Arztberichte nicht vorgelegen (Urk. 1 S. 5), ins Leere.

5.2

Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 5) legte Dr. Y.____ insbesondere schlüssig dar, dass der bildgebend festgestellte Knorpelschaden an der linken Kniescheibe degenerativen Ursprungs ist. So hielt er unter Bezugnahme auf die Befunde im ersten und zweiten MRI fest, dass sich im ersten MRI vom 11. November 2021 nur ein retropatellares Knochenödem gezeigt habe, während ein Knochenödem an der Trochlea erst im zweiten MRI vom 21. Dezember 2021 nachgewiesen worden sei, und führte dazu aus, dass das zeitlich verzögerte Auftreten der Knochenödeme gegen eine traumatische Genese spreche. Auch die Zunahme der Knochenödeme spreche gegen eine traumatische und für eine degenerative Genese. Zudem verwies Dr. Y.____

unter Bezugnahme auf die bildgebend festgestellte Trochleadysplasie (flaches Kniescheibenlager) mit Lateralisation sowie die grenzwertige patella

alta (Tendenz zum Hochstand der Kniescheibe) auf angeborene Veränderungen, welche regelmässig zur Degeneration des Patellaknorpels führen würden (vgl. E. 3.13; Urk. 11/66). Diese Ausführungen überzeugen und stehen im Einklang mit den bildgebend erhobenen Befunden.

Hinweise darauf, dass das erste MRI vom 11. November 2021 qualitativ mangelhaft ist, finden sich in den Akten – entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 5, Urk. 16 S. 4) – keine. Gegenteilig stellte auch Dr. med. G.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, in seinem Bericht vom 27. Februar 2023 darauf ab (Urk. 3/4; vgl. E. 5.3 hernach). Sodann kann auch dem Einwand des Beschwerdeführers, die von Dr. Y.____ gestellte Diagnose einer patella

alta erweise sich als falsch (Urk. 1 S. 5), nicht gefolgt werden, zumal Dr. Y.____ auf eine grenzwertige patella

alta abstellt, welche sich sowohl aus dem MRI vom 16. Februar 2022 als auch aus jenem vom 30. Mai 2022 ergibt (Urk. 11/M7 und M9).

5.3

Der Beschwerdeführer stützte sich zur Begründung seines Standpunktes im Wesentlichen auf die Berichte der ihn behandelnden beziehungsweise untersuchenden Ärzte (Urk. 1 S. 5 ff.). Von der Erfahrungstatsache abgesehen, dass behandelnde Arztpersonen mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc),

vermögen diese Einschätzungen auch aus anderen Gründen die medizinischen Beurteilungen von Dr. Y.____ nicht in Frage zu stellen:

Soweit Dr. C.____ in seinem Bericht vom 14. Januar 2022 konstatierte, im MRI vom 21. Dezember 2021 würden sich eine deutliche Bone

bruise -Situation sowie ein Knorpelriss retropatellär zeigen, was sicherlich noch Unfallfolgen seien (Urk. 11/M 5), ist zunächst darauf hinzuweisen, dass er keine Begründung für seine Einschätzung der Kausalitätsfrage anführt. Insbesondere begründete er nicht, weshalb er trotz im Vergleich zum MRI vom 11. November 2021 festgestellter Zunahme der Knochenmarködeme, was gemäss Beurteilung von Dr. Y.____ für eine degenerative Genese spricht (Urk. 11/66), auf eine traumatische Genese schliesst. Dasselbe gilt auch für den vom Beschwerdeführer im Rahmen des vorliegenden Beschwerdeverfahrens aufgelegten Bericht von Dr. med. F.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 19. Mai 2022, in welchem dieser von einer traumatischen retropatellären Knorpelläsion ausgeht (Urk. 3/5), ohne eine näher begründete Einschätzung der Kausalitätsfrage abzugeben.

Insofern Dr. med. G.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, in seinem Bericht vom 27. Februar 2023 unter Bezugnahme auf das MRI vom 11. November 2021 notierte, dieses beschreibe die Situation korrekt mit einem fokalen Knochenmarksödem an der Patella passend zu einem direkten Kontusionstrauma mit daran angrenzend einer tiefen einzelnen Fissur des retropatellären Knorpels, wobei ein solcher Schaden mit scharf abgegrenzter Läsion in aller Regel unfallkausal sei (Urk. 3/4), kann darauf nicht abgestellt werden. So wies Dr. Y.____ diesbezüglich zurecht darauf hin, dass Dr. G.____ von nicht dokumentierten Tatsachen ausgeht (Urk. 11/66), zumal die von Letzterem angeführte Kontusion (Prellung) des linken Kniegelenks weder aus der Unfallmeldung vom 11. November 2021 (Urk. 11/UM) noch aus der Präzisierung durch den Versicherten vom 9. Dezember 2021 (Urk. 11/4.1) hervorgeht. Soweit Dr. G.____ ausführte, es bestünden keine relevanten geometrischen Abnormitäten, welche einen abnutzungsbedingten Knorpelschaden femoropatellär begünstigen würden (Urk. 3/4), ist ihm entgegenzuhalten, dass die Trochleadysplasie sowie die grenzwertige patella

alta bildgebend mehrfach bestätigt wurden (Urk. 11/M3, M7, M9).

Schliesslich vermag der Beschwerdeführer auch aus dem Bericht von Dr. C.____ vom 10. Mai 2023 (Urk. 3/6) nichts zu seinen Gunsten abzuleiten, sind diesem doch keine neuen medizinischen Tatsachen zu entnehmen, welche von Dr. Y.____ in seinen Beurteilungen nicht berücksichtigt worden wären. Auch die Ausführungen Dr. C.____ in Bezug auf die Varusgonarthrose respektive die fehlenden medialen Beschwerden vermögen die Einschätzung von Dr. Y.____ nicht in Frage zu stellen, zumal Letzterer seine Schlussfolgerung, wonach der retropatelläre Knorpelschaden degenerativ bedingt ist, mit den angeborenen Veränderungen an der Trochlea sowie der Patella und nicht mit allfälligen degenerativen Veränderungen im medialen Kompartiment begründete (Urk. 11/BERA4 sowie Urk. 11/66). Immerhin ist anzumerken, dass die im MRI vom 11. November 2021 festgestellte Verschmälerung der medialen knorpeligen Gelenkfläche (Urk. 11/M1) sowohl in der Ganzbeinaufnahme vom 10. März 2022 («minimale Gelenkspaltminderung medial gegenüber lateral», Urk. 3/3) als auch im MRI vom 23. Februar 2023 bestätigt wurde («Progrediente Knorpelverschmälerung entlang des medialen Femurkondylus», Urk. 3/4)

und auch Dr. G.____ das Bestehen leichter Unregelmässigkeiten im medialen Kompartiment bestätigte (Urk. 3/4) . 5.4

Zusammengefasst vermögen die Berichte der behandelnden Ärzte keine – auch nur geringen – Zweifel an den Einschätzungen von Dr. Y.____ zu begründen. Gestützt auf die beweiskräftigen Beurteilungen von Dr. Y.____ ist demnach erstellt, dass das Ereignis vom 21. Oktober 2021 lediglich zu einer vorübergehenden Verschlechterung eines degenerativen Vorzustands geführt hat, wobei der Status quo sine/ante spätestens am 21. Januar 2022 erreicht wurde (Urk. 11/66). Für weitere medizinische Abklärungen besteht kein Anlass, zumal davon keine anderen entscheidungsrelevanten Erkenntnisse zu erwarten sind (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 144 V 361 E. 6.5, 124 V 90 E. 4b, 122 V 157 E. 1d, 136 I 229 E. 5.3). 5.5

Treten im Anschluss an einen Unfall Beschwerden auf, ist aber davon auszugehen, dass durch den Unfall lediglich ein (zuvor stummer) Vorzustand aktiviert, nicht aber verursacht worden ist, so hat der Unfallversicherer nur Leistungen für das unmittelbar im Zusammenhang mit dem Unfall stehende Schmerzsyndrom gemäss Art. 36 Abs. 1 UVG zu erbringen und es entfällt beim Erreichen des Status quo sine vel ante eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden (Urteile des Bundesgerichts 8C_816/2009 vom 21. Mai 2010 E. 4.3, 8C_181/2009 vom 30. September 2009 E. 5.4 f., 8C_326/2008 vom 24. Juni 2008 E. 3.2 und 4). Im Lichte dieser Rechtsprechung und unter Berücksichtigung des Umstands, dass das Ereignis vom 21. Oktober 2021 im Beschwerdebild spätestens ab dem 21. Januar 2022 keine Rolle mehr spielte (Urk. 11/66), ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen per 21. Januar 2022 eingestellt hat.

E. 6

Der angefochtene Einspracheentscheid vom 12. April 2023 (Urk. 2) erweist sich damit als rechtens, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist.

E. 7.1

Das Verfahren ist kostenlos.

E. 7.2

Ausgangsgemäss ist dem Beschwerdeführer keine Prozessentschädigung zuzusprechen. Die Beschwerdegegnerin hat keinen Antrag auf Zusprache einer Prozessentschädigung gestellt (Urk.).

E. 10

S. 2, Urk. 20 S. 2); ihr steht als privater UVG-Versicherer, der mit öffentlich-rechtlichen Aufgaben betraut ist, denn auch keine solche zu (vgl. BGE 126 V 143 E. 4a; Urteil des Bundesgerichts 8C_780/2016 vom 24. März 2017 E. 9.2, je mit Hinweis). Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Thomas Wehrli - Fürsprecherin Barbara Künzi-Egli - 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 Bundes)

gesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebenten Tag vor Ostern bis und mit dem siebenten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit dem 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 der beschwerdeführenden Partei oder ihrer Rechtsvertretung 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 Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin
Philipp R. Müller

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