

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00444 vom 18. Februar 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-02-18, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2009.00444

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00444 du 18 février 2011

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00444 del 18 febbraio 2011

Erwägungen

E. 3

3.1. Nach dem Unfallereignis vom 12. März 2007 präsentiert sich die medizinische Aktenlage wie folgt:

3.2. Die Kernspintomographie des linken Kniegelenkes vom 13. März 2007 - einen Tag nach dem erlittenen Unfall - ergab eine mässiggradige Gonarthrose, vor allem aktiviert im medialen Kompartiment, mit einer Meniskusläsion Grad IV, welche zum Druck auf das mediale Seitenband führte, und einen Zustand nach Zerrung des vorderen Kreuzbandes. Zudem zeigten sich ein deutlicher Gelenkerguss und vor allem eine auffallend deutliche diffuse Synoviaverdickung im Sinne einer Synovitis. Ferner konnte eine leichtere Form einer retropatellaren Arthrose mit Chondropathie Grad II visualisiert werden. Weitere Auffälligkeiten ergaben sich nicht (Urk. 7/10). Gestützt auf diese Befunde nahm Dr. A. am 16. März 2007 eine arthroskopische mediale Meniskusteilresektion am linken Knie vor (Urk. 7/11). Laut seinem Bericht vom 5. April 2007 gestaltete sich der postoperative Verlauf problemlos, es bestanden noch leichte Schmerzen bei ansonsten schmerzloser Belastungs- und Bewegungsfähigkeit. Dr. A. erlaubte denn auch eine Vollbelastung ohne Einschränkung (Urk. 7/12).

Nachdem der Beschwerdeführer trotz dieser postoperativen Befunde vier Wochen nach dem Eingriff vom 16. März 2007 über unbeherrschbare Schmerzen geklagt (Urk. 7/16.1), eine Skelettszintigraphie vom 25. April 2007 eine aktive Entzündung im Bereich des linken Knies zeigte (Urk. 7/13.1) und eine Kernspintomographie des linken Kniegelenkes vom 14. Mai 2007 unter anderem eine mediale Gonarthrose mit sich ausdehnendem Knochenmarködem medial sowie einen Verdacht auf eine erneute Läsion im verbliebenen Meniskushinterhorn und auf mindestens zwei freie Gelenkkörper ergeben hatte (Urk. 7/14), nahm Dr. A. am 16. Mai 2007 im Spital C. eine Rearthroskopie am linken Knie vor. Diese ergab einen stabilen medialen Restmeniskus, Meniskusreste oder freie Gelenkkörper fanden sich nicht, hingegen zeigten sich die Knorpelverhältnisse unverändert (Urk. 7/16.1-2). Die Magnetresonanztomographie vom 5. Juli 2007 im Kantonsspital F. visualisierte die bekannte, medial betonte Gonarthrose, jedoch ohne Knochenmarködem und ohne Hinweise auf eine Kondylennekrose (Urk. 7/26.1).

3.3. Die Ärzte der Rehaklinik E., wo sich der Versicherte vom 27. Juni bis 6. Juli 2007 und nach einem Ferienaufenthalt in seiner Heimat (Urk. 7/22) nochmals vom 22. Juli bis 15. August 2007 aufhielt, diagnostizierten gemäss dem Austrittsbericht vom 14. August 2007 eine mediale Meniskusläsion Knie links sowie ein Reizknie bei mässiger medialer Gonarthrose und leichter Retropatellararthrose Knie links. Klinisch habe sich eine

massive Einschränkung der Kniebeweglichkeit mit Flexion von 70° und Streckausfall von 5° gezeigt, wobei der Beschwerdeführer ab 45° und unter 20° F deutlich gegengespannt habe. Eine passive Flexion/Extension unter Ablenkung des Beschwerdeführers sei bis $100/0/0^\circ$ möglich gewesen. Das Kniegelenk sei nie überwärmt gewesen. Klinisch sei wegen dem Gegenspannen eine Beurteilung wegen Erguss nie möglich gewesen, sonographisch habe jedoch vor der Punktion vom 9. August 2007 (siehe Urk. 7/27.1) ein Erguss objektiviert werden können (Urk. 7/28.2). Die verschiedenen Untersuchungen des am 9. August 2007 entnommenen Gelenk-Punktats fielen unauffällig aus (Urk. 7/26.2 und Urk. 7/27.1). Die Messung der Beinumfang ergab folgende Werte: 15 cm oberhalb der Patella rechts und links je 53 cm, Knie rechts 44 cm und links 45 cm, Unterschenkel maximal rechts und links je 42 cm und Unterschenkel minimal rechts und links je 24 cm (Urk. 7/28.6). Wegen der sehr ausgeprägten Schmerzhaftigkeit und weil kein therapeutischer Zugang gefunden werden konnte, sei am 2. Juli 2007 eine psychosomatische Beurteilung durchgeführt worden. Gemäss diesem Bericht (psychosomatisches Konsilium vom 2. Juli 2007, Urk. 7/25.1.4) bestehe keine psychische Störung von Krankheitswert (Urk. 7/28.3). Die Leistungsbereitschaft des Beschwerdeführers beurteilten die Ärzte der Rehaklinik E. ___ als nicht zuverlässig. Er habe immer wieder zur Leistung angehalten werden müssen, habe kaum Initiative gezeigt und sei nur wenig bereit gewesen, ein gewisses Mass an Schmerzen zu tolerieren und aktiv mitzumachen. Das Ausmass der geklagten Schmerzen und demonstrierten Behinderung sei auf Grund der objektiven Befunde nicht nachvollziehbar, es müsse von einer Verdeutlichung ausgegangen werden (Urk. 7/28.3). Die Ärzte der Rehaklinik E. ___ attestierten dem Beschwerdeführer für die (bisherige) Tätigkeit als Reinigungsmitarbeiter eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Eine leichte wechselbelastende vorwiegend sitzende Arbeit sei dem Beschwerdeführer auf Grund der vorläufigen Beurteilung ganztags mit zusätzlichen Pausen von zwei Stunden pro Tag zumutbar (Urk. 7/28.2).

E. 3.4

Ä Ä Ä In seinem Bericht vom 27. August 2007 bestätigte Dr. A. ___ die schon von der Rehaklinik E. ___ gemessenen, praktisch identischen Muskelumfang beider Beine und erwähnte dazu, aufgrund dessen müsse er an eine Vollbelastung des linken Kniegelenkes denken, da innerhalb von 3 - 4 Monaten eine gewisse Muskelreduktion hätte stattfinden müssen. Er habe gegenüber dem Beschwerdeführer seine Gedanken bezüglich einer möglichen Instrumentalisierung seiner Beschwerden geäussert, was dieser vehement von sich gewiesen habe (Urk. 7/30).

Dem Bericht über die kreisärztliche Untersuchung von Dr. I. ___ vom 7. März 2008 kann u.a. entnommen werden, auffällig sei gewesen, dass das Knie links beim Gehen voll gestreckt und teilbelastet, aber auf dem Untersuchungstisch eine Flexionskontraktur von etwa 30° gehalten worden sei. Zudem hätten massive Muskelatrophien gefehlt (Urk. 7/47).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die weiteren bis zum 5. Dezember 2008 erstellten Arztberichte werden im Bericht über die ärztliche Abschlussuntersuchung durch den SUVA-Kreisarzt Dr. I. ___ zusammengefasst (Urk. 7/81), weshalb sie hier nicht noch einmal wiedergegeben werden. Dem Bericht von Dr. I. ___ ist zu entnehmen, dass sich die Situation im Vergleich zur letzten kreisärztlichen Untersuchung im März 2008 verschlechtert habe, was die demonstrierten Fähigkeiten angehe. Damals habe der Beschwerdeführer eine Treppe

noch einigermaßen bewältigen können, was im Zeitpunkt der ärztlichen Abschlussuntersuchung kaum mehr gelinge. Trotz Stärken und vordergründig höchster Anstrengung komme der Beschwerdeführer aber nicht ins Schwitzen. Auch die Diskrepanz bezüglich Streckfähigkeit im linken Knie sei geblieben. Der Beschwerdeführer belaste das Bein in vollständig gestreckter Stellung, unbelastet sei er nicht in der Lage, es so durchzustrecken. Die Trochanter der Beine sei seitengleich, eine Muskelabmagerung links sei nicht vorhanden, klinisch sei kein wesentlicher Reizzustand fassbar (Urk. 7/81.5). Nach Röntgenaufnahmen des linken Knies und beider Patellae vom 18. Dezember 2008 am Stadtspital B. (Urk. 7/85) hielt Dr. I. im Nachtrag zum Bericht über seine ärztliche Abschlussuntersuchung am 12. Januar 2009 fest, im Vergleich zu den Aufnahmen vom 28. Juni 2007 sei eine marginale Zunahme der degenerativen Veränderungen erkennbar. Durch eine Meniskektomie werde eine Gonarthrose richtungsweisend verändert. Zum Zeitpunkt des Unfalles vom 12. März 2007 sei bereits eine Gonarthrose links vorhanden gewesen. Auf somatischer Ebene lasse sich das vom Beschwerdeführer demonstrierte Beschwerdebild in keiner Weise erklären. Das linke Knie weise eine höchstens mässige Gonarthrose auf. Klinisch bestehe kein Reizzustand, keine Überwärmung, kein Erguss. Die Funktionseinschränkungen seien inkonstant. Im Stehen werde das Knie voll gestreckt, was im Liegen nicht möglich sein soll. Die Muskulatur sei gut entwickelt. Nach der Einschätzung von Dr. I. sind dem Beschwerdeführer Gehen und Stehen oft möglich, Begehen von Treppen manchmal, Kauern und Knien manchmal, Ersteigen von Leitern selten. Gehstrecken ohne Unterbruch über zwei Kilometer sollten vom Beschwerdeführer nicht verlangt werden. Intervallweise sollte er bei einer Tätigkeit zu einem Drittel der Zeit setzen können. Ihm sei das Tragen von Lasten auf guter Unterlage und in der Ebene bis 25 kg, auf Treppen die Hälfte möglich. Ein Ganztageseinsatz sei möglich. Zwangstellungen des rechten Knies in starker Flexion seien zu vermeiden (Urk. 7/88.1).

E. 4

4.1 Aus den medizinischen Akten erhellt, dass sich den Beschwerden des Beschwerdeführers kein entsprechendes unfallbedingtes organisches Substrat mehr gegenüberstellen lässt. Die Vorbringen des Beschwerdeführers in der Beschwerdeschrift vermögen daran nichts zu ändern:

4.2 Der Beschwerdeführer beruft sich einerseits auf den Bericht von Dr. M. vom 23. Oktober 2008 (Urk. 7/78 = Urk. 3/7), wobei dieser Arzt in Bezug auf das linke Knie des Beschwerdeführers keine eigenen Befunde erhebt, sondern im Wesentlichen die Ergebnisse der ärztlichen Abschlussuntersuchung wiedergibt, aber immerhin bestätigt, dass auch bei seiner persönlichen Untersuchung vom 24. März 2008 identische Oberschenkelumfänge von 58 cm gemessen werden konnten. Inwiefern die weiteren, von Dr. M. erwähnten gesundheitlichen Probleme des Beschwerdeführers (Panvertebralsyndrom, erhebliches Übergewicht mit einem BMI von 40, psychosozial schwierige Situation mit drei Kindern im Schulalter, knappe finanzielle Ressourcen) objektiv etwas mit dem Unfall vom 12. März 2007 zu tun haben sollen, legt Dr. M. mit keinem Wort dar. Zudem vermischt er offensichtlich gesundheitliche mit sozialen und finanziellen Problemen (Urk. 7/78.2). Eine abweichende Beurteilung des gesundheitlichen Zustandes des Beschwerdeführers liegt also nicht vor. Gestützt auf den Bericht von Dr. M. ist es damit nicht überwiegend wahrscheinlich, dass die Unfallfolgen noch nicht

abgeheilt sind. Gleiches gilt für den Bericht der Rehaklinik L.____ vom 23. September 2008 (Urk. 7/74), auf welchen sich der Beschwerdeführer ebenfalls bezieht. Auch aus den Berichten der N.____ Klinik gehen keine weiteren objektivierbaren Unfallfolgen, welche die Beschwerdegegnerin nicht bereits berücksichtigt hätte, hervor. Zu erwähnen ist jedoch, dass auch die Ärzte dieser Klinik bei der Messung der Oberschenkelumfange keinen Unterschied zwischen dem linken und dem rechten Bein erheben konnten, was sie zu der Bemerkung veranlasste, aufgrund der starken linksseitig ausgeprägten Schmerzen wäre ein ausgeprägter Quadrizepsschwund links zu erwarten. Zudem hielten auch sie fest, angesichts der objektiven Befunde (MRI) seien die vom Beschwerdeführer angegebenen Schmerzen ungewöhnlich stark, und es ergebe sich eine Inkonsistenz in der Schmerzsymptomatik (Urk. 7/135.1). Die Auffassung der Beschwerdegegnerin, wonach die Beurteilung der Ärzte der N.____ Klinik im Wesentlichen mit derjenigen des Kreisarztes Dr. I.____ übereinstimmen, ist deshalb nicht zu beanstanden.

5.1.1.1.1.1.1

5.1.1.1.1.1.1 Der Beschwerdeführer macht überdies geltend, er leide wegen seiner Schmerzen an einer Somatisierungsstörung und einer mittelgradig depressiven Episode. Die Psychiaterin Dr. J.____ diagnostizierte in ihren Berichten vom 13. Juni 2008 und 3. Februar 2009

beim Beschwerdeführer eine anhaltende depressive Störung mit im Vordergrund stehenden generalisierten Schmerzen, Nervosität, Störung der Vitalgefäße, Schlafstörungen und passiven Gedanken des Lebensüberdrusses (ICD-10: F38.8) sowie die Gefahr der Entwicklung einer andauernden Persönlichkeitsänderung als Folge von chronischen Schmerzen (ICD-10: F62) (Urk. 7/63.3; Urk. 7/97.1). Des Weiteren hielt Dr. J.____ im Bericht vom 13. Juni 2008 auch fest, dass der Beschwerdeführer seit dem Arbeitsunfall vom 13. März 2007 (richtig: 12. März 2007) an intensiven und andauernden Kopf- und Knieschmerzen links leide, die sich seit dem April 2007 in das ganze linke Bein sowie in den Rücken ausdehnen würden. Kurz nach dem Arbeitsunfall sei es zu Schwindelattacken gekommen, welche ungefähr drei bis vier Mal pro Woche auftreten würden. Im Weiteren berichtete er über eine schwer gestörte Schlafqualität. Ferner sei der Beschwerdeführer seit dem Arbeitsunfall zunehmend nervöser und trauriger sowie seit Sommer 2007 massiv vergesslich geworden. Gemäss dem Bericht von Dr. J.____ vom 3. Februar 2009 besteht aus psychiatrischer Sicht eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 7/97.2).

5.2.1.1.1.1.1 Ein adäquater Kausalzusammenhang zwischen diesen angeblichen psychischen Beschwerden und dem Unfallereignis ist in Anwendung der vom Bundesgericht hierzu entwickelten Grundsätze (Erw. 2.2) klar zu verneinen. Der Beschwerdeführer ist am 12. März 2007 bei Reinigungsarbeiten über einen Absatz gestolpert, was eindeutig als banaler Unfall im Sinne dieser Rechtsprechung anzusehen ist, womit ein adäquater Kausalzusammenhang nicht gegeben ist (BGE 115 V 139 Erw. 6). Wenn der Beschwerdeführer im vorliegenden Verfahren nun geltend macht, er sei aus mehreren Metern Höhe auf das linke Knie gestürzt, und damit sinngemäss vorbringt, es liege ein Unfall im mittleren Bereich oder gar ein schwerer Unfall vor, so widerspricht dies eindeutig den in Akten festgehaltenen Tatsachen. Fakt ist, dass der Beschwerdeführer bei seiner Arbeit über einen Absatz gestolpert ist (Urk. 7/1 und Urk. 7/28.2), nicht mehr und nicht weniger. Die vom Beschwerdeführer im Laufe der Zeit bei den verschiedensten Kliniken und Ärzten, die er in einer beachtlichen Kadenz aufgesucht

hat, immer wieder dargebotenen anderslautenden Darstellungen des Ereignisses vom 12. März 2007 (Bericht von Dr. A. ___ vom 27. August 2007: eine Treppe hinuntergestürzt [Urk. 7/30.1]; Bericht der Uniklinik H. ___ vom 18. Dezember 2008: Sturz aus mehreren Metern Höhe auf das linke Knie [Urk. 7/46.1]; Bericht des Zentrums K. ___ vom 28. April 2008: Sturz mit Reinigungsfahrzeug 5 - 6 Meter [Urk. 7/56/3]; Bericht von Dr. J. ___ vom 13. Juni 2008: in der Tiefgarage mit dem Reinigungswagen umgefallen [Urk. 7/63/2]; Bericht der N. ___ Klinik vom 18. September 2009: an die genauen Umstände [Anm.: des Unfalls] kann sich der Beschwerdeführer nicht mehr erinnern [Urk. 7/133.1]) sind klar aktenwidrig und werfen doch einige Fragen in Bezug auf die Glaubwürdigkeit seiner Äusserungen auf. Der Vollständigkeit halber sei noch vermerkt, dass der vom Beschwerdeführer eingereichte Bericht des Zentrums K. ___ vom 3. Oktober 2007 an Dr. M. ___ nicht den Beschwerdeführer, sondern seine Frau betrifft, die offensichtlich auch gestürzt sein soll (Urk. 3/1). Daraus lässt sich für den Beschwerdeführer selbstredend nichts ableiten.

6. Nach dem Gesagten ist es damit nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin einen Kausalzusammenhang zwischen den Beschwerden des Beschwerdeführers und dem Unfallereignis vom 12. März 2007 verneinte. Unter Berücksichtigung der schlüssigen und nachvollziehbaren Beurteilung des SUVA-Kreisarztes Dr. I. ___ (Erw. 3.4) und dem von der Beschwerdegegnerin eingeholten Arbeitsplatzbeschrieb vom 23. Januar 2009 (Urk. 7/93) ist erstellt, dass in Bezug auf die angestammte Tätigkeit keine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit (Erw. 2.4) mehr besteht, womit auch der Anspruch auf eine Invalidenrente der Unfallversicherung zu verneinen ist.

E. 7

7.1 Es ist unbestritten, dass dem Beschwerdeführer eine Integritätsentschädigung zu steht und dass schon im Zeitpunkt des Unfalles gonarthrotische Veränderungen vorgelegen haben. Die Beschwerdegegnerin geht von einer Integritätseinbusse von 5 % aus. Der Beschwerdeführer beantragt demgegenüber, dass ihm eine Integritätsentschädigung wegen einer Integritätseinbusse von 20 % auszurichten sei. Zu prüfen ist daher die Höhe des Integritätsschadens.

7.2

7.2.1 Nach Art. 24 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung, wenn sie durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen oder geistigen Integrität erleidet. Die Integritätsentschädigung wird in Form einer Kapitaleistung gewährt. Sie darf den am Unfalltag geltenden Höchstbetrag des versicherten Jahresverdienstes nicht übersteigen und wird entsprechend der Schwere des Integritätsschadens abgestuft (Art. 25 Abs. 1 UVG). Gemäss Art. 25 Abs. 2 UVG regelt der Bundesrat die Bemessung der Entschädigung. Von dieser Befugnis hat er in Art. 36 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) Gebrauch gemacht. Abs. 1 dieser Vorschrift bestimmt, dass ein Integritätsschaden als dauernd gilt, wenn er voraussichtlich während des ganzen Lebens mindestens in gleichem Umfang besteht. Er ist erheblich, wenn die körperliche oder geistige Integrität, unabhängig von der Erwerbsfähigkeit, augenfällig oder stark beeinträchtigt wird. Gemäss Abs. 2 gelten für die Bemessung der Integritätsentschädigung die Richtlinien des Anhanges 3.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Milosav Milovanovic
- Schweizerische Unfallversicherungsanstalt
- 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 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).

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