

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00012

vom 5. August 2013

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-08-05, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2012.00012

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00012 du 5 août 2013

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00012 del 5 agosto 2013

Erwägungen

E. 1

Der 1982 geborene X.____ war ab 7. November 2007 als Isolierer tätig und in dieser Eigenschaft bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUV A) gegen die Folgen von Unfällen versichert, als er sich am 14. Dezember 2007 eine Prellung des rechten Kniegelenks mit rotatorischer Komponente zuzog (Urk. 7/1 ; Urk. 7/4). Nachdem der erstbehandelnde Arzt eine Kniekontusion mit Verdacht auf Innenmeniskus- und Innenbandläsion genannt hatte (Urk. 7/5), zeigte die am 19. Dezember 2007 durchgeführte MRI-Untersuchung des rechten Kniegelenks nur eine diskrete Kniekontusion, während die Menisken und Bänder intakt mit diskreter Vernarbung des medialen Seitenbandes als Zeichen einer früheren Zerrung zur Darstellung kamen (Urk. 7/3). Bei persistierenden Knieschmerzen (Urk. 7/7) wurde am 8. Februar 2008 im Spital A.____ eine Kniearthroskopie rechts mit Shaving des Hoffa-Fettkörpers und der Plica medio patellaris durchgeführt (Urk. 7/11). Am

E. 1.1

Gestützt auf die kreisärztliche Beurteilung hielt die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Entscheid dafür, dem Beschwerdeführer sei eine wechselbelastende Tätigkeit, bei welcher die zu hebenden Lasten auf 10 bis 15 kg limitiert seien, stehende bzw. gehende Positionen einen Drittel der Arbeitszeit nicht überstiegen, kniende sowie hockende Positionen und das Arbeiten auf Leitern und Gerüsten vermieden würden, ganztags möglich (Urk. 2 S. 5-7). Angesichts der damit offenstehenden Tätigkeiten sei das Invalideneinkommen mittels DAP-Profil auf Fr. 60'084.-- festzusetzen, was verglichen mit dem Valideneinkommen von Fr. 66'502.-- zu einem Invaliditätsgrad von 9.65 % führe (Urk. 2 S. 9). Hinsichtlich der Integritätsentschädigung seien die Tabellen 5.2 und 6.2 zur Anwendung zu bringen, wonach eine mässige Patellaarthrose eine Entschädigung von 10 bis 30 %, eine mässige sagittale Instabilität eine solche von 0 bis 5 % rechtfertige (Urk. 2 S. 10). Unter Berücksichtigung der relevanten Unfallereignisse sei die Beurteilung des Integritätsschadens durch Dr. Y.____ auf 10 % nicht zu beanstanden (Urk. 2 S. 11).

E. 1.2

Demgegenüber beklagte der Beschwerdeführer unverändert starke Schmerzen am rechten Kniegelenk und machte geltend, er sei nach wie vor auf Gehstöcke angewiesen und in seiner gesamten Lebensführung stark beeinträchtigt. Bis zum jetzigen Zeitpunkt habe er sich nicht wieder ins Erwerbsleben eingliedern können, was er sich indes mit Unterstützung der Invalidenversicherung baldmöglichst erhoffe. Zur Festlegung des Invalideneinkommens habe die Beschwerdegegnerin

sodann

Arbeitsplatzprofile aus der Dokumentation Arbeitsplätze (DAP)

zugrunde gelegt, welche dem

Anforderungsprofil einer wechselbelastenden Tätigkeit nicht genügen, weshalb nicht darauf abgestellt werden könne . Viel mehr sei es das Invalideneinkommen mit dem LSE festzusetzen und hiervon ein leistungsbedingter Abzug von 20 Prozent in Anschlag zu bringen. Selbst wenn - was seiner Ansicht nach nicht zutrefte - von einer vollständigen Arbeitsfähigkeit aus gegangen würde ,

betrage das damit erzielbare Invalideneinkommen maximal Fr. 51'761.--, was zu einem Invaliditätsgrad von 22 % führe (Urk. 1 S. 2 -3). Weil schliesslich die aktuelle Abklärung im Spital A.____ eine mittel schwere bis schwere Instabilität und mithin eine Verschlechterung gegenüber der kreisärztlichen Untersuchung vom 20. April 2010 ergeben habe, sei eine Integritätsentschädigung von mindestens 30 % ausgewiesen (Urk. 1 S. 3-4).
2.

E. 2

Dagegen erhob X.____

am 23. Januar 2012 Beschwerde und beantragte die Ausrichtung einer Rente von 22 % sowie die Zusprechung einer Integritätsentschädigung von mindestens 30 % (Urk. 1). Mit Beschwerdeantwort vom 27. Februar 2012 (Urk.

E. 2.1

Nach Art.

E. 2.2

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht 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 in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte und Ärztinnen kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt oder die befragte Ärztin in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters oder der Gutachterin allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 125 V 351 f. E. 3b/ ee mit Hinweis). 3. 3.1

Während die nach dem Sturzereignis vom 14. Dezember 2007 (Urk. 7/1) am 19. Dezember 2007 (Urk. 7/3) durchgeführte MRI-Untersuchung des rechten Kniegelenks nur eine diskrete Knochenkontusion ergeben und die Menisken so wie Bänder intakt mit

lediglich diskreter Vernarbung des medialen Seitenbandes als Zeichen einer früheren Zerrung zur Darstellung gebracht hatte, wurde bei Beschwerdepersistenz (Urk. 7/8) am 8. Februar 2008 (Urk. 7/11) eine Kniearthroskopie rechts mit Shaving des Hoffa-Fettkörpers und der hypertrophen Plica

mediopatellaris durchgeführt. Gestützt auf die Beurteilung von Dr. med. Z.____, Leitender Arzt, Spital A.____, vom 29. Mai 2008 (Urk. 7/29), wonach bei klarer Instabilität eine Kreuzbandrekonstruktion angezeigt sei, erfolgte am 26. November 2008 (Operationsbericht des Spitals A.____,

Urk. 7/41) eine vor der Kreuzbandplastik

(VKB-Plastik) mit anschliessender stationärer Rehabilitation zur Verbesserung der funktionellen Belastbarkeit vom 5. Dezember 2008 bis zum 7. Januar 2009 (Bericht der Rehaklinik B.____ vom 15.

Januar 2009, Urk. 7/46). Weil nach kurzzeitiger Besserungstendenz ein Schmerzrezidiv zu verzeichnen, aus chirurgischer Sicht ein Grund dafür jedoch nicht zu erkennen war (Bericht des Spitals

A.____ vom 13. Mai 2009, Urk. 7/49), wurde der Beschwerdeführer vom 5. bis zum 27. August 2009 erneut einer stationären Rehabilitation zugeführt (Bericht der Rehaklinik B.____ vom 1. September 2009, Urk. 7/60). Diese ergab, dass dem Beschwerdeführer die bisherige Tätigkeit nicht mehr zumutbar, eine mittelschwere Arbeit demgegenüber ganztags möglich sei, sofern im Rahmen der bei der C.____

erbetenen

orthopädischen Zweitbeurteilung keine neuen Befunde erhoben würden, welche das Beschwerdebild

erklärten. Das Vorliegen einer psychischen Störung

mit Krankheitswert verneinten die Ärzte der Rehaklinik B.____

(Urk. 7/60 S. 2). 3.2

Anlässlich dieser am 3. November 2009 in der C.____ (Bericht vom 9. November 2009, Urk. 7/64) durchgeführten Untersuchung zeigte sich ein Ausriss der femoralen Interferenzschraube mit konsekutiver chronischer Instabilität der VKB-Ersatzplastik. Die Ärzte hielten dafür, die ausgerissene Schraube erkläre zwar nicht das vom Beschwerdeführer geklagte extreme Schmerzbild, jedoch durchaus einen Teil der Schmerzen und möglicherweise auch die rezidivierende Beschwerdelinderung durch Kniegelenksinfiltration.

Nachdem die darauf folgende Untersuchung vom 24. November 2009 (Urk. 7/66) die Indikation zu einer erneuten Arthroskopie mit Débridement und Entfernung der abgebrochenen Schraube ergeben hatte, wurde am 30. November 2009 (Urk. 7/70) mit teils Kniearthroskopie ein Shaving der Plica

mediopatellaris

durchgeführt sowie die femoralen Interferenzschraubenreste entfernt. Der postoperative Verlauf gestaltete sich problemlos. Mit der Empfehlung einer Neubeurteilung in wenigen Wochen durch die Beschwerdegegnerin attestierten die Ärzte bei Klinikaustritt

(2. Dezember 2009) eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für drei Wochen (Urk. 7/69 S. 2).

Am 12. März 2010 (Urk. 7/78) notierten sie, drei Monate nach der Operation verspüre der Beschwerdeführer noch gelegentliche Schmerzen beim Gehen und ein gelegentliches Instabilitätsgefühl. Die Beschwerden hätten sich seit der Operation um etwa 40 % gebessert. Noch bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers, welcher mit Hilfe der Gehstöcke zur Untersuchung gekommen sei. An weiteren Therapien empfahlen die Ärzte der C.____ die Infiltration des rechten Kniegelenks sowie die Fortführung der Physiotherapie zur Kräftigung und Stabilisierung. 3.3

Kreisarzt Dr. Y.____ untersuchte sodann den Beschwerdeführer am 20. April 2010 (Urk. 7/81). Diesem präsentierte sich ein 193 cm grosser, 137 kg wiegender, an zwei Stöcken gehender Beschwerdeführer, welcher stockfrei ein deutliches Hin- und Hergehen rechts mit verkürzter Standphase und verminderter Extension im rechten Kniegelenk zeigte. Zehen- und Fersengang waren selbständig nicht möglich, der Einbeinstand rechts war nicht ausführbar. Das rechte Kniegelenk zeigte sich reizlos mit nur wenig Erguss. Während eine seitliche Instabilität nicht zu erheben war, bezeichnete Dr. Y.____ einen Lachman

von + bis knapp ++ bei VKB -Ersatzplastik als nicht unüblich. Gegenüber der linken Seite ergab sich ferner beim rechten Kniegelenk ein Flexionsdefizit von 20 Grad. Dr. Y.____ hielt fest, in Bestätigung der bisherigen ärztlichen Beurteilungen könne das vorliegende Beschwerdebild

mit Blick auf die klinischen sowie die am 30. November 2009 arthroskopisch erhobenen Befunde in diesem Ausmass nicht erklärt werden. So wäre von der Injektion mit einem Lokalanästhetikum und Kenacort eine zumindest vorübergehende Schmerzlinderung zu erwarten gewesen. Dr. Y.____ notierte im Weiteren, es habe

sich nicht der Eindruck einer Aggravation manifestiert. Jedoch könnte auch seiner Meinung nach ein maladaptives Schmerzbewältigungsmuster vorliegen. Er habe dem Beschwerdeführer und dessen Ehefrau erklärt, dass die therapeutischen Optionen ausgeschöpft seien und der Beschwerdeführer lernen müsse, sich mit der Situation zu arrangieren.

Aus dem von Dr. Y.____ formulierten Zumutbarkeitsprofil ergibt sich eine vollständige Arbeitsfähigkeit für eine wechselbelastende Tätigkeit. Hierbei soll die Dauer der stehenden beziehungsweise gehenden Positionen ein Drittel der Arbeitszeit nicht überschreiten und falls möglich auf den ganzen Tag verteilt sein. Das Gewicht von zu hebenden Lasten ist auf 10 bis 15 kg zu limitieren. Tätigkeiten in knienden oder hockenden Positionen sind ungeeignet und Arbeiten auf Leitern und Gerüsten zu vermeiden (Urk. 7/81 S. 4). 3.4

Nach

einer am 8. Juli 2010 (Urk. 7/96) an der C.____ durchgeführten Untersuchung notierten deren Ärzte, klinisch habe sich keine Veränderung zum Letztbefund ergeben. Die Situation gestalte sich als sehr komplex. Zwischen dem klinischen Befund und der subjektiven Schmerzangabe bestehe eine Diskrepanz. Die ausgesprochen gute und beinahe seitengleiche Muskeltrophik des Beschwerdeführers sei jedoch konstitutionell bedingt. Bis zur ergänzenden Beurteilung die Resultate einer aktuellen MRI -Untersuchung vorlägen, sei das Weitertragen der Donjoy -Schiene sowie das Fortführen der physiotherapeutischen Anwendungen empfehlenswert. Die Arbeitsunfähigkeit bestehe zu 100 % fort. Nach

erneuter Untersuchung am 26. August 2010 (Bericht vom 7. September 2010, Urk. 7/97) - die an demselben Tag angefertigte MRI-Bildgebung (Urk. 7/100) visualisierte einen weitgehenden Normalbefund ohne Korrelat für die Beschwerden - kamen die Ärzte der C.____ zum Schluss, im Hinblick auf die Schmerzsituation und die klinischen Befunde würden sie eine erneute VKB-Rekonstruktion in Erwägung ziehen, wobei jedoch vorab die Durchführung von Stressaufnahmen beider Kniegelenke zur Befundverifizierung empfohlen sei. 3.5

Zu

den aktuellen Beurteilungen und Bildgebung Stellung nehmend, notierte Kreisarzt Dr. Y.____ am 3. November 2010 (Urk. 7/104), anlässlich der kreisärztlichen

Untersuchung vom 20. April 2010 habe der Beschwerdeführer stockfrei einen äusserst pathologischen Barfussgang demonstriert, welcher aufgrund der objektivierbaren Befunde und bildgebenden Diagnostik schlichtweg nicht nachvollziehbar sei. Die zuvor durchgeführten stationären Massnahmen hätten sich alle als erfolglos erwiesen, in einem früheren Bericht sei von einer erheblichen Symptomausweitung die Rede und das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen habe sich mit den objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung und bildgebenden Abklärungen sowie Diagnosen aus somatischer Sicht nur ungenügend erklären lassen. Damit seien die Voraussetzungen für eine erneute Operation nicht gegeben, weshalb er empfehle, auf weitere Eingriffe zu verzichten. Die therapeutischen Massnahmen seien, wie bereits im Bericht vom

20. April 2010 festgehalten, ausgeschöpft, und die genannte Zumutbarkeitsbeurteilung habe nicht an

Gültigkeit verloren. 3.6

Nach durchgeführten Stressaufnahmen beider Kniegelenke notierten die Ärzte der C.____ am 3. November 2010 (Urk. 7/107), es bestehe keine nennenswerte vermehrte sagittale Translation bei stabilem Kniegelenk. Die Lage des Transplantates erscheine korrekt. Sie erklärten, die Instabilität des Kniegelenks sei im Rahmen einer Pseudoinstabilität bei schlechter Propriozeption zu sehen. Aus orthopädischer Sicht bestehe daher kein Anhaltspunkt für eine Verbesserung der Situation mittels Operation, was sie dem Beschwerdeführer detailliert erläutert hätten. Die Durchführung von Physiotherapie mit Stabilitäts- und Propriozeptionsübungen sei demgegenüber unverändert empfohlen. Abschliessend äusserten die Ärzte die nochmalige Bitte um allfällige Umschulung des Beschwerdeführers durch die Beschwerdegegnerin. 3.7

Mit Bericht vom 17. Dezember 2010 (Urk. 7/117) macht Dr. med. D.____, Facharzt FMH für Innere Medizin, FA für Psychosomatische und psychosoziale Medizin APPM, aktenkundig, dass der Beschwerdeführer - wenn überhaupt, dann sei Gehen nur über wenige Meter möglich - noch immer an zwei Stöcken gehe. Dr. D.____ bezeichnete die Beweglichkeit des rechten Kniegelenks als gut; eine Schwellung oder ein Gelenkserguss seien klinisch nicht zu erkennen. Beim Gehen ohne Stöcke zeige der Beschwerdeführer ein starkes Schmerz- und Schonhinken im rechten Bein. 3.8

Am 23. Dezember 2010 (Urk. 7/119) nahm Dr. Y.____ wiederum Stellung zu den neu aufgelegten ärztlichen Berichten. Mit Blick auf die um 20 Grad verbesserte Flexion und die geprüfte Stabilität sowie angesichts dessen, dass Dr. D.____ weder eine Schwellung noch

ein en Gelenkserguss habe erheben können, bestehe nach wie vor keinerlei Anlass, auf die mit Bericht vom 20. April 2010 um schriebene Zumutbarkeitsbeurteilung zurückzukommen. 3.9

Nach erneuter Untersuchung des Beschwerdeführers am 10. Februar 2011 in der C.____ (Urk. 7/130) bezeichneten deren Ärzte die Situation als im Wesentlichen unverändert. Der Beschwerdeführer gehe noch immer an zwei Stöcken mit aufgesetzter

Donjoy -Schiene. Er leide weiterhin an einem Instabilitätsgefühl, an Schmerzen beim Gehen sowie an einer Schwellungsneigung. Ein Ruheschmerz bestehe demgegenüber nicht. Dem Beschwerdeführer sei noch einmal anhand der Spannungsaufnahmen, der MRI-Dokumentation sowie der CTs dargelegt worden, dass die Position der Kanäle korrekt sei und das Transplantat - wenn auch etwas elongiert - klinisch einen harten Anschlag aufweise. Wenn auch für den Beschwerdeführer die Schmerzen mehr als die Instabilität im Vordergrund stünden, so hätten weder ein Meniskusriss noch wesentliche Knorpelschäden visualisiert werden können. Zusammenfassend sei damit festzustellen, dass dem Beschwerdeführer mittels orthopädisch/chirurgischen Massnahmen nicht mehr geholfen werden könne. Als Therapieoption bleibe da mit einzig eine Behandlung in einer Schmerzklinik. 3.10

Nach Zuweisung des Beschwerdeführers durch Dr. D.____ an die E.____ Klinik (Urk. 7/131) machte diese mit Bericht vom 17. März 2011 (Urk. 7/139) aktenkundig, dass die persistierenden Schmerzen nicht in einem klaren Zusammenhang mit einer fassbaren anatomischen Pathologie stünden. Beim Beschwerdeführer bestehe bei einem Gewicht von 136 kg bei 190 cm Körpergrösse ein massives Übergewicht, welches, um ein Normalgewicht zu erreichen, um 40 kg verringert werden müsste. Therapeutische operative Möglichkeiten gebe es aus orthopädischer Sicht keine. Die Ärzte erklärten, sie würden sich der Meinung der Kollegen aus der C.____ anschliessen und eine Schmerztherapie empfehlen. 3.11

Dr. Y.____

notierte im Rahmen der Festsetzung des Integritätsschadens am 14. April 2011 (Urk. 7/152), es bestehe ein deutliches Schonhinken rechts mit guter seitlicher Stabilität, eine sagittal leicht verlängerte Translation von Lachman + bis knapp ++,

ein Extensionsdefizit

sowie im femoropatellären Gleitlager und medialen Kompartiment eine Chondromalazie Grad I - II. Weil damit eine leichte bis knapp mässige Arthrose im Femoropatellargelenk und im medialen Kompartiment vorhanden, das

laterale Kompartiment demgegenüber nicht betroffen sei, erweise sich gestützt auf die Feinrastertabelle n 5.2 und 6.2, wonach der Referenzwert einer mässigen Patellofemoralarthrose

E. 6

unter Beilage ihrer Akten, Urk. 7/1-181) schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde, was dem Beschwerdeführer am 1. März 2012 (Urk. 8) angezeigt wurde. 3.

Auf die Vorbringen der Parteien sowie die eingereichten Unterlagen ist, soweit erforderlich, in den nachstehenden Erwägungen einzugehen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 10

% als korrekt. Eine prospektive Entwicklung sei mitberücksichtigt. 3.12

Die Ärzte des F.____, Schmerzzentrum, kamen mit Bericht vom 20. April 2011 (Urk. 7/162) zur Beurteilung, beim Beschwerdeführer bestehe ein kombiniertes Schmerzsyndrom mit hauptsächlich nozizeptivem und geringerem neuropathischen Anteil. Sie notierten unter anderem, von interventionellen

Behandlungen sei primär abzusehen, während Physiotherapie und medizinische Trainingstherapie unter Applikation einer für nozizeptive Schmerzen selektiven Medikation weiterzuführen seien. Weil eine deutliche Gewichtsreduktion für die Gelenkbelastung sicherlich vorteilhaft wäre, empfehle sich die erneute Vorstellung bei einer Ernährungsberaterin. 3.13

Am 15. September 2011 (Bericht vom 30. September 2011, Urk. 7/174) stellte sich der Beschwerdeführer schliesslich im Spital A.____ den Ärzten vor. Diese erhoben bei fehlendem intraartikulären Erguss stabile Seitenbänder, ein stabiles hinteres Kreuzband, einen Lachman-Test von ++ bis +++ und testeten den vorderen Schubladentest positiv. Die Flexion/Extension betrug 140-0-0 Grad. Die Ärzte notierten, um eine Gelenksmaus oder andere Pathologien auszuschliessen, sei am 27. September 2011 eine MRI-Untersuchung durchgeführt worden. Dabei hätten sich eine intakte vordere Kreuzbandplastik und ventral vom tibialen Ansatz der vorderen Kreuzbandplastik ein 7x6x3 cm grosses sklerosiertes - nicht freies - Fragment ohne ossäre Überbauung zur Tibia visualisiert. Weder eine Knieinnenläsion noch ein pathologischer Kniegelenkserguss, eine Bakerzyste oder eine Rissbildung an den Menisci seien zur Darstellung gekommen. Dem Beschwerdeführer seien eine Gewichtsreduktion sowie das Fortfahren mit den Propriozeptionsübungen empfohlen worden. Weil sich die Schmerzen sicherlich

chronifiziert hätten, würde sich eine Schmerztherapie als sinnvoll erweisen. 3.14

In Beantwortung der von der (vormaligen) Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers an Dr. D.____ gerichteten Fragen hielt dieser am 1. November 2011 (Urk. 7/178a) fest, abgesehen von der Applikation von Schmerzmitteln seien die medizinischen Massnahmen ausgeschöpft. Aus medizinisch-theoretischer Sicht sei der Beschwerdeführer in einer sitzenden Tätigkeit arbeitsfähig. Angesichts dessen aber, dass er nur an Stöcken und mit einer Knieorthese mobil sei, sei eine wechselbelastende Beschäftigung nicht möglich. Er, Dr. D.____, halte an dieser Beurteilung fest, wenngleich die klinischen, arthroskopischen und radiologischen Befunde das Ausmass der Behinderung nur schwer erklären könnten. Hinsichtlich der Festsetzung des Integritätsschadens schrieb der Arzt, die Überlegungen von Kreisarzt Dr. Y.____ seien richtig, wenn man berücksichtige, dass nur ein mässiger arthroskopisch festgestellter Knorpelschaden bestehe. Das tatsächliche Ausmass der Behinderung infolge Schmerzsyndroms am rechten Knie werde da bei jedoch nicht berücksichtigt, weshalb mit Blick darauf der Integritätsschaden nicht bei 10 % sondern im obersten Bereich, bei 30 %, anzusetzen sei. 4. 4.1

Aus den ärztlichen Berichten erhellt und ist unbestritten, dass der Beschwerdeführer seine bisherige Tätigkeit als Hilfsisolierer unfallbedingt nicht mehr ausüben kann. Strittig ist indes, wie weit ihm eine leidensangepasste Tätigkeit zumutbar ist. 4.2

Vorab ist der Vollständigkeit halber festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin die Festsetzung des Rentenanspruchs und damit auch der Integritätsentschädigung zu Recht

vorgenommen hat (E. 2.1) . Übereinstimmend hielten die Ärzte fest, die medizinischen Massnahmen seien ausgeschöpft (E. 3.3, E. 3.6, E. 3.9 - 3.10). Soweit die Anwendung (weiterer) Schmerzmittel beziehungsweise die Behandlung in einer Schmerzklinik (E. 3.9 - 3.10) empfohlen worden waren, ändert nichts daran, dass eine vollständige Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit besteht (vgl. nachfolgend) . Eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes, was sich namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Besserung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit - soweit unfallbedingt beeinträchtigt - bestimmt (BGE 134 V 109 E.

4.3), ist damit ohnehin nicht zu erwarten.

Hinsichtlich seiner Restarbeitsfähigkeit brachte der Beschwerdeführer einzig vor, er sei nicht vollständig arbeitsfähig (E. 1.2). Weshalb den Darlegungen der Beschwerdegegnerin nicht zu folgen sei, legte er jedoch mit keinem Wort dar. Hinweise, welche gegen die Zuverlässigkeit des Berichtes von Dr. Y.____ und somit auch gegen die von ihm formulierte Zumutbarkeitsbeurteilung sprächen, ergeben sich keine aus den aufliegenden Akten . Dass dem Beschwerdeführer eine mittelschwere Tätigkeit zumutbar ist, hatten bereits die Ärzte der Rehaklinik B.____ - unter einschränkendem Hinweis auf allfällig neue Befunde - ausgeführt (E. 3.1). Nach Entfernung der Schraubenreste berichtete der Beschwerdeführer gemäss Angaben der behandelnden Ärzten sodann von einer Beschwerdelinderung um 40 % (E. 3.2) und blieben die nachfolgenden klinischen sowie bildgebenden Untersuchungen weitgehend ohne Korrelat für die weiterhin geklagten Beschwerden (E. 3.4, E. 3.5, E. 3.10, E. 3.13). Hatte Dr. D.____, Hausarzt des Beschwerdeführers, die Beweglichkeit des rechten Kniegelenks mit Bericht vom 17. Dezember 2010 als gut bezeichnet und weder eine Schwellung noch einen Gelenkerguss erheben können (E. 3.7), vermochten die Ärzte der E.____ Klinik am 17. März 2011 einen klaren Zusammenhang der persistierenden Schmerzen mit einer fassbaren anatomischen Pathologie nicht zu erkennen (E. 3.10) und hielt Dr. D.____ am 1. November 2011 ausdrücklich fest, die klinischen, arthroskopischen und radiologischen Befunde könnten das Ausmass der Behinderung nur schwer erklären (E. 3.14), während dem Beschwerdeführer eine Gewichtsreduktion zur Gelenksentlastung empfohlen worden war (E. 3.12 - 3.13),

so ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin

ihrer Beurteilung das von Kreisarzt Dr. Y.____

formulierte

Zumutbarkeitsprofil (E. 3.3, E. 3.8), wonach dem Beschwerdeführer eine angepasste Tätigkeit ganztags möglich ist, zugrunde gelegt hat . 4.3

Zu prüfen bleibt damit, wie sich die auf eine angepasste Tätigkeit eingeschränkte Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers in erwerblicher Hinsicht auswirkt. 4.3.1

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander

gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt. Insoweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen.

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein solches tatsächlich erzielt Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) oder die DAP-Zahlen herangezogen werden (BGE 126 V 75 f. E. 3b mit Hinweisen; BGE 129 V 472 E. 4.2.1). 4.3.2

Die Beschwerdegegnerin hat der Festsetzung des Invalideneinkommens fünf DAP-Blätter zugrunde gelegt (Urk. 7/170). Bei den angeführten Arbeitsplätzen handelt es sich um eine Stelle als Montagearbeiter (DAP-Nr. 10044), eine Stelle als Einpacker (DAP-Nr. 355607), eine Stelle als Wickler-Monteur (DAP-Nr. 4433), eine Stelle als Verdrahter (DAP-Nr. 11323) sowie eine Stelle als Produktionsmitarbeiter (DAP-Nr. 380721). Nach Auffassung des Beschwerdeführers entsprechen die ausgewählten Arbeitsplätze nicht dem von Dr. Y. ___ genannten Anforderungsprofil (E. 1.2), weil bei vier der fünf Tätigkeiten während 5.5 bis zu 8 Stunden täglich sitzende Tätigkeiten auszuführen seien. Diesem bereits im Einspracheverfahren pauschal vorgebrachten Einwand (Urk. 7/175) hat die Beschwerdegegnerin entgegen gehalten, dass gemäss Zumutbarkeitsprofil die Dauer der stehenden beziehungsweise gehenden Positionen einen Drittel der Arbeitszeit nicht überschreiten dürften (Urk. 2 S. 8), weshalb die angeführten Tätigkeiten dem genannten Zumutbarkeitsprofil durchaus entsprächen. Angesichts dessen, dass es sich bei den von der Beschwerdegegnerin ausgewählten Arbeitsplätzen allesamt um sehr leichte bis leichte Tätigkeiten handelt, welche überwiegend in sitzender Position zu verrichten sind, daneben jedoch manchmal eine stehende oder gehende Stellung erfordern und der Arbeitsablauf das Einschalten von Pausen ermöglicht (Urk. 7/170), besteht entgegen der Meinung des Beschwerdeführers kein Grund, von

den ausgewählten DAP-Arbeitsplätzen abzuweichen. Zu ergänzen bleibt hierbei, dass Dr. D. ___ sitzende Tätigkeiten als zumutbar erachtete (E. 3.14), womit der Einwand des Beschwerdeführers auch aus dieser Sicht unbehelflich ist.

Aufgrund der berücksichtigten DAP-Angaben ermittelte die Beschwerdegegnerin ein hypothetisches Invalideneinkommen von Fr. 60'084.-- (Urk. 7/169). Dabei stellte sie auf fünf zumutbare Arbeitsplätze ab, gab die Gesamtzahl der in Anbetracht der Einschränkung des Beschwerdeführers in Frage kommenden Arbeitsplätze, deren Höchst- und Tiefstlohn sowie den Durchschnittslohn der dem Behinderungsprofil entsprechenden Gruppe an. Damit sind vorliegend sämtliche Voraussetzungen, die das damalige Eidgenössische Versicherungsgericht an einen Einkommensvergleich gestützt auf die DAP-Tabellen stellte (vgl. BGE 129 V 472 E. 4.2.2), erfüllt. Die Anwendung von Tabellenlöhnen entfällt damit ebenso, wie die Anrechnung eines leidensbedingten Abzuges, wird doch bei der Ermittlung des Invalideneinkommens gestützt auf DAP-Profile den spezifischen und fallkausalen Beeinträchtigungen des Beschwerdeführers bereits angemessen Rechnung getragen (vgl. BGE 129 V 472 E. 4.2.3).

Das Valideneinkommen für das Jahr 2011 bezifferte die Beschwerdegegnerin aufgrund der Angaben der G.____ mit Fr. 66'502.-- (Urk. 7/169 S. 2; Urk. 7/67). Der Beschwerdeführer hat dieses Vorgehen nicht beanstandet, wozu aufgrund der Akten auch keine Veranlassung besteht.

Aus dem Vergleich von Validen- und Invalideneinkommen ermittelte die Beschwerdegegnerin eine Erwerbseinbusse von 9.65 % und gewährte dem Beschwerdeführer eine Invalidenrente von 10 % (Urk. 7/169). Dieses Vorgehen gibt mit Blick auf die Akten zu keinen Beanstandungen Anlass. 5.

Zu prüfen bleibt schliesslich die Höhe der Integritätsentschädigung.

Die Beschwerdegegnerin stützte sich zur Bestimmung des Integritätsschadens auf den Bericht des Kreisarztes Dr. Y.____, welcher angesichts der leichten bis mässigen Arthrose im Femoropatellargelenk und im medialen Kompartiment sowie mit Blick auf das Flexionsdefizit des rechten Kniegelenks den Integritätsschaden auf 10 % bezifferte (E. 3.11). Was der Beschwerdeführer hiergegen vorbringt (E. 1.2), vermag die seine Einschätzung nicht in Frage zu stellen. Selbst beim Vorliegen einer schweren Instabilität - der Beschwerdeführer spricht von einer mittelschweren bis schweren Instabilität (Urk. 1 S. 3) - wäre der Integritätsschaden auf 10 bis höchstens 15 %

festzulegen (vgl. SUVA-Tabelle 6.2). Mit Blick darauf, dass das Transplantat in der C.____ im Februar 2011 mit klinisch hartem Anschlag getestet wurde (E. 3.9), Dr. D.____ die Festsetzung des Integritätsschadens einzig mangels Berücksichtigung des Schmerzsyndroms - wofür gemäss Tabelle keine Entschädigung geschuldet ist - bemängelte (E. 3.14) und zudem das massive Übergewicht des Beschwerdeführers - und da mit ein unfallfremdes Kriterium - für die Knieproblematik mitverantwortlich scheint (E. 3.12 - E. 3.13), besteht kein Grund, von der Einschätzung des Integritätsschadens durch Dr. Y.____ abzuweichen.

Bei einer Integritätsentschädigung von 10 % hat es damit sein Bewenden. 6.

Zusammenfassend erweist sich damit der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 5. Dezember 2011 in allen Teilen als rechtens, wes halb die Beschwerde vollumfänglich abzuweisen ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - X.____ - 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). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der VorsitzendeDer Gerichtsschreiber HurstMöckli RP/WM/IKversandt

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