

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2014.00247 vom 7. Juni 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-06-07, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2014.00247](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2014.00247)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2014.00247 du 7 juin 2016

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2014.00247 del 7 giugno 2016

## Erwägungen

### E. 1

Der 1967 geborene X.\_\_\_\_ war seit dem 3. Mai 2011 als Fahrzeug aufbereiter bei der Y.\_\_\_\_ tätig und bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA)

obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert, als er am 8. März 2013 auf einer Treppe ausrutschte und das rechte Knie verdrehte (Schadenmeldung vom 27. Juni 2013, Urk. 8/7). Am 27. März 2013 konsultierte der Versicherte deswegen erstmals einen Arzt (Urk. 8/15).

Das MRI vom 7. Juni

2013 ergab keine eindeutig posttraumatische Veränderung im Bereich des rechten Kniegelenkes, es wurde aber ein mässiger Gelenkerguss mit medialer rupturierter

Bakerzyste sowie als Nebenbefund ein kleines intraossäres

Ganglion im Ansatzbereich der Gelenkkapsel postero-lateral festgestellt (Urk. 8/12). Am 11. Juli 2013 erfolgte eine Kniearthroskopie mit Biopsien in der Z.\_\_\_\_. Im Operationsbericht vom 11. Juli 2013 wurden die Diagnosen einer medialen Meniskusläsion, eines Knorpelschadens tibial lateral und retropatellär und einer ausgeprägten Synovialitis gestellt. Es wurden eine Naht des medialen Meniskus, eine Versiegelung des tibialen Knorpels lateral und retropatellar, drei Biopsien der Synovia sowie eine Synovektomie des gesamten Recessus

suprapatellaris und des lateralen und medialen Recessus durchgeführt (Urk. 8/17).

Die SUVA kam für die Heilbehandlung auf und richtete Taggelder aus (Urk. 8/27). Das Arbeitsverhältnis des Versicherten wurde von Seiten der Arbeitgeberin am 23.

Oktober

2013 aus wirtschaftlichen Gründen per 31. Dezember 2013 aufgelöst (Urk. 8/54). Am 20. Februar 2014 wurde der Versicherte von Kreisarzt

Dr. med.

A.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädie und Rheumatologie, Physikalische Medizin und Rehabilitation FMH, untersucht (Urk. 8/100).

Am 28. März 2014 wurde der Beschwerdeführer darauf hingewiesen, dass der medizinische Endzustand erreicht sei (Urk. 8/123). Mit Verfügung vom 3. April 2014 verneinte die SUVA einen Leistungsanspruch des Versicherten in Bezug auf seine rheumatische Erkrankung (Urk. 8/126). Diese Verfügung blieb unangefochten.

Nach weiteren Abklärungen verneinte sie mit Verfügung vom 11. Juni 2014 einen Anspruch auf eine Invalidenrente sowie auf eine Integritätsentschädigung (Urk. 8/157).

Sodann teilte sie dem Versicherten mit Schreiben vom 17. Juni 2014 mit, dass die Taggelder demzufolge per 30. Juni 2014 eingestellt würden (Urk. 7/161). Dagegen erhob der Versicherte mit Eingabe vom 10. Juli 2014 Einsprache und beantragte, die Verfügung sei aufzuheben und es seien Taggelder weiterhin für die Dauer von vier Monaten zu entrichten, sodann seien weitere medizinische Abklärungen vorzunehmen und hernach nochmals über den Rentenanspruch und die Integritätsentschädigung zu verfügen (Urk. 8/169). Mit Entscheid vom 15. September 2014 wies die SUVA die Einsprache des Versicherten ab (Urk. 8/174 = Urk. 2).

### **E. 1.1**

Gemäss Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) sind Versicherungsleistungen - soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt - bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten zu gewähren. Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt voraus, dass zwischen dem versicherten Ereignis und dem eingetretenen Schaden ein natürlicher und ein adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 129 V 181 E. 3.1-2 mit Hinweisen).

### **E. 1.2**

Nach Art.

### **E. 1.3**

Ist die versicherte Person infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]), so hat sie gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG Anspruch auf ein Taggeld. Der Anspruch auf Taggeld entsteht am dritten Tag nach dem Unfalltag. Er erlischt mit der Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit, mithin im Zeitpunkt der vollen Wiedererlangung der Fähigkeit, im bisherigen oder in einem anderen Beruf zumutbare Arbeit zu leisten (Art.

16 Abs.

1 und 2 UVG i.V.m. Art. 6 ATSG; BGE 137 V 199 E.

2.1, Urteil des Bundesgerichts 8C\_639/2014 vom 2.

Dezember 2014 E.

3), mit dem Beginn einer Rente oder mit dem Tod der versicherten Person (Art. 16 Abs. 2 UVG). Das Taggeld der Unfallversicherung wird nicht gewährt, solange Anspruch auf ein Taggeld der Invalidenversicherung besteht (Art. 16 Abs. 3 UVG).

### **E. 1.4**

und Urteil des Bundesgerichtes 8C\_132/2016 vom 9. Mai 2016 E. 2 mit Hinweis). Den Akten lässt sich sodann entnehmen, dass der Beschwerdeführer anlässlich eines Telefongesprächs mit der SUVA am 28. März 2014 über das Erreichen des medizinischen Endzustandes sowie das von Dr. A. \_\_\_ festgelegte Zumutbarkeitsprofil informiert worden war (Urk. 8/123). Da mit kann als erstellt gelten, dass der – seit Januar 2014 arbeitslose – Beschwerdeführer seit Ende März 2014 um seine volle medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit in einer dem Leiden angepassten Tätigkeit wusste. Er war daher gehalten, eine entsprechende Tätigkeit zu suchen. Die von Ende März bis Ende Juni 2014 gewährte

Anpassungsfrist von drei Monaten erscheint den gegebenen Verhältnissen angemessen (vgl. E.

### **E. 1.5**

und Urteil des Bundesgerichtes 8C\_889/2014 vom 23. Februar 2015 E. 4.3.2) . 4.5

Somit hat die Beschwerdegegnerin den Fall zu Recht abgeschlossen und die Tagelohnentschädigung per 30. Juni 2014 eingestellt. 5.

#### 5.1

Zu prüfen ist weiter, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Invalidenrente sowie eine Integritätsentschädigung hat . 5.2

Wird die versicherte Person infolge eines Unfalles zu mindestens 10 % invalid (Art. 8 ATSG), so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG

[in der ab 1. Juli 2001 geltenden Fassung] ). Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der unfallbedingten 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). 5.3

Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird gemäss Art.

### **E. 1.6**

und E. 1.7).

#### 4.2.2

Dr. A.\_\_\_\_

kam in seinem Bericht vom 20. Februar 2014 , wie erwähnt , zum Schluss, dass der Beschwerdeführer am rechten Kniegelenk sowohl krankheitsbedingt wegen rheumatologisch nachgewiesener seronegativer und HLA-B 27 positiver peripherer Spondyloarthritis

als auch anamnestisch verstärkt durch den Unfall vom 8. März

2013 mit arthroskopisch nachgewiesenem und operativ saniertem Innenmeniskushornriss ein geringes Flexionsdefizit aufweist.

Er präzisiert seine

Bericht am 17. März 2014 dahingehend, dass der Unfall nicht die rheumatische Erkrankung beeinflusse , sondern den Befund des geringen Flexionsdefizites und die damit verbundenen Schmerzen (Urk. 8/100 und Urk. 8/108). Aufgrund der Befundkorrektur zum MRI vom 8. Januar 2014 , wo nach der laterale

Meniskus subluxiert stehe ( Urk. 8/133 und Urk. 8/143) , ergebe sich keine Änderung seiner Einschätzung. Unter der Operation vom 11. Juli 2013 sei der Aussenmeniskus intakt gewesen. Der circa sechs Monate postoperativ dargestellte Aussenmeniskussschaden müsse in der Zeit nach dem operativen Eingriff entstanden sein. Dies sei mit überwiegender

Wahrscheinlichkeit einem degenerativen Prozess zuzuordnen (Urk. 8/147). B ezüglich der Unfall folgen (Innenmenis kushinterhornriss , operativ versorgt am 11. Juli 2013) sei der End zustand vier bis fünf Monate postoperativ erreicht gewesen ( Urk. 8/156). B ezo gen auf den traumatischen Anteil der angegebenen Kniebeschwer den sei der Beschwerdeführer vollschichtig arbeitsfähig ausser in langandauern den tiefen Hockpositionen und abgesehen vom Tragen schwerer Lasten auf Treppen und unebenem Untergrund

( Urk. 8/100 und Urk. 8/147). 4.3 4.3.1

Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers enthalten die weiteren medi zini schen Akten keine Angaben, welche Zweifel an dieser Beurteilung von Dr. A.\_\_\_\_ aufkommen lassen würden. 4.3.2

Was zunächst die Schlussfolgerung von Dr. A.\_\_\_\_ , wonach der ca. sechs Monate postoperativ dargestellte Aussenmeniskusschaden nach dem operativen Eingriff vom 11. Juli

2013 entstanden sein müsse und überwiegend wahrschein lich einem degenerativen Prozess zuzuordnen sei, betrifft, ist zu bemerken, dass sich laut ausdrücklicher Feststellung von Dr. C.\_\_\_\_ im Operationsbericht vom 1 1. Juli 2013 anlässlich dieses Eingriffes im lateralen Kompartiment ein intakter Aussenmeniskus gefunden hatte (Urk. 8/17). Im Rahmen der von Dr. C.\_\_\_\_ durchgeführten Verlaufskontrollen vom 5.

August und 2.

September

2013 fanden sich offenbar ebenfalls keine Anhaltspunkte für einen Aussenmenis kus schaden (vgl. E.

3.9 und E.

3.10). Anlässlich der Abschlusskontrolle vom 25.

November 2013 hielt Dr. C.\_\_\_\_ sodann ausdrücklich fest, dass der Stein manntest lateral unauffällig sei (vgl. E. 3.15). Es erscheint daher in der Tat nicht überwiegend wahrscheinlich, dass es sich beim im MRI vom 8. Januar 2014 dargestellten Aussenmeniskusschaden um eine Folge des Unfalls vom 8. März 2013 handelt.

Im Übrigen zeigte sich anlässlich der von Dr. C.\_\_\_\_ – nach der kreisärztlichen Untersuchung vom 2 0. Februar 2014 – durchgeführten Verlaufsuntersuchung vom 1 4. März 2014 zwar nach wie vor eine Druckdolenz lateraler Meniskus rechts. Der Steinmanntest war aber wiederum negativ (vgl. E. 3.20). Dr. L.\_\_\_\_ stellte anlässlich der Untersuchung vom 2 4. März 2014 zwar, wie erwähnt, ein hinkendes Gangbild fest; die „Beugung/Streckung“ lag jedoch bei 145/0/5°, die Stabilität war einwandfrei, und es fanden sich lediglich diffuse Druckdolenzen lateral und medial (vgl. E. 3.21). Diese – massgeblichen – klinischen Befunde lassen aber nicht darauf schliessen, dass der im MRI vom 8. Januar 2014 dar gestellte Meniskusschaden lateral zu einer stärkeren Beeinträchtigung der Be weg lichkeit des rechten Knies führt, als Kreisarzt Dr. A.\_\_\_\_ im Februar 2014 angenommen hatte. 4.3.3

Soweit sich der Beschwerdeführer auf den Standpunkt stellte, der Endzustand sei – entgegen den Angaben von Dr. A.\_\_\_\_ – nicht erreicht und der Fall abschluss per Ende Juni 2014 deshalb verfrüht gewesen, kann ihm ebenfalls nicht gefolgt werden. Der

Beschwerdeführer übersieht, dass gemäss den Angaben der behandelnden Ärzte der Heilungsverlauf bezüglich der unfallbedingten Kniebeschwerden rechts möglicherweise durch die in den genannten Berichten des J.\_\_\_\_ aufgeführten, als polyarthritisch bezeichneten zahlreichen weiteren Beschwerden (vgl. E. 3.14 und E. 3.16) ungünstig beeinflusst wurde und jedenfalls ab September 2013 die rheumatologische Behandlung im Vordergrund stand (vgl. insbesondere Berichte von Dr. H.\_\_\_\_ vom 17. September 2013 und vom 23. März 2014, E. 3.11 und E. 3.22, sowie die Angaben von Dr. C.\_\_\_\_ vom 2. September und 19. September 2013, E. 3.10 und E. 3.12).

Im Zeitpunkt des Fallabschlusses stand auch keine medizinische Behandlung mehr zur Diskussion, von welcher eine namhafte Besserung des unfallbedingten Gesundheitsschadens hätte erwartet werden können. So hielt Dr. L.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 24. März 2014 fest, es bestehe keine Indikation für eine Re-Intervention oder sogar Implantation eines Kollagenmeniskus. Die Hauptproblematik sei das muskuläre Defizit (Urk. 8/119). Das erhebliche muskuläre Rehabilitationsdefizit

wurde dabei bereits vor der Operation vom 11. Juli 2013 anlässlich der Konsultation vom 4. Juli 2013

in

der Uniklinik G.\_\_\_\_ festgestellt (Urk. 8/19), und auch Dr. C.\_\_\_\_ erwähnte in seinem Bericht betreffend die klinische Verlaufskontrolle vier Wochen postoperativ eine deutliche Hypotrophie der Oberschenkelmuskulatur

(Urk. 8/24). Für das postoperative Auftrainieren der Oberschenkelmuskulatur setzte Dr. A.\_\_\_\_ eine Zeitspanne von maximal vier bis fünf Monaten an (Urk. 8/156), was sachgerecht und angemessen erscheint. Diese Zeitspanne war im Zeitpunkt der kreisärztlichen Untersuchung (Februar 2014) längst verstrichen. Gestützt auf die überzeugende Beurteilung von Kreisarzt Dr. A.\_\_\_\_ kann sodann ohne Weiteres davon ausgegangen werden, dass in Bezug auf die Unfallfolgen spätestens im Februar 2014 wieder eine volle Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit bestand. 4.3.4

Was die Behandlung der im Dezember 2013 letztlich diagnostizierten

Spondyloarthritis betrifft, wurde eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin mangels Unfallkausalität mit Verfügung vom 3. April 2014 rechtskräftig abgelehnt. Ob sich die Diagnose einer

Spondyloarthritis

bestätigt hat oder nicht (Urk.

## **E. 1.7**

#BeginnUV055 <Beweiswert intern eingeholter medizinischer Berichte < letzte Revision: 12/15# 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 (RKUV 1999 Nr. U 356 S. 572; BGE 135 V 465 E. 4.4, 125 V 351 E. 3b/ ee , 122 V 157 E. 1c; vgl. auch BGE 123 V 331 E. 1c). #EndeUV055# 2.

## **E. 2**

Dagegen erhob der Versicherte mit Eingabe vom 17. Oktober 2014 Beschwerde und beantragte, der angefochtene Einspracheentscheid sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, ein orthopädisches Gutachten einzuholen, um hernach nochmals über die Ansprüche zu entscheiden. Eventualiter sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, bis zum 30. September 2014 Taggelder zu leisten (Urk. 1). Mit Beschwerdeantwort vom 19. November 2014 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde (Urk.

### **E. 2.1**

Im angefochtenen Entscheid erwog die Beschwerdegegnerin, der kreisärztlichen Zumutbarkeitsbeurteilung vom 20. Februar 2014 sei zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer aufgrund der Unfallfolgen am rechten Knie ganztags arbeitsfähig sei mit Ausnahme von Tätigkeiten mit langandauernden tiefen Hockpositionen sowie Tragen schwerer Lasten auf Treppen und unebenem Untergrund. Die vorgeschlagenen Arbeitsplätze (Mechaniker, Empfangsmitarbeiter, Montagearbeiter, Prüfer, Schlusskontrollleur) seien mit der Zumutbarkeitsbeurteilung vereinbar. Es ergebe sich ein durchschnittlicher Invalidenlohn von Fr. 65'178.--.

Bei

einem Validenlohn von Fr. 68'900.--

resultiere ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 5.4%.

Anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung vom 20. Februar 2014 habe der Kreisarzt einen entschädigungspflichtigen Integritätschaden verneint. Der

medizinische Endzustand sei bereits im Zeitpunkt dieser Untersuchung erreicht gewesen. Es seien keine weiteren Taggelderleistungen und auch keine Rente und / oder Integritätsentschädigung

geschuldet (Urk. 2 S. 4 ff.).

### **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer machte in seiner Beschwerde vom 17. Oktober 2014 im Wesentlichen geltend, die medizinische Aktenlage sei nicht übereinstimmend. Relevante medizinische Fragen seien unbeantwortet. Eine externe medizinische Begutachtung erweise sich als notwendig. Die Beschwerdegegnerin stütze ihren Entscheid auf eine mangelhafte medizinische Grundlage und verletze damit den Untersuchungsgrundsatz. Im Zeitpunkt der angekündigten Leistungseinstellung habe er an Sekundärfolgen (erhebliche Muskelatrophie) der initialen Knieschädigung gelitten, welche funktionelle Einschränkungen zur Folge gehabt hätten. Die Beschwerdegegnerin habe für diese Sekundärfolge ebenfalls aufzukommen. Wie die Mediziner festgehalten hätten, sei zum Erreichen des Status quo sine ein Muskelaufbau von drei bis vier Monaten notwendig gewesen. Während dieser Zeit habe die Beschwerdegegnerin Taggelder zu entrichten. Der Endzustand sei im Zeitpunkt der Verfügung nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlich

keit erreicht gewesen (Urk. 1 S. 8 ff) .

### **E. 2.3**

In ihrer Beschwerdeantwort vom 19. November 2014 brachte die Beschwerde gegnerin vor, von ergänzenden medizinischen Abklärungen seien vorliegend keine neuen Erkenntnisse zu erwarten. Bezüglich der Einstellung der Taggelder sei darauf hinzuweisen, dass diese gestützt auf die medizinischen Beurteilungen von Dr. A.\_\_\_\_ schon früher hätte erfolgen können. Die medizinische Behandlung sei abgeschlossen gewesen. Dem Beschwerdeführer sei lediglich ein Muskelaufbautraining empfohlen worden. Für die Berechnung des Valideneinkommens sei es aufgrund der Berufserfahrungen des Beschwerdeführers im Dienstleistungssektor sachgerecht, vom Wert TA1, 2012, Total Männer, Kat. 1, Sektor Dienstleistungen, auszugehen. Demnach sei ihm ein zumutbares mittleres Valideneinkommen in der Höhe von Fr. 64'311.-- anzurechnen. Vergleiche man dieses mit dem unbestritten gebliebenen Invalideneinkommen von Fr. 65'178.-- , sei keine rentenrelevante Invalidität ausgemittelt (Urk. 7 S. 5 ff.).

### **E. 2.4**

In seiner Replik vom 17. März 2015 hielt der Beschwerdeführer an seinen beschwerdeweise vorgebrachten Ausführungen fest (Urk. 13 ). 3.

#### 3.1

Dr. med. B.\_\_\_\_ , Facharzt für Chirurgie FMH, führte in seinem Bericht vom 12. November 2013 aus, der Beschwerdeführer habe ihn am 12. September 2011 wegen seines rechten Kniees aufgesucht . Er habe angegeben, vor ca. zehn Jahren ohne vorgängigen Unfall einen Knieerguss gehabt zu haben , und laut seinen Angaben seien 120 ml Flüssigkeit abpunktiert worden. Seither habe er ca. einmal pro Jahr eine Überwärmung des rechten Knies mit Schwellung . In der letzten Zeit vor dem 12. September 2011 sei das rechte Knie wieder geschwollen und überwärmt gewesen. Klinisch sei das linke Knie unauffällig gewesen. Das rechte Knie mit leichtem Erguss, sehr gut stabil, Zohlentest negativ und auch keine Meniskuszeichen . Das MRI des rechten Kniegelenkes vom 16. September 2011 habe einen Gelenkerguss und eine leichte Synovitis (rheumatischer Genese ? ) , einen Knorpeldefekt über der Trochlea medial und sonst keinen Nachweis einer Binnenläsion ergeben. Über der Trochlea habe sich ein 10x10 mm grosser Knorpeldefekt mit kleinster Osteophytenbildung und am oberen Patellarpol eine kleinste Verknöcherung im Ansatzbereich der Quadrizepssehne gefunden (Urk. 8/70 S. 1 f.). 3.2

Nach dem Unfall vom 8. März

2013

konsultierte der Beschwerdeführer am 27. März

2013 Dr. B.\_\_\_\_ . Dieser hielt

in seinem Arztzeugnis vom 10. Juli 2013

eine Schwellung des rechten Knies, vor allem in der Kniekehle, und eine wahrscheinliche Bakerzyste fest. Klinisch bestehe kein Hinweis auf eine Thrombose . Das rechte Knie sei überwärmt und die Synovia

palpatorisch normal dick . Eine definitive Diagnose sei verfrüht. Es handle sich um rezidivierende Kniegelenksergüsse und nach dem Sturz vom 8. März 2013 wahrscheinlich

eine mediale Meniskushinterhornruptur . Er gehe von einer vorbestehenden Gichtarthritis aus, welche durch den Sturz akzentuiert worden sei (Urk. 8/15). 3.3

Am 7. Juni 2013 wurde ein MRI des rechten Knies durchgeführt. Es wurde keine eindeutige posttraumatische Veränderung im Bereich des rechten Kniegelenkes festgestellt, aber ein mässiger Gelenkerguss mit medialer rupturierter

Bakerzyste . Als Nebenbefund wurde ein kleines intraossäres Ganglion im Ansatzbereich der Gelenkkapsel postero-lateral genannt (Urk. 8/12). 3.4

Dr. med. C.\_\_\_\_ , Facharzt FMH für orthopädische Chirurgie, von der Z.\_\_\_\_ diagnostizierte am 10. Juni 2013 eine rupturierte

Bakerzyste Knie rechts und hielt folgende Befunde fest: Nur leichte Überwärmung des rechten Knies, ausgeprägtes Schonhinken, mässiger Gelenkserguss, Druckdolenz im Bereich der proximalen Wadenmuskulatur, Steinmann-Test für den medialen Meniskus äusserst schmerzhaft im Bereich der lateralen Kniekehle, etwas weniger im Bereich des medialen Meniskus selbst, keine retropatellären Schmerzen, Druckdolenz über dem medialen Gelenkspalt, leicht e

Druckdolenz auch posterolateral . Stabiles VKB und HKB, Flex-/ Extension 120/0/0°. Am 14. Juni 2013 führte Dr. C.\_\_\_\_ an, klinisch bestünden Hinweise für eine mediale Meniskuläsion , im MRI erscheine der mediale Meniskus jedoch intakt. Es gebe zwar gelegentlich falsch-negative Befunde, jedoch wolle er zunächst eine rheumatologische Ursache ausschliessen, zumal der Beschwerdeführer über vergrösserte Lymphknoten inguinal berichte sowie auch über weitere Schmerzen im Bereich Epikondylus

humeri

medialis beidseits (Urk. 8/9). 3.5

Dr. med. D.\_\_\_\_ , FMH Rheumatologie / Innere Medizin, vom Rheumazentrum der Klinik E.\_\_\_\_ nannte in seinem Bericht vom 15. Juli 2013 betreffend die ambulante Behandlung vom 18. Juni 2013 folgende Diagnosen: - Irritation Knie rechts mit/bei - zweimaliger Knie-distorsion - residuell Baker-Zyste - unauffällige Knieinnenstruktur - Epicondylopathie lateral beidseits - abklingend

Er führte aus, zusammenfassend bestehe eine schmerzhaft und funktionell einschränkende Knieirritation rechts nach zweimaliger Distorsion, wobei klinisch und im MRI kein Anhaltspunkt für eine Strukturläsion bestehe. Differenzialdiagnostisch habe er keine Hinweise für eine entzündliche rheumatische Systemerkrankung , insbesondere eine rheumatoide Arthritis, eine Spondylarthritis oder eine Kollagenose, gefunden. Ein infektreaktives Geschehen sei unwahrscheinlich (Urk. 8/39/3-4). 3.6

Am 24. Juni 2013 hielt Dr. C.\_\_\_\_

folgende Befunde fest: Aktuell kein Gelenkerguss mehr. Weiterhin Druckdolenz über dem medialen Gelenkspalt, Steinmann-Test für den medialen Meniskus jedoch negativ, MRI Knie rechts vom 7. Juni

2013: Mediale Meniskushinterhornläsion , Knorpelschaden lateraler Femur kondylus und Tibiaplateau (Urk. 8/9). 3.7

Im Bericht der Orthopädie der Uniklinik G.\_\_\_\_

vom 17. Juli 2013 betreffend die Konsultation vom 4. Juli 2013 wurde die Diagnose eines unklaren post traumatischen Be schwerdebildes nach Kniedistorsion im März 2013 mit/bei erheblichem muskulärem Rehabilitationsdefizit gestellt. Die Beschwerdesymptomatik sei insgesamt diffus und nicht klar einem strukturellen pathologischen Korrelat zuzuordnen.

Extern sei die Indikation für eine Kniearthroskopie gestellt worden. Es werde nicht davon ausgegangen, dass der Beschwerdeführer davon profitieren könne, insbesondere, da MR-tomographisch keine klare Risskomponente im Meniskus vorhanden sei sowie die klinische Untersuchung nicht korreliere. Es bestehe sicherlich auch ein deutliches muskuläres Rehabilitationsdefizit, welches durch konsequente Physiotherapie verbessert werden sollte (Urk. 8/19). 3.8

Am 11. Juli 2011 nahm Dr. C.\_\_\_\_ eine Kniearthroskopie vor (vgl. Sachverhalt Ziffer 1). Zum Prozedere hielt Dr. C.\_\_\_\_ im betreffenden Operationsbericht unter anderem fest, dass die Nachbehandlung gemäss Schema „Meniskusnaht“ erfolgen solle. Zudem sollte das Ergebnis der Biopsie abgewartet werden. Unklar bleibe, warum ein derart kleiner Riss solche starke Schmerzen auf der Innenseite verursache (Urk. 8/17). 3.9

Am 5.

August

2013 (klinische Verlaufskontrolle vier Wochen postoperativ)

nannte

Dr. C.\_\_\_\_

als Befunde

eine reizlose Narbe, kein Gelenkerguss, eine leichte Druckdolenz im dorsomedialen Gelenkspalt und eine deutliche Hypotrophie der Oberschenkelmuskulatur. Der Steinmann-Test sei für den medialen Meniskus noch diskret positiv. Die Flexion/Extension betrage 95/5/0°. Der Beschwerdeführer habe sich in der Zwischenzeit bei Dr. H.\_\_\_\_ abklären lassen. Hier sei eine Polymyalgie festgestellt worden. Es bestünden aktuell Schmerzen im Bereich der Oberarm-, Rumpf- und Rückenmuskulatur sowie auch im Bereich der Beine. Im Biopsat der drei Biopsien intraoperativ rechts seien keine Kristalle nachgewiesen worden. Für das rechte Knie sei jetzt wichtig, dass die Beweglichkeit verbessert werde, zusätzlich sollte ein intensiver Kraftaufbau stattfinden. Es bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bis 31. August 2013.

Danach empfehle er einen langsamen Arbeitsaufbau. Zusammenfassend könne festgehalten werden, dass der Riss im medialen Meniskus unfallbedingt und die Polymyalgie krankheitsbedingt sei (Urk. 8/24). 3.10

Dr. C.\_\_\_\_

erhob

an der Verlaufskontrolle vom 2. September 2013 die folgenden Befunde: Noch Schonhinken rechts, reizlose Narbe, kein Gelenkerguss, Steinmann-Test für den medialen Meniskus negativ, noch leichte Druckdolenz über dem dorsomedialen Gelenkspalt, wahrscheinlich im Bereich des Meniskusankers, stabile Seitenbänder, Flexion bis 150° mit gutem federndem Widerstand, vollständige Streckung möglich. Er führte aus, seitens des

rechten Kniegelenkes zeige sich ein regelrechter Verlauf. Es sei nun wichtig, dass das Knie muskulär stabilisiert werde. Der Muskelaufbau sei jedoch erst möglich, sobald die gesamte Schmerzsymptomatik rückläufig sei. Es bestehe weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für insgesamt zweieinhalb Monate postoperativ bis zum 30. September 2013 (Urk. 8/39/2). 3.11

Dr.

med.

H.\_\_\_\_, FMH Allgemeinmedizin, führte in seinem Ärztlichen Zwischenbericht vom 17. September 2013 als Diagnose eine Kniearthrose rechts an. Die Prognose sei günstig. Differentialdiagnose: Im Rahmen des rheumatologischen Leidens. Ein akutes polymyalgisches Syndrom könne den Heilungsverlauf ungünstig beeinflussen. Die Wiederaufnahme der Arbeit zu 100 % sei vorzusehen auf Oktober 2013 (Urk. 8/39/1). 3.

### **E. 7**

).

In seiner Replik vom 17. März 2015 hielt der Beschwerdeführer an seinen Beschwerden fest (Urk. 13). Innerhalb der angesetzten Frist reichte die Beschwerdegegnerin keine Duplik ein, was dem Beschwerdeführer am 20. Mai 2015 mitgeteilt wurde (Urk. 16). 3.

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Unterlagen ist, soweit für die Entscheidungsfindung erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen einzugehen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 10**

Abs.

1 UVG erhoffte Besserung ins Gewicht fallen muss. Weder eine weit entfernte Möglichkeit eines positiven Resultats einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch ein von weiteren Massnahmen – wie etwa einer Badekur – zu erwartender geringfügiger therapeutischer Fortschritt verleihen Anspruch auf deren Durchführung. In diesem Zusammenhang muss der Gesundheitszustand der versicherten Person prognostisch und nicht aufgrund retrospektiver Feststellungen beurteilt werden (Urteil des Bundesgerichts 8C\_888/2013 vom 2. Mai

2014 E. 4. 1 mit Hinweisen, insbes. auf BGE

134 V 109 E. 4.3; vgl. auch Urteil 8C\_639/2014 vom 2. Dezember 2014 E. 3).

Für die Einstellung der vorübergehenden Leistungen braucht der Entscheid der Invalidenversicherung über Eingliederungsmassnahmen nicht abgewartet zu werden, wenn von weiterer ärztlicher Behandlung keine namhafte gesundheitliche Besserung mehr erwartet werden kann (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_588/2013 Urteil vom 16.

Januar 2014 E. 3.3) und keine Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass durch allfällige Eingliederungsmassnahmen das der Invaliditätsbemessung der SUVA gestützt auf die medizinischen Abklärungen zugrunde gelegte Invalideneinkommen verbessert und so der die Invalidenrente der Unfallversicherung bestimmende Invaliditätsgrad beeinflusst werden kann (vgl. Urteil des Bundesgericht 8C\_588/2013 vom 16.

Januar 2014 E. 3.5).

### **E. 12**

Kreisarzt Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation FMH, führte in seiner Aktennotiz vom 19. September

2013 betreffend das Telefongespräch mit Dr. C.\_\_\_\_ aus, er habe diesem das Projekt „Früh-Reha“ erläutert. Dr. C.\_\_\_\_

berichte, dass der Beschwerdeführer aussergewöhnlich starke Schmerzen im Vergleich zu dem intraoperativ gefundenen eher kleinen Riss habe. Es hätten sich nachfolgend dann weitere Schmerzen in verschiedenen Körperregionen eingestellt, welche zur Diagnose einer Polymyalgia

rheumatica geführt hätten. Diese werde nun vorrangig rheumatologisch behandelt.

Dr. C.\_\_\_\_ mache im Dezember 2013 noch eine Abschlussuntersuchung. Da allerdings die rheumatologische Behandlung nun im Vordergrund stehe, könne gegenwärtig keine stationäre Rehabilitationsbehandlung bezüglich der Folgen am rechten Knie durchgeführt werden. Kreisarzt Dr. I.\_\_\_\_ fügte in der Aktennotiz an, dass diese Situation seines Erachtens Folgen für die Schadenabwicklung habe. Es sollte der Fallabschluss geprüft werden (Urk. 8/34). 3.

### **E. 13**

S. 6), ist für den vorliegend zu beurteilenden Fallabschluss nicht relevant. 4.4

Somit ist zumindest mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass im Februar 2014 von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung der unfallbedingten Beschwerden mehr zu erwarten war (vgl. E.

### **E. 16**

ATSG das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und 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. 5.4

Das Invalideneinkommen ermittelte die Beschwerdegegnerin anhand ihrer internen Dokumentation zu ausgewählten Arbeitsplätzen (DAP, Urk. 8/153). Das Abstellen auf DAP-Löhne setzt voraus, dass zusätzlich zur Auflage von mindestens fünf DAP-Blättern Angaben über die Gesamtzahl der aufgrund der gegebenen Behinderung in Frage kommenden dokumentierten Arbeitsplätze, über den Höchst- und Tiefstlohn sowie über den Durchschnittslohn der entsprechenden Gruppe gemacht werden (BGE 129 V 472).

Bei den von der Beschwerdegegnerin angeführten Arbeitsplätzen handelt es sich um Stellen als Mechaniker (DAP-Nr. 2556), Empfangsmitarbeiter

(DAP-Nr.

355782), Montagearbeiter (DAP-Nr. 6349), Prüfer (DAP-Nr. 2601) und Schlusskontrolleur (DAP-Nr. 10047). Der Durchschnittslohn dieser fünf Arbeitsplätze für das Jahr 2014 beträgt Fr. 65'178.--. Dabei wählte die Beschwerdegegnerin fünf Arbeitsplätze aus, welche dem von Dr. A.\_\_\_\_ erstellten Zumutbarkeitsprofil (vollschichtig arbeitsfähig

ausser in langandauernden tiefen Hockpositionen und Tragen schwerer Lasten auf Treppen und unebenem Untergrund) entsprechen, gab die Gesamtzahl der in Betracht der Einschränkung der Beschwerdeführerin in Frage kommenden Arbeitsplätze, deren Höchst- und Tiefstlohn sowie den Durchschnittslohn der dem Behinderungsprofil entsprechenden Gruppe an. Damit sind vorliegend sämtliche Voraussetzungen eines Einkommensvergleichs gestützt auf die DAP-Löhne erfüllt.

Bei den von der Beschwerdegegnerin genannten Tätigkeiten handelt es sich durchwegs um sehr leichte Tätigkeiten, welche mit dem durch den Kreisarzt festgelegten Zumutbarkeitsprofil vereinbar sind. Allfällige Einschränkungen in der Arbeitsfähigkeit aufgrund der rheumatisch bedingten Beschwerden sind auch hier mangels Unfallkausalität nicht zu berücksichtigen. Die Beschwerdegegnerin hat gestützt auf die DAP-Profile ein zumutbarerweise noch erzielbares Invalideneinkommen von Fr. 65'178.-- ermittelt, was nicht zu beanstanden ist. 5.5

Für die Bemessung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im massgebenden Zeitpunkt des Rentenbeginns (vgl. BGE 129 V 222 mit Hinweis) nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdienen würde, und nicht, was sie bestenfalls verdienen könnte. Die Ermittlung des Valideneinkommens muss so konkret wie möglich erfolgen. Da die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden erfahrungsgemäss fortgesetzt worden wäre, ist in der Regel vom letzten Einkommen auszugehen, das vor Eintritt der Gesundheitsschädigung erzielt wurde (SVR 2008 IV Nr. 35 S. 118 E. 3.2.2). Dies setzt freilich voraus, dass der entsprechende Arbeitsplatz im Zeitpunkt des vorzunehmenden Einkommensvergleichs noch besteht. Falls ein Versicherter unabhängig von seinen gesundheitlichen Beschwerden nicht mehr an seinem angestammten Arbeitsplatz tätig wäre – beispielsweise wegen Stellenabbau aus strukturellen Gründen –, kann der vor Eintritt der Invalidität konkret bezogene Lohn nicht mehr zur Bestimmung des Valideneinkommens herangezogen werden. In einem solchen Fall ist vielmehr danach zu fragen, welche Tätigkeit ein Versicherter im Gesundheitsfall ausüben würde und welches Salär er damit erzielen könnte. Hierzu kann auf Lohnstatistische Angaben zurückgegriffen und ein Tabellenlohn herangezogen werden (vgl. Urteile des Bundesgerichts I 175/06 vom 19. April 2006 E. 3 und I 1/03 vom 15. April 2003 E. 4.3).

Der Beschwerdeführer arbeitete vor dem Unfall als Fahrzeugaufbereiter

bei der Y.\_\_\_\_. Das Arbeitsverhältnis wurde von Seiten des Arbeitgebers aus wirtschaftlichen Gründen per 31. Dezember 2013 gekündigt (Urk. 8/54). Somit erfolgte der Stellenverlust

aus unfallfremden Gründen. Da der Beschwerdeführer somit auch im Gesundheitsfall nicht mehr an dieser Arbeitsstelle tätig wäre, kann das dort erzielte Einkommen nicht zur Bestimmung des Valideneinkommens herangezogen werden, sondern es sind Tabellenlöhne heranzuziehen. Von daher ist die Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort vom 19. November 2014 (Urk. 7) zu Recht auf das von ihr im Einspracheentscheid vom 15. September 2014 (Urk. 2) auf der Basis des Lohnes bei der Y.\_\_\_\_ erzielte Valideneinkommen von Fr. 68'900.-- (= 5'300.-- x 13; vgl. Urk. 8/158) zurückgekommen und hat dieses aufgrund der Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik (LSE) neu berechnet (Urk. 7 S. 6-7). Ob die Beschwerdegegnerin zu Recht den Tabellenlohn gemäss LSE 2012, Tabelle TA1, Sektor Dienstleistungen, Kompetenzniveau

1,

von – lediglich - Fr. 4' 760.-- pro Monat bzw. Fr. 57'120.-- pro Jahr herangezogen hat, kann offen bleiben, ergäbe sich doch bei einem Invalideneinkommen von Fr. 65'178.-- auch dann kein rentenbe gründender Invaliditätsgrad von mindestens 10 % , wenn von einem Valideneinkommen 2014 in der Grössenordnung des mutmasslichen Einkommens bei der Y.\_\_\_\_ von Fr. 68'900.-- (vgl. Urk. 2 S. 5) ausgegangen würde.

Zu erwähnen bleibt, dass der Beschwerdeführer gemäss Aktenlage am 12. Februar 2014 per 1. April 2014 einen Arbeitsvertrag abgeschlossen hat , gemäss welchem er als Automobilverkäufer mit einem Pensum von 20 %

Fr. 1'200.-- pro Monat (x 13) verdient ( Urk. 8/141/2). Zwar kann daraus nicht ohne Weiteres geschlossen werden, dass er als Automobilverkäufer mit dem ihm zumutbaren 100%igen Pensum einen Monatslohn von Fr. 6'000.-- (x 5) resp. ein Jahres einkommen von Fr. 78'000.-- (x 13) erzielen könnte. Der besagte Arbeitsvertrag stützt jedoch die Annahme der Beschwerdegegnerin, wonach die unfall bedingte Beeinträchtigung des Beschwerdeführers nicht zu einer rentenbe gründenden Erwerbseinbusse führe. 5.6

Mit der Festsetzung einer Invalidenrente oder, falls kein Rentenanspruch besteht, bei der Beendigung der ärztlichen Behandlung ist eine angemessene Integritätsentschädigung festzulegen, sofern die versicherte Person durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität erlitten hat (Art. 24 UVG in Verbindung mit Art. 36 der Verordnung über die Unfallversicherung [UVV] und Anhang 3 zur UVV). Die medizinische Abteilung der SUVA hat weitere Bemessungsgrundlagen in tabellarischer Form (sog. Feinraster) erarbeitet . Soweit diese lediglich Richtwerte enthalten, mit denen die Gleichbehandlung aller Versicherten gewährleistet werden soll, sind sie nach der Rechtsprechung mit dem Anhang 3 zur UVV vereinbar (BGE 124 V 29 E. 1c, 116 V 156 E. 3a).

Kreisarzt Dr. A.\_\_\_\_

hielt in seinem Bericht vom 20. Februar 2014 in Bezug auf die Integritätsentschädigung fest, dass die Erheblichkeitsgrenze (vgl. SUVA-Tabelle 2) nicht überschritten werde (Urk. 8/100 S. 9) , was angesichts des lediglich geringen unfallbedingten Flexionsdefizites einleuchtet .

Somit besteht kein Anspruch auf eine Integritätsentschädigung . 5.7

Von weiteren medizinischen Abklärungen sind – entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers - keine neuen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb darauf verzichtet werden kann (antizipierte Beweiswürdigung, BGE 124 V 90 E. 4b; 122 V 157 E. 1d). 6.

Nach dem Gesagten erweist sich der angefochtene Entscheid als rechtmässig, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Evalotta Samuelsson -  
Rechtsanwalt Reto Bachmann - 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 siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar ( Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu stellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweis mittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthal ten; 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 VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin HurstLeicht

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