

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00084 vom 17. November 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-11-17, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2016.00084

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00084 du 17 novembre 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00084 del 17 novembre 2017

Erwägungen

E. 1

Der 1977 geborene X.____ war als arbeitslose Person (letzte Tätigkeit vor der Arbeitslosigkeit: Servicetechniker) durch die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva) obligatorisch unfallversichert. Gemäss Schadenmeldung vom 19. September 2013 stürzte er am 24. August 2013 beim Feigenpflücken in Italien aus zwei Metern Höhe von der Leiter auf den Boden, nachdem ein Ast des Feigenbaumes abgebrochen war. Dabei zog sich der Versicherte eine Verletzung am linken Knie zu (Urk. 11/1). Die Suva kam für die Heilkosten auf und erbrachte Taggeldleistungen (Urk. 11/3). Dr. med. Y.____, Facharzt FMH für allgemeine Medizin, stellte in seinem Bericht vom 1. Oktober 2013 die Diagnose Kniearthrose links mit Bonebruise am Tibiakopf medial und attestierte dem Versicherten eine Arbeitsunfähigkeit von 100% bis Mitte Oktober 2013 (Urk. 11/8). Am 15. Oktober 2013 gab der Versicherte zur Auskunft, er sei wieder voll arbeitsfähig (Urk. 11/9). Bereits am 5. November 2013 meldete er jedoch, er sei immer noch arbeitsunfähig; er habe wieder Beschwerden, weshalb ihm Physiotherapiebehandlungen verschrieben worden seien (Urk. 11/13). Am 20. Januar 2014 wurde der Versicherte kreisärztlich untersucht. Eine Unfallkausalität der noch vorhandenen Schmerzen wurde bejaht. Es wurde ihm allerdings eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit attestiert (vgl. den Bericht vom 20. Januar 2014 von Kreisarzt Dr. med. Z.____, Facharzt FMH für Chirurgie [Urk. 11/35]). Mit Schreiben vom 18. März 2014 informierte die Suva den Versicherten darüber, dass ihm das Taggeld ab dem 20. Januar 2014 aufgrund einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit ausbezahlt werde und dass die Taggeldleistungen ab dem 24. Februar 2014 eingestellt würden. Es werde geprüft, ob dem Versicherten ab dem 1. März 2014 Leistungen in Form einer Rente zustünden (Urk. 11/53). Am 24. April 2014 teilte der Versicherte der Suva mit, er habe per 1. August 2014 eine Anstellung im Aussendienst gefunden (Urk. 11/59; vgl. den entsprechenden Arbeitsvertrag vom 14. April 2014 mit der A.____ [Urk. 11/68 S. 2-7]). Kreisarzt Dr. Z.____ verneinte in seiner Stellungnahme vom 5. Mai 2014 eine namhafte Verbesserungsmöglichkeit des Gesundheitszustandes durch weitere Behandlungen sowie einen Anspruch auf eine Integritätsentschädigung (Urk. 11/60). Dies begründete er in seiner Ergänzung vom 27. Juni 2014 zur kreisärztlichen Untersuchung vom 20. Januar 2014 (Urk. 11/69). Dr. med. B.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, stellte in seinem Bericht vom 16. Dezember 2014 die Diagnose einer Avulsionsverletzung des medialen Meniskushinterhornes links (Urk. 11/84). Kreisarzt Dr. Z.____ nahm daraufhin am 18. Dezember 2014 Stellung (Urk. 11/86 f.). Nach einem Gespräch mit dem Versicherten vom 12. Juni 2015, in welchem er von zusätzlich hinzugetretenen Verspannungen im Rückenbereich berichtete (Urk. 11/95), nahm Kreisarzt Dr. Z.____ am 1. Juli 2015 wiederum Stellung (Urk. 11/97).

Am 25. September 2015 meldete der Versicherte eine erneute Verschlechterung seines Gesundheitszustandes, eine Zunahme der Knie- und Rückenbeschwerden (Urk. 11/109). Mit Verfügung vom 13. Oktober 2015 schloss die Suva den Fall ab und verneinte die Anspruchsvoraussetzungen für eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung (Urk. 11/112). Dagegen erhob der Versicherte am 13. November 2015 Einsprache (Urk. 11/117), woraufhin die Suva weitere Abklärungen vornahm. Kreisarzt Dr. Z. ___ nahm am 29. Dezember 2015 erneut Stellung (Urk. 11/129). Mit Entscheidung vom 19. Februar 2016 wies die Suva die Einsprache ab (Urk. 2 [= Urk. 11/139]). Ein Wiedererwägungsgesuch des Versicherten vom 9. März 2016 (Urk. 11/141) wurde von der Suva am 10. März 2016 abgewiesen (Urk. 11/142).

E. 1.1

Am 1. Januar 2017 sind die am 25. September 2015 beziehungsweise am 9. November 2016 verabschiedeten geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) in Kraft getreten.

Gemäss den allgemeinen übergangsrechtlichen Regeln sind der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen, die in Geltung standen, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende und somit rechtserhebliche Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 466 E. 1, 126 V 134 E. 4b, je mit Hinweisen). Dementsprechend sehen die Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 des UVG vor, dass Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem 1. Januar 2017 ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt werden (Absatz 1 der genannten Übergangsbestimmungen). Der hier zu beurteilende Unfall hat sich am 24. August 2013 ereignet, weshalb die bis 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Normen auf den vorliegenden Fall Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden.

E. 1.2

Gemäss Art. 6 UVG werden – soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt – die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Abs. 1).

E. 1.3

Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teils des Sozialversicherungsrechts [ATSG]), so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 % invalid (Art. 8 ATSG), so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV) abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG).

E. 1.4

Nach Gesetz und Rechtsprechung ist der Fall unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen und Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und eine

Integritätsentschädigung abzuschliessen, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind (vgl. Art. 19 Abs. 1, Art. 24 Abs. 2 UVG; Urteil des Bundesgerichts 8C_888/2013 vom 2.

Mai 2014 E. 4.1, vgl. auch Urteil 8C_639/2014 vom 2. Dezember 2014 E. 3). In diesem Zeitpunkt ist der Unfallversicherer auch befugt, die Adäquanzfrage zu prüfen (Urteil des Bundesgerichts 8C_377/2013 vom 2.

Oktober 2013 E. 7.2 mit Hinweis auf BGE

134 V 109, vgl. auch Urteil 8C_454/2014 vom 2. September 2014 E. 6.3).

Ob eine namhafte Besserung noch möglich ist, bestimmt sich insbesondere nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit diese unfallbedingt beeinträchtigt ist. Die Verwendung des Begriffes „namhaft“ in Art.

19 Abs.

1 UVG verdeutlicht demnach, dass die durch weitere (zweckmässige) Heilbehandlung im Sinne von Art.

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).

E. 1.5.1

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder 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 129 V 177 E. 3.1, 402 E. 4.3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach

dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

E. 1.5.2

Wird durch den Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, fällt der natürliche Kausalzusammenhang dahin, wenn und sobald der Gesundheitsschaden nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der 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 (RKUV 1992 Nr.

U 142 S.

75 E.

4b mit Hinweisen; nicht publiziertes Urteil des Bundesgerichts U

172/94 vom 26.

April 1995). Das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens muss mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein (RKUV 2000 Nr.

U 363 S.

45; BGE

119 V 7 E. 3c/aa). Die blosse Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt aber die entsprechende Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 1994 Nr.

U 206 S.

328

f. E.

3b, 1992 Nr.

U 142 S. 76). Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend (Urteil des Bundesgerichts 8C_637/2013 vom 11.

März 2014 E.

2.3.1 mit Hinweisen). Mit dem Erreichen des Status quo sine vel ante entfällt eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden. Solange jedoch der Status quo sine vel ante noch nicht wieder erreicht ist, hat der Unfallversicherer gestützt auf Art. 36 Abs. 1 UVG in aller Regel neben den Taggeldern auch Pflegeleistungen und Kostenvergütungen zu übernehmen, worunter auch die Heilbehandlungskosten nach Art. 10 UVG fallen (Urteil des Bundesgerichts 8C_637/2013 vom 11. März 2014 E. 2.3.2).

E. 1.5.3

Die Beweislastregel, wonach der Unfallversicherer und nicht der Versicherte die Beweislast für das überwiegend wahrscheinliche Dahinfallen der natürlichen Unfallkausalität trägt, greift erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes (Art. 61 lit. c ATSG) und der Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die überwiegende Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 261 E. 3b in fine S. 264 mit Hinweisen).

E. 1.5.4

Unfallbedingte Fehlbelastungen (wegen Fuss- und Beinverletzungen, Beinlängenverkürzung usw.) können im Sinne indirekter Unfallfolgen zu Rückenbeschwerden führen. Es liegt in der Natur solcher Fehlbelastungsbeschwerden, dass sie erst einige Zeit nach dem Unfall auftreten und nicht direkt traumatisch bedingt sind. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in gleicher Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Es genügt sodann, wenn der Unfall überwiegend wahrscheinlich zumindest eine indirekte Teilursache der gesundheitlichen Beschwerden ist. An den Wahrscheinlichkeitsbeweis sind umso strengere Anforderungen zu stellen, je grösser der zeitliche Abstand zwischen Unfall und Rückfall/Spätfolge ist. Die Beweislast für das Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem neuen Beschwerdebild und dem Unfall obliegt dabei der versicherten Person (Urteil des Bundesgericht 8C_747/2013 vom 18. März 2014, E. 3.2 mit weiteren Hinweisen).

E. 1.6

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 Kapitalleistung 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 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 Anhangs 3. Fallen mehrere körperliche oder geistige Integritätsschäden aus einem oder mehreren Unfällen zusammen, so wird die Integritätsentschädigung nach der gesamten Beeinträchtigung festgesetzt (Abs. 3).

E. 1.7

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichts ist entscheidend, ob er 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet und nachvollziehbar sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft

eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 352 E. 3a). Den Berichten versicherungsinerner Ärztinnen und Ärzten kommt rechtsprechungsgemäss zwar nicht derselbe Beweiswert zu wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten, sie sind aber soweit zu berücksichtigen, als keine Zweifel an der Richtigkeit ihrer Schlussfolgerungen bestehen (BGE 135 V 365, E. 4.4 S. 469; Urteil des Bundesgerichts 8C_216/2009 vom 28. Oktober 2009 E. 4.7).

E. 1.8

Für die Beurteilung der Gesetzmässigkeit der angefochtenen Verfügung oder des Einspracheentscheides ist für das Sozialversicherungsgericht in der Regel der Sachverhalt massgebend, der zur Zeit des Erlasses des angefochtenen Verwaltungsaktes gegeben war. Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verfügungsaktes bilden (BGE 130 V 138 E. 2.1 mit Hinweis). Sie können indessen, unter Wahrung des rechtlichen Gehörs, berücksichtigt werden, wenn sie kurze Zeit nach dem Erlass des angefochtenen Entscheids eingetreten sind, sich ihre Beachtung aus prozessökonomischen Gründen unbedingt aufdrängt und sie hinreichend klar feststehen (BGE 105 V 156 E. 2d; ZAK 1984 S. 349 E. 1b). Dies ist der Fall, wenn sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Entscheiderlasses zu beeinflussen (BGE 99 V 98 E. 4 mit Hinweisen).

E. 2

Gegen den Einspracheentscheid vom 19. Februar 2016 erhob der Versicherte am 6. April 2016 Beschwerde (Urk. 1). Er beantragte, der angefochtene Entscheid sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, ihm auch über den 13. Oktober 2015 hinaus vorübergehende Leistungen zu erbringen, insbesondere Heilbehandlungen. Der medizinische Sachverhalt sei umfassend abzuklären, unter Beizug eines medizinischen Gerichtsgutachtens, eventuell durch Rückweisung der Sache an die Beschwerdegegnerin zur Veranlassung eines versicherungsexternen Gutachtens. Danach sei der Anspruch auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung neu zu prüfen (Urk. 1 S. 2). Mit Eingabe vom 26. April 2016 (Urk. 6) reichte der Beschwerdeführer einen MRI-Bericht des C.____ vom 21. April 2016 (Urk. 7) ein. Die Beschwerdegegnerin beantragte in ihrer Beschwerdeantwort vom 17. Mai 2016 die Abweisung der Beschwerde (Urk. 10). Mit Eingabe vom 27. Juni 2016 nahm der Beschwerdeführer dazu Stellung und hielt an seinen Rechtsbegehren fest (Urk. 15). Er reichte am 1. Juli 2016 eine weitere Eingabe (Urk. 17) und ein Arztzeugnis von D.____, vom 28. Juni 2016 (Urk. 18) zu den Akten. Die Beschwerdegegnerin nahm am 25. August 2016 Stellung (Urk. 21) und reichte eine Chirurgische Beurteilung von Dr. med. E.____, Facharzt für Chirurgie, Abteilung Versicherungsmedizin, vom 25. Juli 2016 (Urk. 22) ein. Hierzu äusserte sich der Beschwerdeführer in seiner Eingabe vom 28. November 2016 (Urk. 27; inkl. Beilagen [Urk. 28/1-3]), welche der Beschwerdegegnerin zugestellt wurde (Urk. 29). Der Beschwerdeführer reichte in der Folge weitere Eingaben vom 25. Juli 2017 (Urk. 30; inkl. Beilagen [Urk. 31/1-5]), vom 4. Oktober 2017 (Urk. 32; inkl. Beilagen [Urk. 33/1-3]) und vom 1. November 2017 (Urk. 34; inkl. Beilagen [Urk. 35/1-6]) ein. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin erwog im angefochtenen Entscheid, im Zeitpunkt des Verfügungserlasses seien keine Behandlungen mehr durchgeführt worden. Zudem habe der Orthopäde Dr. B.____ in seinem Bericht vom 16. Dezember 2014 von einer Fortsetzung der Physiotherapie abgeraten, was Kreisarzt Dr. Z.____ am 29. Dezember 2015 bestätigt habe. Durch Physiotherapie sei somit keine wesentliche Besserung des Gesundheitszustandes mehr zu erwarten. Dem Vorschlag von Dr. Y.____, sich orthopädisch erneut untersuchen zu lassen, wobei es sich selbstredend bloss um eine Empfehlung gehandelt habe, scheine der Beschwerdeführer bis heute nicht Folge leisten zu wollen, obwohl er bereits seit dem 1. August 2014 eine neue Anstellung innehat, welche somit nicht als neu bezeichnet werden könne. Bei dieser Sachlage sei der medizinische Endzustand am 13. Oktober 2015 erreicht gewesen, zumal der Beschwerdeführer in seiner Tätigkeit als Verkaufsfahrer von Anfang an vollständig arbeitsfähig gewesen sei. Die beim Beschwerdeführer neu aufgetretenen Rückenbeschwerden seien als unfallfremd zu betrachten. An der LWS bestünden gemäss Dr. Y.____ lediglich degenerative Veränderungen, zudem seien die Beschwerden erst mit der neuen Tätigkeit des Beschwerdeführers aufgetreten (Urk. 2 S. 8). Der Einkommensvergleich ergebe keine unfallbedingte Erwerbseinbusse. Jedenfalls werde die Erheblichkeitsgrenze von 10 % nicht erreicht, womit auch kein Anspruch auf eine Invalidenrente bestehe (Urk. 2 S. 10). Gemäss kreisärztlicher Stellungnahme vom 27. Juni 2014 werde sodann auch die Erheblichkeitsgrenze für den Anspruch auf eine Integritätsentschädigung nicht erreicht (Urk. 2 S. 11).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer machte demgegenüber einen verfrühten Fallabschluss geltend (Urk. 1 S. 5). Angesichts der täglichen Tätigkeit mit knienden Bewegungen, mit Beladen und Entladen sowie Heben und Tragen von Bidons von 12 kg und 25 kg, sei es nachvollziehbar, dass die Kniebeschwerden zugenommen und sich verstärkt hätten. Die Kniebeschwerden wiederum führten zu einer einseitigen Belastung beim Heben und Tragen der schweren Bidons. Diese Verlagerung führe zu den Rückenbeschwerden, welche somit unfallkausal seien. Die derzeit ausgeübte Tätigkeit sei für den Beschwerdeführer nicht ideal. Bisher sei nur deshalb keine Einkommenseinbusse zu verzeichnen gewesen, weil der Beschwerdeführer auf die Zähne beiisse, um den Arbeitgeber nicht zu verärgern. Über kurz oder lang werde es zu einer Verdiensteinbusse kommen, welche einen Anspruch auf eine Invalidenrente begründen werde (Urk. 1 S. 6 f.). Aus Sicht des Wirbelsäulenzentrums D.____ seien die belastungsabhängigen lumbalen Rückenschmerzen durch das Schonhinken des linken Beines entstanden (Urk. 1 S. 8). Die bereits früher indizierte Arthroskopie sei in Absprache mit der Beschwerdegegnerin aufgeschoben worden, um die berufliche Eingliederung nicht zu gefährden. Erst das Ergebnis der Arthroskopie werde zeigen, ob die aktuelle berufliche Tätigkeit für den Beschwerdeführer noch zumutbar sei, wes halb auch erst dann geprüft werden könne, ob ein Rentenanspruch und ein Anspruch auf eine Integritätsentschädigung bestehe (Urk. 1 S. 9).

E. 2.3

In der Eingabe vom 27. Juni 2016 (Urk. 15) hielt der Beschwerdeführer fest, gemäss aktuellem Befund der F.____ vom 16. Juni 2016 werde ein leicht hinkendes Gangbild links bestätigt. Obwohl der Beschwerdeführer erst seit wenigen Tagen nur noch zu 50 % arbeiten könne, habe sein Arbeitgeber bereits die Kündigung des Arbeitsverhältnisses nach Ablauf der Sperrfrist in Aussicht gestellt. Der Bericht der F.____ vom 16. Juni 2016 bestätige

sodann eine beginnende Gonarthrose, welche sich nicht von einem Tag auf den anderen entwickle, was belege, dass der Fall verfrüht abgeschlossen worden sei. Der aktuelle Bericht der D.____ bekräftige ausserdem die Unfallkausalität der gel tend gemachten Rückenbeschwerden.

E. 2.4

Mit Eingabe vom 28. November 2016 (Urk. 27) brachte der Beschwerdeführer vor, die Rückenbeschwerden hätten sich erst eingestellt, nachdem er die neue Stelle angetreten gehabt habe. Bereits im Dezember 2014 seien Rückenbeschwerden dokumentiert worden. Die chirurgische Beurteilung von Dr. E.____ überzeuge nicht, darin sei die beginnende Gonarthrose nicht erwähnt.

E. 2.5

In der Eingabe vom 25. Juli 2017 (Urk. 30) verwies der Beschwerdeführer unter anderem auf den Bericht von Dr. G.____ vom 11. Juli 2017 (H.____), welcher einen Zusammenhang zwischen dem lum bospondylogenen Schmerzsyndrom und dem posttraumatischen Leiden am lin ken Kniegelenk nicht ausschliessen könne. Die Anordnung eines Gerichtsgut achtens sei daher begründet.

E. 2.6

Mit Eingabe vom 4. Oktober 2017 (Urk. 32) übermittelte der Beschwerdeführer diverse Unterlagen (Urk. 33/1-3), darunter auch einen Operationsbericht vom 20. September 2017 (Urk. 33/1). Der Beschwerdeführer brachte vor, die Beschwerdegegnerin habe die Kostenübernahme abgelehnt und das Einsprache verfahren sistiert, da die vorliegende Beschwerde noch hängig sei.

E. 2.7

Mit Eingabe vom 1. November 2017 (Urk. 34) reichte der Beschwerdeführer wei tere Unterlagen (Urk. 35/1-6) ein und verwies insbesondere auf die Beurteilung von Prof. Dr. med. I.____ (H.____) vom 31. Oktober 2017 (Urk. 35/6); dieser gehe von einer Unfallkausalität aus.

E. 3.1

Im Radiologiebericht von Dott. J.____ über die Erstuntersu chung vom 25. August 2013 wurde festgehalten, es zeigten sich weder eine knöcherne Fraktur noch ein Kontaktverlust zum Gelenk (Urk. 11/26).

E. 3.2

Im Bericht des Zentrums für medizinische Radiologie , K.____, vom 18. September 2013 (Urk. 11/29) wurde folgender Befund erhoben: Kno chenmar ksöd em im medialen Tibiakopf mit T1-signalarmem Band poster ior. Keine kortikale Unterbrechung vorliegend. Normal weiter Knorpel femorotibial und retropatellar. Reizloser Huffa-Fettkörper und kein Erguss. Du rchstrukturiertes, regelrecht a nguliertes vorderes und hinteres Kreuz band sowie intakte Seitenbänder. Akzent uierte, zentrale Signalanhebung im Hinterho rn des Innen meniskus ohne Beteiligung einer freien Meniskusfläche. Aussenmeniskus unauffällig. Der Befund wurde wie folgt beurteilt: Undislozierte, rein spongiöse Impressionsfraktur im medialen Tibiakopf. Die Signal veränderung im Hinter horn des Innenmeniskus dürfte eher einer intramur alen Läsion als einer Menis kusdegeneration entsprechen. Übrige Kniebinnenstrukturen intakt.

E. 3.3

Dr. Y.____ hielt in seinem Bericht vom 1. Oktober 2013 (Urk. 11/8/2) über die Untersuchung vom 16. September 2013 fest, das Knie sei reizlos, ergussfrei und stabil. Es bestehe eine Druckdolenz über dem medialen und lateralen Gelenkspalt sowie in der Poplitea. Dr. Y.____ stellte, auch unter Berücksichtigung der MRI-Untersuchung des Knies vom 18. September 2013 (E. 3.2), die Diagnose Kniegelenksdistorsion links mit Bonebruise am Tibiakopf medial (vgl. auch seinen Zwischenbericht vom 15. November 2013 [Urk. 11/16/2] und seinen Bericht vom 3. Januar 2014 [Urk. 11/27]).

E. 3.4

Kreisarzt Dr. Z.____ stellte in seinem Bericht über die Untersuchung vom 20. Januar 2014 (Bericht vom 20. Januar 2014 [Urk. 11/35]) die Diagnose undislozierte, rein spongiöse Impressionsfraktur medialer Tibiakopf mit rezidi vierender Ergussbildung nach Sturz am 24. August 2013. Er hielt sodann fest, der Beschwerdeführer habe angegeben, es trete ab und zu noch ein Stechen im linken Kniegelenk auf. In letzter Zeit habe es aber deutliche Fortschritte gegeben. Die stärksten Beschwerden träten nach längerem Stehen auf. Bei schnellem Treppensteigen nähmen die stechenden Beschwerden im linken Knie zu. Ruheschmerzen beständen keine, der Nachtschlaf sei nicht gestört. Zur Arbeitsfähigkeit hielt Kreisarzt Dr. Z.____ fest, seit dem 20. Januar 2014 bestehe wieder eine volle Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt mit dem folgenden Zumutbarkeitsprofil: Wechselbelastende Tätigkeiten ohne längeres Stehen, ohne das Tragen von Lasten auf unebenem Gelände, ohne längeres Gehen auf unebenem Gelände, ohne das Besteigen von Leitern und Gerüsten, ohne repetitives Treppengehen und ohne Arbeiten in hockender, kniender und kauender Stellung seien vollzeitlich zumutbar. Die Tätigkeit als Servicetechniker sei zurzeit nicht zumutbar (Urk. 11/35 S. 2 f.).

E. 3.5

Dr. Y.____ teilte mit Zwischenbericht vom 3. März 2014 (Urk. 11/49/2) mit, gemäss Angaben der behandelnden Physiotherapeutin bestehe noch eine ausgeprägte Muskelverspannung der Oberschenkelmuskulatur, weshalb einerseits eine medizinische Trainingstherapie und andererseits das Weiterführen der ambulanten Physiotherapie mit Muskellockerung verordnet worden sei.

E. 3.6

In der Stellungnahme vom 5. Mai 2014 (Urk. 11/60) hielt Kreisarzt Dr. Z.____ fest, mit einer Verbesserung des unfallbedingten Gesundheitszustandes sei nicht mehr zu rechnen. Ein Anspruch auf eine Integritätsentschädigung bestehe nicht. Am 27. Juni 2014 (Urk. 11/69) ergänzte er die Stellungnahme vom 5. Mai 2014 und hielt fest, die Veränderungen im linken Kniegelenk hätten die Erheblichkeitsgrenze für den Anspruch auf eine Integritätsentschädigung bei weitem nicht erfüllt. Die Bewegungseinschränkung im Sprunggelenk sei nicht unfallkausal und selbst bei angenommener Kausalität aufgrund der geringen Bewegungseinschränkung nicht entschädigungspflichtig.

E. 3.7

Im Bericht des Zentrums für medizinische Radiologie, K.____, vom 22. Oktober 2014 (Urk. 11/77) wurde folgender Befund erhoben: Voraufnahmen vom 18.09.2013 vorliegend. Zur Voruntersuchung unterdessen vollständig verschwundenes Knochenmarksödem im medialen Tibiakopf und keine posttraumatische Stufe oder Knorpeldefekt nachzuweisen;

der Knorpel insge samt femorotibial und retropatellar altersentsprechend normal weit ohne Degeneration. Reizloser Hoffa-Fettkörper und kein Erguss. Durchstrukturiertes vorderes und hinteres Kreuzband sowie intakte Seitbänder. Unverändert zur Voruntersuchung ist das Hinterhorn im Innenmeniskus unmittelbar an der hinteren Meniskuswurzel signalgehoben und verdickt. Die Signalhyperintensität reicht breitbasig in die Unterfläche und sagittal scheint sich eine Doppelkontur abzuzeichnen. Der Aussenmeniskus kommt unauffällig zur Darstellung. Der Befund wurde wie folgt beurteilt: In der heutigen Untersuchung bestätigt sich der Verdacht auf eine Meniskusläsion im Hinterhorn des Innenmeniskus unmittelbar an der meniskalen Aufhängung. Das Ausmass der Läsion sei etwas unklar, aber ein kleiner, umgeschlagener Meniskusanteil sei vorstellbar. Wahrscheinlich sei auch direkt die Meniskuswurzel betroffen; eine Ruptur ebendort aufgrund des konstanten Verlaufes innert 1 Jahres aber eher nicht vorliegen.

E. 3.8

Dr. B.____ stellte in seinem Bericht vom 16. Dezember 2014 (Urk. 11/84/1-2) die Diagnose Avulsionsverletzung des medialen Meniskushinterhornes links und hielt fest, wahrscheinlich leide der Beschwerdeführer unter Restbeschwerden der kleinen Avulsionsverletzung des medialen Meniskushinterhornes. Er habe ihm angeraten, mit der Fortführung der Physiotherapie zuzuwarten. Eine Infiltration könne durchgeführt werden bei zunehmenden Beschwerden, eine Arthroskopie sei wahrscheinlich momentan nicht geeignet, die Beschwerden vollständig zum Verschwinden zu bringen. Insbesondere sei eine Arthroskopie aber auch aufgrund einer 10-tägigen Arbeitsunfähigkeit nicht geeignet, da der Beschwerdeführer seit kurzem eine neue Arbeitsstelle habe.

E. 3.9

Kreisarzt Dr. Z.____ hielt in seiner Stellungnahme vom 18. Dezember 2014 (Urk. 11/86) fest, der Bericht von Dr. B.____ ändere nichts an seiner Einschätzung zur Integritätsentschädigung (vgl. auch die ergänzende Begründung vom 23. Dezember 2014 [Urk. 11/87]).

E. 3.10

Anlässlich der Besprechung vom 12. Juni 2015 mit dem Aussendienstmitarbeiter der Beschwerdegegnerin (Urk. 11/95) gab der Beschwerdeführer an, das Knieleiden habe sich seit der kreisärztlichen Untersuchung nicht wesentlich verändert. Hinzugekommen seien jedoch Verspannungen im Rückenbereich. Zu seiner Tätigkeit gab der Beschwerdeführer an, er sei circa 3000 bis 4000 km pro Monat mit dem Lieferwagen (Automat) unterwegs, er liefere Spülmittelbidons à 12 kg sowie à 25 kg aus (Ein- und Ausladen), gehe viel auf ebenem Boden, steige Treppen mit dem Sackrolli und sei teilweise kniend tätig beim Kontrollieren der Dosiergeräte unter dem Lavabo oder beim Ersetzen von Wasserfilterpatronen.

E. 3.11

Kreisarzt Dr. Z.____ hielt in seiner Stellungnahme vom 1. Juli 2015 (Urk. 11/97) fest, eine nochmalige kreisärztliche Untersuchung sei aufgrund des zwischenzeitlichen Verlaufs und der erfolgten veränderten Belastungssituation nicht angezeigt.

E. 3.12

Im Bericht des Zentrums für medizinische Radiologie, K.____, vom 2. Oktober 2015 (Urk.

11/ 118) wurde festgehalten, bildgebend könne eine mässige Facettengelenksarthrose der unteren Lendenwirbelsäule (LWS) festge stellt werden. Ansonsten liege ein Normalbefund vor ohne Diskushernie und ohne Neurokompression.

E. 3.13

Dr. Y.____ hielt in seinem Bericht vom 8. Oktober 2015 (Urk. 11/111/1) fest, er habe dem Beschwerdeführer aufgrund der Kniebeschwerden ein orthopädisches Konsilium bei Dr. B.____ mit arthroskopischer Sanierung empfohlen, was der Beschwerdeführer jedoch abgelehnt habe, da er an einer neuen Stelle nicht schon wieder fehlen wolle. Die Beschwerden seien unverändert, vor allem seit der Beschwerdeführer regelmässig schwere Bidons von bis zu 25 kg heben und tragen müsse.

E. 3.14

Mit Bericht vom 22. Dezember 2015 (Urk. 11/127) teilte Dr. Y.____ mit, der Beschwerdeführer leide nebst den Knieschmerzen auch an rezidivierenden Beschwerden an der LWS bei degenerativen Veränderungen. Der Beschwerde führer sei deshalb in der Praxis D.____ vorstellig geworden.

E. 3.15

Kreisarzt Dr. Z.____ hielt in seiner Stellungnahme vom 29. Dezember 2015 (Urk. 11/129) fest, eine Rückenverletzung sei nach dem Sturz nicht beklagt worden. Es sei nicht nachvollziehbar, weshalb die Beschwerdegegnerin für die Kosten für eine Physiotherapie zur Behandlung der Rückenbeschwerden auf kommen solle. Eine Behandlung des linken Kniegelenks sei anscheinend nur arthroskopisch möglich. Hierfür sei die Beschwerdegegnerin leistungspflichtig. Von einer weiteren Physiotherapiebehandlung könne am Knie aber keine Bes serung erwartet werden.

E. 3.16

Dr. med. L.____, Fachärztin für Physikalische Medizin und Sportmedi zin, hielt in ihrem Bericht vom 1. Februar 2016 (Urk. 3/3) fest, die belastungs abhängigen lumbalen Rückenschmerzen seien durch das Schonhinken des lin ken Beines (unfallbedingter Meniskusschaden vom August 2013) entstanden und würden durch den schweren körperlich belastenden Beruf und das weitere Hinken (bis anhin keine Revision des Meniskusschadens) aufrechterhalten. Durch Physiotherapie und Triggerpunktbehandlung mit wet needling gehe es dem Beschwerdeführer etwas besser, aber er sei regelmässig auf Schmerzmedi kamente angewiesen (vgl. auch den Bericht von Dr. L.____ vom 21. Juni 2016 [Urk. 16/4]).

E. 3.17

Im Bericht des C.____ vom 21. April 2016 (Urk. 7) wurde festgehalten, verglichen mit der auswärtigen Voruntersuchung vom 22. Oktober 2014 (K.____; vgl. E. 3.7) bestehe aktuell ein hochgradiger Verdacht auf einen ausgedehnten radiären Riss in der Basis des medialen Hinterhornes mit Verlagerung der Basis nach ventral. Daneben bestehe weiterhin ein feiner horizontaler Riss im Hinterhorn des medialen Meniskus mit Einstrahlen in die Meniskusunterfläche.

E. 3.18

Im Bericht der F.____, Muskulo-Skelettal Zentrum, Orthopädie Untere Extremitäten, vom 16. Juni 2016 (Urk. 16/1) wurde festgehalten, der Beschwer deführer klage seit einem

Unfall vor drei Jahren über anhaltende, mediale Knieschmerzen links. Es zeige sich eine mediale Meniskusläsion (MRI Knie links vom 21. April 2016), die mit den klinischen Befunden korreliere. Um der beginnenden medialen Gonarthrose nicht zusätzlich Vorschub zu leisten, würden Therapieoptionen besprochen. Geplant sei zunächst eine Infiltration des linken Kniegelenks.

E. 3.19

Dr. med. E. ____, Facharzt für Chirurgie, Abteilung Versicherungsmedizin, führte in seiner Chirurgischen Beurteilung vom 25. Juli 2016 (Urk. 22) aus, am linken Kniegelenk sei bildgebend im September 2013 eine undislozierte, rein spongiöse Impressionsfraktur im Bereich des medialen Tibiakopfes objektiviert worden. An der Lendenwirbelsäule sei erstmals im Oktober 2015 eine mässige Facettengelenksarthrose L4/L5 und L5/S1 bei darüber hinaus normalen Befunden ohne Diskushernie und ohne Neurokompression bildgebend objektiviert worden. Zur besseren Verständlichkeit für medizinische Laien würden einige kurze Erläuterungen zur Biomechanik des Gehens beziehungsweise deren Störung durch Hinken vorausgeschickt. Biomechanisch orientierend würden drei Arten eines Hinkens unterschieden: Das Lähmungshinken, das Verkürzungshinken und das Schmerzhinken. Im vorliegenden Fall erwähne Dr. L. ____, ein Schonhinken; dies sei ein Synonym für das Schmerzhinken: eine Person mit (Belastungs-)Schmerz an einem Bein versuche, das Bein zu schonen; dies geschehe über eine Änderung der Belastung und damit des Gangbildes. Die beiden erstgenannten Arten des Hinkens könnten im vorliegenden Fall ausgeschlossen werden: Dr. L. ____, bestätige in ihrem Bericht eine „normale Muskelkraft an den Beinen“ und „normale Muskeleigenreflexe“. Eine Unfallkausale Beinverkürzung könne in Anbetracht der oben genannten, objektivierten Diagnose am linken Kniegelenk ausgeschlossen werden. Dr. E. ____, führte weiter aus, Ian J. Harrington habe in einem Grundlagenpapier zu Händen des kanadischen Workplace Safety and Insurance Appeals Tribunal aus dem Jahr 2004 die massgeblichen Fakten zu Hinken und Rückenschmerz (Limping and Back Pain) dargestellt. Eine Person, die – aus welchem Grund auch immer – Schmerzen eines der unteren Gliedmassen habe, werde versuchen, durch ein entsprechendes Bewegungsmuster die Schmerzen und Beschwerden zu minimieren. Hierbei komme es beim Gehen in der Ebene zu einer Verlagerung des Körperschwerpunktes auf die Seite des betroffenen Beines. Darüber hinaus finde eine Verkürzung der Schrittlänge statt, eine Verminderung der Schrittfrequenz und eine Verkürzung der Standphase des betroffenen Beines. Die Auswirkungen auf die Lendenwirbelsäule seien allein durch die Seitwärtsverlagerung des Körperschwerpunktes bedingt. Eine solche Belastungsasymmetrie der Lendenwirbelsäule könne aber nur dann zur Ursache degenerativer Veränderungen der Lendenwirbelsäule werden, wenn die Beanspruchung über mehrere Jahre anhalte. Hierzu existieren epidemiologische Untersuchungen an beinamputierten Personen. Am 16. Juni 2016 sei in der F. ____, eine röntgenologische Darstellung der Beinachse links vorgenommen worden: es bestehe eine Varusachse des linken Beines (O-Bein-Deformität). Diese Achsabweichung des linken Beines sei zweifellos vorbestehend und nicht unfallkausal, denn eine Verletzung des Kniegelenks, welche die Achsenverhältnisse des Beines ändere, habe nicht stattgefunden. Eine Varusachse im Kniegelenk sei prädisponierend für eine Varusgonarthrose, das sei eine mediale Gonarthrose, wie sie in der F. ____, als „beginnend“ diagnostiziert worden sei. Zur Beurteilung des Kausalzusammenhangs zwischen der Knieverletzung und den Rückenschmerzen führte Dr. E. ____, sodann aus, das Auftreten von Rückenschmerzen sei erstmals 1 ¾ Jahre nach dem Unfallereignis aktenkundig. Anlässlich der kreisärztlichen

Untersuchung vom 20. Januar 2014 seien keine Rückenbeschwerden angegeben worden . Im Bericht vom 20. Januar 2014 sei ein hinkfreies Gangbild dokumentiert. Dr. L.____

dokumentiere in ihrem Bericht vom 1. Februar 2016 ebenfalls ein normales Gangbild. Der Fersen- und Zehengang sei beidseits möglich. In ihrem Bericht vom 21. Juni 2016 finde sich eine Dokumentation des Befundes der Wirbelsäule, welche wortgetreu identisch mit dem am 1. Februar 2016 erhobenen Befund sei , mit der einzigen Ausnahme, dass jetzt festgehalten werde, bei der Untersuchung finde sich ein Schonhinken bezüglich des linken Knies links. Der Fersen- und Zehengang sei beidseits möglich. Das Schonhinken sei somit erst nach dem 1. Februar 2016 aufgetreten. Die Ausprägung des Schonhinkens könne im Juni 2016 aber auch nicht sehr ausgeprägt gewesen sein, denn ein durch Knieschmerzen bedingtes Schonhinken im Fersengang sei kaum vorstellbar, da ein Knieschmerz in aller Regel durch einen Fersengang erheblich verstärkt und deshalb von der verletzten Person gar nicht erst demonstriert werde . Die Kausalitätsbeurteilung von Dr. L.____ sei somit weder biomechanisch überzeugend noch durch die dokumentierten medizinischen Fakten (im Februar 2016 hinkfreies Gangbild) gestützt und sei somit versicherungsmedizinisch als unzutreffend zu qualifizieren. Überdies sei eine tatsächliche Verursachung einer massigen Facettengelenksarthrose der unteren zwei LWS-Segmente innerhalb der hier diskutierten kurzen Zeiträume ausgeschlossen. Zum Fallabschluss hielt Dr. E.____ fest, am 18. September 2013, dreieinhalb Wochen nach dem Unfall, sei eine Magnetresonanztomographie des linken Kniegelenks durchgeführt worden . Die vorliegenden Bilder würden ein ausgeprägtes Knochenmarksödem im Schienbeinkopf medial und dorsal zeigen . Verletzungen des Knieinnenraumes seien nicht objektivierbar. Insbesondere liege kein Kniegelenkserguss vor; die Bandstrukturen seien intakt; die Knorpelbeläge von Oberschenkelrolle, Schienbeinkopf und Kniescheibenrückfläche seien unverletzt. Was der Radiologe zutreffend als eine „ akzentuierte, zentrale Signalanhebung im Hinterhorn des Innenmeniskus ohne Beteiligung einer freien Meniskusfläche“ beschreibe, sei zweifellos eine vorbestehende degenerative Veränderung des Hinterhorns des Innenmeniskus, wie er bei Personen in der 4. Lebensdekade häufig und meist symptomlos angetroffen werde . Diese Meniskuspathologie stelle keine Unfallfolge dar und die Annahme von Dr. L.____, es liege ein „unfallbedingter Meniskussschaden“ vor, sei unzutreffend. Mit

der Bildgebung (E. 3.2, E. 3.7 und E. 3.17) sei objektiviert, dass die Unfallfolgen am linken Kniegelenk folgenlos ausgeheilt seien . Die Meniskusdegeneration des medialen Hinterhorns, welche vorbestehend gewesen sei, sei durch den Sturz im August 2013 auch nicht beschleunigt worden, was als eine richtunggebende Verschlimmerung eines bis anhin unbekanntes Stadiums hätte gewertet werden müssen. Die Bilder vom 21. April 2016 würden bildgebend einen Status quo sine am linken Kniegelenk objektivieren . In seiner Replik weise der Beschwerdeführer auf seinen Analgetikakonsum hin und sehe darin den Beweis für die heftigen Beschwerden. Es handle sich hierbei um Angaben des Beschwerdeführers und Dokumentationen der behandelnden

Ärzte; tatsächliche Spiegelbestimmungen der verschiedenen Substanzen im Blutserum seien in den Akten nicht dokumentiert. Bemerkenswert sei der Hinweis im Bericht der F.____ vom 16. Juni 2016 , der Beschwerdeführer nehme gelegentlich verschiedene Schmerzmedikamente ein. Unter Ponstanz erfahre er eine gewisse Linderung. Unabhängig davon, ob der Beschwerdeführer die verschiedensten Medikamente in der angegebenen kumulativen Dosierung einnehme , könne aber festgehalten werden, dass diese

medikamentöse Therapie nicht der Behandlung von Unfallfolgen diene, da solche nicht mehr bestehen. Dr. E.____ gelangte zum Schluss, ein kausaler Zusammenhang zwischen der Verletzung des linken Kniegelenks im August 2013 und den Rückenbeschwerden des Beschwerdeführers im Jahr 2015 sei unwahrscheinlich. Auf der Grundlage der vorhandenen Bildgebungen im zeitlichen Verlauf sei der Einstellungzeitpunkt der Versicherungsleistungen mehr als zwei Jahre nach dem Unfallereignis auf der Grundlage der dokumentierten, bildgebend objektivierten Fakten zu bestätigen.

E. 4.1

Der Bericht von Dr. E.____ vom 25. Juli 2016 (E. 3.19) erfüllt die von der Rechtsprechung aufgestellten Anforderungen an eine beweistaugliche und beweiskräftige Expertise (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352, vgl. E. 1.7). Konkrete Indizien, die gegen die Zuverlässigkeit seines Berichts sprechen, sind nicht zu finden. Seine Einschätzung wird überdies in weiten Teilen durch die Beurteilung von Dr. Z.____ gestützt.

E. 4.2

Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ist nicht von einem Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom 24. August 2013 und den Rückenbeschwerden (vgl. Urk. 1 S. 8 f.) auszugehen. Dr. E.____ schilderte anschaulich und in nachvollziehbarer Weise (E. 3.19), weshalb die Kausalitätsbeurteilung von Dr. L.____ (E. 3.16) nicht zu überzeugen vermag und als unzutreffend qualifiziert werden muss. Bereits aufgrund der zeitlichen Abfolge sind an den Wahrscheinlichkeitsbeweis strenge Anforderungen zu stellen (E. 1.5.4): Es erscheint daher nicht schlüssig, weshalb Rückenbeschwerden, welche nach Aktenlage erst 1 ¾ Jahre nach dem Unfall aufgetreten sind, mit einer noch viel später aufgetretenen Fehlbelastung durch Hinken (gemäss Aktenlage 2 ½ Jahre nach dem Unfall) in Zusammenhang gebracht werden sollten. Die mässige Facettengelenksarthrose der unteren LWS ist somit als rein degenerativer Zustand zu betrachten. Daran ändert auch der Bericht von Dr. med. G.____, Facharzt FMH für Rheumatologie und Innere Medizin, vom 11. Juli 2017 (Urk. 31/3) nichts. Dr. G.____ hielt fest, ein Zusammenhang zwischen dem lumbospondylogenen Schmerzsyndrom und dem posttraumatischen Leiden am linken Kniegelenk könne nicht ausgeschlossen werden. Dies wurde zum einen aber nicht begründet und genügt zum anderen dem im Sozialversicherungsrecht erforderlichen Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nicht. Ob die Tätigkeit des Beschwerdeführers als Verkaufsfahrer Hygieneexpress (Urk. 11/68/2) mit Blick auf die degenerativen Veränderungen an der LWS dem von Dr. Z.____ erstellten Anforderungsprofil (E. 3.4) entsprach, ist mangels Unfallkausalität der Rückenbeschwerden daher nicht von Belang.

E. 4.3

Hinsichtlich des linken Kniegelenks ist von einem Status quo sine auszugehen, wie dies Dr. E.____ unter Hinweis auf das bildgebende Material überzeugend darlegte (E. 3.19). Darauf kann verwiesen werden. Nach dem 19. Februar 2016 (Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung) wurde eine neue Verletzung dokumentiert. Im Bericht des C.____ vom 21. April 2016 (E. 3.17) wurde festgehalten, verglichen mit der auswärtigen Voruntersuchung vom 22. Oktober 2014 (K.____) bestehe aktuell ein hochgradiger Verdacht auf einen ausgedehnten radiären Riss in der Basis des medialen Hinterhornes mit Verlagerung der Basis nach ventral. Dieser Befund ist nicht zu verwechseln mit dem unverändert bestehenden feinen horizontalen Riss im Hinterhorn des medialen Meniskus mit Einstrahlen

in die Meniskusunterfläche. Der horizontale Riss steht hier im Fokus und wurde von Dr. E.____ als stummer Vorzustand qualifiziert, welcher durch den Unfall vom 24. August 2013 zwar aktiviert, aber nicht richtunggebend verschlimmert wurde. Diesbezüglich konnte also keine Veränderung des Befunds festgestellt werden.

Daran ändert auch der Bericht von Dr. B.____ vom 16. Dezember 2014 (E. 3.8), auf welchen der Beschwerdeführer hinwies (Urk. 27 S. 4), nichts. Dr. B.____ hatte eine kleine Avulsionsverletzung des medialen Meniskushinterhornes festgestellt, was gleichbedeutend ist mit einer kleinen Rissverletzung des medialen Meniskushinterhornes. Es kann zwar nicht ausgeschlossen werden, dass die Tätigkeit des Beschwerdeführers als Verkaufsfahrer Hygieneexpress zu einer Verstärkung der Kniebe schwerden führte (Urk. 1 S. 6 f.), doch ist dies nicht im Zusammenhang mit dem stattgehabten Unfall vom 24. August 2013 zu sehen. Aufgrund der festgestellten Verletzung definierte Dr. Z.____ am 20. Januar 2014 das Anforderungsprofil an eine angepasste Tätigkeit (E. 3.4). Obwohl sich der Beschwerdeführer nicht daran hielt und kniende Tätigkeiten ausübte (E. 1 S. 7) und regelmässig Treppen mit dem Sackrolli stieg (E. 3.10), führte dies nicht zu einer Veränderung des radiologischen Befunds in Bezug auf den feinen horizontalen Riss im Hinterhorn des medialen Meniskus. Allerdings ist denkbar, dass es aufgrund der Tätigkeit mit Heben und Tragen von schwereren Lasten zu einer Überlastung des Knies gekommen ist, was bei der festgestellten Varusachse des linken Beins (E. 3.19 vgl. auch Urk. 33/1) eine weitere Verletzung möglicherweise begünstigte. Dr. E.____ wies schliesslich darauf hin, dass eine Varusachse im Kniegelenk prädisponierend für eine Varusgonarthrose sei. Es handelt sich somit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht um eine Unfallfolge.

E. 4.4

Nach dem Gesagten erweist sich der Fallabschluss vom 13. Oktober 2015 als rechtens. Zu diesem Zeitpunkt war nicht mehr von einer Besserung des Gesundheitszustands durch eine Fortsetzung der ärztlichen Behandlung auszugehen. Ausserdem war der Beschwerdeführer zu besagtem Zeitpunkt voll arbeitstätig. Es kann darüber hinaus auf die zutreffenden Ausführungen der Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort vom 17. Mai 2016 (Urk. 10 S. 3 ff.) verwiesen werden.

E. 4.5

Der Beschwerdeführer reichte im Beschwerdeverfahren etliche medizinische Berichte ein, welche den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers nach dem 19. Februar 2016 (Zeitpunkt des angefochtenen Entscheids) betreffen (E. 1.8). Da vom Erreichen des medizinischen Endzustands im Zeitpunkt des Fallabschlusses auszugehen ist, ist nicht weiter auf diese Berichte einzugehen. Anzumerken bleibt aber, dass auch der Bericht von Prof. I.____ vom 31. Oktober 2017 (Urk. 35/6) nichts an der nachvollziehbaren Einschätzung von Dr. E.____ zu ändern vermag. Prof. I.____ hielt in seinem Bericht vom 31. Oktober 2017 fest, Meniskuswurzelrupturen träten üblicherweise nicht ohne Trauma, also ohne Unfallmechanismus, auf. Definitiv sei dies der Fall, wenn der Beschwerdeführer relativ jung sei, so wie der Beschwerdeführer, welcher zum Zeitpunkt des Unfalls 36 Jahre alt gewesen sei. Die Meniskuswurzelruptur sei daher eine Unfallfolge. Dem ist entgegenzuhalten, dass lediglich postero-laterale Meniskuswurzelrupturen in der Regel traumatischen Ursprungs sind, nicht hingegen postero-mediale Meniskuswurzelrupturen, welche meist degenerativer Natur sind oder in seltenen Fällen im Rahmen von Multiligamentverletzungen auftreten (vgl. Johannes Georg Brunhuber, Biomechanische

Untersuchung zur Refixation von Meniskuswurzelrissen, Dissertation, angenommen am 15. März 2017 an der Fakultät für Medizin, Abteilung für Sportorthopädie des Klinikums rechts der Isar der Technischen Universität München, Ziff. 1.2.2). Vorliegend handelte es sich um eine mediale Meniskuswurzelruptur (vgl. E. 3.17) und somit um eine Verletzung, welche meistens degenerativen Ursprungs ist. Auch der Umstand, dass Prof. I.____ am 20. September 2017 nicht nur eine Arthroskopie, mediale Teilmenisektomie Knie links, sondern auch eine Beinachsenkorrektur des linken Beins vornahm (Urk. 33/1), stützt die Annahme von Dr. E.____, wonach mit überwiegender Wahrscheinlichkeit die Varusachse für die beginnende Gonarthrose verantwortlich ist. Die Frage, ob die Kosten für den operativen Eingriff vom 20. September 2017 von der Beschwerdegegnerin zu übernehmen sind oder nicht, ist indes nicht hier zu beantworten, da dies nicht Gegenstand der Beschwerde ist. Der Hinweis des Beschwerdeführers, der Anspruch auf eine Rente und eine Integritätsentschädigung sei erst nach erfolgter Arthroskopie zu prüfen (Urk. 1 S. 10), erweist sich in diesem Verfahren als nicht zielführend, denn ein verfrühter Fallabschluss konnte nicht festgestellt werden.

E. 4.6

Die Beschwerdegegnerin hielt im angefochtenen Einspracheentscheid vom 19. Februar 2016 fest, der Beschwerdeführer erleide keine erhebliche unfallbedingte Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit. Da der Beschwerdeführer zum Zeitpunkt des Unfalls arbeitslos, zuvor aber als Servicetechniker angestellt gewesen sei, sei zur Berechnung des Valideneinkommens auf die Tabellenlöhne der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) 2012 abzustellen. Das Valideneinkommen betrage Fr. 73'967.60 (LSE 2012, Tabelle TA1, Ziff. 31-33, Kompetenzniveau 2). Das Invalideneinkommen sei aufgrund der Anstellung bei der A.____ zu berechnen und betrage Fr. 85'900.--. Ein Einkommensvergleich führe zu keiner Erwerbseinbusse. Selbst wenn man von einem Valideneinkommen von Fr. 86'678.45 (bei einem Kompetenzniveau 3, LSE 2012, Tabelle TA1, Ziff. 31-33,) ausginge, ergäbe sich lediglich eine Erwerbseinbusse von Fr. 778.45 und damit ein Invaliditätsgrad von 0.9 %. Damit sei die Erheblichkeitsgrenze von 10 % bei weitem nicht erreicht. Ausser dem liege aufgrund der medizinischen Beurteilung keine erhebliche Schädigung der körperlichen Integrität vor. Weder die Voraussetzungen für eine Invalidenrente noch für eine Integritätsentschädigung seien erfüllt (Urk. 2 S. 9 ff.). Dies ist nicht zu beanstanden und wurde vom Beschwerdeführer auch nicht substantiiert bestritten. Mit seinem Vorbringen, über kurz oder lang sei eine Verdienst einbusse zu verzeichnen, da die ausgeübte Tätigkeit für die persistierenden Knie- und Rückenbeschwerden nicht ideal sei (Urk. 1 S. 7), vermag der Beschwerdeführer nicht durchzudringen, da die persistierenden Knie- und Rückenbeschwerden nicht als unfallkausal zu werten sind.

E. 5

eingetreten ist und die darüber hinaus geklagten Knie- und Rückenbeschwerden nicht auf das Unfallereignis vom 24. August 2013 zurückzuführen sind. Es sind keine weiteren Abklärungen angezeigt, insbesondere besteht kein Anlass für die Einholung eines Gerichtsgutachtens. Der angefochtene Entscheid ist damit nicht zu beanstanden und die Beschwerde ist abzuweisen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Oskar Müller - Suva, unter Beilage der Doppel/Kopien von Urk. 30-35 - 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 Vorsitzende
Die Gerichtsschreiberin
Hurst Muraro

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