

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00271

vom 29. Oktober 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-10-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2016.00271

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00271 du 29 octobre 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00271 del 29 ottobre 2018

Erwägungen

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). Dem entsprechend 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 2. März 2011 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

Am 19. März 2014 erstattete die MEDAS C.____, im Auftrag der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, ein polydisziplinäres Gutachten (Urk. 8/295). Daraufhin nahm die Suva erneut Abklärungen insbesondere hinsichtlich der linksseitigen Fussbeschwerden - vor. Mit chirurgischer Beurteilung vom 4. November 2014 (Urk. 8/321) nahm Dr. D.____, Facharzt für Chirurgie sowie Arbeitsmedizin, von der Abteilung Versicherungsmedizin zum Sachverhalt am linken Fuss Stellung. Am 27. November 2014 fand eine kreisärztliche Untersuchung des Versicherten durch Dr. E.____, Facharzt für Chirurgie, statt (Urk. 8/329). Nach weiteren Abklärungen erstattete Dr. E.____ am 12. Januar 2015 eine ergänzende kreisärztliche Stellungnahme, einschliesslich Beurteilung des Integritätsschadens (Urk. 8/346 f.).

Im Verlauf hatten sich auch Schulterbeschwerden manifestiert. Diesbezüglich hatte die Suva am 3. März 2014 ihre Leistungspflicht abgelehnt (Urk. 8/291).

E. 1.2.1

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 unmittelbare 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 weg gedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiere (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. 1.2.2

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 hier bei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt aber die entsprechende Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungs begründender 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 S tatus quo sine vel ante entfällt eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden. Solange jedoch der S tatus 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. 1.3

Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweck mässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 % invalid, 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 mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungs massnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG).

E. 1.4

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

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

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin verneinte in ihrem Einspracheentscheid vom 21. Oktober 2016 (Urk. 2) den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente. Dabei berücksichtigte sie einzig die geklagten Kniebeschwerden und ging - der kreisärztlichen Beurteilung von Dr. E.____ vom 12. Januar 2015 folgend davon aus, dass dem Beschwerdeführer eine angepasste Tätigkeit ganz tags zumutbar sei. Gestützt hierauf

ermittelte sie keine Einkommenseinbusse (S. 6 ff.). Hinsichtlich des Anspruchs auf eine Integritätsentschädigung folgte die Beschwerdegegnerin ebenfalls der Beurteilung von Dr. E.____ vom 12. Januar 2015 und schloss auf einen Integritätsschaden von 10 % (S. 8 f.).

In ihrer Beschwerdeantwort vom 3. Januar 2017 (Urk. 7) ergänzte die Beschwerdegegnerin, dass die geklagten Fussbeschwerden links gemäss beweismässiger Würdigung von Dr. D.____ vom 4. November 2014 nicht zu berücksichtigen seien, weil keine (frische) Schädigung des linken Fusses habe festgestellt werden können; hinsichtlich der Beurteilung der Knieproblematik sei Dr. E.____ zu folgen, der regelrechte, intakte Verhältnisse am Knie aufgezeigt habe (S. 4 ff.). Weiter bestätigte sie die durchgeführte Invaliditätsbemessung (S. 6 f.) und die Integritätsentschädigung in der Höhe von 10 % (S. 7).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer machte dagegen geltend (Urk. 1), es sei dem MEDAS-Gutachten folgend auf eine 30%ige Leistungsminderung aufgrund der Kniebeschwerden links (Schmerzen und Funktionsbeeinträchtigungen) zu schliessen und auch die Beschwerden am linken Fuss seien als Unfallfolge mitzuberechnen. Die versicherungsinternen Ärzte hätten sich nicht mit dem Gutachten auseinandergesetzt (S. 5 ff.). Das Valideneinkommen sei weiter gestützt auf den Verdienst im Bereich Garten- und Landschaftsbau zu ermitteln, was zu einem Einkommen von Fr. 53'037.-- führe (S. 8 f.). Bei einem Invalideneinkommen von Fr. 39'805.-- resultiere ein Invaliditätsgrad von 25 %, eventualiter sei von einem Invaliditätsgrad von 17 % auszugehen (S. 9). Der Integritätsschaden betrage sodann 20 % (S. 10).

E. 3

Vorweg ist festzuhalten, dass betreffend die psychischen Beschwerden sowie die Rückenbeschwerden und die Skrotumkontusion im Zeitpunkt des Fallabschlusses im Januar 2015 (Urk. 8/348) unbestrittenermassen keine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin (mehr) bestand. Diese sind somit bei der Beurteilung des Anspruchs auf eine Invalidenrente sowie eine Integritätsentschädigung ausser Acht zu lassen. Bestritten und damit zu prüfen ist, ob hinsichtlich der linksseitigen Knie- sowie Fussbeschwerden ein Rentenanspruch sowie ein Anspruch auf eine Integritätsentschädigung besteht und - falls ja - wie dieser konkret ausfällt. In diesem Zusammenhang ist vorab hinsichtlich der linksseitigen Fussbeschwerden zu prüfen, ob diese im Zeitpunkt des Fallabschlusses im Januar 2015 als natürlich kausal zum Unfallereignis vom 2. März 2011 angesehen werden können.

E. 4.1

Den medizinischen Akten ist im Zusammenhang mit den linksseitigen Fussbeschwerden im Wesentlichen Folgendes zu entnehmen:

E. 4.1.1

Der Beschwerdeführer hatte im August 2005 in den USA einen Unfall erlitten, bei welchem ihm ein Motorrad von einer Rampe auf den linken Fuss gefallen war (Urk. 8/304 S. 1). Dies führte zu einer Metatarsalfraktur sowie einer Würfelbeinfraktur am linken Fuss. Es fanden zwei Operationen statt (Pinning der Metatarsalfraktur, offene Reposition und interne Fixation der Würfelbeinfraktur). Anlässlich einer Bildgebung vom 29. September 2005 waren die Pins intakt und die Frakturen waren ordnungsgemäss ausgerichtet und heilten gut. Es wurde festgehalten, dass keine Pins mehr nötig seien, die Fäden würden entfernt. Röntgenaufnahmen vom 28. Oktober 2005 zeigten eine intakte Cuboidplatte sowie intakte

Metallimplantate. Die Frakturlinie über dem zweiten Mittelfussköpfchen sei immer noch sichtbar, aber die Ausrichtungen seien sowohl beim zweiten als auch beim dritten Metatarsalknochen akzeptabel. Am 13. Dezember 2005 waren die Inzisionen am linken Fuss gut verheilt. Es wurde eine geringfügige Schwellung festgestellt. Eine abschliessende Untersuchung wurde für in sechs Wochen vor gesehen (zum Ganzen: Urk. 8/304 f., 8/312).

E. 4.1.2

Nach dem Unfallereignis vom 2. März 2011 wurde der linke Fuss bildgebend untersucht. Dem Bericht betreffend Magnetresonanztomographie (MRI/MRT) des Rückfusses links vom 20. April 2011 (Urk. 8/7) ist folgende Beurteilung zu entnehmen: «Unauffällige Darstellung des OSG und des USG sowie des medialen und lateralen Bandapparates. Deutlich eingeschränkte Beurteilbarkeit bei Osteosynthesematerial im Bereich des Mittelfusses».

E. 4.1.3

Nach kreisärztlicher Untersuchung des Beschwerdeführers vom 5. März 2012 (Urk. 8/89) führte Dr. E.____ aus, im beigelegten Befundbericht (E. 4.1.2) würden keine frischen posttraumatischen Veränderungen, die sich auf das neue Ereignis zurückführen liessen, beschrieben. Insgesamt sei aufgrund der Berichte eher nicht davon auszugehen, dass eine strukturelle Unfallfolge beziehungsweise eine richtungsweisende Verschlimmerung nachweisbar sei. Falls weiterhin Beschwerden im oberen Sprunggelenk (OSG) beklagt würden, sei die Kausalitätsbeurteilung zu einem späteren Zeitpunkt vorzunehmen (S. 6 f.).

E. 4.1.4

Im Rahmen einer 3-Phasen-Skelettszintigraphie vom 12. März 2012 (Urk. 8/98) wurden Überlastungszeichen tarsometatarsal IV bis V festgestellt.

E. 4.1.5

Anlässlich eines ersten stationären Aufenthaltes des Beschwerdeführers in der B.____ vom 21. März 2012 bis 26. April 2012 (Urk. 8/112 S. 1) wurde eine Bildgebung der Füsse beidseits angefertigt. Dem Röntgenbild vom 22. März 2012 ist folgender Befund zu entnehmen (Urk. 8/112 S. 8): «Im linken Fuss im lateralen Mittelfussbereich Plattenosteosynthese mit vermutlich Arthrodese Os cuboid mit Os cuneiforme lateral und teilweise auch Os naviculare. Ausserdem zeigt sich am linken Fuss eine deutliche Hallux valgus-Stellung der Grosszehe. Das USG erscheint bds. unauffällig. Das OSG rechts ist unauffällig, links knöcherner Ausziehung der ventralen Tibiakante. Am rechten Fuss knöcherner Ausziehung am Oberrand des Os naviculare. Das Fussgewölbe erscheint bds. intakt».

Seitens der Orthopäden wurden die geklagten Beschwerden im Rahmen eines komplexen regionalen Schmerzsyndroms (CRPS) gesehen. Die Röntgenaufnahmen des linken Fusses würden regelrechte Knochenstrukturen bei Plattenosteosynthese einer älteren Mittelfussfraktur zeigen (Urk. 8/110 S. 2). Im Austrittsbericht vom 8. Mai 2012 (Urk. 8/112) wurde festgehalten, das Ausmass der physischen Einschränkung lasse sich mit den objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung und bildgebenden Abklärungen sowie Diagnosen aus somatischer Sicht zumindest teilweise erklären (S. 4). Im Rahmen einer zweiten stationären Behandlung des Beschwerdeführers in der B.____ vom 6. September bis 14. September 2012 (Urk. 8/169 S. 1) wurde hinsichtlich des linken Beines wiederum eine CRPS-Therapie empfohlen (S. 3). Die Bildgebung des

linken Fusses zeigte dabei beginnende degenerative Veränderungen im Lisfranc bei Status nach Arthrorese Cuboid/Cuneiforme laterale mit intaktem Osteosynthese material ohne Lockerungszeichen (Urk. 8/169 S. 9).

E. 4.1.6

Anlässlich eines MRT des linken Fusses vom 18. Oktober 2012 (Urk. 8/186) wurde eine eingeschränkte Beurteilbarkeit bei Osteosynthesematerial im Bereich des Mittelfusses festgehalten. Es liege kein Knochenmarködem/keine Stressfraktur vor. Sodann bestünde keine osteo chondrale Läsion oder Knochennekrose im Mittelfuss. Hinweise auf eine Arthritis oder Tendovaginitis bestünden nicht. Arthrosezeichen lägen metatarsophalangeal auf der Höhe der Digtus I bis III vor. Es bestehe kein Gelenkserguss. Am 16. November 2012 (Urk. 8/174) zeigte sich bildgebend eine beginnende Arthrose Digtus I, ein beginnender Hallux mit Arthrose auch in Digtus II und III, bei sonst korrektem Fuss skelett (S. 3).

E. 4.1.7

Am 4. Dezember 2012 wurde der linke Fuss in der Universitätsklinik F.____ erneut geröntgt. Es zeigte sich folgender Befund (Urk. 8/185 S. 3): «Platten osteosynthese des Cuboids, keine Zeichen der Materiallockerung oder des Materialbruches. Hallux valgus sowie geringe MTP-I-Arthrose. Strähnige Osteopenie. Kleiner plantarer Fersensporn».

E. 4.1.8

Dr. E.____ beurteilte die ganze Problematik in seiner Stellungnahme vom 1. Februar 2013 (Urk. 8/187) bei unauffälligem MRI und nicht mehr nachgewiesenen CRPS als erheblich psychiatrisch überlagert.

E. 4.1.9

Dr. G.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, diagnostizierte in seinem Bericht vom 22. April 2013 (Urk. 8/204) einen Status nach Osteosynthese Cuboidfraktur (Ecuador etwa 2008) sowie nach dislozierter Fraktur mit Pseudarthrose Os cuneiforme laterale. Das Röntgenbild des linken Fusses vom 4. April 2013 hatte dabei folgenden Befund gezeigt: «Das Chopart-Gelenk und das Intertarsalgelenk sind glatt begrenzt und nicht verschmälert. Am Cuboid gibt es eine komplexe Osteosynthese mit mehreren Platten ohne Stufe zum Chopart oder Lisfrancgelenk. Auffallend ist die unscharfe Begrenzung des Cuneiforme laterale mit einem dislozierten keilförmigen Knochenfragment, welches wie ein Keil zwischen die Basis des Metatarsale IV und Metatarsale III ragt. Die Köpfchen der Metatarsalia II und III zeigen nach Lateral, wahrscheinlich nach retrokapitaler Fraktur. Die Metatarsalia sind sonst unauffällig mit ordentlich kräftig ausgeprägter Kortikalis».

E. 4.1.10

Am 26. Juni 2013 hielt Dr. E.____ fest, in den echtzeitlichen Akten fänden sich keine Hinweise auf eine namhafte Traumatisierung des Fusses, so dass eine richtungsweisende Verschlimmerung höchstens möglicherweise vorliege (Urk. 8/222).

E. 4.1.11

Im Bericht der Universitätsklinik F.____ vom 9. Juli 2013 (Urk. 8/228) wurden eine fortgeschrittene, posttraumatische Chopart- und Lisfranc-Arthrose bei Status nach operativ-versorgter Cuboid-Fraktur (2. März 2011) sowie ein Hallux valgus links

diagnostiziert. Das Röntgen des Fusses vom 4. Juli 2013 hatte eine Mittel fussarthrose bei Status nach operativ-versorgter Cuboid-Fraktur gezeigt. Deutliche Gelenkspaltverschmälerung Lisfranc. Im Chopart-Gelenk Hinweis auf beginnende Arthrose. Hallux valgus linksseitig. Es wurde festgehalten, dass ein erheblicher Leidensdruck schon seit zwei Jahren bestehe. Die Beschwerden seien eindeutig Unfallfolgen. Es sei eine erhebliche, posttraumatische Arthrose vorhanden. Nach durchgeführter Computertomographie (CT) entschied man sich bei voll ständig konsolidierter Cuboid-Fraktur für die Entfernung des Osteosynthesematerials. Die entsprechende Operation wurde am 14. Oktober 2013 durchgeführt (Urk. 8/262, 8/ 272).

E. 4.1.12

Am 12. Juli 2013 sprachen die Fachärzte der B.____ hinsichtlich des bildgebend festgestellten Knochenfragments von einer unfallfremden Fussverletzung (Urk. 8/233).

E. 4.1.13

Am 31. Juli 2013 berichtete Dr. E.____ den Bericht der Universitätsklinik F.____ vom 9. Juli 2013 (E. 4.1.11) dahingehend, dass am 2. März 2011 keine Cuboid-Fraktur osteosynthetisiert worden sei. Weiter wiederholte er, dass sich in den echtzeitlichen Akten keine Hinweise auf eine namhafte Traumatisierung des Fusses fänden (Urk. 8/234).

E. 4.1.14

Im MEDAS-Gutachten vom 19. März 2014 (Urk. 8/295) wurde als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit unter anderem eine fortgeschrittene post traumatische Chopart- und Lisfranc-Arthrose links bei Status nach Fussdistorsion am 2. März 2011 sowie nach Os Cuboid-Fraktur links 2005 mit Plattenosteosynthese versorgt, bei komplexer Fussverletzung, festgehalten (S. 51). Die Gutachter führten aus, dass das radiologisch festgestellte dreieckige Knochenfragment am linken Mittelfuss in der Höhe der Basis Metatarsalia 3/4 dorsal nach Osteosynthesematerialentfernung oder als Traumafolge entstanden sein könne, es habe keinen Bezug zu einem Gelenk beziehungsweise einer direkt sichtbaren knöchernen Struktur und sei wahrscheinlich intraoperativ mit der Metallentfernung zu klären und gegebenenfalls zu entfernen (S. 55). Die zuletzt angefertigten Röntgenaufnahmen des linken Fusses (28. Januar 2014) zeigten fortgeschrittene degenerative Veränderungen im Bereich Calcaneocuboid und Tarsometatarsalgelenk IV und V mit einer deutlichen Gelenkspaltverschmälerung. Sie würden als posttraumatische Arthrose nach komplexer Fussverletzung 2005 gewertet. Das Trauma am 2. März 2011 mit Fussdistorsion links habe vermutlich eine Aktivierung bei der vorbestehenden Arthrose aus gelöst. Die Druckdolenz über dem Os cuboid als maximaler Schmerzpunkt weise auf einen Reizzustand des calcaneocuboidalen Gelenkabschnitts hin (S. 56). Im Rahmen der Beantwortung der Zusatzfragen wurde die aktivierte Mittel fuss arthrose links als unfallfremd beurteilt (S. 60).

E. 4.1.16

Mit SPECT-CT vom 8. Juli 2014 wurde in der Universitätsklinik F.____ eine schwere aktivierte tarsometatarsale Arthrose V. mehr als IV. Strahl festgestellt. Es wurde die Indikation zur Arthrodese TMT-IV und V des linken Fusses gestellt, gegebenenfalls calcaneocuboidal (Urk. 8/317 S. 2).

E. 4.1.17

Am 4. November 2014 nahm Dr. D.____ eine chirurgische Beurteilung hinsichtlich der Beschwerden am linken Fuss vor (Urk. 8/321). Darin hielt er fest, dass der Beschwerdeführer in der Vergangenheit, und zwar vor dem hier zu diskutierenden Ereignis vom 2. März 2011, eine schwere Fussverletzung erlitten habe, sei nach der ersten Röntgenuntersuchung des Fusses evident gewesen. Diese in der B.____ am 22. März 2012 angefertigten Bilder würden - ein Jahr nach dem Unfall ereig nis eine Osteosynthese an der linken Fusswurzel zeigen. Einzelheiten zu dieser Verletzung und der operativen Behandlung seien erst im Juli 2014 bekannt geworden, insbesondere der Operationsbericht vom 15. September 2005. Ein singu lärer Bericht aus der Kardiologischen Abteilung eines Spitals in Ecuador aus dem Jahre 2007 gebe keine weiteren Hinweise auf zusätzliche Verletzungen des linken Fusses. Originale Röntgenaufnahmen betreffend die Fuss-Verletzung im Jahre 2005 hätten nicht mehr beschafft werden können. Den Berichten sei zu entnehmen, dass dem Beschwerdeführer ein Motorrad auf den linken Fuss gefallen sei und hierdurch Brüche des Würfelbeins und des zweiten und des dritten Mittelfussknochens links verursacht worden seien. Alle drei Frakturen seien osteosynthetisch versorgt worden; das Osteosynthesematerial aus den Mit tel fussknochen sei noch in den USA wieder entfernt worden, das Material am Würfelbein sei belassen und erst am 14. Oktober 2013 in der Universitätsklinik F.____ entfernt worden. Ein detaillierter Operationsbericht über diesen Eingriff und allfällige bei der Operation sonst noch durchgeführten therapeutischen Ein griffe liege nicht vor. Mittlerweile sei die Diagnose einer fortgeschrittenen Arthrose im Chopart- und im Lisfranc-Gelenk des linken Fusses objektiviert. Die in der Universitätsklinik F.____ initial explizit vorgenommene kausale Attribu tion dieser Arthrosen zum Ereignis vom 2. März 2011 sei mit Sicherheit unzu treffend. Weder die Cuboidfraktur noch die Arthrosen der Fusswurzelgelenke noch der Hallux valgus links stellten eine Folge des Ereignisses vom 2. März 2011 dar (S. 4).

Im Rahmen der Stellungnahme zum MEDAS-Gutachten vom 19. März 2014 führte der Facharzt abschliessend aus, die erste Bildgebung des linken Fusses sei in der B.____ ein Jahr nach dem Unfallereignis erfolgt und habe keine Hinweise auf tatsächliche strukturelle Läsionen ergeben, die eindeutig dem Ereignis vom 2. März 2011 hätten kausal zugeordnet werden können. Insofern könne kein zum Unfall vom 2. März 2011 eindeutig kausales, somatisches Korrelat für die geklag ten Beschwerden objektiviert werden. Mittlerweile habe durch neu beschaffte medizinische Unterlagen objektiviert werden können, dass eine schwerwiegende Fusswurzelverletzung links im September 2005 operativ behandelt worden sei. Die jetzt diagnostizierten Arthrosen in diesem Bereich seien natürlich kausal zu dieser Verletzung im Jahr 200 5. Dass eine richtungsgebende Verschlimmerung dieser Arthrosen durch das Ereignis vom 2. März 2011 verursacht worden sei, sei in Anbetracht der Tatsache, dass tatsächliche, strukturelle Läsionen am linken Fuss ausweislich der vorliegenden Dokumentation nicht verursacht worden seien, unwahrscheinlich. Auch eine Beschleunigung der arthrotischen Veränderungen, welche als indirekter Hinweis auf eine richtungsgebende Verschlimmerung zu interpretieren wäre, sei bildgebend nicht ausgewiesen (S.

E. 4.2.1

Dr. D.____ nahm seine Beurteilung vom 4. November 2014 (E. 4.1.17) in Kenntnis der Aktenlage vor. Nachdem es sich um die Beurteilung der natürlichen Kausalität handelte, erübrigte sich eine persönliche Untersuchung des Beschwerdeführers. Den dargelegten Akten (E. 4.1) ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer im Jahre 2005 eine

Metatarsalfraktur sowie eine Würfelbeinfraktur am linken Fuss erlitten hatte, die beide operativ behandelt wurden. Im Nachgang zum Unfallereignis vom 2. März 2011 konnten bildgebend keine strukturellen Folgen festgestellt werden, dafür zeigten sich im Verlauf degenerative Veränderungen. Es wurde auf einen Status nach (dislozierter) Fraktur geschlossen. Das im April 2013 entdeckte Knochenfragment und auch die Arthrose wurden in Zusammenhang mit der erlittenen (Cuboid)-Fraktur gebracht, wobei die Ärzte der Universitätsklinik F.____ fälschlicherweise von einer im Jahre 2011 erlittenen Fraktur ausgingen, weshalb nicht auf ihre Kausalitätsbeurteilung abgestellt werden kann.

E. 4.2.2

In Übereinstimmung mit Dr. D.____ führten auch die MEDAS-Gutachter die posttraumatische Arthrose auf die Fussverletzung aus dem Jahre 2005 zurück. Sie schlossen im Zusammenhang mit dem Trauma vom 2. März 2011 jedoch auf eine vermutliche Aktivierung der vorbestehenden Arthrose. Diese Schlussfolgerung rechtfertigt sich - wie Dr. D.____ ausführte - mit Blick auf die fehlenden strukturellen Folgen des Unfalls vom 2. März 2011 am linken Fuss nicht. Im Übrigen hielten die MEDAS-Gutachter - entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 6) - eine Aktivierung der Arthrose lediglich für möglich. Bei dem im Sozialversicherungsrecht geltenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit genügt dies nicht für die Annahme einer natürlichen Kausalität. Schliesslich erachteten die Gutachter die aktivierte Mittelfussarthrose abschliessend als unfallfremd, was widersprüchlich zu ihrer vorangehenden Beurteilung erscheint, wonach das Trauma vom 2. März 2011 zu einer Aktivierung der Arthrose geführt habe. Aus unfallversicherungsrechtlicher Sicht bestehen damit Zweifel an der gutachterlichen Würdigung der Sachlage betreffend die Kausalitätsfrage. Zur Frage der Aktivierung respektive richtungsgebenden Verschlimmerung der Arthrose durch das Unfallereignis vom 2. März 2011 nahm Dr. D.____ ausdrücklich Stellung und führte aus, dass hierzu aufgrund der fehlenden strukturellen Läsionen nicht auszugehen sei. Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 7) leuchtet diese Beurteilung ein, da es beim Unfallereignis zu keinen frischen traumatischen Läsionen gekommen ist, welche die unbestrittenermassen vorbestehende Arthrose wesentlich verschlimmern könnten.

E. 4.2.3

Insgesamt ist damit festzuhalten, dass die Verneinung der natürlichen Kausalität zwischen den am linken Fuss geklagten Beschwerden und dem Unfallereignis vom 2. März 2011 im Zeitpunkt des Fallabschlusses nicht zu beanstanden ist. 5.

E. 5

Am 28. Juli 2014 hielt Dr. G.____ fest, da das Knochenfragment im Bereich der Osteosynthese des Cuboids nicht im Zusammenhang mit einem bei der Beschwerdegegnerin versicherten Unfall stehe, sondern mit einem früher in Ecuador behandelten Unfall könne er wohl auch nicht zu Lasten der Beschwerdegegnerin weitere Behandlungen durchführen (Urk. 8/310 S. 1).

E. 5.1

5

Nach kreisärztlicher Untersuchung des Beschwerdeführers vom 27. November 2014 (Urk. 8/329) diagnostizierte Dr. E.____ eine erhebliche Funktionseinschränkung am Knie links mit/bei Status nach arthroskopischer Teilmeniscektomie medial sowie nach vorderer

Kreuzbandersatzplastik (S. 7). Die erhebliche Bewegungseinschränkung sei seiner Ansicht nach aufgrund der Akten nicht vollumfänglich nachvollziehbar. Vor allem könne er sich schwer vorstellen, wie sich über mehrere Monate langsam eine so ausgeprägte Arthrofibrose ausbilden könne. Ebenfalls stelle er die Diagnose eines CRPS in Frage. Trotz der Beurteilung der B.____ habe durch die Rheumatologen der Universitätsklinik F.____ kein florides CRPS festgestellt werden können. Seines Erachtens sollten aufgrund der chronischen Schmerzsymptomatik weitere operative Eingriffe nur mit äusserster Zurückhaltung durchgeführt werden. Da aber im Jahr 2012 die Szintigraphie pathologisch gewesen sei, werde er den Beschwerdeführer nochmals für eine Verlaufsszintigraphie anmelden. Zudem werde er eine Arthro-MRI-Untersuchung veranlassen.

Nach durchgeführter 3-Phasen-Skelett-Szintigraphie und SPECT-CT des linken Knies vom 9. Dezember 2014 (Urk. 8/335) sowie MR des linken Knies (Urk. 8/338) nahm Dr. E.____ am 12. Januar 2015 (Urk. 8/346) erneut zum medizinischen Sachverhalt hinsichtlich der linksseitigen Knieproblematik Stellung und führte aus, die aktuell durchgeführte Bildgebung weise bezüglich der vorderen Kreuzbandersatzplastik einen weitgehend unauffälligen Befund auf. Vor allem habe keine relevante Hyperaktivität als Hinweis auf ein florides CRPS nachgewiesen werden können. Passend zur klinisch festgestellten Quadricepsatrophie fänden sich Hinweise auf eine generelle Minderbelastung des linken Beines. Der MRI-Befund zeige ebenfalls unauffällige postoperative Verhältnisse auf. Insgesamt sei die erheblich eingeschränkte aktive Kniefunktion aufgrund der Bildgebung nicht konklusiv erklärbar. Der Beschwerdeführer wolle eine Kniemobilisation in Narkose nicht durchführen lassen ,

weshalb

er sich für die Beurteilung der Unfallfolgen an die Bildgebung halte. Es fänden sich keine Hinweise auf eine relevante Arthrofibrose. Auch seien die arthrotischen Veränderungen als leicht bis mässiggradig zu beurteilen. Entsprechend könne aufgrund der radiologischen Untersuchung die erhebliche Funktionseinschränkung nicht erklärt werden. Auch sei das Ausmass der Beschwerden nicht vollumfänglich organisch erklärbar. Aufgrund der weitgehend unauffälligen Bildgebung sei eine deutlich bessere Kniefunktion zu erwarten und die Belastbarkeit sollte ebenfalls namhaft gesteigert werden können. Entsprechend werde er aufgrund dieser Befunde bei nur partiell erklärbaren Beschwerden das Zumutbarkeitsprofil theoretisch herleiten.

Dem Beschwerdeführer sollte ganztags eine leichte bis mittelschwere, wechselnde Arbeit zugemutet werden können. Aufgrund einer zu erwartenden progressiven Gonarthrose sollte das Begehen von unebenem Gelände, das wiederholte Besteigen von Treppen und Leitern und auch das Einnehmen von Zwangshaltungen wie Knien und Kauern gemieden werden (S. 2).

E. 5.2.1

Dr. E.____ nahm seine abschliessende Beurteilung vom 12. Januar 2015 (E. 5.1.11) nach persönlicher Untersuchung des Beschwerdeführers sowie zusätzlich durchgeführter Bildgebung vor. Die geklagten Funktionseinschränkungen wurden entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 7) - in die Beurteilung einbezogen, weshalb zusätzlich zur klinischen Untersuchung des Beschwerdeführers Bildgebungen veranlasst wurden. In der Folge konnte sowohl das Vorliegen einer CRPS-Symptomatik als auch einer Arthrofibrose, welche die geklagten Funktionsstörungen im Sinne einer eingeschränkten

Beweglichkeit des linken Knies sowie die Schmerzen erklären könnten, ausgeschlossen werden. Wie auch die MEDAS-Gutachter ausführten, können die leichten degenerativen Veränderungen sodann nicht für die geklagte Beugehemmung des linken Kniegelenks ursächlich angesehen werden (E. 5.1. 4). Nachdem somit weder die degenerativen Veränderungen noch andere Aspekte die geltend gemachten

Beschwerden am linken Knie plausibilisieren können, sind diese - entgegen der Ansicht der MEDAS-Gutachter (E. 5.1. 4) - nicht vollumfänglich objektivierbar.

E. 5.2.2

Das MEDAS-Gutachten aus dem Jahre 2014, auf welches sich der Beschwerdeführer in seiner Beschwerdeschrift vom 28. Oktober 2016 beruft (Urk.

1), war dagegen in einem Zeitpunkt erstattet worden, als der medizinische Endzustand und damit der Zeitpunkt für die Beurteilung einer Invalidenrente sowie einer Integritätsentschädigung noch nicht erreicht war. Die Einschätzung, wonach nach abgeschlossenem Heilungsverlauf von Seiten des linken Kniegelenkes von einer mindestens 30%igen Leistungsminderung auszugehen sei, war prognostischer Natur. Im Rahmen der aktuellen kreisärztlichen Beurteilung von

Dr. E.____ konnte diese Prognose nicht bestätigt werden.

Zudem fällt auf, dass die Gutachter darauf verzichteten, eine aktuelle Bildgebung zu veranlassen (Urk. 8/295 S. 32). Damit wurden die geklagten Beschwerden durch die Gutachter keiner Objektivierung unterzogen, was Dr. E.____ am 27. November 2014 zu Recht kritisierte (Urk. 8/329 S. 8).

Die hernach durch Dr. E.____ in Auftrag gegebenen Bildgebungen

zeigten dagegen auf, dass die Beschwerden nicht vollumfänglich erklärbar sind. Die Beurteilung der MEDAS-Gutachter vermag damit insbesondere aufgrund der Unvollständigkeit der ihr zugrundeliegenden Abklärungen keine Zweifel am Beweiswert der kreisärztlichen Beurteilung von Dr. E.____ zu erwecken. Mit Letzterem ist auf eine ganztägige Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in angepasster Tätigkeit zu schließen (E. 5.1. 4). Eine weitere kreisärztliche Auseinandersetzung mit dem Gutachten kann - aufgrund des infolge Unkenntnis der genannten Aktenlage fehlenden Beweiswerts - als entbehrlich erachtet werden (Urk. 1 S. 7).

6.

Zusammenfassend ist aufgrund des Dargelegten festzuhalten, dass die geklagten linksseitigen Fussbeschwerden im Zeitpunkt des Fallabschlusses mangels natürlicher Kausalität zum Unfallereignis vom 2. März 2011 zu Recht nicht in die Beurteilung des Anspruchs auf eine Invalidenrente sowie eine Integritätsentschädigung eingeflossen sind. Im Zusammenhang mit den Kniebeschwerden links ist sodann der

Zumutbarkeitsbeurteilung von Dr. E.____ zu folgen, wonach dem Beschwerdeführer eine leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Arbeit ganz tags zugemutet werden kann. Aufgrund einer zu erwartenden progressiven Gonarthrose sollte das Begehen von unebenem Gelände, das wiederholte Besteigen von Treppen und Leitern und auch das Einnehmen von Zwangshaltungen wie Knien und Kauern gemieden werden (E. 5.1.4). Gestützt hierauf ist nachfolgend der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente sowie eine Integritätsentschädigung zu beurteilen. 7.

7.1

Zur Bestimmung des Invaliditätsgrades wird gemäss Art. 16 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der (unfallbedingten) Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). 7.2

7.2.1

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Valideneinkommens entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühest möglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 139 V 28 E. 3.3.2; BGE 135 V 58 E. 3.1; BGE 134 V 322 E. 4.1 mit Hinweis).

Ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die versicherte Person die bisherige Tätigkeit unabhängig vom Eintritt der Invalidität nicht mehr ausgeübt hätte, kann das Valideneinkommen auf Grundlage der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) berechnet werden, wobei die für die Entlohnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren zu berücksichtigen sind (BGE 139 V 28 E. 3.3.2; BGE 128 V 29 E. 4e; Urteil des Bundesgerichts 9C_887/2015 vom 12. April 2016 E. 4.2).

Bei der Festsetzung des Valideneinkommens ist nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung auch ein beruflicher Aufstieg im Gesundheitsfall zu berücksichtigen, den eine versicherte Person normalerweise vollzogen hätte; dazu ist allerdings erforderlich, dass konkrete Anhaltspunkte dafür bestehen, dass ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ein beruflicher Aufstieg und ein entsprechend höheres Einkommen tatsächlich realisiert worden wären. Die Absicht, beruflich weiterzukommen, muss durch konkrete Schritte wie Kursbesuche, Ablegung von Prüfungen usw. kundgetan worden sein. Die theoretisch vorhandenen beruflichen Entwicklungs- oder Aufstiegsmöglichkeiten sind nur dann zu berücksichtigen, wenn sie mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eingetreten wären (BGE 96 V 29; AHI 1998 S. 166 E. 5a, I 287/95; RKUV 1993 Nr. U 168 S. 97 E. 3b, U 110/92; Urteil des Bundesgerichts 9C_787/2010 vom 24. November 2010 E. 4.2 mit Hinweisen).

7.2.2

Gemäss Mitteilung des ehemaligen Arbeitgebers des Beschwerdeführers an die Beschwerdegegnerin vom 26. Juni 2013, war der Beschwerdeführer für Reinigungsarbeiten nicht geeignet und hätte im Jahre 2011 daher mit der Kündigung rechnen müssen, auch ohne Unfall (Urk. 8/224). Damit ist nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer im Zeitpunkt der Prüfung des Rentenanspruchs im Jahre 2015 noch bei der A.____ gearbeitet hätte. Zwecks Ermittlung des Valideneinkommens sind somit die Tabellenwerte gemäss (LSE) des Bundesamtes für Statistik heranzuziehen.

In diesem Zusammenhang ist auf das Vorbringen einzugehen, die Tätigkeit im Reinigungsdienst sei lediglich ein Übergangsjob gewesen und der Beschwerdeführer sei aufgrund seiner Ausbildung als Agronom auf der Suche nach einer Stelle in diesem oder einem verwandten Bereich gewesen. Ihm sei daher als Valideneinkommen der Verdienst einer im Garten- und Landschaftsbau tätigen Person anzurechnen (Urk. 1 S. 8 f.). Diesbezüglich ist festzuhalten, dass den Akten keine Hinweise darauf zu entnehmen sind, dass der Beschwerdeführer im Gesundheitsfall überwiegend wahrscheinlich in eine Tätigkeit im Bereich Garten- und/oder Landschaftsbau gewechselt hätte: Der Beschwerdeführer reiste gemäss eigenen Angaben am 23. Juli 2010 in die Schweiz ein. Aufgrund fehlender Sprachkenntnisse vermochte er keine Anstellung als Agrar-Ingenieur zu finden. Per 1. Oktober 2010 gelang es ihm schliesslich, eine Teilzeitstelle bei der A.____ anzutreten (Urk. 8/16 S. 2). Dort arbeitete er bis zum in Frage stehenden Unfallereignis vom 2. März 2011 (Urk. 8/1). Hinweise auf einen bevorstehenden Berufswechsel fehlen in den Akten, weshalb rechtsprechungsgemäss eine berufliche Entwicklung ausser Acht zu bleiben hat (Urteil des Bundesgerichts 9C_368/2017 vom 3. August 2017 E. 4.1).

Zur Bemessung des Valideneinkommens ist daher auf Tabellenwerte der Branche Reinigung abzustellen. Im Jahre 2014 verdienten Männer in dieser Branche Fr. 4'443.-- (LSE 2014, TA1, Monatlicher Bruttolohn nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Privater Sektor, Position 77, 79-82, Kompetenzniveau 1, Männer). Dies entspricht einem Jahreseinkommen von Fr. 53'316. - (Fr. 4'443.-- x 12). Aufindexiert auf das vorliegend massgebliche Jahr 2015 (Tabelle T 1.1.10 Nominallohnindex, Männer, 2011-2016, Position 77 82) sowie angepasst an die betriebsübliche Arbeitszeit von 42.1 Wochenstunden im Jahre 2015 (Bundesamt für Statistik, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen T 03.02.03.01.04.01, Position 77+79-82) resultiert hieraus ein Valideneinkommen von Fr. 56'006.55 (Fr. 53'316.-- x 103.2/103.4 x 42.1/40). 7.3 7.3.1

Für die Festsetzung des trotz Gesundheitsschädigung zumutbarerweise noch realisierbaren Einkommens (Invalideneinkommen) ist nach der Rechtsprechung primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Übt sie nach Eintritt der Invalidität eine Erwerbstätigkeit aus, bei der – kumulativ – besonders stabile Arbeitsverhältnisse gegeben sind und anzunehmen ist, dass sie die ihr verbliebene Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausschöpft, und erscheint zudem das Einkommen aus der Arbeitsleistung als angemessen und nicht als Soziallohn, gilt grundsätzlich der tatsächlich erzielte Verdienst als Invalidenlohn (BGE 139 V 592 E. 2.3; BGE 135 V 297 E. 5.2; BGE 129 V 472 E. 4.2.1; BGE 126 V 75 E. 3b/aa). Für die Bestimmung des Invalideneinkommens können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen LSE herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3, 135 V 297 E. 5.2, 129 V 472 E. 4.2.1, 126 V 75 E. 3b). Dabei sind grundsätzlich die im Verfügungszeitpunkt aktuellsten veröffentlichten Tabellen der LSE zu verwenden (BGE 143 V 295 E. 4.1.3 ; zur Verwendung der aktuellsten statistischen Daten bei Rentenrevisionen vgl. BGE 143 V 295 E. 4.2.2, 142 V 178 E. 2.5.8.1 , 133 V 545 E. 7.1). Der Bezug der Lohnstatistik erfolgt nur, wenn eine Ermittlung des Invalideneinkommens aufgrund und nach Massgabe der konkreten Gegebenheiten des Einzelfalles nicht möglich ist (vgl. BGE 142 V 178 E. 2.5.7, 139 V 592 E. 2.3, 135 V 297 E. 5.2; vgl. auch Meyer/Reichmuth, IVG, 3. Aufl., N 55 und 89 zu Art. 28a, mit weiteren Hinweisen auf die Rechtsprechung). 7.3.2

Der Beschwerdeführer hat seit dem Unfallereignis vom 2. März 2011 keine berufliche Tätigkeit mehr ausgeübt. Zur Ermittlung des Invalideneinkommens ist daher auf Tabellenlöhne abzustellen. In angepasster Tätigkeit hätte der Beschwerdeführer im Jahre 2014 ein Einkommen von Fr. 5'312.-- pro Monat verdienen können (LSE 2014, TA1, Monatlicher Bruttolohn nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Privater Sektor, Total, Kompetenzniveau 1, Männer). Dies entspricht einem Jahreseinkommen von Fr. 63'744.-- (Fr. 5'312.-- x 12). Auf indexiert auf das Jahr 2015 (Tabelle T 1.1.10 Nominallohnindex, Männer, 2011 2016, Total) und angepasst an die betriebsübliche Arbeitszeit von 41.7 Wochenstunden im Jahr 2015 (Bundesamt für Statistik, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen T 03.02.03.01.04.01, Total) resultiert hieraus ein Invalideneinkommen von Fr. 66'646.30 (Fr. 63'744.-- x $103.5/103.2$ x $41.7/40$). Unter Berücksichtigung des durch die Beschwerdegegnerin gewährten, unbestritten gebliebenen (Urk. 1 S. 9) leidensbedingten Abzuges von 10 % (Urk. 2 S. 7) ergibt sich ein Invalideneinkommen von Fr. 59'981.65 (Fr. 66'646.30 x 0.9).

7.4

Da das Invalideneinkommen höher ist als das Valideneinkommen, erfolgte die Verneinung des Anspruchs auf eine Invalidenrente durch die Beschwerdegegnerin zu Recht. 8. 8.1

Zu prüfen bleibt der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Integritätsentschädigung.

8.2

Zur Beurteilung dieser Frage ist von der durch Dr. E.____ gestellten unfallkausalen Diagnose einer teilweise objektivierbaren Funktionseinschränkung des linken Knies mit/bei Status nach arthroskopischer Teilmeniskektomie medial sowie nach vorderer Kreuzbandersatzplastik auszugehen (E. 5.1.5, Urk. 8/347 S. 1). Nach durchgeführter Bildgebung (3-Phasen-Skelett-Szintigraphie vom 9. Dezember 2014 sowie MRI des Knies links vom 11. Dezember 2014, E. 5.1.5) hielt der Kreisarzt in seiner Beurteilung vom 12. Januar 2015 (Urk. 8/347) fest, in der Bildgebung werde eine leichte, femorotibial betonte Gonarthrose aufgezeigt. Es sei aufgrund der medialen Teilmeniskektomie und des dargestellten Knorpelschadens eine Zunahme der Arthrose in Zukunft zu erwarten, weshalb mindestens eine mässige Gonarthrose im unteren Referenzbereich der Feinrastertabelle 5 erreicht werde. Die Referenzwerte der mässigen Pangoarthrose lägen zwischen 10 und 30 %. Bei nur partiell organisch erklärbaren Beschwerden und femorotibial betonten Degenerationen könne der untere Referenzwert von 10 % gutgeheissen werden (S. 1). 8.3

Erleidet die versicherte Person durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität, so hat sie Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung (Art. 24 Abs. 1 UVG). 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). Nach 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 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, geistige oder psychische 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, geistige oder psychische Integritätsschäden aus einem oder mehreren Unfällen zusammen, so wird die Integritätsentschädigung nach der

gesamten Beeinträchtigung festgesetzt. Die Gesamtentschädigung darf den Höchstbetrag des versicherten Jahresverdienstes nicht übersteigen und bereits nach dem Gesetz bezogene Entschädigungen werden prozentual angerechnet (Abs. 3). Vorausssehbare Verschlimmerungen des Integritätsschadens werden angemessen berücksichtigt. Revisionen sind nur im Ausnahmefall möglich, wenn die Verschlimmerung von grosser Tragweite ist und nicht voraussehbar war (Abs. 4).

Im Anhang 3 zur UVV hat der Bundesrat Richtlinien für die Bemessung der Integritätsschäden aufgestellt und in einer als gesetzmässig erkannten, nicht abschliessenden Skala (BGE 124 V 29 E. 1b mit Hinweisen) häufig vorkommende und typische Schäden prozentual gewichtet. Für die darin genannten Integritätsschäden entspricht die Entschädigung im Regelfall dem angegebenen Prozentsatz des Höchstbetrages des versicherten Verdienstes (Ziff. 1 Abs. 1). Die Entschädigung für spezielle oder nicht aufgeführte Integritätsschäden wird nach dem Grad der Schwere vom Skalenwert abgeleitet (Ziff. 1 Abs. 2). Integritätsschäden, die gemäss der Skala 5 % nicht erreichen, geben keinen Anspruch auf Entschädigung (Ziff. 1 Abs. 3).

Die Medizinische Abteilung der Suva hat in Weiterentwicklung der bundesrätlichen Skala weitere Bemessungsgrundlagen in tabellarischer Form (sog. Fein raster) erarbeitet. Diese von der Verwaltung herausgegebenen Tabellen stellen zwar keine Rechtssätze dar und sind für das Gericht nicht verbindlich, umso weniger als Ziff. 1 Abs. 1 von Anhang 3 zur UVV bestimmt, der in der Skala angegebene Prozentsatz des Integritätsschadens gelte im Regelfall, welcher im Einzelfall Abweichungen nach unten wie nach oben ermöglicht. Soweit sie jedoch lediglich Richtwerte enthalten, mit denen die Gleichbehandlung aller Versicherten gewährleistet werden soll, sind sie mit dem Anhang 3 zur UVV vereinbar (BGE 124 V 29 E. 1c, 116 V 156 E. 3a). 8.4

Der Schluss von Dr. E. ___ auf eine leichte Gonarthrose ist nicht zu beanstanden, stimmt sie doch mit der Beurteilung der MEDAS-Gutachter überein, welche auf grund der radiologischen Befunde auf «diskrete Degenerationen» schlossen (Urk. 8/295 S. 55). Die geltend gemachten Funktionseinschränkungen konnten weiter mittels der Bildgebung nicht plausibilisiert werden (E. 5.2.1). Da diese so mit nicht objektivierbar sind, können sie bei der Beurteilung des Anspruchs auf eine Integritätsentschädigung nicht mitberücksichtigt werden. Das Vorbringen des Beschwerdeführers, es sei zur Festlegung des Integritätsschadens die Tabelle 2 «Funktionsstörungen untere Extremitäten» heranzuziehen (Urk. 1 S. 10), zielt daher ins Leere. Bei einer mässigen Pangonarthrose wird gemäss Suva Tabelle 5 ein Integritätsschaden von 10 bis 30 % festgelegt. Beim Beschwerdeführer wurde zu Recht unter Berücksichtigung des weiteren voraussehbaren Verlaufs eine mässiggradige Gonarthrose anerkannt. Die Einschätzung des Schadens auf 10 % infolge nicht vollumfänglicher Nachvollziehbarkeit der geklagten Beschwerden ist nicht zu beanstanden und der Anspruch auf eine höhere Integritätsentschädigung nicht gerechtfertigt. 9.

Aufgrund der beweiswertigen kreisärztlichen respektive versicherungsmedizinischen Beurteilungen kann auf weitere Abklärungen, insbesondere die Einholung eines Gerichtsgutachtens (Urk. 1 S. 2, 11), verzichtet werden (antizipierte Beweis würdigung, BGE 124 V 90 E. 4b, 122 V 157 E. 1d).

Nach dem Gesagten ist die Beschwerde abzuweisen. 10. 10.1

Der Beschwerdeführer beantragte schliesslich die Gewährung der unentgeltlichen Rechtsvertretung im Beschwerdeverfahren (Urk. 1 S. 2, S. 11 f., Urk. 9 ff.). 10.2

10.2.1

Gemäss § 16 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) wird einer Partei auf ihr Gesuch hin eine unentgeltliche Rechtsvertretung bestellt, wenn sie nicht in der Lage ist, den Prozess selber zu führen, ihr die nötigen Mittel fehlen und der Prozess nicht als aussichtslos erscheint.

Mittellosigkeit im Sinne des prozessualen Armenrechts setzt voraus, dass die Gesuchstellende Person sämtliche eigenen Hilfsmittel zur Finanzierung des Prozesses erschöpft hat. 10.2.2

Den Beschwerdeführer trifft im Verfahren betreffend die unentgeltliche Rechtspflege eine umfassende Mitwirkungsobliegenheit (vgl. etwa Urteile des Bundesgerichts 4A_264/2014 vom 17. Oktober 2014 E. 3.2 und 4A_403/2013 vom 11. Oktober 2013 E. 3.2.2). An die klare und gründliche Darstellung der finanziellen Situation durch die gesuchstellende Person dürfen umso höhere Anforderungen gestellt werden, je komplexer die Verhältnisse sind (BGE 120 Ia 179 E. 3a). Das Gericht hat weder den Sachverhalt von sich aus nach jeder Richtung hin abzuklären, noch unbesehen alles, was behauptet wird, von Amtes wegen zu überprüfen (Urteil des Bundesgerichts 4A_114/2013 vom 20. Juni 2013 E. 4.3.1). Schliesslich steht es dem Gericht frei, für die Abklärung der finanziellen Voraussetzungen einen Fragebogen einzuverlangen (Urteil des Bundesgerichts 9C_606/2013 vom 7. März 2014 E. 2.1.3). 10.3

Mit Verfügung vom 5. Dezember 2016 (Urk. 4) wurde der anwaltlich vertretene Beschwerdeführer aufgefordert, das Formular zur Abklärung der prozessualen Bedürftigkeit vollständig auszufüllen und dieses dem Gericht unter Beilage sämtlicher Belege zur finanziellen Situation einzureichen. Damit verbunden war die Androhung, dass bei ungenügender Substantiierung oder fehlenden respektive ungenügenden Belegen zur finanziellen Situation davon ausgegangen werde, dass keine prozessuale Bedürftigkeit besteht.

Am 5. Januar 2017 übermittelte der Beschwerdeführer das ausgefüllte Formular (Urk. 10). Diesem sind keinerlei Angaben zu seiner finanziellen Situation zu entnehmen. Dem Formular beigelegt wurde allein ein Schreiben des Sohnes des Beschwerdeführers, wonach Letzterer seit Mai 2015 bei ihm lebe und er finanziell für ihn Sorge, soweit dies möglich sei (Urk. 11). Aufgrund dieser Untertage kann nicht rechtsgenügend auf Bedürftigkeit geschlossen werden. Zudem behauptete er, kein Konto zu haben, obwohl er selbst gegenüber der Invalidenversicherung ein solches angegeben hat (Urk. 8/77/6).

Zusammengefasst hat der Beschwerdeführer in Missachtung seiner Mitwirkungsobliegenheiten seine finanziellen Verhältnisse überhaupt nicht belegt. Bei dieser Sachlage ist – wie mit Verfügung vom 5. Dezember 2016 (Urk. 4) angedroht – davon auszugehen, dass keine prozessuale Bedürftigkeit besteht. Unter diesen Umständen kann dem Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege nicht stattgegeben werden (vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C_173/2016 vom 17. Mai 2016 E.

5). Das Gericht beschliesst:

Das Gesuch des Beschwerdeführers vom 28. November 2016 um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege wird abgewiesen, und erkennt sodann: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Ursula Reger-Wytenbach -
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 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 Gräub Nünlist

E. 6

).

E. 11

zurückzuführen. Inwiefern dies bezüglich auf Einschränkungen zu schliessen ist, ist nachfolgend zu prüfen. Den Akten ist hierzu Folgendes zu entnehmen:

Am 17. Mai 2011 wurde das linke Knie ein erstes Mal operiert. Im Operationsbericht (Urk. 8/6) wurden die Diagnosen einer Kniegelenksverletzung links vom 12. Mai (richtig wohl März) 2011 mit Hinterhornläsion des medialen Meniskus sowie vorderer Kreuzbandruptur gestellt. Es wurde eine Arthroskopie des linken Knies, eine Teilmenisektomie dorso-medial und lateral sowie eine Teilsynovektomie durchgeführt.

Eine zweite Operation des linken Knies fand am 7. September 2011 statt. Dem Operationsbericht (Urk. 8/26) sind die Diagnosen einer Kniegelenksverletzung links vom 12. Mai (richtig wohl März) 2011 mit Hinterhornläsion des medialen Meniskus sowie vorderer Kreuzbandruptur mit persistierender vorderer Instabilität und ein Status nach Arthroskopie des Knies links und Teilmenisektomie am 17. Mai 2011 zu entnehmen. Es wurde eine Kniegelenksarthroskopie links mit Ersatzplastik des vorderen Kreuzbandes mit Semitendinosussehne 4-fach durchgeführt. Postoperativ zeigte sich nach kurzzeitiger Besserung ein protrahierter Verlauf bei unklarer Schmerzproblematik (Urk. 8/36, 8/44, 8/65, 8/68, 8/74).

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