

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2017.00127 vom 28. November 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-11-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2017.00127

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2017.00127 du 28 novembre 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2017.00127 del 28 novembre 2018

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1964, arbeitete ab 1. April 2010 als Kurier fahrer bei der Y.____, und war über die Arbeitgeberin bei der Suva obligatorisch unfallversichert, als er sich am 13. Januar 2013 bei einem Skiunfall in Serbien das rechte Knie verletzte (Unfallmeldung vom 15. Januar 2013, Urk. 8/1). Eine MRI-Untersuchung im MRI-Zentrum des Z.____ vom 16. Januar 2013 liess eine Bone Bruise im Bereich des laterodorsalen Femurkondylus, eine partielle Ruptur des inne ren Seitenbandes und eine Zerrung des vorderen Kreuzbandes ohne Ruptur erkennen (Urk. 8/34). Die Suva erbrachte die gesetzlichen Leistungen unter der Unfall Nr. 15.90126.13.2. Bei protrahiertem Verlauf unterzog sich der Ver sicherte am 7. November 2013 im A.____ einer Kniearthroskopie (Urk. 8/65). Gestützt auf die kreisärztlichen Beurteilungen vom 15. April (Urk. 8/106) und vom 11. Juni 2014 (Urk. 8/118) teilte die Suva zunächst mit der wieder zurückgenommenen Verfügung vom 17. April 2014 (Urk. 8/107, 8/115) und sodann mit Verfügung vom 8. Juli 2014 den Fallabschluss und die Leistungseinstellung per 31. Mai 2014 mit (Urk. 8/120). Mit der Einsprache vom 23. Juli 2014 verlangte der Versicherte, welcher seit 2. Juni 2014 wieder bei der Y.____ in einem 50%-Pensum arbeitete, unter Hinweis auf einen am 11. Juli 2014 erlittenen weiteren Unfall mit neuerlicher Knieverletzung eine halbe Invalidenrente (Urk. 8/123, Unfallmeldung vom 21. Juli 2014, Urk. 9/1). Die Suva erbrachte für den zweiten unter der Referenz Nr. 15.71539.14.0 geführten Unfall ebenfalls die gesetzlichen Leistungen und teilte dem Ver sicherten mit Verfügung vom 9. September 2014 die Einstellung der Taggeld leistungen rückwirkend per 21. Juli 2014 mit, wobei sie auf eine Rückforde rung der bis 14. August 2014 erbrachten Taggelder verzichtete (Urk. 9/27). Der Versicherte liess die dagegen erhobene Einsprache (Urk. 9/29) am 16. Oktober 2016 zurückziehen, liess aber gleichzeitig beantragen, die Folgen des Unfalls vom 11. Juli 2014 seien im Rahmen der Beurteilung der Folgen des ersten Unfalls zu berücksichtigen (Urk. 9/35). Mit Schreiben vom 18. Feb ruar 2015 teilte die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, dem Versicherten den Abschluss der beruflichen Eingliederung mit, da er auf eine weitere Unterstützung seitens der Eingliederungsberatung verzichtet habe (Urk. 8/137). Am 9. Januar 2017 erlitt der Versicherte einen Verkehrsunfall, bei welchem er sich gemäss Schadenmeldung der Y.____ vom 10. Januar 2017 eine Distorsion der Halswirbelsäule zuzog (Schadenmeldung nicht in den Akten, erwähnt in: Urk. 2 S. 13). Nach dem Eingang weiterer ärztlicher Unterlagen (Urk. 8/142-143, 8/147, 9/38) verneinte die Suva in Bestätigung ihrer Verfügungen vom 8. Juli 2014 und vom 9. September 2014 mit Einspracheentscheid vom 20. April 2017 einen Anspruch auf weitere Leistungen als die bisher erbrachten aus den Unfällen vom 13. Januar 2013 und 11. Juli 2014 (Urk. 2).

E. 1.1

Gemäss Art. 6 des Bundesgesetz es über die Unfallversicherung (UVG) werden – soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt – die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Abs. 1). Die Versicherung erbringt ihre Leistungen gemäss der seit 1. Januar 2017 gültigen Fassung von Art. 6 Abs. 2 UVG auch bei folgenden Körperschädigungen, sofern sie nicht vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen sind (Abs. 2): Knochenbrüche (lit. a), Verrenkungen von Gelenken (lit. b), Meniskusrisse (lit. c), Muskelrisse (lit. d), Muskelzerrungen (lit. e), Sehnenrisse (lit. f), Bandläsionen (lit. g) und Trommelfellverletzungen (lit. h). Ausserdem erbringt die Versicherung ihre Leistungen für Schädigungen, die der verunfallten Person bei der Heilbehandlung zugefügt werden (Abs. 3).

Gemäss der bis 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Fassung von Art. 6 Abs. 2 UVG konnte der Bundesrat Körperschädigungen, die den Folgen eines Unfalles ähnlich sind, in die Versicherung einbeziehen. Von dieser Kompetenz hat er in Art. 9 Abs. 2 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) Gebrauch gemacht und folgende Körperschädigungen, sofern sie nicht eindeutig auf eine Erkrankung oder eine Degeneration zurückzuführen sind, auch ohne ungewöhnliche äussere Einwirkung den Unfällen gleichgestellt:

a.

Knochenbrüche; b.

Verrenkungen von Gelenken;

c.

Meniskusrisse; d.

Muskelrisse; e.

Muskelzerrungen; f.

Sehnenrisse; g.

Bandläsionen; h.

Trommelfellverletzungen.

E. 1.2

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, 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, sofern sich der Unfall vor Erreichen des ordentlichen Rentenalters ereignet hat (Art. 18 Abs. 1 UVG).

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, insbesondere auf BGE

134 V 109 E. 4.3; vgl. auch Urteil 8C_639/2014 vom 2. Dezember 2014 E. 3).

E. 1.3

Wird die versicherte Person infolge eines Unfalles zu mindestens 10 % invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente, sofern sich der Unfall vor Erreichen des ordentlichen Rentenalters ereignet hat (Art. 18 Abs. 1 UVG). Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Zur Bestimmung des Invaliditätsgrades wird gemäss Art. 16 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).

E. 1.4.1

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).

E. 1.4.2

Nach der Rechtsprechung kommt auch den Berichten und Gutachten versicherungsinerner 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 versicherungsinernen Fachperson zum Versicherungsträger 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 versicherungsinernen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (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

Dagegen liess X.____ am 23. Mai 2017 Beschwerde erheben und die Zusprache einer halben Invalidenrente und einer Integritätsentschädigung beantragen. Eventualiter seien ihm ab 1. Juli 2016 weiterhin Heilkosten- und Taggeldleistungen zu erbringen; subeventualiter sei zur Abklärung des Gesundheitszustandes eine polydisziplinäre Begutachtung anzuordnen. In prozessualer Hinsicht liess er um Bestellung von Rechtsanwalt Dr. iur. Lüthy zum unentgeltlichen Rechtsvertreter und um Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung ersuchen (Urk. 1). Die Beschwerdegegnerin liess in der Vernehmlassung vom 14. Juni 2017 auf Abweisung der Beschwerde schliessen, soweit darauf einzutreten sei (Urk. 7). Mit Verfügung vom 14. Juli 2017 wurde Dr. Lüthy zum unentgeltlichen Rechtsvertreter in diesem Verfahren bestellt. (Urk. 17). Mit Eingabe vom 11. April 2018 liess der Beschwerdeführer aktuelle Unterlagen zu seiner finanziellen Situation (Urk. 18, 19/1-4) und auf telefonische Anfrage des Gerichts (Urk. 21) weitere ärztliche Berichte einreichen (Urk. 22, 23/2-3). Zu denselben liess die Beschwerdegegnerin am 25. Oktober 2018 Stellung nehmen (Urk. 27). Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, soweit für die Entscheidungsfindung erforderlich, nachfolgend eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin stellte sich im angefochtenen Entscheid auf den Standpunkt, dass bezüglich der Folgen des Unfalls vom 13. Januar 2013 spätestens ab dem Zeitpunkt des Verfügungserlasses vom 8. Juli 2014 keine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustandes mehr zu erwarten gewesen sei. Der Beschwerdeführer sei ab 1. Juni 2014 in seiner angestammten Tätigkeit als Kurierfahrer wieder voll arbeitsfähig gewesen, weshalb die Taggelder zu Recht eingestellt worden seien und kein Rentenanspruch bestehe. Die Voraussetzungen für die Gewährung einer Integritätsentschädigung seien angesichts der relativ harmlosen Verletzungen ebenfalls nicht erfüllt.

In Bezug auf das Ereignis vom 11. Juli 2014, aufgrund welchem die Beschwerdegegnerin ihre Taggeld- und Heilkostenleistungen vorübergehend wiederaufgenommen hatte (vgl. Urk. 9/12, 9/17), habe der Beschwerdeführer seine Einsprache gegen die Verfügung vom 9. September 2014 betreffend die Einstellung der Taggelder per 21. Juli 2014 zurückziehen lassen. Zudem sei es in diesem Zusammenhang abgesehen von den bereits gewährten medizinischen Massnahmen nach dem relativ bagatellären Vorgang vom 11. Juli 2014 ohnehin zu keinen weiteren Heilmassnahmen gekommen (Urk. 2 S. 5 ff.).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer lässt dagegen im Wesentlichen vorbringen, dass die Abklärungen seines Gesundheitszustandes absolut ungenügend seien, dass die aktuelleren medizinischen Berichte eine Zunahme der Schädigung des Innenmeniskus zeigten, weshalb eine neuerliche Kniearthroskopie empfohlen werde, dass weiterhin ein Streckdefizit vorliege und eine radikuläre Symptomatik diskutiert werde. Seine gesundheitliche Situation sei derart unklar, dass auch die Bezifferung des Anspruchs auf eine Integritätsentschädigung nicht möglich sei (Urk. 1 S. 5 ff).

E. 2.3

Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin den Fall Nr. 15.90126.13.2 betreffend den Unfall vom 13. Januar 2013 hinsichtlich der Taggeldleistungen zu Recht per 31. Mai 2014 und in Bezug auf die Heilkosten per 8. Juli 2014 abgeschlossen hat und ob sie sich berechtigterweise auf den Standpunkt stellte, der Beschwerdeführer sei seit 1. Juni 2014 als Kurierfahrer wieder voll arbeitsfähig und habe keinen Anspruch auf eine Integritätsentschädigung.

Was die Folgen des Unfalls vom 11. Juli 2014 anbelangt, lässt der Beschwerdeführer zwar nicht ausdrücklich bestreiten, dass sich dadurch sein Gesundheitszustand und die damit einhergehende Arbeitsunfähigkeit lediglich vorübergehend verschlechtert haben. Nachdem er seine Einsprache vom 16. September 2014 (Urk. 9/29) gegen die Verfügung vom 9. September 2014 (Urk. 9/27) jedoch nur unter der Bedingung, dass die Folgen des Unfalls vom 11. Juli 2014 bei den Folgen des ursprünglichen Unfalls zu berücksichtigen seien, zurückgezogen hat (Urk. 9/3), sind die verfügbaren Leistungseinstellungen der Beschwerdegegnerin unter Berücksichtigung der Folgen beider Unfälle zu prüfen.

Nicht Gegenstand dieses Verfahrens bilden allfällige Leistungsansprüche im Zusammenhang mit dem Autounfall vom 9. Januar 2017. Die Beschwerdegegnerin stellte ihre diesbezüglichen Leistungen mit Verfügung vom 5. März 2018 mangels adäquater Unfallfolgen ein (Urk. 19/3).

E. 3

Monate keine Tätigkeit bei Nässe, Zugluft und Kälte ausgeübt werden. Eine Integritätsentschädigung sei nicht geschuldet, sei doch die Erheblichkeitsgrenze nicht erreicht (Urk. 8/96).

Am 15. April 2014 folgte eine kreisärztliche Untersuchung mit der Frage nach dem medizinischen Endzustand. Der Beschwerdeführer habe über ein zunehmendes Instabilitätsgefühl im rechten Kniegelenk geklagt. Das demonstrierte Streckdefizit sei bei 20° gelegen, der Fersengang links habe besser bewältigt werden können, der Zehengang sei dagegen mühevoller erschienen. Die Schmerzangabe über dem Knieinnenspalt sei nunmehr bei passiver Innenrotation erfolgt, nicht mehr bei passiver Aussenrotation, die Meniskuszeichen seien entsprechend nicht mehr positiv eruiert gewesen. Dr. C.____ erklärte den Endzustand für erreicht und ging von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt aus. Wegen geklagter unfallfremder Rückenschmerzen empfahl er eine Abklärung durch den behandelnden Orthopäden (Urk. 8/106). Mit Stellungnahme vom 5. Juni 2014 sprach er sich ausdrücklich für eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Kurierfahrer aus (Urk. 8/118).

Dr. B.____ erachtete den Beschwerdeführer gemäss seinem Bericht vom 2. Juni 2014 dagegen in einer körperlich leichten Wirbelsäulen-adaptierten Tätigkeit mit der

Möglichkeit, zwischen Sitzen, Stehen und Gehen abzuwechseln, ohne Heben von schweren Lasten über 5 Kilogramm als lediglich zu 50 % arbeitsfähig (Urk. 8/119).

E. 3.1

Den medizinischen Akten ist zu den Folgen der Unfälle vom 13. Januar 2013 und 11. Juli 2014 Folgendes zu entnehmen:

Die Diagnosen im Bericht des Z.____ vom 25. Februar 2013 lauteten entsprechend der Beurteilung des MRI vom 16. Januar 2013 (Urk. 8/34) wie folgt (Urk. 8/19): - Bone Bruise im Bereich des laterodorsalen Femurkondylus sowie latero dorsales und mediodorsales Tibiaplateau - Partielle Ruptur des Ligamentum kollaterale mediale - Zerrung des vorderen Kreuzbandes ohne Nachweis einer Ruptur - Kein Nachweis einer Meniskusruptur.

Der bisherige Verlauf unter konservativer Therapie wurde als regelrecht erachtet; das noch vorhandene Streckdefizit sei am ehesten muskulär bedingt aufgrund der noch andauernden Schmerzhaftigkeit über dem medialen Kollateralband.

Bei persistierenden Beschwerden wurde am 20. März 2013 ein weiteres MRI erstellt. Im Vergleich zur Voruntersuchung zeigte sich gemäss Bericht des MRI-Zentrums O.____ ein deutlich regredientes Knochenmarksödem und ein weniger stark aufgetriebenes Kollateralband. Sowohl Hinweise auf eine Plica mediopatellaris als auch solche auf ein Impingement des Hoffa'schen Fettkörpers lägen keine vor. Der leichte Gelenkerguss sei zudem regredient (Urk. 8/18).

Dr. med. B.____, Spezialarzt FMH für Chirurgie, Wirbelsäulenleiden, Schleudertrauma und orthopädische Traumatologie, attestierte dem Beschwerdeführer in seinem Bericht vom 8. Juni 2013 aufgrund anhaltender rezidivierender Kniebeschwerden mit Instabilitätsgefühl eine anhaltende 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit (Urk. 8/39).

E. 3.2

Der Kreisarzt Dr. med. C.____, Facharzt für Orthopädie und Rheumatologie, Physikalische Medizin und Rehabilitation, empfahl aufgrund seiner Untersuchung vom 31. Juli 2013, wegen der lang dauernden Schmerzen und der deutlichen Belastungseinschränkung wie auch der positiven Meniskuszeichen eine diagnostische und gegebenenfalls therapeutische Arthroskopie (Urk. 8/51 S. 4).

Diese erfolgte am 7. November 2013 im A.____. Der im Hinterhornbereich medial geringgradig gequetschte Meniskus wurde zu 1/3 reseziert. Da Zweifel bestanden, dass die Meniskuskollision Ursache der Beschwerden und der Streckhemmung sei, wurde in Narkose geprüft, ob die Hamstrings zu kurz seien. Dabei habe sich eine Streckhemmung des rechten Knies bei Verkürzung des Gastrocnemiusmuskels gezeigt. Ähnliche Verhältnisse hätten sich auf der linken Seite gefunden, wobei die Flexionskontraktur dort viel geringer gewesen sei. Der zuständige orthopädische Chirurg Dr. med. D.____ empfahl regelmässiges Dehnen der Wadenmuskulatur (Urk. 8/65).

Dr. C.____ erklärte den Beschwerdeführer hierauf am 11. Dezember 2013 für leichte bis mittelschwere an das noch bestehende Streckdefizit des Kniegelenkes von 15 % angepasste Tätigkeiten ohne langes Stehen und langes Gehen als zu 100 % arbeitsfähig. Das Streckdefizit komme durch ein Anspannen der Wadenmuskulatur zustande und könne durch entsprechende einfache Dehnungen behoben werden (Urk. 8/75).

E. 3.3

Am 11. Februar 2014 folgte eine weitere kreisärztliche Untersuchung durch Dr. C.____. Der Beschwerdeführer klagte gemäss kreisärztlichem Untersuchungsbericht vom 11. Februar 2014 weiterhin über Anlauf- und Belastungsschmerzen punktuell eng umschrieben auf der Patellamitte. Ferner verspüre er ein Instabilitätsgefühl im rechten Kniegelenk und ein gewisses Reiben. Klinisch imponierte ein endphasiges Streck- und Beugedefizit des rechten Kniegelenkes. Weil beim Fersengang das gesunde linke Bein als funktionsgemindert demonstriert worden sei, indem der Beschwerdeführer den linken Vorfuss "runter schlappen" lassen, während der Fersengang rechts problemlos ausgeführt worden sei, äusserte Dr. C.____ Zweifel am Beschwerdevortrag und den klinisch demonstrierten Einschränkungen des Beschwerdeführers. Der Schmerzpunkt auf der Patellamitte habe im klinischen Befund nicht reproduziert werden können, auch fehlte ein Erguss. Die Schmerzangaben über dem Knieinnenspalt bei passiver Aussenrotation des Unterschenkels im Kniegelenk und umgekehrt die Schmerzangabe über dem Knieaussenspalt bei passiver Innenrotation des Unterschenkels im Kniegelenk erfüllten gemäss Dr. C.____ formal die Steinmann-I-Zeichen für den Innen- und den Aussenmeniskus. Dr. C.____ erachtete den Beschwerdeführer als vollschichtig arbeitsfähig in einer wechselbelastenden Tätigkeit, wobei Lasten über 15 Kilogramm vorübergehend für zirka drei Monate nicht gehoben werden sollten. Ferner sollte für die nächsten

E. 3.4

Aufgrund des Unfalles vom 11. Juli 2014, bei welchem der Beschwerdeführer auf einer Treppe ausgerutscht sei und sich beim Sturz das bereits lädierte Knie angeschlagen habe (Urk. 9/1, 9/7), attestierte Dr. B.____ vom 12. bis 20. Juli 2014 vorübergehend eine 100%ige, anschliessend wieder eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 9/6). Gemäss seinem Bericht vom 11. August 2014 zog sich der Beschwerdeführer beim Sturz vom 11. Juli 2014 eine Kniekontusion rechts lateral sowie am Patellaunterrand zu. Der Befund lautete auf eine Druckdolenz über dem Kopf fibulär mit leichter Schwellung und am Patellaunterrand, positive Meniskuszeichen, positive Zohlzeichen und Schmerzangaben bei Verschiebelastung der lateralisierten Patella (Urk. 9/10). Wie schon in seinem Bericht vom 6. September 2013 (Urk. 8/56) diagnostizierte Dr. B.____ zusätzlich zu den vom Z.____ gestellten Diagnosen ein femoropatellares Syndrom (Urk. 9/10 S. 2). Mit Schreiben vom 10. November 2014 führte er sodann aus, dass sich an der andauernden 50%igen Arbeitsunfähigkeit bezogen auf ein 100%-Pensum durch den neuen Unfall nichts geändert habe (Urk. 9/38).

E. 3.5

Im Bericht vom 12. April 2016 legte Dr. B.____ den Verlauf seit dem ersten Unfall ausführlich dar und führte unter anderem aus, dass seit Erlangen der 50%igen Arbeitsfähigkeit per 1. Juni 2014 trotz Fortsetzung der konservativen Therapie keine weitere Besserung eingetreten sei, weshalb am 21. März 2016 nochmals ein MRI (vgl. dazu Urk. 8/147) durchgeführt worden sei. Dieses habe eine leichte Zunahme der Schädigung des Innenmeniskus mit einem undislozierten Riss im Hinterhorn ergeben. Aufgrund des protrahierten klinischen Verlaufs mit persistierendem Streckdefizit von 15 % und immer noch bestehenden residuellen Beschwerden einerseits sowie dem neuen Befund andererseits stelle sich die Frage, ob nochmals eine Kniearthroskopie indiziert sei (Urk. 8/143).

Am 25. April 2016 untersuchte Dr. med. E.____ der F.____, den Beschwerdeführer. Dieser klagte vor allem über Schmerzen und die fehlende Streckung. Dr. E.____ erachtete im Befund vor allem die fehlende Streckung in Rückenlage mit knapp 10°, in Bauchlage lediglich 3° und eine leichte Hyposensibilität lateral am Unterschenkel als auffällig. Inspektorisch habe sich das Knie bei normaler Beweglichkeit in Flexion und fehlendem Erguss unauffällig gezeigt. Auch sei der Meniskustest negativ ausgefallen, Kreuz- und Seitenbänder seien stabil. Ein mitgebrachtes MRI vom 21. März 2016 habe keine grösseren Unregelmässigkeiten gezeigt; sowohl Knorpel als auch Menisken seien unauffällig. Ein Grund für das Streckdefizit sei gemäss Dr. E.____ nicht eruierbar. Die Symptomatik könne mit den vorliegenden klinischen und radiologischen Befunden nicht richtig erklärt werden. Es stelle sich die Frage, ob allenfalls eine radiokuläre Symptomatik für die Schmerzprobleme verantwortlich sei; entsprechend wäre als nächster Schritt eine Abklärung der Lendenwirbelsäule angezeigt (Urk. 8/142).

In einem nicht unterzeichneten Verlaufsbericht des Zentrums für Unfallchirurgie vom 12. Mai 2017, welcher gemäss Angaben in der Beschwerde von Dr. med. G.____, Facharzt FMH für Chirurgie, speziell Unfallchirurgie, Europäischer Facharzt für Unfallchirurgie (EBSQ Trauma), zertifizierter Kniechirurg der deutschen Kniegesellschaft (DKG, 2016), zertifizierter medizinischer Gutachter SIM, erstellt worden sei (vgl. Urk. 1 S. 6), wird das MRI vom 21. März 2016 dahingehend interpretiert, dass ein leichter Kniegelenkserguss rechts ersichtlich sei, die Kreuzbänder sich durchgängig mit normaler Signalintensität darstellten und ein Status nach Teilmeniskektomie posteromedial mit zirka 50 % vorhandener Meniskusbreite vorliege, wobei sich der Rand vor allem in den axialen Rekonstruktionen unregelmässig darstelle. Ein Bone Bruise liege nicht vor, auch kein sichtbarer Meniskusschaden, zudem seien keine fokalen Knorpelschäden sichtbar. Das Femoro patellargelenk sei mit normalem Knorpelüberzug ebenfalls gut erhalten. Im Befund erwähnte Dr. G.____ ein langsames, schmerzgeplagtes Gangbild mit deutlichem Hinken rechts, deutlich verstrichene Gelenkstrukturen im Vergleich zur Gegenseite, im Liegen einen sehr diskreten Gelenkserguss, Schmerzen im medialen Gelenkspalt und eine periartikuläre Schwellung. Das Extensionsdefizit von 10° sei federnd (Urk. 3/4).

E. 3.7

Auf Veranlassung von Dr. G.____ wurde am 30. Mai 2017 in der H.____, ein weiteres MRI des rechten Kniegelenks erstellt. Die Beurteilung des Facharztes für Radiologie, Dr. med. I.____, lautete auf eine minimale Degeneration des medialen Meniskus ohne klaffende Einrisse und keine signifikante Arthrose oder Bandinstabilitäten (Urk. 23/3).

Dr. G.____ erstellte zudem ein Röntgenbild und kam in seiner Verlaufsbeurteilung vom 31. Mai 2017 zum Schluss, dass die aktuellen Bildgebungen keine Erklärung für die vom Beschwerdeführer beschriebenen massiven Schmerzen ergeben hätten. Möglicherweise seien die Beschwerden durch eine Wirbelsäulenproblematik verursacht; er habe empfohlen, die diesbezügliche Untersuchung abzuwarten (Urk. 23/2 S. 2).

E. 4.1

Unbestritten und aufgrund der medizinischen Aktenlage erstellt ist, dass sich der Beschwerdeführer beim Skiunfall in Serbien am 13. Januar 2013 eine partielle Ruptur des Ligamentum kollaterale mediale und eine Zerrung des vorderen Kreuzbandes zuzog. Beide Verletzungen wurden konservativ behandelt. Im MRI vom 16. Januar 2013 (Urk. 8/34) ebenfalls festgestellt und vom Z.____ überzeugend als Unfallfolge bezeichnet wurde zudem

ein Bone Bruise im Bereich des laterodorsalen Femurkondylus sowie im Bereich des laterodorsalen und mediodorsalen Tibiaplateaus. Nicht in Frage stellte die Beschwerdegegnerin zudem ihre Leistungspflicht für die anlässlich der Arthroskopie vom 7. November 2013 durchgeführte Teilresektion des medialen Meniskus im Hinterhornbereich aufgrund der festgestellten geringgradigen medialen Meniskusquetschung bei einer Chondromalazie Grad I bis II, dies, obwohl der Meniskus noch im MRI vom 20. März 2013 (Urk. 8/18) medial und lateral keine Ruptur hatte erkennen lassen (Urk. 8/65).

Was die objektivierbaren Unfallfolgen anbelangt, lässt die Aktenlage hinsichtlich der strukturellen Verletzungen auf einen guten Heilverlauf schliessen, zeigte sich das Bone Bruise doch bereits im MRI vom 20. März 2013 als deutlich regredient und der Gelenkerguss als rückläufig; auch das Kollateralband war weniger stark aufgerieben (Urk. 8/18). Anlässlich der Arthroskopie vom 7. November 2013 fand sich zudem das vordere Kreuzband kräftig und gut gespannt (Urk. 8/65).

Auch die vom Kreisarzt Dr. C.____ anlässlich der Untersuchung vom 15. April 2014 erhobenen klinischen Befunde waren bescheiden und erschöpften sich im Wesentlichen im klinisch imponierenden Beuge- und Streckdefizit des rechten Kniegelenkes; positive Meniskuszeichen waren nicht (mehr) eruierbar (Urk. 8/106 S. 3 f.). Die Streckhemmung führte Dr. C.____ entsprechend der Beurteilung des See Spitals Kilchberg vom 7. November 2013 (Urk. 8/65) nach vollziehbar auf eine Verkürzung des Gastrocnemiusmuskels zurück, welche durch regelmässiges Dehnen der Wadenmuskulatur zu behandeln sei (Urk. 8/106 S. 5). Was das vom Beschwerdeführer geklagte Instabilitätsgefühl in Abhängigkeit von der Gehstrecke (Urk. 8/106 S. 3) anbelangt, fehlt es an Hinweisen auf eine fehlende Stabilität (vgl. unter anderem: Urk. 7/56 S. 2 mit dem Befund einer symmetrisch intakten Stabilität, Urk. 8/86 S. 3 zweitletzter Abschnitt mit dem Hinweis auf die Stabilität aller Bänder). Zudem konnte Dr. C.____ den Schmerzpunkt auf der Patellamitte durch Ausführen der "tanzenden Patella" anlässlich der Untersuchung vom 11. Februar 2014 anders noch als Dr. B.____ gemäss seinem Bericht vom 6. September 2013, welcher eine Verschiebelastung der lateralisierten Patella mit Schmerzangabe notiert und eine femoropatellares Syndrom diagnostiziert hatte (Urk. 8/56 S. 1) - nicht (mehr) reproduzieren (Urk. 8/96 S. 3).

Dass Dr. C.____ angesichts dieser sowohl in struktureller als auch in klinischer Hinsicht bescheidenen Befundlage und der Tatsache, dass aufgrund der Aktenlage keine Anhaltspunkte vorlagen, dass ausser Dehnübungen und allen falls weiteren physiotherapeutischen Sitzungen ärztliche Behandlungen im Raum standen, von welchen eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes zu erwarten gewesen wäre, den medizinischen Endzustand am 15. April 2014 als erreicht erachtete, überzeugt. Denn für die Beantwortung der Frage nach dem Zeitpunkt des Fallabschlusses – mit allfälliger Berentung (Art. 19 Abs. 1 UVG) – ist das Erreichen des Zustandes vor dem oder ohne Unfallereignis (status quo ante vel sine) letztlich nicht entscheidend. Massgebend ist vielmehr – wie in Art. 19 Abs. 1 UVG festgehalten – einzig, ob von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden konnte.

E. 4.2

Die nach Erlass der Einstellungsverfügung vom 8. Juli 2014 zu den Akten genommenen ärztlichen Berichte vermögen an dieser Schlussfolgerung nichts zu ändern. Die im MRI

vom 21. März 2016 festgestellte leichte Zunahme der Schädigung des Innenmeniskus mit einem zur Unterfläche reichenden undislozierten Riss des Hinterhorns und unregelmässiger Oberfläche der Pars intermedia (Urk. 8/147) bildete weder für den Kreisarzt Dr. C.____ (Urk. 8/149) noch für den Orthopäden Dr. E.____ eine Erklärung für das Streckdefizit des rechten Kniegelenks oder Anlass für eine therapeutische Massnahme (Urk. 8/142). Selbst Dr. G.____ fand in den aktuellsten Bildgebungen keine Erklärung für die vom Beschwerdeführer beschriebenen persistierenden Schmerzen und die Bewegungseinschränkung; er erachtete es vielmehr als möglich, dass die vom Beschwerdeführer beschriebene Wirbelsäulenproblematik ursächlich sei (Urk. 23/2 S. 2). Bezeichnenderweise empfahlen denn auch weder Dr. E.____ noch Dr. G.____ die von Dr. B.____ am 12. April 2016 als sinnvoll erklärte diagnostische Kniearthroskopie (Urk. 8/142-143, 23/2). Zudem sind dem Bericht von Dr. B.____ vom 12. April 2016 ebenfalls keine Ausführungen zur Frage zu entnehmen, inwiefern die leichte Zunahme der Schädigung des Meniskus im Hinterhorn mit dem Streckdefizit, welches sich im Vergleich zum Untersuchen von Dr. C.____ vom 15. April 2014 nicht verschlechtert hatte (vgl. Befund in Urk. 8/106 S. 3 f. und in Urk. 8/143 S. 2 f), oder den persistierenden Schmerzen zusammenhängen könnte.

Entsprechend stellte sich die Beschwerdegegnerin zu Recht auf den Standpunkt, dass die im MRI vom 21. März 2016 festgestellte leichte Verschlechterung der Schädigung des Innenmeniskus keinen Anlass bilde, das Vorliegen des Endzustandes per Ende Mai 2014 nachträglich in Frage zu stellen. Die Voraussetzungen für einen Abschluss des Falles betreffend den Unfall vom 13. Januar 2013 waren damit per 31. Mai 2014 hinreichend erfüllt, weitere medizinische Abklärungen waren nicht angezeigt.

E. 4.3

Keine ernsthaften Zweifel rechtfertigen sich zudem daran, dass der Beschwerdeführer ab diesem Zeitpunkt, mithin ab 1. Juni 2014 – mit einem kurzen Unterbruch aufgrund des Unfalls vom 11. Juli 2014 (vgl. nachstehende Erwägung 4.4) – in seiner angestammten Tätigkeit als Kurierfahrer unter ausschliesslicher Berücksichtigung der Folgen des Skiunfalls vom 13. Januar 2013 voll arbeitsfähig war.

In seiner angestammten Tätigkeit als Kurierfahrer bringt der Beschwerdeführer mit dem Auto nicht rechtzeitig am Flughafen angekommene Koffer zu Kunden in der ganzen Schweiz (vgl. Urk. 8/32). Es handelt sich mithin um eine mehrheitlich sitzende, teilweise gehende, eher leichte körperliche Tätigkeit. Die Beurteilung von Dr. C.____ vom 11. Februar 2014, wonach der Beschwerdeführer trotz der Restbeschwerden mit dem endphasigen Beuge- und Streckdefizit des rechten Kniegelenkes und der geklagten Anlauf- und Belastungsschmerzen in dieser angestammten Tätigkeit voll arbeitsfähig sei (Urk. 8/106/5, 8/118), erweist sich als nachvollziehbar und im Lichte der medizinischen Aktenlage als begründet.

Hieran ändert nichts, dass Dr. B.____ seit 15. Mai 2014 von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit ausging (vgl. Beilage zu Urk. 8/119). Abgesehen davon, dass in Bezug auf Berichte von Hausärztinnen und Hausärzten wie überhaupt von behandelnden Arztpersonen beziehungsweise Therapeuten auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen ist, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc), begründete Dr. B.____ die Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit in seinem Bericht vom 2. Juni 2014 ausschliesslich mit einer verminderten

Belastbarkeit des Achsenorgans und dem Ausschluss Wirbelsäulen-belastender Tätigkeiten. Ein schränkungen aufgrund der Kniebeschwerden finden sich darin nicht (Urk. 8/119).

Angesichts der uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit erübrigen sich Weiterungen zu einem Rentenanspruch.

E. 4.4

Was den Treppensturz vom 11. Juli 2014 anbelangt, führte dieser gemäss Diagnose von Dr. B.____ aufgrund seiner Untersuchung vom 12. Juli 2014 zu einer Kniekontusion lateral sowie am Patellaunterrand rechts. Zusätzliche strukturelle Verletzungen hatte der Sturz offensichtlich keine zur Folge; die Behandlung erschöpfte sich gemäss Bericht von Dr. B.____ vom 11. August 2014 wiederum in Physiotherapie und Taping sowie physikalischen Massnahmen. Dr. B.____ attestiert eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 12. bis 20. Juli 2014 mit anschliessender 50%iger Arbeitsfähigkeit bis auf Weiteres (Urk. 8/10). Dass selbst der behandelnde Arzt von keiner durch diesen Unfall verursachten dauerhaften Verschlechterung des Zustandes des rechten Knies ausging, ist seinem Bericht vom 10. November 2014 zu entnehmen. So ordnete Dr. B.____ der Diagnose Kniekontusion rechts bezeichnenderweise keine zusätzlichen Diagnosen, mithin keine auf den Unfall vom 11. Juli 2014 zurückzuführenden bleibenden Schädigungen bei. Insbesondere erklärte er ausdrücklich, dass sich durch diesen Unfall nichts an der bereits zuvor attestierten 50%igen Arbeitsunfähigkeit geändert habe (Urk. 9/38). Entsprechend ist als erstellt zu betrachten, dass der Beschwerdeführer auch unter Berücksichtigung des Unfalls vom 11. Juli 2014 spätestens ab 21. Juli 2014 wieder im zuvor zumutbaren Rahmen arbeitsfähig, mithin gemäss obiger E. 4.3 in seiner angestammten Tätigkeit uneingeschränkt belastbar war.

E. 4.5

Was den geltend gemachten Anspruch auf eine Integritätsentschädigung gemäss Art. 24 UVG anbelangt (Urk. 1 S. 2), so fehlt es der Schädigung im rechten Knie zumindest bis zum Erlass des hier angefochtenen Entscheids vom 20. April 2017, welcher in zeitlicher Hinsicht rechtsprechungsgemäss die Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis bildet (BGE 132 V 215 E. 3.1.1 mit Hinweisen), offensichtlich an der in Art. 24 Abs. 1 UVG verlangten Erheblichkeit. Die geringe Schädigung des medialen Meniskus im Hinterhorn überschreitet die Erheblichkeitsgrenze ebenso wenig wie die Beweglichkeitseinschränkung im Knie. Letztere lag gemäss Dr. C.____ am 15. April 2014 15°, Dr. E.____s Befund vom 25. April 2016 lautete sodann lediglich noch auf ein Extensionsdefizit von 10°, welches sich in Bauchlage gar auf 3° reduzieren lassen, bei normaler Beweglichkeit in Flexion (Urk. 8/106 S. 3, 8/142 S. 1). Gemäss der Tabelle 2.2 der von der Suva herausgegebenen Richtlinien betreffend Integritätsschaden (Integritätsschaden bei Funktionsstörungen an den unteren Extremitäten; zur Bedeutung dieser sogenannten Feinraster: BGE 124 V 29 E. 1c, 116 V 156 E. 3a) führt eine Beweglichkeit zwischen 0° und lediglich 90° zu einem Integritätsschaden von 10%; von einer derartigen Einschränkung ist der Beschwerdeführer deutlich entfernt. Zudem liesse sich auch die Voraussetzung der Dauerhaftigkeit der Streckhemmung im Lichte von Art. 24 Abs. 1 UVG zum jetzigen Zeitpunkt kaum begründen.

E. 4.6

Was schliesslich die eventualiter beantragte Übernahme der Kosten weiterer Heilbehandlung und dabei insbesondere die Übernahme der Kosten einer allfälligen weiteren Arthroskopie (Urk. 1 S. 8) anbelangt, kann der Argumentation des Beschwerdeführers

ebenfalls nicht gefolgt werden

Festzuhalten ist zunächst, dass die Heilbehandlung - wie sich aus Art. 19 Abs. 1 UVG e contrario ergibt - nach einem Fallabschluss grundsätzlich zu Lasten der Krankenversicherung geht. Nur ausnahmsweise - nämlich dann, wenn ein Rückfall vorliegt - trifft dies nicht zu (Art. 11 UVV). Ein Rückfall aber wurde vom Beschwerdeführer nicht geltend gemacht und von der Beschwerdegegnerin in angefochtener Entscheidung auch nicht thematisiert. Bis zum Erlass des hier angefochtenen Einspracheentscheids sind im Lichte der massgeblichen medizinischen Akten denn auch keine Anhaltspunkte für Rückfallbeschwerden ausgewiesen, mithin Beschwerden, welche nach dem Zeitpunkt des Fallabschlusses wieder aufgeflackert sind und bei Fallabschluss nicht bereits berücksichtigt wurden (BGE 118 V 296 E. 2c).

E. 4.7

Nach dem Gesagten ist der angefochtene Entscheid im Ergebnis nicht zu beanstanden; die Beschwerde ist abzuweisen.

E. 5

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
Die Vorsitzende
Die Gerichtsschreiberin
Grünig
Gasser
Küffer

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