

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00178

vom 29. Januar 2021

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-01-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2018.00178

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00178 du 29 janvier 2021

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00178 del 29 gennaio 2021

Erwägungen

E. 1.1

X.____, geboren 1987, reiste im Jahr 2009 von Serbien in die Schweiz ein (Anmeldeformulare zuhanden der Invalidenversicherung, Urk. 32/2 und Urk. 32/14). Er verfügt über einen in der Heimat erworbenen Lehrabschluss als Automechaniker (Urk. 32/27/3) und arbeitete in der Schweiz zunächst in der Reinigung und in einem Malergeschäft. Ab März 2011 versah er verschiedene vollzeitliche Einsätze als Bauarbeiter bei der Y.____, die ihm von der Personalverleihunternehmung

Z.____ vermittelt wurden; dazwischen bezog er Arbeitslosenentschädigung (vgl. den Lebenslauf in Urk. 32/26, die Lohnabrechnungen und die Taggeldabrechnungen für die Zeit ab Januar 2012 in Urk. 9/8 und Urk. 9/167 sowie den Auszug aus dem individuellen Konto vom 12. Februar 2014, Urk. 32/9). Während der Arbeitseinsätze und in der Zeit der (teilweisen) Arbeitslosigkeit war X.____ bei der Suva für die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen obligatorisch versichert.

E. 1.2

Am 2. September 2013 wurde X.____ auf der Baustelle bei der Montage eines Wasserrohrs von einer Kupplung am rechten Knie getroffen (vgl. die Polizeunterlagen in Urk. 3/3/1-3 und Urk. 9/82). Die radiologischen Aufnahmen im A.____ vom Unfalltag und vom folgenden Tag ergaben die Befunde einer Impressionsfraktur und eines ossären Kapselrisses mit einem Kontusionsodem im Bereich des Tibiaplateaus, einer Ruptur des hinteren Kreuzbandes und einer Zerrung des lateralen Kollateralbandes und schliesslich

von Verletzungen des Vorderhorns des Aussenmeniskus und des Hinterhorns des Innenmeniskus (Urk. 9/13-16). Am 5. und am 11. September 2013 wurden im A.____ Operationen durchgeführt (Arthroskopie des rechten Kniegelenks mit Débridement und transossäre

Reinsertion der Gelenkkapsel; vgl. die Operationsberichte in Urk. 9/35 und Urk. 9/36

sowie den Radiologiebericht und den Austrittsbericht je vom 13. September 2013, Urk. 9/148 S. 9 und Urk. 9/25). Auf die Schadenmeldung vom 23. September 2013 hin (Urk. 9/1) anerkannte die Suva ihre Leistungspflicht für die Folgen des Ereignisses vom 2. September 2013 (Briefe vom 3. und vom 10. Oktober 2013, Urk. 9/11-12 und Urk. 9/18-19; vgl. auch das Arztzeugnis UVG des A.____ vom 25. Oktober 2013, Urk. 9/24).

E. 1.3

In der Folge hielt sich der Versicherte aufgrund der Empfehlung des A.____ anlässlich der Verlaufskontrolle vom November 2013 (Urk. 9/30 und Radiologiebericht in Urk. 9/148 S.

7) in der Zeit vom 9. bis zum 30. Januar 2014 in der B.____ auf (Physiotherapiebericht vom 28. Januar 2014, Urk. 9/58; provisorischer und definitiver Austrittsbericht je vom 30. Januar 2014, Urk. 9/56 und Urk. 9/64). Eine wesentliche Verbesserung der Schmerzproblematik und der Stabilisierungsfähigkeit des rechten Knies konnte während dieses Aufenthaltes jedoch nicht erreicht werden (vgl. Urk. 9/64 S. 3 und den Bericht des A.____ vom 27. Januar 2014, Urk. 9/105 S. 5-6 , sowie den Bericht über die Besprechung anlässlich eines Besuchs der Fallverantwortlichen der Suva am Wohnort des Versicherten vom 13. Februar 2014, Urk. 9/68).

Am 17. Februar 2014

wurde daraufhin nochmals eine Magnetresonanztomographie des rechten Knies durchgeführt (Urk. 9/74), und im Juni 2014 wurden radiologische Aufnahmen der Wirbelsäule und des Thorax sowie der Schultern erstellt (Urk. 9/148 S. 1-4; vgl. hinsichtlich der Brustwirbelsäule auch den radiologischen Vorbefund vom 18. Oktober 2013, Urk. 9/148 S. 8). Mit Schreiben vom 2. Mai 2014 überwies das A.____ den Versicherten schliesslich an die C.____ zur Beurteilung der Indikation für eine Ersatzplastik des hinteren Kreuzbandes (Urk. 9/93). Dort wurde am 9. September 2014 abermals eine Arthro-Magnetresonanztomographie des rechten Kniegelenks angefertigt (Urk. 9/157 S. 2), und gleichzeitig wurde die Indikation für eine Operation gestellt (Sprechstundenbericht vom 11. September 2014, Urk. 9/154).

Am 7. Januar 2015 führte die C.____ die vorgeschlagene Operation in Form einer arthroskopisch-assistierten Rekonstruktion des hinteren Kreuzbandes durch (Operationsbericht in Urk. 9/178 S. 3-5; Austrittsbericht vom 11. Januar 2015, Urk. 9/177), und die Klinik beschrieb anlässlich der Verlaufskontrollen vom 19. Februar und vom 2.

April

2015 einen regelrechten Verlauf (Urk. 9/183 und Urk. 9/187).

E. 1.4

Bei der weiteren Verlaufskontrolluntersuchung vom 2. Juli 2015 klagte der Versicherte jedoch wieder über Schmerzen im rechten Knie, die schlimmer seien als vor der Operation, und zusätzlich schilderte er Missempfindungen im Bereich beider Unterschenkel (Urk. 9/197 ; vgl. auch Urk. 9/207 S. 8). Er durchlief daher vom 17. August bis zum 22. September 2015 einen nochmaligen Aufenthalt in der B.____ , in dessen Rahmen eine Erprobung der Leistungsfähigkeit stattfand (Austrittsbericht vom 22. September 2015, Urk. 9/207). Im Anschluss an den Rehabilitationsaufenthalt begab sich der Versicherte sodann in eine psychiatrische Behandlung in Form eines tagesklinischen achtwöchigen Programms im D.____ (Bericht von Dr. med. E.____ , Spezialarzt für Psychiatrie und Psychotherapie , und Dr. phil. klin. psych. F.____ , vom 26. September 2015, Urk. 9/211), wofür die Suva Kostengutsprache erteilte (Urk. 9/213). Danach nahm er Anfang Dezember 2015 eine psychiatrische Einzeltherapie bei Dr. med. G.____ , Spezialarzt für Psychiatrie und Psychotherapie, auf (Bericht von Dr.

G.____ vom 17. Mai 2016, Urk. 9/237).

Nachdem der Versicherte bei der Kontrolluntersuchung in der C.____ vom 19. Januar 2016 nach wie vor über Schmerzen geklagt hatte, ohne dass ein aktueller Radiologiebefund eine

Erklärung dafür ergeben hätte (Urk. 9/218 und Urk. 9/219 S. 3), erfolgte in dieser Klinik am 8. Februar 2016 zusätzlich eine neurologische Abklärung, und es wurde die Verdachtsdiagnose eines CRPS Typ II bei Läsion des Nervus

saphenus beidseits gestellt (Urk. 9/232 S. 2-5). Anlässlich der orthopädischen Untersuchung vom folgenden Tag führte die C.____ nochmals eine Magnetresonanztomographieuntersuchung des rechten Kniees durch und wies den Versicherten danach der rheumatologischen Abteilung zur weiteren Klärung der Verdachtsdiagnose des CRPS zu (Urk. 9/223 und Urk.

9/224). Die Rheumatologinnen fanden jedoch bei der Untersuchung vom 3.

März 2016 keine Anhaltspunkte für ein florides CRPS (Urk. 9/225, insbesondere S. 4).

Es folgten weitere Untersuchungen in der orthopädischen Abteilung der C.____ (Bericht vom 29. Juni 2016 mit einem Bericht über Magnetresonanztomographieuntersuchungen beider Knie, Urk. 9/245 und Urk. 9/246; Bericht vom 7. Oktober 2016, Urk. 9/252), eine Abklärung in der Schmerzambulanz des A.____ (Bericht vom 4. August 2016, Urk. 9/247) und nochmals eine Kontrolle in der rheumatologischen Abteilung der C.____ (Bericht vom 29. November 2016, Urk. 9/257). Des Weiteren erfolgten im Februar und im März 2017 eine orthopädische und eine neurologische Untersuchung und Beurteilung in der H.____ (Bericht vom 21. Februar und vom 8. März 2017, Urk. 9/270 und Urk. 9/273), und ausserdem fand Ende März 2017 im I.____

eine nochmalige neurologische Untersuchung statt (Bericht vom 21. März 2017, Urk. 9/286).

E. 1.5

Nachdem die Suva den aktuellen Bericht von Dr. G.____ vom 27. Mai 2017 eingeholt hatte (Urk. 9/283), liess sie den Versicherten am 16. Juni 2017 durch Dr. med. J.____, Spezialarzt für Chirurgie, kreisärztlich untersuchen (Bericht vom 16. Juni 2017, Urk. 9/289; Integritätsschadenbeurteilung vom 20. Juni 2017, Urk. 9/290; vgl. zusätzlich die Ergänzung des Kreisarztes Dr. med. K.____, Spezialarzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, vom 13. September 2017, Urk. 9/298). Des Weiteren traf sie Abklärungen zur unfallbedingten Einkommenseinbusse (Urk. 9/296-297 und Urk. 9/299-301).

Mit Verfügung vom 28. September 2017 sprach die Suva dem Versicherten gestützt auf die kreisärztliche Beurteilung eine Integritätsentschädigung auf der Basis einer Integritätseinbusse von 5% zu, verneinte hingegen den Anspruch auf eine Invalidenrente (Urk. 9/303). Zuvor hatte sie ihm am 16. Juni 2017 mündlich mitgeteilt, dass die Taggelder per 1. September 2017 eingestellt würden (Urk. 9/287).

Der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt Dominique Chopard, liess mit Eingabe vom 31. Oktober 2017 Einsprache erheben und beantragen, ihm seien die gesetzlichen Versicherungsleistungen (Rente, höhere Integritätsentschädigung, Behandlung) zuzusprechen (Urk. 9/313). Mit Entscheidung vom 12. Juni 2018 wies die Suva die Einsprache ab (Urk. 2 = Urk. 9/322).

E. 2

UVG wird die Integritätsentschädigung mit der Invalidenrente festgesetzt oder, falls kein Rentenanspruch besteht, bei der Beendigung der ärztlichen Behandlung gewährt.

Bei der Festsetzung der Integritätsentschädigung werden voraussehbare Verschlimmerungen des Integritätsschadens nach Art. 36 Abs.

E. 2.1

Gemäss Art. 6 Abs. 1 UVG werden – soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt – die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt. Ausserdem kann der Bundesrat nach Art. 6 Abs. 2 UVG Körperschädigungen, die den Folgen eines Unfalls ähnlich sind, in die Versicherung einbeziehen, und er hat davon mit der Aufzählung in Art. 9 UVV Gebrauch gemacht.

E. 2.2

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 (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 blosser 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).

Für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs ist nicht erforderlich, dass der Unfall die unmittelbare Ursache der gesundheitlichen Störung ist, sondern die Kausalität ist auch dann zu bejahen, wenn der Schaden nur mittelbare Folge des Unfalls ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_629/2013 vom 29. Januar 2014 E. 4 mit Hinweis auf BGE 129 V 177 E. 3.1). Um relevante mittelbare Unfallfolgen handelt es sich nach der expliziten Regelung in Art. 6 Abs. 3 UVG bei Schädigungen, die einer verunfallten Person bei der Heilbehandlung zugefügt werden. Nach der bundesrätlichen Ausführungsbestimmung in Art. 10 UVV gehören dazu auch Schädigungen durch medizinische Abklärungsuntersuchungen. Die medizinische Komplikation im Sinne einer mittelbaren Unfallfolge ist somit mitversichert, und zwar rechtsprechungsgemäss selbst im Falle seltenster, schwerwiegender Komplikationen. Es muss hierfür weder ein Behandlungsfehler vorliegen noch der Unfallbegriff erfüllt noch ein Kunstfehler oder auch nur objektiv eine Verletzung der ärztlichen Sorgfaltspflicht gegeben sein (Urteil des Bundesgerichts 8C_435/2015 vom 31. August 2015 E. 3.3).

E. 2.3.1

Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2, 405 E. 2.2, 125 V 456 E. 5a).

E. 2.3.2

Bei objektiv ausgewiesenen organischen Unfallfolgen deckt sich die adäquate, das heisst rechtserhebliche Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung (BGE 134 V 109 E. 2.1).

Für die Beurteilung der Frage, ob ein Unfall nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und der allgemeinen Lebenserfahrung geeignet ist, eine psychische Gesundheitsschädigung herbeizuführen, ist nach der in BGE 115 V 133 ergangenen Rechtsprechung auf eine weite Bandbreite von Versicherten abzustellen. Dazu gehören auch jene Versicherten, die aufgrund ihrer Veranlagung für psychische Störungen anfälliger sind und einen Unfall seelisch weniger gut verkraften als Gesunde, somit im Hinblick auf die erlebnismässige Verarbeitung des Unfalls zu einer Gruppe mit erhöhtem Risiko gehören, weil sie aus versicherungsmässiger Sicht auf einen Unfall nicht optimal reagieren (BGE 115 V 133 E. 4b). Für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhanges zwischen dem Unfall und psychischen Gesundheitsschädigungen ist im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall für die Entstehung der Arbeits- beziehungsweise Erwerbsunfähigkeit eine massgebende Bedeutung zukommt. Dies trifft dann zu, wenn er objektiv eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt (vgl. RKUV 1996 Nr. U 264 S. 288 E. 3b; BGE 115 V 133 E. 7 mit Hinweisen). Für die Beurteilung dieser Frage ist an das Unfallereignis anzuknüpfen, wobei – ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf – folgende Einteilung vorgenommen wurde: banale beziehungsweise leichte Unfälle einerseits, schwere Unfälle anderseits und schliesslich der dazwischen liegende mittlere Bereich (BGE 115 V 133 E. 6; vgl. auch BGE 134 V 109 E. 6.1, 120 V 352 E. 5b/ aa ; SVR 1999 UV Nr. 10 E. 2).

E. 2.3.3

Bei banalen Unfällen wie zum Beispiel bei geringfügigem Anschlagen des Kopfes oder Übertreten des Fusses und bei leichten Unfällen wie zum Beispiel einem gewöhnlichen Sturz oder Ausrutschen kann der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychischen Gesundheitsstörungen in der Regel ohne weiteres verneint werden, weil aufgrund der allgemeinen Lebenserfahrung, aber auch unter Einbezug unfallmedizinischer Erkenntnisse davon ausgegangen werden darf, dass ein solcher Unfall nicht geeignet ist, einen erheblichen Gesundheitsschaden zu verursachen (BGE 120 V 352 E. 5b/ aa , 115 V 133 E. 6a).

Bei schweren Unfällen ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychisch bedingter Erwerbsunfähigkeit in der Regel zu bejahen. Denn nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung sind solche Unfälle geeignet, invalidisierende psychische Gesundheitsschäden zu bewirken (BGE 120 V 352 E. 5b/ aa , 115 V 133 E. 6b; RKUV 1995 Nr. U 215 S. 90 E. 3b).

Bei Unfällen aus dem mittleren Bereich lässt sich die Frage, ob zwischen Unfall und Folgen ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht aufgrund des Unfalls allein schlüssig beantworten. Es sind daher weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte beziehungsweise indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Als wichtigste Kriterien sind zu nennen: - besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindringlichkeit des Unfalls; - die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre

erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen; - ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung; - körperliche Dauerschmerzen; - ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert; - schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen; - Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit (BGE 134 V 109 E. 6.1, 115 V 133 E. 6c/ aa). Der Einbezug sämtlicher objektiver Kriterien in die Gesamtwürdigung ist nicht in jedem Fall erforderlich. Je nach den konkreten Umständen kann für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs ein einziges Kriterium genügen. Dies trifft einerseits dann zu, wenn es sich um einen Unfall handelt, welcher zu den schwereren Fällen im mittleren Bereich zu zählen oder sogar als Grenzfall zu einem schweren Unfall zu qualifizieren ist (vgl. RKUV 1999 Nr. U 346 S. 428, 1999 Nr.

U 335 S.

207

ff.; 1999 Nr. U 330 S.

122

ff.; SVR 1996 UV Nr.

58). Andererseits kann im gesamten mittleren Bereich ein einziges Kriterium genügen, wenn es in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist, wie zum Beispiel eine auf fallend lange Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit infolge schwierigen Heilungsverlaufes. Kommt keinem Einzelkriterium besonderes beziehungsweise ausschlaggebendes Gewicht zu, so müssen mehrere unfallbezogene Kriterien herangezogen werden. Dies gilt umso mehr, je leichter der Unfall ist. Handelt es sich beispielsweise um einen Unfall im mittleren Bereich, der aber dem Grenzbereich zu den leichten Unfällen zuzuordnen ist, müssen die weiteren zu berücksichtigenden Kriterien in gehäufte oder auffallender Weise erfüllt sein, damit die Adäquanz bejaht werden kann. Diese Würdigung des Unfalls zusammen mit den objektiven Kriterien führt zur Bejahung oder Verneinung der Adäquanz. Damit entfällt die Notwendigkeit, nach anderen Ursachen zu forschen, die möglicherweise die psychisch bedingte Erwerbsunfähigkeit mitbegünstigt haben könnten (BGE 115 V 133 E. 6c/ bb , vgl. auch BGE 120 V 352 E. 5b/ aa ; RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff., Nr. U 449 S. 53 ff., 1998 Nr. U 307 S. 448 ff., 1996 Nr. U 256 S.

215 ff.; SVR 1999 UV Nr. 10 E. 2).

E. 2.4

Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalls voll oder teilweise arbeitsunfähig, so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird die versicherte Person infolge des Unfalls zu mindestens 10 % invalid, so hat sie gemäss Art. 18 Abs. 1 UVG Anspruch auf eine Invalidenrente. Der Rentenanspruch entsteht nach Art. 19 Abs. 1 UVG, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind, wobei mit dem Rentenbeginn die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahinfallen. Ferner entsteht zusammen mit der Festlegung der Invalidenrente beziehungsweise mit der Beendigung der ärztlichen Behandlung unter den Voraussetzungen in Art. 24 Abs. 1 UVG auch ein

Anspruch auf eine Integritätsentschädigung.

E. 4

Satz 1 UVV, die bei der Bemessung des Integritätsschadens zu berücksichtigen ist, setzt voraus, dass die Verschlimmerung im Zeitpunkt der Festsetzung der Integritätsentschädigung als wahrscheinlich prognostiziert wird

und damit auch geschätzt werden kann, wogegen die blosser Möglichkeit einer Verschlimmerung des Integritätsschadens nicht genügt (vgl. die Urteile des Bundesgerichts 8C_244/2012 vom 14. Januar 2013 E. 4.2 und 8C_32/2010 vom 6. September 2010 E. 2.6.2). 3.3.1

Die Unfallkausalität der Befunde am rechten Knie, welche sich unmittelbar nach dem Ereignis vom 2. September 2013

in den radiologischen Aufnahmen zeigten (vgl. Urk. 9/13-16), ist unbestritten. Unbestritten ist damit auch, dass die Operationen im A.____ vom September 2013 (vgl. Urk. 9/35 und Urk. 9/36) und der Zustand des rechten Knies, wie er sich danach entwickelte, auf den besagten Unfall zurückzuführen waren, und ebenso stand die Operation in der C.____ vom Januar 2015, mit welcher das hintere Kreuzband des rechten Knies rekonstruiert wurde (vgl. Urk. 9/178 S. 3-5), im Zusammenhang mit dem Unfall. 3.2

Der Heilungsverlauf nach dieser letzten Operation präsentierte sich gemäss den Kontrollberichten der C.____

vom Februar und vom April 2015 zunächst erwartungsgemäss (Urk. 9/183 und Urk. 9/187). Gemäss dem weiteren Kontrollbericht der C.____ vom Juli 2015 und dem Austrittsbericht der B.____ vom September 2015 stellten sich in der Folge jedoch neue Missempfindungen im Bereich beider Unterschenkel ein (Urk. 9/197 und Urk. 9/207 S. 8), denen im Rahmen der nachfolgenden neurologischen Untersuchungen die Diagnose einer beidseitigen Läsion des Nervus

saphenus zugeordnet wurde; die entsprechende Erstdiagnose der C.____ vom Februar 2016 (Urk. 9/232) wurde im März 2017 von der H.____ anhand erneuter apparativer Testungen bestätigt (Urk. 9/273), und der Neurologe Dr. Q.____ des N.____ schloss sich ihr später aufgrund der Vorberichte und der Ergebnisse der eigenen klinischen Untersuchungen vom Mai 2019 an (Urk. 32/110/76+78).

Die mittelbare Unfallkausalität dieser beidseitigen Nervenläsion ist ebenfalls nicht strittig und ergibt sich einleuchtend aus den Ausführungen in den einschlägigen medizinischen Berichten. Gemäss dem Operationsbericht der C.____

vom 7. Januar 2015 wurde dem Beschwerdeführer für die Kreuzbandrekonstruktion am rechten Knie an beiden Unterschenkeln eine Sehne entnommen, mit der ein Transplantat hergestellt wurde (Urk. 9/178 S. 4), und Dr. Q.____ ging im neurologischen Teilgutachten des N.____ davon aus, dass die Nerven durch den Gewebedruck der Druckmanschetten verletzt worden seien (Urk. 32/110/78).

Dr. J.____

bezog die Nervenschädigung daher in Anbetracht der Regelung in Art. 6 Abs. 3 UVG und der dazu ergangenen Rechtsprechung zu Recht als entschädigungsrelevanten, unfallkausalen Befund in die kreisärztliche Beurteilung

vom Juni 2017 ein (vgl. Urk. 9/289 S. 7 f. und Urk. 9/290). 3.3

Demgegenüber liess sich die Diagnose eines CRPS (C omplex
R egional P ain

S yndrome), wie sie der neurologische Facharzt und die neurologische Fachärztin der
C.____ im Februar 2016 zunächst als Verdacht formu lier te n (Urk. 9/ 232 S. 2 -3), im Zuge
der weiteren vertieften Abklärungen nicht be stätigen. Die rheumatologischen
Fachärztinnen der C.____

erachteten im März 2016 die vom Beschwerdeführer beschriebenen Symptome zwar
teilweise als vereinbar mit einem CRPS, konnten auf der Ebene der Befunde jedoch keine
Anhaltspunkte für ein florides CRPS erkennen , sondern gingen von einem neuropathischen
Schmerzsyndrom aus (Urk. 9/225 S. 4). An dieser Beur teilung hielten die
Rheumatologinnen der C.____ (in teilweise neuer Besetzung) anlässlich der Kontrolle vom
November 2016 fest, nachdem sie wiederum keine Hinweise auf ein florides CRPS
gefunden hatten (Urk. 9/257 S. 3). Gleichermassen stellte im März 2017 die H.____ die
Diagnose eines neuropathischen Schmerzsyndroms, ohne ein CRPS in Betrac ht zu ziehen
(Urk.

9/273 S. 3).

Hingegen brachte Dr. Q.____

des N.____

die Diagnose eines CRPS zwei Jahre später erneut zur Sprache und nannte als Indizien
dafür eine postoperativ aufgetre tene livide Verfärbung und des W eiteren den Umstand,
dass die sensiblen Symptome nicht streng auf das sensible Versorgungsgebiet des Nervus
saphenus beschränkt seien, sondern über das Innerva tionsgebiet hinausgingen (Urk. 32/110
/75). Die livide Verfärbung ist indessen in den medizinischen Unterlagen nicht dokumen
tiert. Vielmehr beschrieben die Ärzte der C.____ anlässlich der Kontrolluntersuchungen vom
Februar und vom April 2015 lediglich eine Schwel lung am rechten Knie (Urk. 9/183 S. 2,
Urk. 9/187 S. 1), und im Bericht der C.____

vom Juli 2015, in welchem die Missempfin d ungen in den Unterschenkeln erstmals
dokumentiert sind, fehlt ein Hinweis auf das Merkmal der lividen Verfärbung ebenfalls
(Urk. 9/197). Im Bericht über die neurologische Untersuchung in der C.____ vom Februar
2016 sodann, in deren Rahmen die mögliche Diagnose eines CRPS zum ersten Mal
diskutiert wurde, war dann zwar eine anamnestisch vorhanden gewesene livide Verfärbung
aufgeführt, Fundstellen dafür wurden jedoch nicht angegeben, sondern es scheint hierbei
primär auf die persönlichen Schilderungen des Beschwerdeführers abge stellt worden zu
sein (vgl. Urk. 9/232 S. 2). Bereits dargelegt wurde schliesslich, dass auch gemäss den n
achfolgenden Berichten über die Abklärungen im Hin blick auf ein CRPS keine
entsprechenden Auffälligkeiten im Erscheinungsbild festgestellt werden konnten , und Dr.
O.____

konnte bei der orthopädischen Begutachtung im N.____

ebenfalls keine lividen Verfärbungen sehen (vgl. Urk.

32/110/11). Unter diesen Umständen kann dem Hinweis von Dr. Q.____ auf ein CRPS lediglich die Natur einer Vermutung zukommen, entsprechend der Wortwahl

«..., was auch für ein CRPS sprechen würde.» (Urk. 32/110/75), «Möglicherweise kam es ... zu einem CRPS Typ II ...» (Urk. 32/110/78).

Damit sind von zusätzlichen Abklärungen keine weiteren Erkenntnisse im Hinblick auf die Diagnose eines CRPS zu erwarten. Der Sachverhalt erweist sich daher in dieser Hinsicht entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 4 f.) nicht als unvollständig abgeklärt; der Beschwerdegegnerin ist hierin zuzustimmen (vgl. Urk. 2 S. 3 und Urk. 8 S. 4). 3.4

Schliesslich sind auch keine weiteren unfallkausalen körperlichen Befunde nachgewiesen. Insbesondere wies der Kreisarzt Dr. J.____ hinsichtlich geklagter Rückenbeschwerden auf die Magnetresonanztomographie vom Juni 2014 hin, wo keinerlei unfallbedingte strukturelle Läsionen zu sehen gewesen seien (Urk. 9/289 S. 8), was im Einklang mit dem Bericht über diese Untersuchung steht (vgl. Urk. 9/148 S. 4). Des Weiteren brachten auch die radiologischen Aufnahmen des Thorax und der Schultern vom Juni 2014 keine Befunde zu Tage, die als unfallbedingt in Frage gekommen wären (vgl. Urk. 9/148 S. 1-3).

Der Beschwerdeführer berief sich daher in somatischer Hinsicht zu Recht nicht auf weitere unfallbedingte Beeinträchtigungen.

E. 4.1

Aus psychiatrischer Sicht diagnostizierte das D.____ im Bericht vom 26. September 2015 eine rezidivierende depressive Störung mit gegenwärtig mittelgradiger depressiver Episode (F33.1 der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen der Weltgesundheitsorganisation, ICD-10; Urk.

9/211 S. 1 und S. 2). Dr. G.____ bestätigte im Bericht vom 17. Mai 2016 die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode mit der Spezifikation eines somatischen Syndroms (ICD-10 F32.11) und äusserte zusätzlich den Verdacht auf eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4; Urk. 9/237 S. 2). Diese Diagnosen wiederholte Dr. G.____ ein Jahr später im Bericht vom 27. Mai 2017, wobei er nunmehr von einer mittelgradigen bis schweren depressiven Episode sprach, und ergänzte sie um den Verdacht auf eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1; Urk. 9/283 S. 1).

Anlässlich der psychiatrischen Exploration im Rahmen der Begutachtung im N.____ - auch Dr. G.____ hatte eine solche polydisziplinäre Begutachtung für angezeigt erachtet (vgl. Urk. 9/283 S. 2) - diagnostizierte Dr. P.____ dann jedoch nurmehr eine anhaltende mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F33.1; Urk. 32/110/98). Das Vorliegen einer somatoformen Störung im Sinne einer eigenständigen psychiatrischen Diagnose verneinte er demgegenüber mit der Begründung, dass die geklagten Schmerzen weitgehend organisch erklärbar seien und daher lediglich eine psychogene Überlagerung der körperlichen Beschwerden im Zusammenhang mit der anhaltenden mittelgradigen depressiven Episode in Betracht komme (Urk. 32/110/100). Diese Schlussfolgerung floss auch in die Konsensbeurteilung der Gutachter sämtlicher Fachrichtungen ein (vgl. Urk. 32/110/36-38); die somatisch spezialisierten Gutachter teilten somit die Auffassung, dass die Schmerzen schon mit den Befunden aus ihren Fachgebieten zu erklären seien. Auf die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung gingen die Gutachter in der Gesamtbeurteilung nicht ein; eine solche Diagnose wäre indessen bereits aufgrund deren Definition (Voraussetzung

eines Ereignisses

oder einer Situation kürzerer oder längerer Dauer mit aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmass, die bei fast jedem eine tiefe Verunsicherung hervorrufen würde; vgl. ICD-10 F43.1) nicht plausibel.

E. 4.2.1

Ist damit eine psychische Beeinträchtigung in Form der diagnostizierten Depression nachgewiesen, so stellt sich die Frage nach der Unfallkausalität dieser Beeinträchtigung.

Die Beschwerdegegnerin verneinte die Adäquanz eines allfälligen natürlichen Kausalzusammenhangs gestützt auf die dargelegte Rechtsprechung zur Unfalladäquanz von psychischen Störungen, indem sie den Unfall vom 2. September 2013 als mittelschweren Unfall an der Grenze zu einem leichten Unfall einstufte und dementsprechend das Vorliegen von Zusatzkriterien prüfte (Urk. 2 S. 5 f.).

E. 4.2.2

Der Qualifikation des Unfalls als mittelschwer im untersten Bereich ist zu folgen.

Gemäss dem Polizeiprotokoll brachte der Beschwerdeführer zusammen mit einem Lehrling an einem Wasserrohr eine Kupplung an, die sich in der Folge beim Öffnen des Wasserhahns löste und den Beschwerdeführer am Bein traf, worauf dieser für kurze Zeit das Bewusstsein verlor (Urk. 9/82 S. 4). Dieses Ereignis ist nach der objektiven Beurteilung, auf die es rechtsprechungsgemäss ankommt,

im Schweregrad vergleichbar mit einem Fahrradsturz auf vereister Strasse, wie ihn das Bundesgericht in neuerer Zeit als Unfall im mittleren Bereich an der Grenze zu den leichten Ereignissen einstufte (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_414/201

E. 4.2.3

Zu Recht verneinte die Beschwerdegegnerin dabei das Kriterium der dramatischen Begleitumstände oder der besonderen Eindrücklichkeit des Unfalls (Urk. 2 S. 5). Im vorgelegten Bericht des Technischen Inspektorats des Schweizerischen Gasfaches TISG vom 9. September 2013 wurde die Arbeit, die der Beschwerdeführer zusammen mit einem Lehrling ausführte, zwar als äusserst gefährlich eingestuft, und es wurde darauf hingewiesen, dass derartige Arbeiten nicht von Bauarbeitern vorgenommen werden dürften, sondern Fachpersonen mit spezifischer Ausbildung

vorbehalten seien (Urk. 3/3/2 S. 2). Die Unfallgefahr, die von der zur Diskussion stehenden Verrichtung ausging und die sich auch tatsächlich verwirklichte, vermag jedoch für sich allein keine Dramatik oder besondere Eindrücklichkeit zu begründen. Dies liess der Beschwerdeführer denn auch nicht geltend machen.

Auch das Kriterium der schweren oder besonderen Art der erlittenen Verletzungen und insbesondere deren erfahrungsgemässere Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen, ist nicht erfüllt.

Der Rückschlag infolge der Operation vom Januar 2015, die eine Verbesserung hätte bewirken sollen, jedoch die neue Problematik der beidseitigen Nervenverletzung zur Folge hatte, war zwar durchaus dazu geeignet, sich psychisch belastend auszuwirken. Die Belastung ging hierbei aber nicht von der Art der Verletzung aus, sondern - wie dem Bericht des D.____ vom September 2015 (Urk. 9/211) und den Berichten von Dr. G.____

vom Mai 2016 und vom Mai 2017 (Urk. 9/237 und Urk.

9/283) zu entnehmen ist - in erster Linie von den Schmerzen und den Zukunftsängsten.

Dementsprechend ist aber das Kriterium der Dauerschmerzen entgegen der Sichtweise der Beschwerdegegnerin (vgl. Urk. 2 S. 6 und Urk. 8 S. 5) als gegeben zu beurteilen. Wohl trifft zu, dass der Beschwerdeführer anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung durch Dr. J. ___ vom Juni 2017 angab, er habe im Liegen keine Schmerzen (Urk. 9/289 S. 5). Auch mag seine anderslautende Schilderung gegenüber den Gutachtern des N. ___, die Schmerzen träten auch nachts auf und störten zuweilen seinen Schlaf (Urk. 32/110/7+ 69+ 90+ 97), zu relativieren sein, da im Rahmen der Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit EFL, die Bestandteil der Begutachtung war, eine mässige Symptomausweitung, Selbstlimitierung und Inkonsistenz festgestellt wurde und das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen nur zum Teil mit den objektivierbaren pathologischen Befunden erklärt werden konnte (Urk. 32/110/43). Anders als aus orthopädischer Sicht

(vgl. Urk. 32/110/28+29) konnte aus neurologischer Sicht ein Teil der Schmerzen jedoch durchaus objektiviert werden; Dr. Q. ___ anerkannte im Einklang mit der Auffassung in den Vorberichten das Vorhandensein von ständigen Schmerzen neuropathischer Natur (Urk. 32/110/78-79), auch wenn er diese Schmerzen anders als die früher involvierten Fachpersonen mit einem CRPS in Zusammenhang brachte, das nach dem Gesagten nicht ausreichend nachgewiesen ist. Damit ist von Dauerschmerzen im Sinne des entsprechenden Adäquanzkriteriums auszugehen, ohne dass dieses Kriterium jedoch als besonders ausgeprägt einzustufen wäre.

Umgekehrt kann das Kriterium der ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung, auch entgegen dem Dafürhalten der Beschwerdegegnerin (vgl. Urk. 2 S. 5), nicht bejaht werden. Der Umstand, dass sich der gewünschte Erfolg nach den beiden Operationen vom September 2013 noch nicht eingestellt hatte und dass zwecks Stabilisierung

eine weitere Operation erforderlich wurde, kann nicht als ungewöhnlich erachtet werden; dem Bericht der C. ___ vom 11. September 2014, in dem die Operationsindikation gestellt wurde, sind keine entsprechenden Hinweise zu entnehmen (vgl. Urk. 9/154). Des Weiteren hielt sich der Beschwerdeführer nach der Operation vom Januar 2015 zwar im August/September 2015 nochmals in der B. ___ auf; die Klinik empfahl jedoch beim Abschluss des Aufenthalts keine weiterführenden medizinischen Vorkehren und auch keine physiotherapeutischen Massnahmen, sondern lediglich die Fortsetzung des instruierten Heimprogrammes (vgl. Urk. 9/207 S. 2). Dementsprechend dienten die nachfolgenden wiederholten Konsultationen von medizinischen Fachpersonen der somatisch orientierten Spezialgebiete vor allem der Abklärung. Auf der Ebene der Behandlung wurde im Februar 2016 lediglich eine Umstellung der Medikation vorgenommen (vgl. Urk. 9/232 S. 3), und im Juni 2016 sowie im März 2017 wurden Nerveninfiltrationen durchgeführt (vgl. Urk. 9/273 S. 2 und S. 3), hingegen kam die multimodale Schmerztherapie, die das A. ___ im August 2016 empfohlen hatte (vgl. Urk. 9/247 S. 3), nicht zustande. Die psychiatrische Behandlung schliesslich ist entgegen dem Hinweis in der Beschwerdeschrift (Urk. 1 S. 6) nicht einzubeziehen; anders als im Falle einer Distorsionsverletzung der Halswirbelsäule oder eines Schädel-Hirn-Traumas beschlagen die Adäquanzkriterien im Falle einer psychischen Fehlentwicklung nach einem Unfall lediglich die körperlichen Beeinträchtigungen (vgl. BGE 134 V 109 E. 6.1).

Wiederum erfüllt ist hingegen das Kriterium des schwierigen Heilungsverlaufes und erheblicher Komplikationen; die operationsbedingte Nervenschädigung an beiden Beinen stellt zweifellos eine Komplikation dar. Dass die Schädigung auf eine ärztliche Fehlbehandlung im Sinne des entsprechenden weiteren Adäquanzkriteriums zurückzuführen wäre, ist demgegenüber durch keine Hinweise in den Akten belegt.

Als drittes Adäquanzkriterium ist schliesslich in Übereinstimmung mit der Beurteilung der Beschwerdegegnerin (vgl. Urk. 2 S. 6) dasjenige des Grades und der Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit als erfüllt zu werten.

So ist unbestritten, dass der Beschwerdeführer aufgrund der unmittelbar unfallbedingten Knieverletzung und der mittelbaren beidseitigen Nervenläsion mit Schmerzen an den Unterschenkeln nicht mehr dazu in der Lage ist, die angestammte Tätigkeit als Bauarbeiter zu verrichten. Vielmehr beurteilte der Kreisarzt Dr. J. ___ den Beschwerdeführer nur noch für körperlich leichte, vorwiegend sitzende Tätigkeiten als arbeitsfähig, die insbesondere ohne langes Gehen oder Stehen am Stück, ohne Gehen auf unebenem Gelände, ohne Treppensteigen

und ohne Besteigen von Leitern oder Gerüsten verrichtet werden könnten und zudem keine Arbeiten im Knien oder im Hockersitz umfassten (Urk. 9/289 S. 8). Hinzu kommt, dass die Gutachter des N. ___ dem Beschwerdeführer in der Gesamtbeurteilung vom April 2019 aufgrund der beidseitigen Nervenverletzung auch für angepasste Tätigkeiten lediglich eine reduzierte Leistungsfähigkeit attestierten, dies unter Ausklammerung der festgestellten Symptomausweitung und der depressiven Symptomatik (Urk. 32/110/37). Darauf wird nachfolgend nochmals einzugehen sein. Angesichts dessen, dass die Gutachter des N. ___ aber von einer Leistungsfähigkeit von immerhin 60 % ausgingen, ist dieses dritte Adäquanzkriterium zwar deutlich, jedoch nicht in besonders ausgeprägter Weise im Sinne der dargelegten Rechtsprechung erfüllt.

E. 4.2.4

Sind damit nur drei statt der verlangten vier Zusatzkriterien erfüllt und ist keines davon besonders ausgeprägt, so ist die psychische Störung in der Gestalt der Depression in Übereinstimmung mit der Sichtweise der Beschwerdegegnerin nicht als unfalladäquat zu beurteilen.

E. 4.3

). In Bezug auf die Frage nach der Vorausssehbarkeit der Entstehung arthrotischer Veränderungen bedarf es daher einer ergänzenden ärztlichen Beurteilung. Insbesondere lässt sich bei der dargelegten Rechtslage aus der Formulierung, die Entwicklung arthrotischer Veränderungen sei «nicht ausgeschlossen», nicht ohne Weiteres ableiten, dass Dr. J. ___ eine solche Entwicklung im Sinne der beweisrechtlichen Terminologie lediglich für möglich, nicht aber für (überwiegend) wahrscheinlich gehalten hat. Diese Formulierung entbindet daher nicht davon, eine prognostische Beurteilung einzuholen, in welche die Erfahrungswerte hinsichtlich der Eignung

einer Verletzung der vorliegenden Art, eine Arthrose nach sich zu ziehen, einfließen.

E. 7

vom 26. Februar 2018 E. 3.4), oder auch mit den in der Beschwerdeschrift aufgezählten Beispielen (vgl. Urk. 1 S. 5); es erscheint hingegen als deutlich leichter als der von der Beschwerdegegnerin zum Vergleich herangezogene, vom Bundesgericht als mittelschwer

im mittleren Bereich qualifizierte Unfall, bei dem eine versicherte Person auf einem Fussgängerstreifen von einem Personenwagen angefahren worden war und multiple Verletzungen erlitten hatte (Urk. 2 S. 5 mit Hinweis auf das Urteil des Bundesgerichts 8C_358/2014 vom 14.

August 2014 E. 2.4.2). Daran ändert entgegen den Vorbringen des Beschwerdeführers (vgl. Urk. 1 S. 6) nichts, dass die losgelöste Kupplung gemäss dem Spurenbericht des Forensischen Instituts Zürich vom 12.

September

2013 (Urk.

3/3/3) und dem zusätzlich eingereichten Datenblatt (Urk. 3/4) ein Gewicht von rund 10 kg hatte, zumal das Gewicht verglichen mit der gesamten Palette an Kupplungen im unteren Bereich lag (vgl. Urk. 3/3/3 S. 2 und Urk. 3/4).

Die Beschwerdegegnerin hielt es somit zutreffenderweise für erforderlich (vgl. Urk. 2 S. 6 und Urk. 8 S. 4), dass für die Bejahung der Unfalladäquanz der psychischen Störung entweder ein einzelnes Zusatzkriterium in besonders ausgeprägter Weise oder dann mindestens vier Zusatzkriterien erfüllt sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_414/2017 vom 26. Februar 2018 E. 3.4 mit Hinweisen).

E. 7.1

Richtigerweise hat die Beschwerdegegnerin schliesslich gestützt auf Art. 24 Abs. 2 UVG zusammen mit der Einstellung der Taggelder auch den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Integritätsentschädigung festgelegt.

Dabei war wiederum zum einen der Zustand des rechten Knies und zum andern die Nervenschädigung an beiden Beinen zu berücksichtigen.

E. 7.2.1

Zum rechten Knie erörtere Dr. J.____, auf dessen Integritätsschadenbeurteilung vom Juni 2017 die Beschwerdegegnerin abstellte, es besteht eher keine mindestens mässige Instabilität und auch keine mindestens mässige Arthrose, sodass dies bezüglich die Erheblichkeitsgrenze für eine Integritätsentschädigung noch nicht erreicht werde; es sei jedoch nicht ausgeschlossen, dass sich arthrotische Veränderungen im rechten Kniegelenk noch entwickeln würden und daher diesbezüglich später eine Neuevaluation erfolgen müsste (Urk. 9/289 S. 8 und Urk. 9/290 S. 1).

E. 7.2.2

Die Stabilität im rechten Knie ist unbestritten; die entsprechende Feststellung von Dr. J.____ (Urk. 9/289 S. 7) wurde später von Dr. O.____ des N.____ bestätigt (vgl. Urk. 32/110/11+26). Gleichermassen belegt ist, dass das rechte Kniegelenk zur Zeit der Untersuchung durch Dr. J.____ keine ins Gewicht fallenden arthrotischen Veränderungen aufwies. Es ist hierzu auf die radiologischen Aufnahmen (Röntgen und Magnetresonanztomographie) zu verweisen, die Dr. O.____ im Frühjahr 2019 - also erst nach der kreisärztlichen Beurteilung - veranlasste und die keine Arthrosezeichen im rechten Kniegelenk und lediglich leichte Osteophytenbildung an Trochlea und Patella zu Tage brachten (Urk. 32/110/11-12).

Damit hat Dr. J.____

im Untersuchungszeitpunkt einen massgebenden Integritäts schaden im Bereich des rechten Knies zu Recht verneint; gemäss der Tabelle 6 der Suva-Richtwerte («Integritätsschaden bei Gelenkinstabilitäten») wäre selbst eine leichte Instabilität nicht als entschädigungs r elevante zu werten, und dasselbe gilt gemäss der Tabelle 5 («Integritätsschaden bei Arthrosen») für leichte Arthro sen .

E. 7.2.3

Wenn Dr. J.____ indessen die künftige Entwicklung arthrotischer Veränderungen im rechten Kniegelenk in Betracht zog und in dieser Hinsicht auf die Notwen digkeit einer späteren neuen Evaluation hinwies, so war ihm möglicherweise nicht ausreichend bewusst, dass voraussehbare künftige Verschlimmerungen auf grund der besonderen Regelung in Art. 36 Abs. 4 UVV bereits bei der (erst maligen) Bemessung des Integritätsschadens zu berücksichtigen sind und eine spätere Revision nur ausnahmsweise , nämlich im Falle einer nicht vorausseh baren Verschlimmerung von grosser Tragweite, möglich ist (vgl. zu einem ähn li chen Sachverhalt das Urteil des Bundesgerichts 8C_299/2008 vom 7. Januar 2009 E. 4.3 ; vgl. auch das Urteil des Bundesgerichts 8C_244/2012 vom 14. Januar 2013 E.

E. 7.3

Was die Nervenschädigung an den beiden Beinen betrifft, so behielt sich Dr. J.____

im Bericht vom 16. Juni 2017 zunächst den noch ausstehenden Beri cht über die aktuellste neurologi sche Untersuchung vor (Urk. 9/289 S. 8), bemass den Inte gritätsschaden jedoch anschliessend am 20. Juni 2017, ohne auf weitere Unter suchungser gebnisse einzugehen . Er zog hierfür die Tabelle 2 der Suva-Richtwerte («Integritätsschaden bei Funktionsstörungen an den unteren Extremitäten») her an, verwies auf die Bezifferung des Integritätsschadens im Falle einer kompletten Femoralislähmung mit 25 % und leitete daraus aufgrund dessen, dass keine Lähmungen, sondern lediglich beidseitige Sensibilitätsstörungen vorlägen, einen Integritätsschaden von 2,5 % pro Bein und mithin - in Anwendung von Art. 36 Abs. 3 UVV - einen Gesamtschaden von 5 % ab (Urk. 9/290).

Damit trug Dr. J.____ zwar der rein funktionellen Beeinträchtigung Rechnung, nicht aber den persistierenden neuropathischen Schmerzen. Das Bundesgericht hat indessen in einem Fall, in dem ebenfalls neuropathische Schmerzen unter anderem aufgrund einer Verletzung des Nervus

saphenus zur Diskussion standen, darauf hingewiesen, dass einzig die Tabelle 7 der Suva-Richtwerte («Integritäts schaden bei Wirbelsäulenaaffektionen») eine die Schmerzen quantifizierende Skala enthalte, dass diese Tabelle jedoch für die Einstufung von Schmerzen bei anderen Beeinträchtigungen hilfsweise herangezogen werden könne (Urteil des Bundes gerichts 8C_362/2014 vom 25. Juni 2014 E. 6.3). Eine derartige Quantifizierung der Schmerzen zur Bemessung des Integritätsschadens ist auch vorliegendenfalls gerechtfertigt. Auch hierzu ist eine ergänzende ärztliche Beurteilung erforderlich.

E. 7.4

Hinsichtlich der Festlegung der Integritätsentschädigung ist die Sache somit an die Beschwer degegnerin zur weiteren medizinischen Abklärung zurückzuweisen.

E. 8

Zusammengefasst ist der angefochtene Einspracheentscheid vom 12. Juni 2018 damit aufzuheben. Es ist in teilweiser Gutheissung der Beschwerde festzustellen, dass der Beschwerdeführer ab dem 1. September 2017 Anspruch auf eine Invalidenrente aufgrund eines Invaliditätsgrades von 39 % hat. In Bezug auf die Integritätsentschädigung ist die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie die erforderlichen Abklärungen im Sinne der Erwägungen treffe und hernach über den Anspruch neu verfüge.

E. 9

Nach Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Person Anspruch auf den vom Gericht festzusetzenden Ersatz der Parteikosten, die ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses zu bemessen sind; als weitere Bemessungskriterien nennen die ergänzenden kantonalen Vorschriften (§ 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht [GSVGer] sowie § 8 der Verordnung über die Gebühren, Kosten und Entschädigungen vor dem Sozialversicherungsgericht [GebV

SVGer] den Zeitaufwand und die Barauslagen.

Unter Berücksichtigung dieser Kriterien rechtfertigt es sich, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 3'200.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zuzusprechen. Das Gericht erkennt: 1.

Der angefochtene Einspracheentscheid

vom 12. Juni 2018 wird aufgehoben. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird festgestellt, dass der Beschwerdeführer ab dem 1.

September 2017 Anspruch auf eine Invalidenrente aufgrund eines Invaliditätsgrades von 39 % hat. In Bezug auf die Integritätsentschädigung wird die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie die erforderlichen Abklärungen im Sinne der Erwägungen treffe und hernach über den Anspruch neu verfüge. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 3'200.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dominique Chopard - Rechtsanwalt Reto Bachmann - Helsana Versicherungen AG - sana24 AG - Bundesamt für Gesundheit 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 FehrKobel

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