

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00020 vom 30. Oktober 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-10-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2019.00020

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00020 du 30 octobre 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00020 del 30 ottobre 2019

Erwägungen

E. 1

; Bericht der H.____ vom 31. Juli 2009, Urk. 7/IV/11/ 2; Unfallmeldung vom 27. Februar 2009, Urk. 7/IV/436). Zuständiger obligatorischer Unfallversicherer war ebenfalls die Suva, welche für die Folgen dieses Unfalls die gesetzlichen Leistungen erbrachte. Ab Mai 2009 klagte der Beschwerdeführer über eine Zunahme der Beschwerden am linken Knie (Urk. 7/IV /

E. 1.1

X.____ , geboren 1966, arbeitete als Kehrlichtbelader für die Y.____ AG und war obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen bei der Suva versichert, als er sich am 12. November 1987 das linke Knie anschlug und eine Kontusion erlitt. Die Behandlung wurde per 9. Dezember 1987 abgeschlossen (Urk. 7 /I/1-2).

Rund zwölf Jahre später arbeitete er als Mitarbeiter in der Baureinigung für die Z.____ AG , als er am 4. November 1999 von einer Leiter stürzte und sich erneut das linke Knie anschlug (Urk. 7 /II/1, Urk. 7 /II/5). Die Magnetresonanztomographie (MRT) vom 12. Februar 2000 zeigte eine osteochondrale Läsion am lateralen Tibiaplateau mit abheilenden Knochenmarksveränderungen (Urk. 7 /II/12 S. 1). Wegen persistierender Beschwerden am linken Kniegelenk und schliesslich auch am linken Hüftgelenk wurde der Versicherte ambulant und stationär untersucht sowie konservativ behandelt (Urk. 7/ II/75 .1-2). Gemäss dem Bericht der Orthopädischen Universitätsklinik A.____ vom 29. August 2000 bestand während der Hospitalisation vom 20. Juli bis 25. August 2000 ausserdem der Verdacht auf eine beginnende Somatisierungsstörung bei massiver sozialer Problematik (Urk. 7/ II/62). Dr. med. B.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie , hielt im Bericht vom 19. November 2000 zusätzlich Spannungskopfschmerzen, eine Persönlichkeitsstörung mit hysterischen und dissozialen Zügen sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung fest (Urk. 7 /II/63). Gestützt auf den Bericht des Kreisarztes Dr. med. C.____ , Facharzt für Chirurgie, vom 14. März 2001 (Urk. 7 /II/75) stellte die Suva die bisher für die Folgen des Unfalls vom 4. November 1999 erbrachten gesetzlichen Leistungen mit Verfügung vom 6. April 2001 per 1. April 2001 mangels behandlungsbedürftiger Unfallfolgen ein (Urk. 7 /II/82). Dagegen wurde keine Einsprache erhoben.

In Folge des Untersuchungsberichts der Orthopädischen Universitätsklinik A.____ vom 20. November 2001 (Urk. 7 /II/94.2) untersuchte der Kreisarzt Dr. C.____ den Versicherten am 22. Februar 2002 erneut. Er stellte gemäss dem Bericht vom 25. Februar 2002 keine relevante Veränderung fest (Urk. 7 /II/95), was die Suva dem Versicherten mit Schreiben vom 11. März 2002 mitteilte (Urk. 7 /II/96).

E. 1.2

Am 28. Juli 2005 bekam der Versicherte während seiner Tätigkeit als Gebäude reiniger bei der Z.____ AG (Urk. 7 / I II/6.3), welche ihre Mitarbeiter eben falls bei der Suva obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert hatte , auf einer Baustelle mit einem Holzpalett einen Schlag auf das linke Kniegelenk (Urk. 7 / I II/1, Urk. 7 / I II/6 .1). Dadurch exazerbierten gemäss dem Bericht der Orthopädischen Universitätsklinik A.____ vom 30. August 2005 die seit Jahren persistierenden Beschwerden am linken Kniegelenk (Urk. 7 / I II/2). Am 19. Dezember 2005 wurde beim Versicherten am linken Knie eine Arthroskopie mit Débridement und Mikrofrakturierung des Tibiaplateaus lateral und des Femurkondylus medial durchgeführt (Urk. 7 / I II/7). Ausserdem litt er im Verlauf unter Leisten-, Magen-/Darm und Harnbeschwerden (Urk. 7/III /16 .1 , Urk. 7/III /24-25) sowie an Beschwerden an der linken Hüfte (Urk. 7/III /36) und der Lendenwirbelsäule (Urk. 7/III /b43-44). Am 9. Oktober 2006 wurde der Versicherte vom Kreisarzt Dr. med. D.____ , Facharzt für Chirurgie, untersucht, der gemäss dem Bericht vom 12. Oktober 2006 eine Teilkausalität zwischen den Restbeschwerden am linken Knie und dem Unfallereignis vom 28. Juli 2005 bestätigte und eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer knieschonenden wechselbelastenden Tätigkeit attestierte (Urk. 7/III/41). Die Integritätsentschädigung schätzte Dr. D.____ (wegen des Vorzustandes nach Abzug von zwei Dritteln) auf 5 % (Urk. 7/III /42 S. 1). Die Suva stellte darauf hin die Taggeld- und Heilkostenleistungen per 31. Januar 2007 ein (Mitteilungen vom 19. Oktober 2006, Urk. 7/III /b45.1, und vom 1. Februar 2007, Urk. 7/III/55) und sprach dem Versicherten mit Verfügung vom 20. Februar 2007 eine Invalidenrente von 16 % mit Wirkung ab 1. Februar 2007 sowie eine Integritätsentschädigung für einen Schaden von 5 % zu (Urk. 7/III/56). Auch diese Verfügung erwuchs unangetroffen in Rechtskraft.

E. 1.3

Im Mai 2008 überprüfte die Suva die Höhe der Invalidenrente, nachdem sie von der Aufnahme einer Anstellung am E.____ der F.____ AG (Eintritt am 24. Mai 2007, Austritt per 31. Mai 2008; Urk. 7/III/84.2-24, Urk. 7/III /86.8-11, Urk. 7/III /86.19-33) durch den Versicherten erfahren hatte (Urk. 7/III / 74). Ab 1. Juni 2008 war er aus hilfsweise als Minibar-Steward bei der G.____ AG angestellt (Urk. 7/III/86.12-17, Urk. 7/III /87.2-7). Mit Schreiben vom 18. Februar 2009 teilte die Suva dem Versicherten mit, dass die bisherige Rente nicht geändert werde (Urk. 7/III /89.1 -2).

E. 1.4

Am 6. Februar 2009 hatte der Versicherte einen weiteren Unfall mit Beteiligung des linken Knies erlitten. Und zwar hatte sich während seiner Tätigkeit als Minibar-Steward für die G.____ AG die Schublade des Minibarwagens geöffnet und war gegen sein linkes Knie geprallt, wodurch er eine Kniekontusion erlitt (Bericht der Orthopädischen Universitätsklinik A.____ vom 10. Februar 2009, Urk. 7/IV /

E. 1.5

Am 13. Dezember 2013 wurde der Suva ein Rückfall zum Unfallereignis vom 6. Februar 2009 per 10. Dezember 2013 gemeldet (Urk. 7/IV/194). Die Suva übernahm hierfür wiederum die gesetzlichen Leistungen . Am 17. Januar 2014 wurde der Versicherte wegen anhaltender Beschwerden am linken Bein mit einer Knie-Totalprothese versorgt (Urk. 7/IV/183/1-2, Urk. 7/IV/214/2-3). Vom 19. Februar bis 18. März 2014 wurde er in der Rehaklinik L.____ stationär behandelt (Urk. 7/IV/ 246, Urk. 7/IV/254/2-3). Am 4. April

2014 kündigte die Arbeitgeberin (M.____ AG)

das damalige Arbeitsverhältnis mit dem Versicherten auf Ende Juni 2014 (Urk. 7/IV/259/1). Am 2 1. Juli 2014 untersuchte der Kreisarzt Dr. J.____ den Versicherten und schloss bezüglich der Unfall- und Rückfall folgen am linken Knie auf eine 50%ige Arbeitsfähigkeit ab dem 1. September 201 4 und eine 100%ige Arbeitsfähigkeit ab dem 1. November 2014 in einer leidens angepassten, leichten bis mittelschweren und wechselbelastenden sowie das K nie und das linke Bein schonenden Tätigkeit

mit seltener und geringer

Belastung bezüglich Heben, Tragen und Treppensteigen sowie ohne Leitern steigen (Bericht vom 2 1. Juli 2014; Urk. 7/IV/290/7-8). Am 2. September 2014 nahm Dr. J.____ eine aktualisierte Einschätzung des Integritätsschadens vor und setzte diesen auf brutto 30 % respektive nach Abzug der bereits geleisteten Zahlung auf 25 % fest (Urk. 7/IV/299/1).

Gestützt darauf stellte die Suva die Taggeldleistungen mit Schrei ben vom 2 3. September 2014 per Ende Oktober 2014 ein (Urk. 7/IV/ 312/1). Mit Verfügung vom 1 0. Dezember 2014 sprach die Suva dem Versicherten eine ab dem 1. November 2014 neu berechnete, der Teuerung angepasste Invaliden rente bei einem Invaliditätsgrad von weiterhin 16

% und eine Integritätsent schädigung für eine Einbusse von insgesamt 25 % bezüglich der Unfallereignisse vom 2 8. Juli 2005 und vom 6. Februar 2009 zu (Urk. 7/IV/339). Dagegen wurde keine Einsprache erhoben.

E. 1.6

Wegen anhaltender Beschwerden am linken Bein (Aussenseite linke Hüfte , linke s Knie , Sprunggelenk; Urk. 7/IV/ 366/1) wurde am 21. April 2016 in der Orthopädie der N.____ Klinik eine Kniepunktion links zum Ausschluss eines Low-Grade-Infektes vorgenommen (Urk. 7/IV/ 367).

Von einer weiteren Operation wurde abge sehen (Urk. 7/IV/375, Urk. 7/IV/383, Urk. 7/IV / 387). Die Suva übernahm die Heilbehandlungskosten für d ies en Rückfall zum Unfallereignis vom 6. Februar 2009 (Urk. 7/IV/370) . Ab dem 19. September 2016 wurde der Versicherte als Be trieb s mitarbeiter (Küchenhilfe) in einem 50%igen Pensum angestellt (Urk. 7/ IV/ 393 , Urk. 7/IV/396/2). Am 2 9. März 2017 schloss die Suva den Rückfall ab (Urk. 7/399) und hielt mit Mitteilung vom 1 6. Mai 2017 an der bisherigen Rente fest (Urk. 7/IV/402).

E. 1.7

Am 1 6. August 2017 wurde in der Orthopädie der N.____ Klinik wegen erneu ter Beschwerdezunahme

eine weitere Infiltration und Punktion am linken Knie gelenk zum Ausschluss einer Low-G rad e -Infektion durchgeführt , welche unauf fällige Werte ergab

(Berichte vom 3., 1 6. und 2 3. August 2 017, Urk. 7/IV/405, Urk. 7/IV/409 , Urk. 7/IV/410).

Mit Schreiben vom 2 8. Februar 2018 machte der Versicherte unter Hinweis auf das von der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, in Auftrag gegebene Gutachten vom O.____ vom 1 4. Juli 2017 eine Verschlechterung seines Gesundheitszustandes ab April 2016 geltend und beantragte, der letzte, im März respektive Mai 2017 (nicht formell)

erfolgte Rückfall-Abschluss sei in Wiedererwägung zu ziehen (Urk. 7/IV/427). Die Suva nahm daraufhin das O.____ -Gutachten zu den Akten

(Urk. 7/IV/444) .

Am 2. März 2018 hatte der Versicherte gemäss der Schadenmeldung vom 14. März 2018 einen weiteren Unfall erlitten, bei dem das linke Bein in der Bustür eingeklemmt worden war (Urk. 7/V/1). Die erstbehandelnden Ärzte der Notfallmedizin des P.____ stellten gemäss dem Bericht vom 2. März 2018 die Diagnosen einer Kniekontusion und einer Distorsion des oberen Sprunggelenkes links bei Status nach Knie- Totalendoprothese (TEP; Urk. 7/V/6, Urk. 7/V/20). Die Suva anerkannte ihre Leistungspflicht für die Folgen dieses Nichtberufsunfalls (Urk. 7/V/4). Mit den bildgebenden Abklärungen in der Orthopädie der N.____ Klinik wurden ossäre Unfallfolgen ausgeschlossen (Bericht vom 21. März 2018; Urk. 7/V/7). Mit Schreiben vom 23. Mai 2018 stellte die Suva ihre Leistungen für die Folgen des Unfallereignisses vom 2. März 2018 per 4. Juni 2018 ein (Urk. 7/V/21).

E. 1.8

In

Bezug auf das Unfallereignis vom 6. Februar 2009 lehnte die Suva eine Rentenrevisión wegen Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit der letzten Rentenzusprache (im Jahr 2014) gestützt auf die kreisärztliche Stellungnahme von Dr. med.

Q.____ , Fachärztin für Chirurgie, vom 19. Juli

2018 (Urk. 7/IV/448) mit Verfügung vom 25. September 2018 ab (Urk. 7/IV/452). Die dagegen erhobene Einsprache vom 29. Oktober 2018 (Urk. 7/IV/458) wies die Suva mit Einspracheentscheid vom 18. Dezember 2018 ab (Urk. 2). 2.

Hiergegen erhob der Versicherte mit Eingabe vom 30. Januar 2019 Beschwerde und beantragte, der Einspracheentscheid vom 18. Dezember 2018 beziehungsweise die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 25. September 2018 sei aufzuheben, der zuletzt von der Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 10. Dezember 2014 festgestellte IV-Grad von 16 % sei ausgehend von einer Arbeitsunfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit von mindestens 30 % neu zu berechnen und es sei eine entsprechend höhere Rente auszurichten (rückwirkend auf die letzte Rückfallmeldung vom 11. Mai 2016); eventualiter sei die Sache zwecks Einholung eines polydisziplinären Gutachtens und anschliessender Neuentscheidung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. In prozessualer Hinsicht ersuchte er

um

Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung und Bestellung eines unentgeltlichen Rechtsvertreters in der Person von Rechtsanwalt Peter Bolzli (Urk. 1 S. 2). Die Beschwerdegegnerin schloss in der Beschwerdeantwort vom 7. März

2019 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6 S. 2). Mit Eingabe vom 3. September 2019 (Urk. 14) verzichtete der Beschwerdeführer auf eine Replik (Urk. 14 S. 1). Mit Verfügung vom 12. September 2019 wurde das Gesuch des Beschwerdeführers um unentgeltliche Rechtsvertretung abgewiesen (Urk. 18 S. 5).

Auf die Ausführungen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, in den Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 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 6. Februar 2009 ereignet, weshalb die bis 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Normen auf den vorliegenden Fall Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden. 2. 2.1

Gemäss Art. 6 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) werden

soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt - die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Abs. 1). Für die Leistungspflicht eines Unfallversicherers setzt das UVG nebst dem Vorliegen eines Unfalls (Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG) oder einer unfallähnlichen Körperschädigung (Art. 6 UVG in Verbindung mit Art. 9 Abs. 2 der Verordnung über die Unfallversicherung, UVV) voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein natürlicher und ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. 2.2

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 weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiel (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).

Als adäquate Ursache eines Erfolges hat ein Ereignis nach der Rechtsprechung 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).

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). 2.3

2.3.1

Wird die versicherte Person infolge eines Unfalles zu mindestens 10 % invalid (Art. 8 ATSG), so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der unfallbedingten Invalidität und nach Durchführung allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG). 2.3.2

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zuspreehung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Anspruch zu beeinflussen.

Zu vergleichen ist dabei der Sachverhalt im Zeitpunkt, in welchem die Rente rechtskräftig gewährt bzw. materiell bestätigt worden ist, mit dem Sachverhalt im Zeitpunkt der Neubeurteilung (BGE 134 V 131 E. 3, 133 V 108 E. 5.4). Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich von Bedeutung; dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung. Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen). Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend (« allseitig ») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen und E. 6.1). Letztes gilt auch, wenn die Adäquanz eines natürlichen Kausalzusammenhangs für die Zukunft aufgrund der im Zeitpunkt der Leistungsanpassung gegebenen Verhältnisse neu zu prüfen ist (SVR 2017 UV Nr. 41 S. 141, 8C_833/2016 E. 5; zum Ganzen: Urteil des Bundesgerichts 8C_212/2017 vom 1. Februar 2018 E. 2.2.1). 2.4

2.4.1

Die Versicherungsleistungen werden auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt, für Bezüger von Invalidenrenten jedoch nur unter den Voraussetzungen von Art. 21 UVG (Art. 11 UVV). Bei einem Rückfall handelt es sich um das Wieder aufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit, so dass es zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise sogar zu (weiterer) Arbeitsunfähigkeit kommt; von Spätfolgen spricht man, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Verlaufe längerer Zeit organische oder auch psychische Veränderungen bewirkt, die zu einem andersgearteten Krankheitsbild führen können.

Rückfälle und Spätfolgen schliessen sich begrifflich an ein bestehendes Unfallereignis an. Entsprechend können sie eine Leistungspflicht der Unfallversicherung nur auslösen, wenn zwischen den erneut geltend gemachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 118 V 293 E. 2c in fine). 2.4.2

Der Fallabschluss hat in Form einer Verfügung zu erfolgen, wenn und solange die (weitere) Erbringung erheblicher Leistungen zur Diskussion steht (BGE 132 V 412 E. 4, Art. 124 UVV). Erlässt der Versicherer stattdessen nur ein einfaches Schreiben, erlangt dieses in der Regel jedenfalls dann rechtliche Verbindlichkeit, wenn die versicherte Person nicht innerhalb eines Jahres Einwände erhebt (BGE

134 V 145). 2.5

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 versicherungsinterner 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 Versicherer 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 versicherungsinternen 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).

3.

E. 3

, Urk. 7/IV /11). Per Ende November 2009 wurde dem Versicherten die Anstellung bei der G.____ AG wegen seiner gesundheitsbedingten Arbeitsabwesenheit gekündigt (Urk. 7/IV /2

E. 3.1

Betreffend die kreisärztliche Stellungnahme von Dr. Q.____, auf welche die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Einspracheentscheid abstellte (Urk. 2 S. 7 ff.),

ist grundsätzlich nicht zu beanstanden, dass diese zur Frage einer Verschlechterung der unfallbedingten Gesundheitsbeeinträchtigungen eine reine Aktenbeurteilung ohne persönliche Untersuchung des Beschwerdeführers vorgenommen hat, zumal es zunächst lediglich darum ging, die umfassend dokumentierten medizinischen Sachverhalte bezüglich der Kniebefunde

von Juli 2014 mit jenen von Juni 2017 aus fachärztlicher Sicht zu vergleichen. Denn auch ein solcher versicherungsinterner und aktengestützter Arztbericht kann beweistauglich sein (vgl. BGE 125 V 352 E. 3b/ ee ; Urteile des Bundesgerichts 8C_173/2018 vom 24. Mai 2018 E. 3.2 und 8C_761/2017 vom 5. Dezember 2017 E. 5.2.2).

Jedoch unterliegt ein solcher Bericht hinsichtlich Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit strengen Anforderungen und darf zu keinen auch nur geringen Zweifeln Anlass geben (BGE 142 V 58 E. 5.1).

Diese Voraussetzung ist hier nicht erfüllt . Denn Dr. Q.____

hat in ihrer Stellungnahme vom 19. Juli 2018 sehr kurz und lediglich stichwortartig auf einer Seite die von den somatischen Fachärzten erhobenen Befunde am linken Knie und die Zumutbarkeitsprofile verglichen, ohne sich zu allfälligen Änderungen der funktionellen und erwerblichen Auswirkungen zu äussern. Insbesondere hat sie sich zu der vom rheumatologischen O.____ -Gutachter ab April 2016 attestierten 30%igen Arbeitsunfähigkeit (im Sinne des erhöhten Pausenbedarfs) nicht geäußert, obschon er diese unter anderem mit den Kniebeschwerden begründete. Eine Stellungnahme dazu respektive zu einer allfälligen unfallkausalen Änderung der Leistungsfähigkeit ist jedoch schon deshalb relevant, weil ein Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG auch dann vorliegen kann, wenn bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand veränderte Auswirkungen auf den Erwerbsbereich bestehen (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3 ; Urteil des Bundesgerichts 8C_212/2017 vom 1. Februar 2018 E. 2.2.1).

Zudem äusserte sich

die Kreisärztin

nicht dazu, dass (gemäss den Ausführungen im O.____ -Gutachten) mit der SPECT-Untersuchung vom März 2016 ein Reizzu stand mit Synovitis und eine patellare laterale Überlastung festgestellt worden sind

sowie , dass

der O.____ -Gutachter dieses Abklärungsergebnis als möglicher Weise durch die insuffiziente muskuläre Stabilisation des Kniegelenkes bedingt beurteilte ; dies obschon aus den von der Kreisärztin vergleichsweise zitierten Befunden ausserdem hervorgeht, dass der muskuläre Umfang des linken Beines von Juli 2014 bis Juni 2017 - soweit für einen medizinischen Laien erkennbar - abgenommen hat (Urk. 7/IV/448/2). Es bleibt damit fraglich, ob und inwiefern die Schmerzsymptomatik am linken Knie spätestens ab April 2016 mit neuen unfallkausalen und die Belastbarkeit zusätzlich einschränkenden objektiven Befunden erklärbar ist , nachdem der Kreisarzt Dr. J.____ die Schmerzsymptomatik im Juli 2014 bei ausgezeichneter Situation nach der Knie-TP-Operation auch als durch die psychischen Begebenheiten (mit-)bedingt beurteilt hatte (Urk. 7/IV/290 / 7- 8).

Es fehlt somit an einer beweistauglichen medizinischen Grundlage. Daran ändert auch nichts, dass mit dem O.____ -Gutachten eine fachärztliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit vorliegt. Denn der rheumatologische O.____ -Gutachter hat diese hauptsächlich mit der Schmerzsymptomatik begründet (Urk. 7/IV/444/ 102) , ohne eine Differenzierung und Abgrenzung bezüglich der unfallbedingten Befunde am linken Knie und der weiteren Beschwerdebereiche vorzunehmen. Hierauf kann somit nicht abschliessend abgestellt werden.

E. 3.2

Der Beschwerdeführer bringt dagegen vor, die bloss rudimentäre kreisärztliche Einschätzung ohne eigene Untersuchung wie jene von Dr. Q.____ sei im vorliegenden komplexen Fall mit jahrzehntelanger Unfallgeschichte und zahlreichen Rückfällen von vorneherein als Grundlage ungeeignet. Die von Dr. Q.____ getroffenen Schlüsse seien zudem äusserst knapp und damit nicht hinreichend nachvollziehbar. Auch habe sie sich mit der entgegengesetzten Einschätzung der O.____ -Gutachter nicht auseinandergesetzt. Aus

dem von der Invalidenversicherung eingeholten O.____ -Gutachten vom 14. Juli 2017 würden sich indes neue und wesentliche Tatsachen in Bezug auf die unfallbedingte Knieproblematik und den hier relevanten Referenzzeitpunkt vom 1. Dezember 2014 ergeben. Danach sei

aus rheumatologischer Sicht ab April 2016 eine Verschlechterung des somatischen Gesundheitszustandes eingetreten; zufolge der therapeutisch nicht mehr angehbaren Schmerzsymptomatik, worunter auch die Knie-Schmerzsymptomatik verstanden werden müsse, sei in einer leidensangepassten Tätigkeit wegen des erhöhten Pausenbedarfs lediglich noch eine 70%ige Arbeitsfähigkeit zumutbar. Dabei habe nicht die Einsetzung der Knieprothese zur Verschlechterung der Gesundheit geführt, sondern die zunehmenden Schmerzen ab April 2016, deren wegen er am 11.

Mai 2016 einen erneuten Rückfall gemeldet habe. Dieser sei nicht rechtskräftig abgeschlossen worden, da er noch innerhalb eines Jahres seit dem informellen Schreiben der Beschwerdegegnerin neue Beweismittel vorgebracht habe. Die in der letzten rechtskräftigen Verfügung von der Beschwerdegegnerin vertretene Auffassung einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit sei nicht mehr vertretbar (Urk. 1 S. 6 ff.). 3.3

3.3.1

Es ist unstrittig, dass die Beschwerdegegnerin für die gesundheitlichen Folgen des Unfalls vom 6. Februar 2009 am linken Knie leistungspflichtig ist.

Nicht mehr

zu prüfen

und in Rechtskraft erwachsen ist dabei

der Anspruch auf eine Integritätsentschädigung respektive die Abweisung deren Erhöhung (Art. 36 UVG), da der Beschwerdeführer

den in der Einsprache diesbezüglich vorgebrachten Antrag

(Urk. 7/IV/458) in der Beschwerde nicht mehr geltend macht und auch sonst nichts zur Integritätsentschädigung vorbringt (Urk. 1). 3.3.2

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin eine Erhöhung der bisherigen Invalidenrente von 16 % zu Recht abgelehnt hat. Zeitlicher Ausgangspunkt für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades ist der letzte rechtskräftige Entscheid, welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs beruht (BGE 134 V 131 E. 3,

133 V 108 E. 5.4). Dies ist hier unstrittig die Verfügung vom 10. Dezember 2014 (Urk. 7/IV/339), mit welcher der Rentenanspruch nach der Sanierung des linken Kniegelenkes mit einer Totalprothese (Urk. 7/IV/214/2-3) neu geprüft

worden war. Die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis bildet rechtsprechungsgemäss der Erlass des angefochtenen Einspracheentscheides vom 18. Dezember 2018 (Urk. 2; vgl. BGE 132 V 215 E. 3.1.1).

Wie bereits im Urteil UV.2012.00081 vom 31. Mai 2013 festgehalten worden war (E. 3.1; Urk. 7/IV/176 / 9-11), gilt dabei weiterhin, dass die somatischen Beschwerden, welche

nicht das linke Kniegelenk betreffen, namentlich die seit Jahren und auch noch anlässlich der O.____-Begutachtung vom Juni 2017 (Urk. 7/IV/444/1) geklagten Beschwerden in der Leistengegend, im Bereich der Lendenwirbelsäule (LWS), an der linken Hüfte und an der rechten Schulter (Urk. 7/IV/444/42-43, Urk. 7/IV/444/46-47, Urk. 7/IV/444/73-74), sowie die psychischen Beschwerden (E. 3.2; Urk. 7/IV/176 / 11-15) als nicht unfallbedingte respektive -adäquate Beschwerden hier von der Beurteilung auszuklammern sind. 4.

E. 4

). Nach seiner Untersuchung vom 17. November 2009 attestierte der Kreisarzt Dr. med. I.____, praktischer Arzt, eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der Tätigkeit als Minibar-Steward und eine vorerst 75%ige Arbeitsfähigkeit in einer knieschonenden, leistungsgerechten Tätigkeit. Ausser dem empfahl er die Durchführung einer zwei- bis dreimonatigen Physiotherapie (Bericht vom 18. November 2009, Urk. 7/IV/27/5). Die Suva kündigte daraufhin dem Versicherten mit Schreiben vom 23. November 2009 an, dass sie die Taggeldleistungen per 1. März 2010 einstellen werde (Urk. 7/IV /2

E. 4.1

Bei Erlass der Verfügung vom 10. Dezember 2014 (Urk. 7/IV/339) hatte sich die Beschwerdeführerin auf die Einschätzung des Kreisarztes Dr. J.____ vom 21. Juli 2014 (Urk. 7/IV/290) gestützt. Dieser führte im Bericht vom 21. Juli 2014 aus, als Vorzustand sei eine Persönlichkeitsstörung mit histrionischen und leicht dissoziativen Zügen dokumentiert worden und es seien aus psychiatrischer Sicht auch die Diagnosen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, einer Anpassungsstörung mit längerer, leicht depressiver Reaktion und einer Schmerzverarbeitungsstörung angegeben worden. Des Weiteren sei im Jahr 2006 die Diagnose einer Coxarthrose bei zu Beginn des Jahres 2013 radiologisch allerdings unauffälligen Hüftgelenken beidseits gestellt worden. Des Weiteren bestehe ein langjähriges Schmerzsyndrom am linken Knie. Nach dem alloplastischen Kniegelenkersatz vom 17. Januar 2014 sei ein günstiger Verlauf mit nahezu idealem Operationsergebnis und dennoch andauernden erheblichen Beschwerden dokumentiert. Dies entspreche einer erheblichen Diskrepanz. Bei der kreisärztlichen Untersuchung vom 21. Juli 2014 habe der Beschwerdeführer über eine unveränderte Schmerzsituation im Bereich des linken Knies geklagt und angegeben, er habe sogar noch mehr Beschwerden als vor der Operation. Aus objektiver Sicht zeige sich eine ausgezeichnete Situation nach Knie-Totalprothese links mit guter ligamentärer Stabilität des linken Knies und radiologisch unauffälligen Verhältnissen. Die rein aktiv geprüfte Kniebeweglichkeit sei angesichts des Vorzustandes sehr gut und auch die Hypotrophie der Oberschenkelmuskulatur habe im Seitenvergleich nicht wesentlich zugenommen. In Kenntnis der früheren Situation habe sich die Tatsache bewahrheitet, dass zwar eine (hier eher diskrete) Gonarthrose operativ behandelt werden könne, nicht aber ein langjähriges Schmerzsyndrom mit auch Beeinflussung durch die psychischen Begebenheiten. Im Rahmen des Zumutbarkeitsprofils sei der Beschwerdeführer

(bezüglich der Unfall- und Rückfallfolgen am linken Knie) ab dem 1. September

2014 halbtags und dem 1. November 2014 vollzeitig arbeitsfähig. Zumutbar sei in diesem Umfang eine leichte bis mittelschwere,

wechselbelastende

Tätigkeit mit einem sitzenden Anteil von einem Drittel bis einem Zweitel , mit seltenem Treppensteigen, seltenem Heben von maximal 10 bis 15 Kilogramm, seltenem Tragen von höchstens 10 Kilo gramm und auf e iner Treppe von nur 5 Kilogramm.

Nicht zumutbar seien Leitern steigen, kniende und kauernde Arbeiten, längere Flexionshaltungen des linken Kniegelenkes sowie ein repetitiver, kraftvoller Einsatz des linken Beines

(Urk. 7/IV/290/7-8).

Dies bildet die Vergleichsbasis zu der hier zu prüfenden Frage, ob ein Renten revisionsgrund nach Art. 17 ATSG im Sinne einer revisionsbegründenden erheb li chen (unfall- respektive rückfallkausalen) Gesundheitsveränderung bezüglich des linken Knies vorliegt.

E. 4.2.1

Gemäss dem von der Invalidenversicherung eingeholten O.____-Gutachten vom 14. Juli 2017 wurde der Beschwerdeführer im Juni 2017 interdisziplinär aus inter nistischer, rheumatologischer und psychiatrischer Sicht begutachtet (Urk. 7/IV/444/1-3). Die Gutachter schloss en auf die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: Beinschmerzen links mit/bei persistierender Bewegungseinschränkung im linken Knie (Flexionsdefizit), Hypotrophie des Mus culus

Quadriceps links, mässiger Insertionstendinose

retrochantär sowie mit/

bei verkürztem Musculus

Iliacus beidseits, radiologisch Hüftimpingement vom Pincer -Typ links und beginnender Coxarthrose links, bei Status nach Kontusion des linken Knies 1987, 1999, 2005 und 2009, Status nach multiplen I nfiltrationen in das linke Knie, mindestens zweimal peritrochantär links , ohne wesentliche Besserung der Beschwerden, Status nach Kniearthroskopie 2000, 2005 und 2010, Status nach Knie-Totalprothese links im Januar 2014 sowie gemäss den Akten Status nach Z ervikobrachialsyndrom mit/bei mässigen Multietagen degenerative r Veränder ungen der Halswirbelsäule (HWS). Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit führten die Gutachter im Wesentlichen die folgenden auf: Akzentuierte Persönlichkeitszüge mit emotional instabilen und histrionischen Anteilen (ICD-10 Z73.1), chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41), schädlicher Gebrauch von Cannabis (ICD-10 F12.1), anamnestisch Kokain-Konsum, sistiert im Jahr 2013 (ICD-10 F14.20), psychische und Verhaltensstörung durch Opioide, ärztlich verordnet Targin (ICD-10 F11.25), psychische und Verhaltensstörung durch Sedative/Hypnotika, ärztlich verordnet Valium (ICD-10 F13.25), schmerzhafte und verspannte Schulterblatt fixation recht s mit/bei diskreter thorakaler Skoliose, Status nach Appendektomie und Leistenhernienoperation links (Urk. 7/IV/444/89-90).

Bezüglich der Kniebeschwerden wurde aus rheumatologischer Sicht im Gutachten festgehalten, bis auf ein Flexionsdefizit im linken Knie und eine Hypotrophie des linken Quadriceps sei die aktuelle klinische Untersuchung unauffällig.

Als Ur sache für die geklagten Beschwerden seien ein Low-Grade-Infekt oder eine Prothesenlockerung aufgrund der zuletzt durchgeführten Abklärungen (mittels SPECT -Computertomographie [Single Phot on Emission Computed

Tomography- Computed

Tomography , CT] und Punktion im März und April 2016; Urk. 7/IV/444/46)

unwahrscheinlich. Auch für ein Complex regional pain -Syndrom (CRPS) würden sich keine Hinweise finden. In der SPECT - Untersuchung vom März 2016 hätten sich ein Reizzustand mit Synovitis und vor allem eine patellare laterale Überlastung gezeigt. Letztere könnte durch die insuffiziente muskuläre Stabilisation des Kniegelenkes bedingt sein , welches sich beim Beschwerdeführer eindrücklich zeige und sich auch in der Hypotrophie der Oberschenkelmuskulatur mit deutlicher Seitendifferenz widerspiegeln. Zuletzt sei eine Reizung der Popliteussehne

dorsolateral

durch einen kleinen Zementüberstand als mögliche Ursache der Knieschmerzen diskutiert worden. In der aktuellen Untersuchung bestehe die Schmerzhaftigkeit im Kniegelenk aber eher im Bereich des Fibulaköpfchens . Auch sollte berücksichtigt werden, dass die Knieschmerzen von Anfang an eigentlich nicht beeinflussbar gewesen seien, trotz der verschiedensten Interventionen, und dass bereits sehr früh der Verdacht auf eine zusätzliche nichtorganische Schmerzkomponente geäußert worden sei. Insgesamt könnten die Beschwerden, insbesondere die linksseitigen Knieschmerzen, rheumatologisch durch die erheblichen Befunde nicht vollumfänglich erklärt werden (Urk. 7/IV/444/97-98). Aufgrund der Minderbelastbarkeit der HWS, des linken Hüft- und Kniegelenkes seien lediglich noch leichte bis maximale intermittierend mittelschwere wechselbelastende Tätigkeiten ohne starke Belastung der Knie, insbesondere ohne dauerndes oder wiederholtes Arbeiten im Knien und in der Hocke, ohne Treppen- oder Leiternsteigen, ohne Arbeiten in der Höhe oder Gehen auf unebenem Gelände zumutbar . Wegen der degenerativen Veränderungen der HWS sollte ausserdem dauerndes oder wiederholtes Arbeiten mit den Armen in oder über der Horizontalen vermieden werden. Aufgrund der langjährigen, therapeutisch nicht angebbaren Schmerzsymptomatik bedürfe der Beschwerdeführer zudem häufiger kurze Pausen um Entlastungsstellungen einnehmen zu können, was das Rendement um 30 % reduziere. Aus psychiatrischer Sicht könnten bei moderat ausgebildeter Persönlichkeitsakzentuierung und moderater Schmerzverarbeitungsstörung keine erwerbsbezogene Leistungsminderung attestiert und keine Veränderung gegenüber August 2010 festgestellt werden. Aus gesamtmedizinischer Sicht gelte die rheumatologische Einschätzung (Urk. 7/IV/444/101-102). Bezüglich des zeitlichen Verlaufs seit August 2010 müsse aus rheumatologischer Sicht festgehalten werden, dass seit damals weitere Interventionen und Abklärungen stattgefunden hätten, unter anderem eine Implantation einer Knie- Endoprothese links, was jedoch die Schmerzsymptomatik nicht wesentlich verändert habe. Daher sei die Einschränkung des Rendements um 30 % spätestens seit dem Ausschluss eines Low-Grade-Infektes und einer Prothesenlockerung als mögliche Schmerzursache , mithin ab April 2016 , vertretbar (Urk. 7/IV/444/105-106).

E. 4.2.2

Die Kreisärztin Dr. Q.____ kam in ihrer Stellungnahme vom 19. Juli 2018 nach dem Zitat der Zumutbarkeitsprofile und Befunde, welche vom Kreisarzt Dr. J.____ im Bericht vom 21. Juli 2014 (Urk. 7/IV/290/ 5-6) und vom rheumatologischen O.____ -Gutachter im Gutachten vom 14. Juli 2017 (Urk. 7/IV/444/ 51) aufgeführt worden waren, zum Schluss, dass in der Zusammenschau der objektiven Befunde keine Veränderungen zu dokumentieren seien , wobei der Bewegungsumfang von 10 Grad

untersuchungsbedingt sei. Das vom Kreisarzt be stimmte Zumutbarkeitsprofil sei detaillierter und zum Teil einschränkender, als jenes des O.____ -Gutachters.

Der vom Kreisarzt festgelegte Integritätsschaden von 30 % entspreche einer schweren Arthrose und auch diesbezüglich sei keine Änderung angezeigt (Urk. 7/IV/448/2).

E. 4.3

2

Hinzu kommt, dass sich seit der O.____ -Begutachtung und noch vor der Stellung nahme von Dr. Q.____ , nämlich am 2. März 2018 - mithin vor Erlass des ange fochtenen Einspracheentscheid es vom 18.

Dezember 2018

-, ein neuer Unfall mit Beteiligung des linken Kniegelenkes und ausserdem des linken oberen Sprung gelenkes (OSG) ereignet hat (Urk. 7/V/1, Urk. 7/V/6/3-4). Dies hat die Kreisärztin gänzlich ausser Acht gelassen.

Zwar hat die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen für dieses Unfallereignis mit Schreiben vom 23. Mai 2018 gestützt auf die Beurteilung eines Kreisarztes vom 8. Mai 2018 eingestellt (Urk. 7/V/21/1-2). Jedoch handelt es sich hierbei nicht um eine Verfügung (Art. 49 ATSG), so dass rechtsprechungsgemäss vom Beschwer deführer noch während eines Jahres dagegen Einwände vorgebracht werden konnten (vgl. BGE 134 V 145) . Auch kann d er Rentenanspruch im Verlauf bis zum Erlass des angefochtenen Einspracheentscheid s

vom 18. Dezember 2018 (Urk. 2) nicht ohne fachärztliche Beurteilung zu sämtlichen unfallbedingten Ge sundheitsbeeinträchtigungen und deren Auswir kungen auf die Arbeitsfähigkeit beurteilt werden. Eine solche liegt hier indes nicht vor, insbesondere befindet sich auch der Bericht des Kreisarztes vom 8. Mai 2018 nicht in den Akten. 4. 4

4.4.1

Nach dem Gesagten

ist entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin nicht ab schliessend auf die Aktenbeurteilung von Dr. Q.____ vom 19. Juli 2018 abzu stellen . Auch kann a ufgrund der Beurteilung des rheumatologischen O.____ -Gut achters von Juni 2017 und aufgrund des neuen Unfalls vom 2. März 2018 bei derzeitiger Aktenlage nicht ausgeschlossen werden, dass seit der Verfü gung vom 10. Dezember 2014 (Urk. 7/IV/339) eine anspruchserhebliche Änderung im Sinne eines R entenr evisionsgrundes (Art. 17 Abs. 1 ATSG) eingetreten ist.

Dabei hat eine allfällige revisionsweise Erhöhung der Rente bei Rückfällen und Spätfolgen - wie bei der erstmaligen Rentenzusprechung - auf den Zeitpunkt des Abschlusses der Heilbehandlung hin zu erfolgen (vgl. BGE 140 V 65). Hier war der Abschluss nach der Rückfallmeldung im Mai 2016 (Urk. 7/IV/363) mit Schreiben vom 29. März 2017 gestützt auf die gleichentags abgegebene Stel lung nahme von Dr. Q.____

erfolgt (Urk. 7/IV/ 398- 399), weshalb - sofern aufgrund der zu ergänzenden Abklärungen ein Revisionsgrund anzunehmen ist - eine all fällige Änderung der bisherigen Rente ab dann zu prüfen wäre . 4.4.2

Der massgebliche Sachverhalt erweist sich damit als nicht hinreichend abgeklärt. Die Beschwerde ist folglich in dem Sinne gutzuheissen, dass der angefochtene Einspracheentscheid vom 18. Dezember 2018 (Urk. 2) aufzuheben und die Sache zur ergänzenden fachärztlichen Abklärung im Sinne der Erwägungen und erneuter Entscheidung über den Rentenanspruch des Beschwerdeführers

ab April 2017 zurückzuweisen ist. 5.

Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zu weiterer Abklärung und neuer Entscheidung als vollständiges Obsiegen (vgl. ZAK 1987 S. 268 f. E. 5 mit Hinweisen). Dem Beschwerdeführer steht ausgangsgemäss

daher eine Prozessentschädigung zu, welche nach Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, nach der Schwierigkeit des Prozesses, dem Zeitaufwand und den Barauslagen sowie unter Berücksichtigung der diesen Kriterien angemessenen Honorarnote von Rechtsanwalt Peter Bolzli vom 3. September 2019 (Urk. 16) auf Fr. 2'136.70 (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass der Einspracheentscheid vom 18. Dezember

2018 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über den Rentenanspruch des Beschwerdeführers

ab April 2017 neu verfüge. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 2'136.70 (inkl. Mehrwertsteuer und Barauslagen) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Peter Bolzli - Suva - Bundesamt für Gesundheit 5.

Gegen diese Entscheidung 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 FehrHartmann

E. 8

). Am 18. Februar 2010 wurde beim Versicherten eine Arthroskopie mit Knorpeldébridement und Mikrofrakturierung am medialen Femurkondylus medial sowie

im Bereich des lateralen Tibiaplateaus des linken Kniegelenks durchgeführt (Urk. 7/IV /41). Am 31. Mai 2010 untersuchte der Kreisarzt Dr. med.

J.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, den Versicherten und empfahl eine ambulante Intensivphysiotherapie (Bericht gleichen Datums, Urk. 7/IV / 53/7). Eine solche wurde in der Rehaklinik K.____ vom 29. Juni bis am 23. Juli 2010 durchgeführt (Urk. 7/IV / 59). Am 13. Mai 2011 untersuchte der Kreisarzt Dr. J.____ den Versicherten erneut und befand gemäss dem Bericht vom 17. Mai 2011 (Urk. 7/IV/100) und ergänzt mit dem Bericht vom 10. Juni 2011 (Urk. 7/IV / 102) nach Einsicht in das MRT des linken Knies vom 18. Mai 2011 (Urk. 7/IV/101), der unfallbedingte Gesundheitszustand am linken Knie sei stabil und dem Versicherten sei wieder eine 100%ige leidensangepasste Tätigkeit zumutbar (Urk. 7/IV / 100/ 7, Urk. 7/IV / 102/ 1). Die Integritätseinbusse schätzte Dr. J.____ gemäss dem Bericht vom 10. Juni 2011 auf 10 % (Urk. 7/IV/ 103 / 1). Am 5. Juli 2011 nahm Dr. J.____ ausserdem zu den ergänzenden Fragen der Suva (Urk. 7/IV /104) Stellung (Urk. 7/IV /107 / 1). Mit Verfügung vom 7. Juli 2011 stellte die Suva die Leistungen für die Folgen des Unfalls vom 6. Februar 2009 per 31. Juli 2011 ein und verneinte eine erhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit dem Unfall vom 28. Juli 2005 sowie eine Erhöhung der bisherigen Rente (Urk. 7/IV /109). Dagegen erhob der Versicherte Einsprache (Urk. 7/IV/126, Urk. 7/IV/134, Urk. 7/IV/140/1-2), welche die Suva mit Einspracheentscheid vom 2. März 2012 abwies (Urk. 7/IV/144). Die hiergegen erhobene Beschwerde des Versicherten (Urk. 7/IV/148) wies das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich im Verfahren Nr. UV.2012.00081 mit Urteil vom 31. Mai 2013 ab (Urk. 7/IV/176/20).

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