

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00035

vom 3. Mai 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-05-03, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2019.00035

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00035 du 3 mai 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00035 del 3 maggio 2019

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1971, war seit 24. September 2014 bei der Y.____ AG als angelernter Dachdecker/ Isoleur (vgl. Urk. 8/12 S. 1) angestellt und dadurch bei der Suva gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert, als er sich am 4. Oktober 2014 anlässlich eines Raufhandels ein leichtes Schädel-Hirn-Trauma, eine Contusio Knie rechts, eine Contusio Finger V links sowie eine Rissquetschwunde am Kopf frontal (vgl. Urk. 8/7) zuzog (Urk. 8/1). Die Suva anerkannte ihre Leistungspflicht und erbrachte die gesetzlichen Leistungen, wobei sie mit Verfügung vom 8. Januar 2015 das Taggeld um 50 % kürzte (Urk. 8/22).

Am 11. Januar 2018 teilte die Suva dem Versicherten mit, dass sie den Fall abschliesse und längstens bis zum 31. März 2018 Taggelder ausrichte (Urk. 8/315) und mit Verfügung vom 16. März 2018 verneinte sie einen Anspruch des Versicherten auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung (Urk. 8/325). Die dagegen gerichtete Einsprache vom 2. Mai 2018 (Urk. 8/333) wies sie - unter Gewährung der unentgeltlichen Rechtsverbeiständung - mit Entscheid vom 3. Januar 2019 ab (Urk. 8/350 = Urk. 2).

E. 1.1

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

Gemäss den allgemeinen übergangsrechtlichen Regeln sind der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen, die in Geltung standen, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende und somit rechtserhebliche Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 466 E. 1, 126 V 134 E. 4b, je mit Hinweisen). Dem entsprechend sehen die Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 des UVG vor, dass Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem 1. Januar 2017 ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt werden (Absatz 1 der genannten Übergangsbestimmungen). Der hier zu beurteilende Unfall hat sich am 4. Oktober 2014 (vgl. Urk. 8/1) ereignet, weshalb die bis 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Normen auf den vorliegenden Fall Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden.

E. 1.2

Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise

arbeitsunfähig (Art.

E. 1.3

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 129 V 177 E. 3.1, 402 E. 4.3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die 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).

E. 1.4

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. 1.5

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht 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 in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

E. 2

Gegen den Einspracheentscheid vom 3. Januar 2019 (Urk. 2) erhob der Versicherte am 4. Februar 2019 Beschwerde mit dem Antrag, dieser sei aufzuheben und die Suva sei zu verpflichten, ihm eine Rente und eine Integritätsentschädigung auszurichten. In prozessualer Hinsicht ersuchte er um die Bestellung eines unentgeltlichen Rechtsbeistands (Urk. 1). Mit Beschwerdeantwort vom 11. März 2019, welche dem Beschwerdeführer am 13. März 2019 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 10), schloss die Suva auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 7).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin stellte die Leistungen mit der Begründung ein (Urk. 2), in somatischer Hinsicht bestünden unbestritten Unfallrestfolgen im Bereich des rechten Knies, weshalb die angestammte Tätigkeit als Dachdecker nicht mehr zumutbar sei. Eine leichte bis mittelschwere angepasste Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer jedoch ganztags zumutbar (Ziff. 2 S. 3). Was die weiteren geklagten Beschwerden betreffe, hätten im Rahmen der Abklärungen keine objektivierbaren Unfallfolgen im Sinne struktureller Veränderungen gefunden werden könnten (Ziff. 3a S. 4). Das von einzelnen Ärzten diagnostizierte leichte Schädel-Hirntrauma rechtfertige die analoge Anwendung der Schleudertrauma-Praxis nicht, da sich keine Hinweise ergäben, dass eine Hirnerschütterung im Grenzbereich einer Commotio und einer Contusio cerebri vorgelegen habe. Die Prüfung der Adäquanz habe daher unter dem Gesichtspunkt einer psychischen Fehlentwicklung nach Unfall zu erfolgen (Ziff. 3b S. 4) und führe vorliegend dazu, dass der adäquate Kausalzusammenhang nicht gegeben sei (Ziff. 4b S. 6).

In einer angepassten Tätigkeit erleide der Beschwerdeführer eine Erwerbseinbusse von lediglich 1.57 %, weshalb kein Anspruch auf eine Invalidenrente bestehe (Ziff. 6c). Gemäss der kreisärztlichen Einschätzung sei die Erheblichkeitsgrenze betreffend die Unfallrestfolgen des rechten Knies nicht erreicht, weshalb auch der Anspruch auf eine Integritätsentschädigung zu verneinen sei (Ziff. 7b S. 10).

E. 2.2

Dagegen wandte der Beschwerdeführer ein (Urk. 1), nachdem der Kreisarzt im November 2017 noch von einer natürlichen Kausalität ausgegangen sei, zu welchem Ergebnis auch die Untersuchungen der Z.____ geführt habe, sei davon auszugehen, dass der natürliche Kausalzusammenhang gegeben sei (Ziff. 15 S. 6). Auch die Kriterien für die Bejahung des Vorliegens des adäquaten Kausalzusammenhangs seien überwiegend erfüllt (Ziff. 21 S. 8 f.). Selbst wenn das Gericht davon ausgehen würde, dass der adäquate Kausalzusammenhang nicht erfüllt sei, hätte der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Invalidenrente, da das Invalideneinkommen tiefer anzusetzen sei, als dies die Beschwerdegegnerin getan habe (Ziff. 24 S. 9 f.). Auch bestehe ein Anspruch auf eine Integritätsentschädigung, liege doch eine durch das Trauma hervorgerufene funktionelle Frontalhirnschädigung vor (Ziff. 25 S. 10). Die operativen Eingriffe am rechten Knie hätten zu einer beginnenden Gonarthrose geführt, was zu berücksichtigen sei (Ziff. 26 S. 10).

E. 2.3

Streitig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung hat. 3.

E. 3

Mit Urteil des heutigen Tages im Verfahren Nr. OH.2017.00006 wurde über die Ansprüche des Beschwerdeführers betreffend Opferhilfe entschieden. Das Gericht zieht in Erwägung:
1.

E. 3.1

Die erstbehandelnden Ärzte der Klinik für Unfallchirurgie am Universitätsspital A.____ diagnostizierten im Bericht vom 6. Oktober 2014 (Urk. 8/7) ein leichtes Schädel-Hirntrauma (SHT), eine Contusio Knie rechts, eine Contusio Finger V links sowie

eine Rissquetschwunde am Kopf frontal, versorgt mittel primä rem Verschluss mit Einknopfnahnt . Fremdanamnestisch habe weder eine Bewusst losigkeit noch ein Krampfgeschehen vorgelegen (S. 1). Das Computertomogramm (CT) des Schädels zeige keine intrakraniellen Traumafolgen , keine Blutungen und keine Frakturen (vgl. auch Urk. 8/30). Das Röntgen des rechten Knies und des V. Finger links habe keinen Hinweis auf frische ossäre Läsionen oder Fehl stellungen ergeben. Das neurochirurgische Konsilium habe keine Auffällig keiten gezeigt. Bei der Visite sei der Beschwerdeführer neurologisch unauffällig gewesen, es hätten weder Schwindel, Übelkeit, Erbrechen noch eine Sehstörung vorgelegen (S. 2).

E. 3.2

Die von der Hausärztin (vgl. E. 3.4) in Auftrag gegebene Magnetresonanz-Tomo graphie (MRI) des Schädels transversal, koronar und sagittal vom 4. Oktober 2014 war gemäss Bericht von Dr. med. B.____, Facharzt für Radiologie, Institut C.____, vom 24. Oktober 2014 (Urk. 8/6) unauffällig und ergab keinen Nachweis einer traumatischen Läsion.

E. 3.3

Dr. med. D.____, Leitender Arzt, und Dr. med. E.____, Assistenzärztin, diagnostizierten im Bericht des Interdisziplinären Zentrums für Schwindel und Gleichgewichtsstörungen am A.____ vom 9. Februar 2015 (Urk. 8/42) Folgendes (S. 1): - Verdacht auf Canalolithiasis des linken posterioren Bogengangs - anamnestisch: rezidivierende, sekundenlang anhaltende, bewegungs abhängige Drehschwindelattacken, begleitet von Übelkeit - klinisch: bei Dix-Hallpike nach rechts Angabe von starkem Schwindel. Die Augen würden zugekniffen, Nystagmus daher nicht beurteilbar. Bei Dix- Hallpike nach links Angabe von sehr starkem Schwindel (links > rechts), es zeige sich ein rotatorischer geotroper Nystagmus. Beim Auf richten erneut Angabe von starkem Schwindel. - ätiologisch: am ehesten bei Status nach leichtem SHT am 4. Oktober 2014 - MRI vom 24. Oktober 2014 (Institut C.____): eigenanam nestisch unauffälliger Befund - leichtes postcommotionelles Syndrom - bei Status nach SHT am 4. Oktober 2014 - anamnestisch: leichte kognitive Defizite (Konzentrationsstörung, Ver gesslichkeit) - Migräne ohne Aura

Am ehesten liege eine Canalolithiasis des linken posterioren Bogengangs vor. Das entsprechende Epley-Befreiungsmanöver sei durchgeführt worden (S. 2).

E. 3.4

Dr. med. F.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, diagnosti zierte im Bericht vom 24. Februar 2015 (Urk. 8/32) persistierende Schwindel nach SHT. Als Befunde gab sie progredienten Schwindel und progrediente Kopfschmer zen an.

E. 3.5

Dr. med. G.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, diagnosti zierte im Bericht vom 6. März 2015 (Urk. 8/66/2) eine Meniskusläsion medial rechts sowie eine Ruptur des vorderen Kreuzbandes (VKB) rechts. Klinisch sei die mediale Meniskusläsion aufgefallen, das MRI ergebe die Diagnose (vgl. auch Urk. 8/72). Er habe dem Beschwerdeführer die mediale Meniskusresektion und die VKB-Plastik vorgeschlagen.

E. 3.6

Am 11. Mai 2015 (Urk. 8/49) diagnostizierten Dr. med. H.____, Oberarzt, und Dr. E.____ (E. 3.3) anstelle des Verdachts auf Canalolithiasis des linken poste rioren Bogengangs einen

benignen paroxysmalen Lagerungsschwindel (S. 1). Der Beschwerdeführer berichte, seit der letzten Konsultation sei es zu einer deutlichen Besserung der Schwindelsymptomatik gekommen (S. 1). Auch die Konzentrationsstörungen hätten sich bereits gebessert, es fielen ihm jedoch weiterhin kognitive Defizite auf. Klinisch hätten in den Lagerungsmanövern kein Schwindel und kein Nystagmus mehr provoziert werden können (S. 2).

Als Dachdecker sollte der Beschwerdeführer erst wieder arbeiten, wenn keine Schwindelattacken mehr aufträten (S. 2).

E. 3.7

Dr. med. I.____, Fachärztin für Oto -Rhino-Laryngologie (ORL), Suva, Arbeitsmedizin, gab am 22. Juni 2015 (Urk. 8/52) folgende Beurteilung ab: Die geltend gemachten Beschwerden seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis vom 4. Oktober 2014 zurückzuführen (S. 1).

Gemäss Verlaufsuntersuchung des Interdisziplinären Zentrums für Schwindel und Gleichgewichtsstörungen vom 9. Februar (richtig: 11. Mai) 2015 seien aus neu ro otologischer Sicht keine strukturellen organischen Läsionen mehr vorhanden. Aus ORL-ärztlicher Sicht sei der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsfähig. So lange jedoch subjektiv Schwindel bestehe, sollten Arbeiten mit Absturzgefahr (auf Gerüsten, Leitern, Podesten und Dächern) und Arbeiten, bei denen Körperteile durch rotierende Maschinenelemente erfasst werden könnten, unterbleiben. Nachdem eine Knieoperation geplant und ein postcommotionelles Syndrom bei Status nach Schädel-Hirntrauma erwähnt worden sei, empfehle sich, das Dossier zusätzlich den Kollegen der Orthopädie und Neurologie vorzulegen (S. 2).

E. 3.8

Mit Bericht vom 13. Juli 2015 (Urk. 8/64) stellte Dr. F.____ (E. 3.4) fest, dass der Schwindel aktuell im Vordergrund stehe. Dieser sei zwar mit Medikamenten besser, trete jedoch unverhofft auf. Bei einem Anfall drehe sich alles und der Beschwerdeführer werde schwach und müsse sich sofort hinlegen. Die Schwindelanfälle kämen sowohl beim Laufen als auch im Liegen vor.

E. 3.9

Am 21. September 2015 wurde durch Dr. G.____ (vgl. E. 3.5) eine subtotale Meniskektomie medial rechts sowie eine VKB-Plastik (Quadrizepssehne) rechts durch geführt (Urk. 8/88). Der postoperative Verlauf habe sich afebril und komplikationslos gestaltet (Urk. 8/90).

E. 3.10

Im Austrittsbericht vom 12. Oktober 2015 stellten PD Dr. med. J.____, Oberärztin, und med. pract. K.____, Stadtspital L.____ (Urk. 8/125), folgende Diagnosen (S. 1): - Migräne ohne Aura - aktuell Schmerzexazerbation - 2.10.15 MRI-Schädel: unauffällig - benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel - am ehesten bei Status nach SHT Oktober 2014, Verlaufskontrolle «Schwindel-Sprechstunde A.____» - Besserung nach Epley - Schellongtest : bland - Sonographie Halsgefäss: unauffällig - DD im Rahmen Commotio, DD im Rahmen Migräne, DD psychosomatisch - postcommotionelles Syndrom bei Sturz am 28. September 2015 - Status nach SHT am 4. Oktober 2014 bei Fremdgewalt - anamnestisch: leichte kognitive Defizite (Konzentrationsstörung, Vergesslichkeit) - regredient - Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (F43.20) - am ehesten nach SHT am 4. Oktober 2014 bei Fremdgewalt - Status nach VKB-Ruptur und

Meniskuskorbhenkelriss rechts - Status nach Operation mit VKB-Plastik am 21. September 2015 - Verdacht auf Pethidinallergie - Status nach anaphylaktischer Reaktion Grad 1 nach intravenöser Pethidingabe

Die Zuweisung sei notfallmässig aufgrund von Schwindel und Kopfschmerzen erfolgt (S. 1). In der aktuellen Episode habe sich der Beschwerdeführer aufgrund des Schwindels den Kopf im Badezimmer angeschlagen, was zu einer Aggravierung der Symptomatik geführt habe. Andere Commotiozeichen wie Bewusstlosigkeit, Übelkeit oder Erbrechen seien verneint worden. Aufgrund der ungewohnt hohen Frequenz der Migräneanfälle und der Verstärkung der Schmerzen nach erneutem Trauma sei am 2. Oktober 2015 ein MRI des Schädels gemacht worden, welches unauffällig gewesen sei. Ein Schellong sei bland gewesen. Laborchemisch seien Blutzucker, TSH und Elektrolyten im Normbereich. Im Ruhe-EKG sei ein normokarder

Sinsusrhythmus ohne De- oder Repolarisationsstörung zu sehen. Eine Sonographie der Halsgefässe habe eine regelrechte Darstellung der Karotiden und der Arteria vertebralis im zervikalen Bereich beidseits gezeigt. Eine psychiatrische Konsil-Visite habe eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion nach Schädel-Hirntrauma bei Fremdgewalt ergeben. Eine stationäre oder medikamentöse Therapie sei aktuell nicht empfohlen worden, hingegen seien die Kontaktdaten der Psychiatrie zur ambulanten Betreuung abgegeben worden. Bei vermehrten Schmerzen am Knie rechts nach Sturz sei am 6. Oktober 2015 eine Röntgenuntersuchung durchgeführt worden, welche eine ossäre Läsion habe ausschliessen können (S. 2).

E. 3.11

Vom 14. bis 27. Oktober 2015 weilte der Beschwerdeführer in der Rehaklinik M.____. Im Austrittsbericht vom 12. November 2015 (Urk. 8/129) wurden die bekannten Diagnosen genannt (S. 1). Bei Eintreffen sei der Beschwerdeführer ängstlich, verunsichert und im Rollstuhl mobil gewesen. Er habe Angst gehabt, das rechte Bein zu belasten und habe immer wieder Episoden mit Schwanke schwindel angegeben. Die Schwankschwindelattacken seien teilweise so stark ausgeprägt, dass der Beschwerdeführer stocksteif im Rollstuhl oder im Bett gesessen sei und es ihm nicht möglich gewesen sei, an den Therapien teilzu nehmen (S. 2).

Im weiteren Verlauf sei es zu mehreren Konfliktsituationen mit den Therapeuten und der Pflege gekommen, worauf der Beschwerdeführer die sofortige Entlassung gewünscht habe. Er habe angegeben, die diversen Medikamente gegen Schwindel und Kopfschmerzen und Schmerzen im rechten Knie täten ihm nicht gut, weshalb er eine weitere Medikamenteneinnahme verweigert habe (S. 2).

E. 3.12

Dr. G.____ (E. 3.5) berichtete am 2. März 2016 (Urk. 8/133/1), es sei am 29. Februar 2016 ein Verlaufs-MRI durchgeführt worden (vgl. auch Urk. 8/133/2), welches die intakte VKB-Rekonstruktion und den Status nach Teilmenishektomie medial zeige. Es sei festgehalten worden, dass der Beschwerdeführer nun in der Physiotherapie zum Muskelaufbau und zur Flexion/Extension, welche immer noch nicht vollständig vorhanden sei, selbst am meisten beitragen könne.

E. 3.13

Dr. phil. N.____, Z.____ konstatierte im Untersuchungsbericht vom 19./29. März 2016 (Urk. 8/152/2-52), es sei schwierig, aufgrund einer kurzen Untersuchung eine abschliessende Beurteilung vorzunehmen. Es könne nur gesagt werden, dass die neurobiologischen Funktionen im sensorischen Bereich gut funktionierten (unbewusste Wahrnehmung von Objekten), jedoch im bewussten Wahrnehmungsbereich/bewusste kognitive Verarbeitung keine elektro-physiologischen Impulse gemessen werden könnten. Ob es sich dabei um ein bewusstes oder unbewusstes mangelndes Engagement handle, könne nicht beantwortet werden (S. 3 oben).

E. 3.14

Dr. G.____ (vgl. E. 3.5) berichtete am 29. Juni 2016 (Urk. 8/163), der Beschwerdeführer leide weiterhin an Schmerzen und Muskelschwäche. Es bestehe ein Extensionsdefizit von 15°. Die forcierte Extension schmerze. Der Beschwerdeführer sehe sich nicht arbeitsfähig.

Am 22. August 2016 (Urk. 8/169) berichtete Dr. G.____, es bestünden unveränderte Restbeschwerden am rechten Knie. Der Verlauf sei subjektiv schlecht, objektiv aber zufriedenstellend.

Am 21. November 2016 führte Dr. G.____ ein arthroskopisches Narben- Débridement, eine Notch-Plastik und eine Entfernung des Osteosynthesematerials (OSME) Tibia durch (Urk. 8/201-202).

Am 1. Februar 2017 berichtete Dr. G.____ (Urk. 8/218), nach Schraubenentfernung und Narbenlösung sei doch eigentlich ein erfreulicher Verlauf eingetreten. Das rechte Knie werde fast ganz gestreckt. Die gesamte Schmerzhaftigkeit sei deutlich besser geworden.

Am 13. April 2017 teilte Dr. G.____ mit (Urk. 8/232 S. 3), der Verlauf sei unverändert. Der Beschwerdeführer sei subjektiv nicht ganz zufrieden, objektiv sei es nach der letzten Operation viel besser. Aus orthopädischen Gründen wäre eine Arbeit möglich. Der schwierige Verlauf werde durch das neurologische Grundleiden bestimmt.

Am 8. Mai 2017 berichtete Dr. G.____ (Urk. 8/243), der Beschwerdeführer sei vor gut 10 Tagen die Treppe heruntergefallen und könne seither das Knie nicht mehr richtig beugen.

E. 3.15

Auf Zuweisung von Dr. G.____ hin (vgl. Urk. 8/259) wurde der Beschwerdeführer in der Universitätsklinik O.____, Kniechirurgie, untersucht. Dr. Dr. med. P.____, Oberarzt Orthopädie, stellte im Bericht vom 12. Juli 2017 (Urk. 8/263) folgende Diagnose (S. 1): - muskuläre Dekonditionierung mit/bei - Verdacht auf algodystrophe Reaktion mit/bei - Status nach arthroskopischer VKB-Rekonstruktion (mit Quadrizepssehne) und subtotaler Teilmeniskektomie

medialseitig im September 2015 bei VKB-Ruptur und medialer Korbhakenläsion mit/bei - Status nach arthroskopischer Narbendébridement, Notch-Plastik und Pollerschraubenentfernung im November 2016

Beim Beschwerdeführer finde sich aktuell eine ausgeprägte Dekonditionierung und Schmerzen bei «Belastungen in Ruhe des Kniegelenks» bereits bei kleinen Bewegungsausmassen, so dass letztendlich auch eine algodystrophe Reaktion nicht ausgeschlossen werden könne (S. 2).

E. 3.16

Dr. med. Q.____, stellvertretender Chefarzt Rheumatologie an der Uni versitätsklinik O.____, stellte im Bericht vom 22. August 2017 (Urk. 8/267) folgende Diagnosen (S. 1): - chronifizierte rechtsseitige Knieschmerzen mit Rehabilitationsdefizit - Atrophie Quadrizepsmuskulatur - Vermeidungs- und Schonverhalten - Röntgen Juli 2017: beginnende mediale und patello -femorale Gon arthrose - MRI Mai 2017: im Vergleich zu August 2016 neu breitflächig Knorpel delamination

Trochlea

femoris mit angrenzendem Knochen marködem, vollständig regredientes Knochenmarködem medialer Femurcondylus , neu wenig Knochenödem antero -medialer Tibiakopfrand - Status nach arthroskopischer VKB-Rekonstruktion (mit Quadrizeps sehne) und subtotaler Teilmeniskektomie

medialeseitig im September 2015 bei VKB-Ruptur und medialer Korbhakenläsion mit/bei - Status nach arthroskopischer Narbendébridement , Notch-Plastik und Pollerschraubenentfernung im November 2016 - kognitive Verlangsamung, DD: psychiatrisch (posttraumatische Belastungs störung), medikamentös - chronisches cervicocephales Syndrom mit Schwindel und Konzentrations störung nach Kontusion im Sinne eines Übergriffs im Oktober 2014

Obwohl eine grosse Diskrepanz zwischen den geklagten Schmerzen respektive den funktionellen Einschränkungen und den strukturellen Befunden (MRI und Röntgen) bestehe, lasse sich die Diagnose eines CRPS I nicht stellen. Des Weiteren lasse sich auch kein rheumatologisches Grundleiden, insbesondere keine peri phere Spondylarthritis, oder ein Infekt fassen. Eine Schmerzchronifizierung im Sinne einer peripheren und zentralen Sensibilisierung stehe im Vordergrund, wel che begünstigt werden könne durch eine zu vermutende posttraumatische Belastungsstörung, den Migrationshintergrund und die nun schwierigen psycho sozialen Verhältnisse. Ob zusätzlich ein Medikamentenübergebrauch vorliege, könne nicht beurteilt werden (S. 2 unten f.).

E. 3.17

Vom 25. bis 26. September 2017 weilte der Beschwerdeführer erneut in der Rehaklinik M.____. Laut Austrittsbericht vom 29. September 2017 (Urk. 8/288) bestehe aus somatischer Sicht und angesichts der völligen Non-Compliance keine Indikation zu einer Fortführung der stationären Rehabilitation. Nach Mitteilung dieses Sachverhaltes habe der Beschwerdeführer angekündigt, sich aus dem Fenster stürzen zu wollen, wenn man ihm nicht weiterhelfe. Da die Klinik kein Setting zur Überwachung von suizidalen Patienten anbieten könne, sei die not fallmässige Verlegung des Beschwerdeführers in die S.____ (E. 3.19) zur Krisen intervention erfolgt. Mit objektivierbaren Unfallfolgen könne man das Verhalten des Beschwerdeführers nicht erklären (S. 3 unten).

E. 3.18

Gemäss Austrittsbericht vom 2. Oktober 2017 der R.____ (Urk. 9/169-171), wo sich der Beschwerdeführer vom 26. bis 29. September 2017 aufhielt, sei der Beschwerdeführer aufgrund von Suizidäusserungen eingewiesen worden. Er habe bei Eintritt eine Symptomkonstellation präsentiert, die aus psychiatrischen und somatischen Beschwerden bestanden habe. Er habe mit depressiven Symptomen (bedrückte Stimmung, Gedächtnisstörungen, Suizidge danken) imponiert und habe von Albträumen und anderen Wiedererlebnissen (vorwiegend auf den Unfall von 2014 bezogen) berichtet. Am

28. September 2017 habe er sich mit einem Verband zu strangulieren versucht (S. 2 unten f.).

E. 3.19

Laut Bericht der Psychiatrie S.____ vom 2. Oktober 2017 (Urk. 8/294) imponierte der Beschwerdeführer mit einem grossen subjektiven Leidensdruck bei diffusen Schmerzen und veränderlichen Angaben über die belastende Symptomatik. Es beständen hinsichtlich der Alltagsbewältigung ausgeprägte Befürchtungen. Dabei wirke der Beschwerdeführer leicht grübelnd und ratlos. Ansonsten zeige er sich formalgedanklich kohärent und schwingungs- und absprachefähig im Kontakt. In den weiteren Gesprächen habe er sich glaubhaft von Suizidgedanken und absichten distanziert. Hinweise auf eine schwere depressive Episode oder eine psychotische Symptomatik lägen zurzeit nicht vor (S. 2 oben).

Im Zwischenbericht vom 20. November 2017 (Urk. 8/298) wurde ausgeführt, der Krankheitsverlauf gestalte sich unklar und teilweise zeigten sich gegensätzliche Einschätzungen. Einerseits seien laut Bericht der Rehaklinik M.____ keine ossären/parenchymatösen Defekte in der Bildgebung erkennbar, was zusammen mit dem teilweise als bizarr beschriebenen Verhalten und der Fluktuation der Symptomatik als Grund für die Annahme der artifiziellen Störung herangezogen werden dürfte. Andererseits seien durch die Untersuchungen des Instituts Z.____ pathologische Hirnströme aufgezeigt worden, welche Einflüsse auf Pla nungen und Exekutivfunktionen hätten. Der Beschwerdeführer werde primärper sönlich durch Freunde und Familienangehörige als lebendig, interessiert und dynamisch beschrieben, im therapeutischen Setting imponiere er fluktuierend in Konzentration und Aufmerksamkeit, vermeidend, schreckhaft und teilweise nicht nachvollziehbar im Handeln (S. 2).

E. 3.20

Kreisärztin Dr. med. T.____, Fachärztin für Chirurgie, gab im Bericht vom 3. November 2017 folgende Beurteilung ab (Urk. 8/289): Bezüglich Schädel seien gemäss CT vom 4. Oktober 2014 und MRI vom 24. Oktober 2014 keine frischen traumatischen strukturellen Läsionen nachweisbar. In somatischer Hin sicht sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine wesentliche Besserung des Gesundheitszustandes mehr zu erwarten. Eine Arbeitsfähigkeit als Dachdecker sollte wieder gegeben sein. Es seien keine Unfallfolgen nachweisbar.

E. 3.21

Kreisarzt med. pract . U.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, schätzte die medizinische Situation im Bericht vom 1. Dezember 2017 (Urk. 8/301) dahingehend ein, dass aufgrund der vorliegenden Berichte und auf grund des Verlaufs, in welchem bis zum Aufenthalt in der Rehaklinik M.____ nie von einer psychischen Auffälligkeit, geschweige denn von einer psychischen Störung mit Krankheitswert die Rede gewesen sei, eine Teilkausalität zum Unfall ereignis als solchem nicht mit dem Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ausgewiesen sei. Zwar seien die Schwindelbeschwerden, gewisse subjektiv kognitive Beschwerden und anhaltende Kopfschmerzen im Bericht des Schwindelzentrums vom 11. Mai 2015 einem leichten postcommotionellen Syndrom zugewiesen worden, allerdings ohne dass dieses näher und im Sinne eines organischen Psychosyndroms (F07.2) psychiatrisch bestätigt worden sei. Zudem sei in jener Zeit bezüglich der Schwindel symptomatik und der Kopfschmerzen von einer deutlichen Aufwärtsbewegung die Rede gewesen (S. 2).

E. 3.22

Kreisärztin Dr. T.____ (E. 3.20) ging im Bericht vom 14. Dezember 2017 (Urk. 8/308) davon aus, dass die Tätigkeit als Dachdecker nicht mehr zumutbar sei. Bei der muskulären Atrophie/Dysbalance sei nachvollziehbar, dass Einschränkungen bezüglich Gehen auf schrägem Untergrund und Besteigen von Leitern und Gerüsten bestünden. Eine leichte bis mittelschwere wechselbelastende Tätigkeit, ohne Zwangshaltung für das rechte Kniegelenk, mit gelegentlichem Treppensteigen, nur selten auf unebenem Gelände gehend und selten kauern oder kniend sei ganztags möglich (S. 1 unten).

Bezüglich Integritätsentschädigung stellte sich Dr. T.____ am 11. Januar 2018 (Urk. 8/313) auf den Standpunkt, die Erheblichkeitsgrenze sei nicht erreicht. Gemäss MRI vom 5. Mai 2017 bestünden leichte Knorpelveränderungen ohne mässige Arthrose und gemäss Bericht der Uniklinik O.____ vom 11. Juli 2017 seien die Kniegelenksbeweglichkeit und die Stabilität gut.

E. 3.23

Laut dem von der Invalidenversicherung in Auftrag gegebenen Gutachten der Ärzte der V.____ vom 22. Oktober 2018 (Urk. 9/38-45) liegen beim Beschwerdeführer folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vor (Ziff. 4.2.1 S. 4 unten f.): - chronisches cervico-cephales Syndrom mit Schwindel unklarer Genese - DD: Funktionsstörung atlanto-occipital bei Status nach SHT 2014 - beginnende mediale und patellofemorale Gonarthrose rechts, radiologisch Juli 2017 - leichtgradiges Streckdefizit und persistierende Knieschmerzen rechts unklarer Ätiologie nach VKB-Ruptur und Meniskushenkelriss mit - vorderer Kreuzbandplastik mit subtotaler Teilmeniskektomie medial September 2015 - Re-Arthroskopie mit Débridement, Notch-Plastik und Pollerschraubenentfernung November 2016

Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurden die folgenden genannt (Ziff. 4.2.2 S. 5): - Ganser Syndrom (F44.80) - DD: artifizielle Störung (F68.1) - Atrophie des Musculus quadrizeps

femoris rechts bei Status nach arthroskopischer VKB-Rekonstruktion (Quadrizepssehne) September 2015 - Status nach benignem paroxysmalen Lagerungsschwindel, am ehesten bei Status nach Schädel-Hirntrauma (posttraumatisch) September 2014 - Nikotinkonsum - Dekonditionierung

Aus polydisziplinärer Sicht werde der Beschwerdeführer in der bisherigen Tätigkeit insgesamt als zu 80 % arbeitsfähig beurteilt (Ziff. 4.7 S. 5). Eine angepasste Tätigkeit wäre eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit ohne Klettern, ohne Gerüststeigen, ohne ständiges Treppengehen oder Gehen auf unebenem Gelände, ohne Tätigkeiten über Kopf und Schulterhöhe und ohne regelhafte Reklination der Halswirbelsäule. Eine solche Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer zu 100 % zumutbar (Ziff. 4.8 S. 6). 4. 4.1

Es ist unbestritten und aufgrund der medizinischen Aktenlage ausgewiesen, dass der Beschwerdeführer aufgrund der beim Unfall erlittenen Knieverletzung als Dachdecker nicht mehr arbeitsfähig ist, indessen in einer leichten bis mittelschweren angepassten Tätigkeit eine vollständige Arbeitsfähigkeit besteht. 4.2

Streitig ist dagegen, ob die vom Beschwerdeführer geklagten psychogenen Störungen (Schwindel und kognitive Defizite) in einem rechtsgenügenden Zusammenhang zu dem dem Beschwerdeführer zugefügten Schlag mit einer Eisenstange auf den Kopf vom

4. Oktober 2014 stehen. 4.3

Nach der geschilderten Aktenlage kann als erwiesen gelten, dass der Beschwerdeführer sich eine äussere Kopfverletzung, nämlich eine Rissquetschwunde am Kopf frontal, zuzug, mittels der bildgebenden Verfahren (Schädel-CT und Schädel-MRI) jedoch keine posttraumatische Hirnschädigung ermittelt werden konnte. Laut den Berichten der erstbehandelnden Ärzte (E. 3.1) war der Beschwerdeführer am Unfalltag neurologisch unauffällig, es lagen kein Schwindel, keine Übelkeit, kein Erbrechen und keine Sehstörung vor. Auch neurochirurgisch wurden keine Auffälligkeiten beschrieben.

Die in der Folge geklagten funktionellen Defizite variieren: So hielten die Ärzte des Interdisziplinären Zentrums für Schwindel und Gleichgewichtsstörungen im Februar 2015 (E. 3.3) fest, der Beschwerdeführer habe dauerhafte Kopfschmerzen verneint, habe aber kognitive Defizite bemerkt wie Konzentrationsstörung und eine neu aufgetretene Vergesslichkeit. An 2-4 mal pro Monat auftretenden Kopfschmerzen leide der Beschwerdeführer seit zirka 4 Jahren (Urk. 8/42 S. 2). Nach dem beim Beschwerdeführer das Epley-Befreiungsmanöver durchgeführt worden war, berichteten die Ärzte des Interdisziplinären Zentrums für Schwindel und Gleichgewichtsstörungen (E. 3.6) im Mai 2015, dass es gemäss Bericht des Beschwerdeführers bei einer Häufigkeit von etwa einer Drehschwindelattacke pro Monat zu einer deutlichen Besserung der Schwindelsymptomatik gekommen sei und sich die Konzentrationsstörungen gebessert hätten. Allerdings fielen ihm im Vergleich zu früher kognitive Defizite auf, und er bekunde grössere Mühe, Deutsch zu lernen und sich Vokabeln zu merken. Neu habe er darüber geklagt, dass er seit Januar 2015 verschwommen sehe, was ihm auffalle, wenn er zu lesen versuche (Urk. 8/49 S. 1 f.).

Eine verbesserte, aber leicht andere Situation beschrieb auch die Hausärztin (E. 3.8), welche im Juli 2015 feststellte, im Vordergrund stünden die zwar deutlich weniger auftretenden Schwindel, welche jedoch unverhofft sowohl im Liegen als auch beim Laufen aufträten. Kognitive und Sehstörungen wurden von ihr indes nicht erwähnt, dafür um zu 60 % gebesserte Kopfschmerzen (Urk. 8/64).

Nach der ersten Knieoperation stellte sich der Beschwerdeführer nach einem durch Schwindel hervorgerufenem Sturz beim Stadtspital L. ___ vor (E. 3.10) und beklagte Schwindel und Kopfschmerzen. Umfangreiche Abklärungen - auch bildgebende - ergaben unauffällige Resultate. Erstmals wurde eine psychische Störung diagnostiziert, wobei die Ärzte weder eine stationäre noch eine medikamentöse Therapie als angezeigt erachteten, was doch darauf schliessen lässt, dass sie die Störung als nicht gravierend beurteilten.

Angesichts der doch unterschiedlich beschriebenen Beeinträchtigungen durch die involvierten Ärzte, welche wohl auf den vom Beschwerdeführer ihnen gegenüber gemachten wechselnden Angaben beruhten, wurden beim Beschwerdeführer bezüglich der psychogenen Beschwerden umfangreiche Untersuchungen vorgenommen, welche jedoch keine organisch hinreichend nachweisbare Gesundheitsschädigung zu Tage förderten. 4.4

Daran ändern auch die Erhebungen der mentalen Störungen durch Dr. phil. N. ___ (E. 3.13) nichts, ging er doch von einem vermutlich erlittenen mittel schweren bis schweren Schädel-Hirntrauma aus (Urk. 8/152/2-52 S. 2), obwohl von den Medizinerinnen lediglich ein leichtes Schädel-Hirntrauma diagnostiziert wurde, was darauf hindeutet, dass ihm nicht sämtliche medizinischen Berichte vorlagen. Die Untersuchung fand im Beisein der Ehefrau statt, welche den Beschwerdeführer offenbar demonstrativ unterstützte (S. 6). Gestützt auf nicht näher ausgeführte Aussagen der Hausärztin ging er von einer nicht näher

umschriebenen kompletten Veränderung des Beschwerdeführers aus. Auffallend schliesslich ist, dass sämtliche neuropsychologischen Funktionen unterdurchschnittlich ausgefallen sind und das Verhalten des Beschwerdeführers an der Grenze zur Durchführbarkeit der Tests lag. Derart eingeschränkte Funktionen hätte auch den untersuchenden Fachärzten auffallen und entsprechende Erwähnung in ihren Berichten finden müssen, weshalb nicht auszuschliessen ist, dass der Beschwerdeführer absichtlich schlechte Testresultate provozierte, zumal die neurobiologischen Funktionen im sensorischen Bereich gut funktionierten (unbewusste Wahrnehmung von Objekten), jedoch im bewussten Wahrnehmungsbereich/bewusste kognitive Verarbeitung keine elektro-physiologische Impulse gemessen werden konnten. 5. 5.1

Nach der Rechtsprechung ist bei der Beurteilung der Adäquanz von organisch nicht (hinreichend) nachweisbaren Unfallfolgeschäden wie folgt zu differenzieren: Zunächst ist abzuklären, ob die versicherte Person beim Unfall ein Schleudertrauma der HWS, eine dem Schleudertrauma äquivalente Verletzung oder ein Schädel-Hirntrauma erlitten hat. Ist dies nicht der Fall, gelangt die Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 133 E. 6c/ aa (sogenannte Psychorechtsprechung) zur Anwendung. Ergebnisse der Abklärungen indessen, dass die versicherte Person eine der oben erwähnten Verletzungen erlitten hat, muss beurteilt werden, ob die zum typischen Beschwerdebild einer solchen Verletzung gehörenden Beeinträchtigungen zwar teilweise vorliegen, im Vergleich zur psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund treten. Trifft dies zu, sind für die Adäquanzbeurteilung ebenfalls die für Unfälle mit psychischen Folgeschäden aufgestellten Grundsätze (BGE 115 V 133 E. 6c/ aa) massgebend; andernfalls erfolgt die Beurteilung der Adäquanz gemäss den in BGE 117 V 359 E. 6a und E. 4b festgelegten Kriterien (BGE 123 V 98 E. 2a). 5.2

Eine analoge Anwendung der Schleudertrauma-Praxis rechtfertigt sich gemäss Rechtsprechung nur dann, wenn eine erlittene Hirnerschütterung mindestens im Grenzbereich zwischen einer Commotio und einer Contusio cerebri liegt. Leichte Hirnerschütterungen reichen hierfür nicht aus (Urteil des Bundesgerichts 8C_270/2011 E. 2.1).

Wie bereits dargelegt (E. 4.2), finden sich in den echtzeitlichen Akten nach dem Unfall keine Hinweise für eine entsprechende Schädigung mindestens im Grenzbereich zu einer Contusio cerebri, konnte doch mittels bildgebender Verfahren keine posttraumatische Hirnschädigung objektiviert werden. Auch klinisch imponierte der Beschwerdeführer unauffällig und er klagte unmittelbar nach dem Unfall lediglich über Kopfschmerzen. Die Adäquanz ist folglich gemäss den in BGE 115 V 133 aufgeführten Kriterien zu prüfen. 5.3

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 Unfalles 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 vorge nommen wurde: banale beziehungsweise leichte Unfälle einerseits, schwere Unfälle andererseits 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).

Bei Unfällen aus dem mittleren Bereich lässt sich die Frage, ob zwischen Unfall und Folgen ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht aufgrund des Unfalles 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 Gesam wür digung einzubeziehen. Als wichtigste Kriterien sind zu nennen: - besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit 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 Kausalzusammenhanges 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 unfall bezogene 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 Grenz bereich 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 Unfalles zusammen mit den objektiven Kriterien führt zur Bejahung oder Verneinung der Adäquanz. Damit entfällt die Notwendigkeit, nach andern Ursachen zu forschen, die möglicher weise die psychisch bedingte Erwerbs unfähigkeit 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). 5.4

Die Beschwerdegegnerin ging von einem mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu einem leichten Unfall aus, was vom Beschwerdeführer nicht bestritten wurde und wovon auszugehen ist. Zur Bejahung der adäquaten Kausalität wäre daher im vorliegenden Fall

erforderlich, dass ein einzelnes unfallbezogenes Kriterium in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist oder dass mehrere der nach der Rechtsprechung massgebenden Kriterien gegeben sind. 5.5

Das Kriterium der besonders dramatischen Begleitumstände oder besonderen Eindringlichkeit des Unfalles ist objektiv zu beurteilen und nicht auf Grund des subjektiven Empfindens bzw. Angstgefühls der versicherten Person (RKUV 1999 Nr.

U 335 S. 207, U 287/97 E. 3b/cc; Urteil des Bundesgerichts 8C_624/2008 vom 12. Dezember 2008 E. 4.3.1). Dabei ist jedem mindestens mittelschweren Unfall eine gewisse Eindringlichkeit eigen, welche somit noch nicht für eine Bejahung des Kriteriums ausreichen kann (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_39/2008 vom 20. November 2008 E. 5.2). Der Beschwerdeführer legte auch nicht näher dar, woraus sich die besondere Eindringlichkeit oder besonders dramatische Begleitumstände ergeben sollen und solche sind aufgrund des Geschehnisablaufes auch nicht ersichtlich.

Bei der vom Beschwerdeführer erlittenen Verletzungen handelt es sich nicht um schwere Verletzungen oder um solche, die erfahrungsgemäss geeignet wären, psychische Fehlentwicklungen auszulösen. Anlässlich der Konsultation im Interdisziplinären Zentrum für Schwindel und Gleichgewichtsstörungen im Februar 2015 (E. 3.3) verneinte er dauerhaft vorhandene Kopfschmerzen (Urk. 8/42 S. 2). Nach dem Epley-Befreiungsmanöver kam es zu einer deutlichen Besserung der Schwindelsymptomatik, und es besserten sich die Konzentrationsstörungen (E. 3.6). Betreffend Knie hielt Dr. G.____ im August 2016 fest, der Verlauf sei subjektiv schlecht, objektiv aber zufriedenstellend (E. 3.14). Insoweit eine ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung, Dauer der Beschwerden, ein schwieriger Heilungsverlauf und eine lange Arbeitsunfähigkeit geltend gemacht wurden, sind diese auf psychische Gründe zurückzuführen, welche in diesem Zusammenhang ausser Acht zu bleiben haben. Eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hätte, wird zu Recht nicht geltend gemacht. 5.6

Damit sind keine Zusatzkriterien erfüllt, womit der adäquate Kausalzusammenhang der geklagten, nicht objektivierbaren Beschwerden zum Unfallereignis nicht gegeben ist, weshalb die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht in Bezug auf die psychogenen Beschwerden zu Recht verneint hat.

Bezüglich der somatischen Unfallrestfolgen des rechten Knies, bei welchen der adäquate Kausalzusammenhang praxisgemäss ohne Weiteres bejaht wird, ist im Folgenden zu prüfen, ob ein Anspruch auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung besteht. 6.

E. 6

des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG), so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 Prozent invalid (Art.

E. 6.1

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit

bei aus geglichener Arbeits marktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbs einkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht in valid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffern mässig mög lichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allge meine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

E. 6.2

Die Beschwerdegegnerin ging von einem Valideneinkommen im Jahre 2018 von Fr. 65'060.-- aus (Urk. 8/325 S. 2; vgl. Urk. 8/12 und Urk. 8/319) aus, welches vom Beschwerdeführer nicht bestritten wurde und durch die Akten ausgewiesen ist.

Dem Invalideneinkommen legte die Beschwerdegegnerin die LSE 2016 (Tabellen löhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch heraus gegebenen Lohnstrukturhebungen) zugrunde, gemäss welchen Männer im privaten Sektor im tiefsten Kompetenzniveau bei 40 Arbeitsstunden pro Woche durchschnittlich Fr. 5'340.-- pro Monat respektive Fr. 64'080.-- pro Jahr erzielten. Unter Berücksichtigung der betriebsüblichen Arbeitszeit von 41.7 Stunden (Bundesamt für Statistik, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschafts abteilungen) und der Nominal lohnentwicklung für Männer im Jahr 2017 von 0.4 % und im Jahr 2018 von 0.5 % (Bundesamt für Statistik, Entwicklung der Nominallohne, der Kon sum enten preise und der Reallöhne) errechnete sie einen Jahreslohn von Fr. 67'406. (Urk. 2 Ziff. 6b S. 8 f.). Dies ist nicht zu beanstanden.

E. 6.3

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellen lohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäfti gungs grad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/ aa). Aufgrund dieser Faktoren kann die versicherte Person die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt möglicherweise nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten (BGE 126 V 75 E. 5b/ aa). Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen (BGE 135 V 297 E. 5.2; 134 V 322 E. 5.2 und 126 V 75 E. 5b/ bb -cc) .

Nach ständiger Rechtsprechung darf das (kantonale) Sozialversicherungsgericht sein Ermessen, wenn es um die Beurteilung des Tabellenlohnabzuges gemäss BGE 126 V 75 geht, nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Verwaltung setzen; es muss sich auf Gegebenheiten abstützen können, welche seine abwei chende Ermessensausübung als naheliegender erscheinen lassen (BGE 137 V 71 E. 5.2 und 126 V 75 E. 6) .

Die Beschwerdegegnerin erachtete aufgrund der leidensbedingten Einschränkung ein Abzug vom Tabellenlohn von 5 % als gerechtfertigt (Urk. 2 Ziff. 6b S. 9), wogegen der Beschwer deführer einen Tabellenlohnabzug von 20 % geltend machte (Urk. 1 Ziff. 24 S. 10).

Ausgehend von der Tatsache, dass dem Beschwerdeführer eine angepasste Tätigkeit noch vollzeitlich zumutbar ist, der Beschwerdeführer in der Schweiz keine lange Erwerbsbiographie ausweisen kann und nicht substantiiert darlegte, aus welchem Grund ein höherer Abzug gewährt werden muss, besteht kein Anlass dafür, in das Ermessen der Beschwerdegegnerin einzugreifen.

E. 6.4

Damit bleibt es bei der von der Beschwerdegegnerin errechneten Erwerbseinbusse von 1.57 % und folglich ist der Anspruch auf eine Invalidenrente zu verneinen. 7. 7.1

Nach Art. 24 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung, wenn sie durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen oder geistigen Integrität erleidet. Die Integritätsentschädigung wird in Form einer Kapitalleistung gewährt. Sie darf den am Unfalltag geltenden Höchstbetrag des versicherten Jahresverdienstes nicht übersteigen und wird entsprechend der Schwere des Integritätsschadens abgestuft (Art. 25 Abs. 1 UVG).

Gemäss Art. 25 Abs. 2 UVG regelt der Bundesrat die Bemessung der Entschädigung. Von dieser Befugnis hat er in Art. 36 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) Gebrauch gemacht. Abs. 1 dieser Vorschrift bestimmt, dass ein Integritätsschaden als dauernd gilt, wenn er voraussichtlich während des ganzen Lebens mindestens in gleichem Umfang besteht. Er ist erheblich, wenn die körperliche oder geistige Integrität, unabhängig von der Erwerbsfähigkeit, augenfällig oder stark beeinträchtigt wird. Gemäss Abs. 2 gelten für die Bemessung der Integritätsentschädigung die Richtlinien des Anhangs 3. Fallen mehrere körperliche oder geistige Integritätsschäden aus einem oder mehreren Unfällen zusammen, so wird die Integritätsentschädigung nach der gesamten Beeinträchtigung festgesetzt (Abs. 3). 7.2

Im Anhang 3 zur UVV hat der Bundesrat Richtlinien für die Bemessung der Integritätsschäden aufgestellt und in einer als gesetzmässig erkannten, nicht abschliessenden Skala (BGE 124 V 29 E. 1b mit Hinweisen) wichtige und typische Schäden prozentual gewichtet (RKUV 2004 Nr. U 514 S. 416). Für die darin genannten Integritätsschäden entspricht die Entschädigung im Regelfall dem angegebenen Prozentsatz des Höchstbetrages des versicherten Verdienstes (Ziff. 1 Abs. 1). Die Entschädigung für spezielle oder nicht aufgeführte Integritätsschäden wird nach dem Grad der Schwere vom Skalenwert abgeleitet (Ziff. 1 Abs. 2). Integritätsschäden, die gemäss der Skala 5 % nicht erreichen, geben keinen Anspruch auf Entschädigung (Ziff. 1 Abs. 3). Die völlige Gebrauchsunfähigkeit eines Organs wird dem Verlust gleichgestellt; bei teilweisem Verlust und teilweiser Gebrauchsunfähigkeit wird der Integritätsschaden entsprechend geringer, wobei die Entschädigung jedoch ganz entfällt, wenn der Integritätsschaden weniger als 5 % des Höchstbetrages des versicherten Verdienstes ergäbe (Ziff. 2). 7.3

Bezüglich Integritätsentschädigung stellte sich Dr. T.____ auf den Standpunkt (E. 3.22), gemäss MRI vom 5. Mai 2017 bestünden nur leichte Knorpelveränderungen ohne mässige Arthrose am rechten Knie und laut Bericht der Uniklinik O.____ vom 11. Juli 2017 seien Kniegelenksbeweglichkeit und Stabilität gut, weshalb die Erheblichkeitsgrenze nicht erreicht sei.

Diese Feststellungen decken sich mit dem orthopädischen Teilgutachten der V.____ (E. 3. 21), worin festgestellt wurde, dass die radiologisch verifizierten pathomorphologischen Veränderungen im Bereich des rechten Kniegelenks leichtgradig

degenerativ seien (Urk. 9/32-40 Ziff. 7.1 unten). Die diagnostizierte beginnende mediale und patellofemorale Gonarthrose vermag daher keine Integritätserschädigung auszulösen. Daran ändert auch die Behauptung des Beschwerdeführers nichts, dass es nach Knieverletzungen erfahrungsgemäss zur Arthrosebildung kommen soll (vgl. Urk. 1 Ziff. 26 S. 10).

E. 8

Zusammenfassend gilt es festzustellen, dass die Beschwerdegegnerin den Anspruch auf eine Invalidenrente und auf eine Integritätserschädigung zu Recht verneint hat, was zur Abweisung der Beschwerde führt.

E. 9.1

Nach Gesetz und Praxis sind in der Regel die Voraussetzungen für die Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung und Verbeiständung erfüllt, wenn der Prozess nicht aussichtslos, die Partei bedürftig und die anwaltliche Verbeiständung notwendig oder doch geboten ist (BGE 103 V 46, 100 V 61, 98 V 115).

E. 9.2

Der Beschwerdeführer bezieht von der Stadt W.____ wirtschaftliche Hilfe (Urk. 3). Angesichts dessen, dass auch die übrigen persönlichen und sachlichen Voraussetzungen gegeben sind, ist die unentgeltliche Rechtsvertretung zu gewähren und Rechtsanwältin Aurelia Jenny, Zürich, zur unentgeltlichen Rechtsvertreterin zu ernennen.

Die unentgeltliche Rechtsvertreterin hat von der ihr eingeräumten Möglichkeit, eine Honorarnote einzureichen (Urk. 10 Ziff. 2), keinen Gebrauch gemacht, weshalb ihre Entschädigung nach § 7 Abs.

2 in Verbindung mit § 8 der Verordnung über die Gebühren, Kosten und Entschädigungen vor dem Sozialversicherungsgericht (GebV

SVGer) nach Ermessen festzulegen ist. Unter Berücksichtigung des praxisgemässen Stundenansatzes von Fr. 220. (zuzüglich Mehrwertsteuer) ist sie mit Fr. 1'800. (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse zu entschädigen. Das Gericht beschliesst:

In Bewilligung des Gesuchs vom 4. Februar 2019 wird Rechtsanwältin Aurelia Jenny, Zürich, als unentgeltliche Rechtsvertreterin für das vorliegende Verfahren bestellt, und erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Die unentgeltliche Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers, Rechtsanwältin Aurelia Jenny, Zürich, wird mit Fr. 1'800.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Aurelia Jenny - Suva - Bundesamt für Gesundheit sowie an: - Gerichtskasse 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 Bundesge

setzes 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, zuzu stellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich
Der Vorsitzende
Die Gerichtsschreiberin
Mosimann
Tiefenbacher

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