

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00193 vom 2. November 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-11-02, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2019.00193

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00193 du 2 novembre 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00193 del 2 novembre 2020

Erwägungen

E. 1

Der 1970 geborene X.____

war

vom 6. Juni 1995 bis 31. Januar 1996

als Fassaden- Isoleur bei der Y.____ AG

tätig und bei der Suva gegen die Folgen von Unfällen versichert . Am 13. Juli 1995

stürzte er auf einem Gerüst und

fiel auf das linke Knie (Urk. 9/37/2) .

Als Diagnose wurde ein Verdacht auf eine laterale Meniskusläsion links gestellt. Am 1. September 1995 wurde eine arthroskopische laterale Teilmenishektomie links durchgeführt (Urk. 9/28) . Am 14. Januar 1996 rutschte er auf Schnee aus und fiel wiederum auf das linke Knie.

Am 14. November 1996 erfolgte eine arthroskopische mediale und laterale Teilmenishektomie sowie eine

Plica -Entfernung links (Urk. 10/

E. 1.1

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 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG).

In Abweichung von Art. 17 Abs. 1 ATSG kann die Rente der Unfallversicherung ab dem Monat, in dem die berechnete Person eine Altersrente der AHV bezieht, spätestens jedoch ab Erreichen des Rentenalters nach Art. 21 des Bundesgesetzes über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVG) nicht mehr revidiert werden (Art. 22 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, UVG , in der ab 1. Januar 2012 geltenden Fassung).

E. 1.2

Anlass zur Revision einer Invalidenrente im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprennung der Rente (zum massgeblichen Vergleichszeitpunkt vgl. BGE 133 V 108 E. 5.4), die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. 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 auf Grund 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). Entsprechend ist gegebenenfalls nicht nur der natürliche Kausalzusammenhang, sondern auch dessen Adäquanz für die Zukunft neu zu prüfen, wobei die im Zeitpunkt der erwogenen revisionsweisen Leistungsanpassung gegebenen tatsächlichen Verhältnisse massgebend sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_248/2017 vom 24. Mai 2018 E. 3.3 mit Hinweisen). Zeitlicher Ausgangspunkt für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades ist die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und - sofern Anhaltspunkte für eine Veränderung der erwerblichen Auswirkungen einer Gesundheitsschädigung bestehen Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht (BGE 134 V 131 E. 3, 133 V 108 E. 5.3.1 und E. 5.4).

E. 1.3

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt indes voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Dies gilt auch für Spätfolgen und Rückfälle im Sinne von Art. 11 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV). 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.

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).

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). 1. 4

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

Nach der Rechtsprechung kommt auch den Berichten und Gutachten von versicherungsinternen Ärztinnen und Ärzten 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 Versicherungsvertragspartner allein 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). 1.

E. 5

Für die richterliche Beurteilung eines Falles sind grundsätzlich die tatsächlichen Verhältnisse zur Zeit des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens massgebend. Tatsachen, die sich erst später verwirklichen, sind jedoch insoweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Entscheidens zu beeinflussen (BGE 121 V 362 E. 1b; 99 V 98). 2.

2.1

Im angefochtenen Entscheid erwog die Beschwerdegegnerin, gestützt auf die Schlussfolgerungen des Kreisarztes vom 8. März 2019 habe sich die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers seit dem Zeitpunkt der Rentenzusprache nicht verändert. Bei ausschliesslicher Berücksichtigung der Unfallfolgen am linken Knie sei er, wie bereits im Jahr 2000, in der Lage, ein e

leichte wechselbelastende Tätigkeit ganztägig auszuüben. Auch das MRI vom 3. Januar 2019, welches infolge des Unfallereignisses vom 21. Dezember 2018 durchgeführt worden sei, habe keine neue Läsion gezeigt, welche auf eine Verschlechterung schliessen lasse.

Die vom Beschwerdeführer angegebenen Einschränkungen korrelierten nicht mit den objektiven Befunden (Urk. 2 S. 3 f.). 2.2

Der Beschwerdeführer wandte dagegen im Wesentlichen ein, dass sich sein Gesundheitszustand verschlechtert habe und er weder in der Lage sei eine Arbeit zu suchen noch eine Arbeit auszuführen (Urk. 1 S. 3). 2.3

In ihrer Beschwerdeantwort vom 27. November 2019 hielt die Beschwerdegegnerin ergänzend fest, dass es nicht Aufgabe der Unfallversicherung sei, Leistungen im Zusammenhang mit den krankheitsbedingten Beschwerden des Beschwerdeführers, der seit dem im Jahr 2017 erlittenen Herzinfarkt seine Arbeitstätigkeit nicht mehr aufnehmen können,

zu erbringen. Der Beschwerdeführer habe keine ärztlichen Berichte eingereicht, welche die Ergebnisse der kreisärztlichen Beurteilung vom 8. März 2019 in Frage zu stellen vermöchten (Urk. 8 S. 3 f.). 3. 3.1

Streitig und zu prüfen ist, ob wegen einer wesentlichen, auf den Unfall adäquat kausal zurückzuführenden Veränderung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers die Voraussetzungen für eine Revision der laufenden Rente gegeben sind. Zeitliche Vergleichsbasis zu den mit dem angefochtenen Einspracheentscheid vom 19. Juli 2019 beurteilten Verhältnissen bildet der Sachverhalt, auf dessen Grundlage mit Verfügung vom 22. Dezember 2000 eine auf einer Erwerbseinbusse von 30 % beruhende Invalidenrente der Unfallversicherung zugesprochen worden war. 3.2

Die ursprüngliche

Rentenzusprache vom 22. Dezember 2000

beruhte in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf der kreisärztlichen Beurteilung anlässlich der Abschlussuntersuchung vom 28. März 2000. Dr. med. B. ____, FMH

Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, führte aus, nach einem Sturz auf das linke Knie am 13. Mai 1995 sei am 1. September 1995 arthroskopiert worden. Es habe sich dabei ein Riss in einem diskoiden Aussenmeniskus gefunden. Die instabile Zone sei abgetragen worden. Ein abermaliger Sturz auf das linke Knie habe sich am 14. Januar 1996 ereignet mit Arthroskopie am 14. November 1996. Es habe sich ein neuer Riss im Aussenmeniskus eingestellt, am lateralen Femurkondylus sei eine deutliche Knorpelshedigung gesehen worden. Am 26. Oktober 1997 sei der Beschwerdeführer vorwärts auf beide Knie gestürzt. Links sei eine Schürfung entstanden, die konservativ behandelt worden sei. Ab dem 18. November 1997 habe dem Beschwerdeführer wieder eine 50%ige und ab dem 9. Februar 1998 eine volle Arbeitsfähigkeit attestiert werden können. Der Beschwerdeführer sei damals stellenlos gewesen, habe nach längerem Suchen wieder eine Anstellung im Bausektor gefunden. Bereits am ersten Arbeitstag, dem 24. August 1998, habe er bei einem Tiefsprung eine Distorsion des linken Knies erlitten, was zu neuen und andauernden Beschwerden in diesem Gelenk geführt habe. Seit diesem Datum habe der Beschwerdeführer wieder als voll arbeitsunfähig gegolten. Am 2. November 1998 sei ein MRI des linken Knies erfolgt. Es habe sich ein Riss im medialen Meniskushinterhorn sowie eine Chondromalazie in allen Kompartimenten gefunden. In Anbetracht der Anamnese habe man mit einer erneuten Arthroskopie gezögert. Der Beschwerdeführer habe eine erneute Arthroskopie am linken Knie nur bei Erfolgsgarantie durchführen lassen wollen. Da diese nicht gegeben werden können, sei man besser beraten gewesen, den nochmaligen Eingriff zu unterlassen. Angesichts des bereits eineinhalb Jahre bestehenden Reizzustandes im linken Knie wären die Erfolgsaussichten zusätzlich kompromittiert gewesen und es wäre mit einer sehr langen Rehabilitation zu rechnen gewesen. Auf medizinischer Ebene werde man bezogen auf die Knie weiterhin Antiphlogistika einsetzen, weitergehende Massnahmen drängten sich nicht auf. An eine operative Intervention sei nur in einer zwingenden Situation zu denken. Für physisch belastende Tätigkeiten sei der Beschwerdeführer nicht mehr geeignet. Es müsse gefordert werden, dass er intervallweise zu etwa der Hälfte der Arbeitszeit sitzend arbeiten könne. Eine Zwangsstellung für das linke Knie sei zu vermeiden, insbesondere in stärkerer Flexion. Auf guter Unterlage könne der Beschwerdeführer bis einige 100 Meter gehen. Das Ersteigen von Treppen sei gelegentlich und mit Mühe, das Niederkauern unter Vorstellen des linken Beines nur selten zumutbar.

Leitern könne er keine ersteigen. Das Tragen von Lasten in der Ebene betrage 15 kg, auf Treppen die Hälfte. Die Rücken schmerzen seien als unfallfremd zu beurteilen, eine Beeinträchtigung der LWS Funktion sei bei der heutigen Untersuchung nicht ersichtlich gewesen. Da mit therapeutischen Massnahmen keine Besserung mehr zu erreichen sei und lediglich der Status quo bei behalten werden könne, sei der Fall unter Prüfung der Rentenberechtigung abzuschliessen (Urk. 11/12) . 3.3

Dem angefochtene n Entscheid vom 19. Juli 2019

liegen

insbesondere die kreis ärztliche Beurteilung gestützt auf die Untersuchung vom 8. März 2019 sowie die Berichte der chirurgischen Klinik des Spitals C.____ , wo sich der Beschwerdeführer im Oktober 2018 einer Operation unterzogen hatte , zugrunde . 3.3.1

Dr. med. D.____ , Leitender Arzt Chirurgie am Spital C.____ , nannte in seinem Bericht vom 13. September 2018 die folgende Diagnose (Urk. 11/112) : Knie-distorsions-trauma links am 15.11.2017 - mit degenerativ verändertem medialem Meniskus und zusätzlich komplexem Riss auf Höhe des Hinterhorns und der Pars intermedia , veränderter Rest-Meniskus lateral nach TME - mit Chondropathie Grad III femorotibial medial, Chondropathie Grad II-III femoro tibial lateral und femoropatellär - nach zweimaliger diagnostischer Kniegelenksarthroskopie und Teilmenisektomie links 11/93 und 11/97 (rec te: 09/95 und 11/96)

Am 8. Oktober 2018 wurde eine Kniegelenksarthroskopie links, eine ausgedehnte Teilmenisektomie des lateralen und medialen Meniskushinterhorns und der Meniskusmittelzone, eine Notch -Plastik, eine Knorpelabrasion der Chondropathie zonen , eine Mikrofragmentierung am medialen Femurkondylus und eine Entfernung eines freien Gelenkkörpers durchgeführt. Im Austrittsbericht vom 12. Oktober 2018 betreffend die Hospitalisation vom 8. bis 12. Oktober 2018 hielt Dr. D.____ fest, intraoperativ hätten sich neben den Läsionen des medialen Meniskus auch degenerative Veränderungen des Gelenksknorpels gezeigt (Urk. 11/122).

In seinem Bericht vom 6. November 2018 betreffend die postoperative Kontrolle vom 6. November 2018 führte Dr. D.____ aus, der Beschwerdeführer komme mit einem ausgeprägten Hinken und sehr schlechtem Gangbild in die Sprechstunde. Die Beweglichkeit im Kniegelenk sei gut, die Wunde reizlos, die Meniskus-Tests negativ, es bestehe eine gute Patella-Beweglichkeit, kein Kniegelenks-Erguss und ein stabiler Bandapparat. Deshalb sei das schlechte Gangbild nicht wirklich erklärbar. Der Beschwerdeführer scheine zudem psychisch recht belastet zu sein (Urk. 11/125).

In seinem Bericht vom 8. Januar 2019 betreffend die gleichentags erfolgte Konsultation erwähnte Dr. D.____ ein erneutes Knie-distorsions-trauma links am 29. Dezember 2018 (Treppensturz) und wies auf die psychosoziale Belastungssituation hin. Die Verlaufs-MRI-Untersuchung vom 3. Januar 2019 habe keine neue Knieinnenläsion zum Vorschein gebracht (Urk. 11/135). 3.3.2

Kreisarzt Dr. med. E.____ , FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, nannte in seiner Beurteilung vom 8. März 2019 die folgenden Diagnosen: - Ereignis vom 13.07.1995 mit arthroskopischer lateraler Teilmenisektomie links am 01.09.1995 - Ereignis vom 14.01.1996 mit MR-tomographisch gesicherter Chondromalazie

patellae Grad II und Re-Ruptur des lateralen Meniskus, laut MRI vom 28.10.1996 und mukoider Degeneration im medialen Meniskus und Status nach Arthroskopie am 14.11.1996 - Ereignis vom 26.10.1997 mit Schmerzen Knie beidseits - Ereignis vom 24.08.1998 mit Verstauchung Knie links - Ereignis vom 14.01.2017 mit Verstauchung Knie links - Ereignis vom 15.11.2017 mit Verstauchung Knie beidseits - Status nach diagnostischer Arthroskopie Knie links, ausgedehnter Teil meniskektomie des lateralen und medialen Meniskushinterhorns und der Meniskusmittelzone, Notch-Plastik, Knorpelabrasio der Chondro pathiezonen, Mikrofrakturierung am medialen Femurcondylus und Entfernung eines freien Gelenkknorpels Knie links am 08.10.2018 - Ereignis vom 29.12.2018 mit Verstauchung Knie links - belastungsabhängige Beschwerden Kniegelenk links bei beginnender Gonarthrose links

Kreisarzt Dr. E. ___ führte aus, gegenüber der ärztlichen Abschlussuntersuchung vom 28. März 2000 habe sich der Gesundheitszustand des Kniegelenkes links im Rahmen der natürlichen Progression der Gonarthrose verschlechtert. Die wiederholten Distorsionen beider Kniegelenke hätten am linken Kniegelenk zu einer vorübergehenden Verschlimmerung der vorbestehenden Defektarthropathie geführt, welche bereits mit der kreisärztlichen Untersuchung im Jahr 2000 als unfallkausal attestiert worden sei und bei welcher mit Verfügung vom 22. Dezember 2000 eine Integritätsentschädigung vom 15 % ausgewiesen worden sei. Der aktuelle Zustand des Beschwerdeführers entspreche bildgebend und klinisch einer beginnenden Gonarthrose links. Im natürlichen Verlauf der Arthrose sei bei dem zum Untersuchungszeitpunkt 48 Jahre alten Beschwerdeführer eine mässiggradige Gonarthrose zu erwarten. In Anbetracht der Unfallfolgen bestehe beim Beschwerdeführer für eine vollzeitig leichte bis mittelschwere wechselbelastende Tätigkeit eine zumutbare Arbeitsfähigkeit ohne Arbeiten in kniender oder hockender Stellung sowie ohne Arbeiten auf Leitern und Gerüsten. Die geklagten Beschwerden könnten gesamthaft auf die richtungsgebende Verschlimmerung durch den Unfall vom 13. Juli 1995 und der daraus folgenden Operation am linken Kniegelenk zurückgeführt werden. Im Rahmen der natürlichen Progression und der vorübergehenden Verschlimmerung durch die fortfolgenden Ereignisse bestehe aktuell eine beginnende Gonarthrose links. Von weiteren Behandlungen könne mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine namhafte Besserung des unfallbedingten Gesundheitszustandes des linken Kniegelenkes erwartet werden. Der nächste therapeutische Schritt wäre die Implantation einer Knie total-Endprothese. Dieser Eingriff werde vom Beschwerdeführer aktuell nicht gewünscht. In Anbetracht der Unfallfolgen, beginnend mit dem Unfall vom 13. Juli 1995 (recte: 1995) bis zu dem Unfall am 31. Dezember (recte: 29. Dezember) 2018, seien dem Beschwerdeführer vollzeitig leichte bis mittelschwere Arbeiten zumutbar ohne Arbeiten auf Leitern und Gerüsten und ohne Arbeiten in kniender oder hockender Stellung. Dies entspreche

dem Zumutbarkeitsprofil der kreisärztlichen Untersuchung vom 28. März 2000 (Urk. 11/243) . 3.4

Im Rahmen des vorliegenden Beschwerdeverfahrens reichte der Beschwerdeführer die folgenden Berichte ein: 3.4.1

Dr. med. F. ___ , praktischer Arzt, Facharzt Kardiologie, nannte in seinem Bericht vom 21. November 2019 die folgenden Diagnosen: - Verlangsamung und herabgesetztes Reaktionsvermögen, kognitive Störung - Angst und depressive Störung gemischt, wohl psychogener Genese in St.

n. anoxischer Hirnschädigung, zudem extrapyramidale, choreatiforme Störung der Bewegung und anhaltende Schmerzstörung durch Spastik vermehrte Aggressivität und deutlich reduzierte Frustrationstoleranz - St. n. akutem Myokardinfarkt, Koronararterienaneurysma, ischämische Herzkrankheit, Herzstillstand mit erfolgreicher Wiederbelebung - posttraumatische Gonarthrose beidseits

Er führte aus, aus orthopädischer Sicht seien es vorwiegend akute und chronische Schmerzen an beiden Kniegelenken, welche als Unfallfolgen zu bewerten seien. 2000 sei eine Invalidität von 30 % anerkannt worden. Seither habe der Beschwerdeführer erneut Traumata erlitten, sei operiert worden und die Verlaufsberichte wiesen auf eine deutliche Progression der Gelenksleiden hin. Trotzdem sei der Invaliditätsgrad nicht ausgeweitet worden (Urk.

17). 3.4.2

Dr. F.____

nannte in seinem Bericht vom 7. Januar 2020 folgende Diagnosen: - Distorsionstrauma am rechten Knie mit deutlichem Erguss - anoxische Hirnschädigung, andernorts nicht klassifiziert - sonstige Chorea – anhaltende Schmerzstörung - akuter Myokardinfarkt – Koronararterienaneurysma - ischämische Herzkrankheit, Herzstillstand mit erfolgreicher Wiederbelebung - Verlangsamung und herabgesetztes Reaktionsvermögen - Angst und depressive Störung, gemischt - Sonstige posttraumatische Gonarthrose beidseits mehrmals operiert - leichte kognitive Störung - Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst) - Beta-Thalassämie minor - diskret kompensiert

Dr. F.____ führte aus, der Beschwerdeführer sei gleichentags ausgerutscht und habe sich dabei eine Distorsion des rechten Knies zugezogen. Lateral und knapp oberhalb des Knies am teno der fascies

lata sei palpatorisch ein Erguss objektivierbar, ebenfalls in der Kniekehle zum Grossteil lateral. Im Ultraschall bestätigte sich der Befund (Urk. 20/2). 4.

4.1

Die Beschwerdegegnerin stütze sich auf die versicherungsinterne Stellungnahme ihres Kreisarztes

Dr. E.____ vom

E. 8

. März 2019 (Urk. 11/243). Die darin gestützt auf die den Verlauf dokumentierenden Berichte der behandelnden Ärzte vorgenommene Beurteilung basiert auf einer fachärztlichen Untersuchung und wurde in Kenntnis der relevanten Vorakten erstellt. Dr. E.____ hat detaillierte Befunde erhoben und sich mit den vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden auseinandergesetzt. Er hat die medizinischen Zusammenhänge einleuchtend dargelegt und seine Schlussfolgerungen nachvollziehbar begründet. Im Übrigen decken sich seine Ausführungen im Wesentlichen mit den vorhandenen medizinischen Akten. Die Beurteilung von Dr. E.____ erfüllt somit sämtliche Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage (vgl.

vorne E.

1. 4) , weshalb darauf abgestellt werden kann. 4.2

Dr. E.____ kommt zum Schluss, dass die geklagten Beschwerden gesamthaft auf die richtungsgebende Verschlimmerung durch den Unfall vom 13. Juli 1995 und der daraus folgenden Operation am linken Kniegelenk zurückgeführt werden könnten. Im Rahmen der natürlichen Progression und der vorübergehenden Verschlimmerung durch die fortfolgenden Ereignisse bestehe eine beginnende Gonarthrose links. In Anbetracht der Unfallfolgen seien dem Beschwerdeführer leichte bis mittelschwere Arbeiten ohne Arbeiten auf Leitern und Gerüsten und ohne Arbeiten in kniender oder hockender Stellung Vollzeit zumutbar (v orne E. 3.3 .2), was dem Zumutbarkeitsprofil der kreisärztlichen Untersuchung vom 28. März 2000 entspricht (vgl. v orne E. 3 .2). 4.3

Wie die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Entscheid zutreffend ausführt (Urk. 2 S. 3 f.), ergibt sich aufgrund der objektiven Befundlage keine wesentliche Veränderung des unfallbedingten Gesundheitszustandes am linken Knie des Beschwerdeführers. Damit ist keine anspruchsrelevante Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG gegeben. Gestützt auf die versicherungsinterne Beurteilung ist mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass dem Beschwerdeführer seine ursprüngliche Tätigkeit als Fassaden- Isoleur nicht zumutbar ist, in einer angepassten Tätigkeit - unter ausschliesslicher Berücksichtigung der Unfall folgen

jedoch weiterhin keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit besteht. 4.4

Die im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eingereichten Berichte des Dr. F.____

vom 21. November 2019 und 7. Januar 2020 datieren nach Erlass des angefochtenen Entscheides und vermögen

- soweit sie Rückschlüsse auf den Zeitraum vor Abschluss des Verwaltungsverfahrens zulassen (vgl. vorne E. 1. 5) - die kreis ärztliche Beurteilung nicht in Frage zu stellen. Der Bericht vom 7. Januar 2020 betrifft einen Vorfall am rechten Knie , der sich gleichentags ereignete und somit vorliegend nicht zu berücksichtigen ist . In seinem Bericht vom 21. November 2019 hält Dr.

F.____ lediglich fest, dass die Verlaufsberichte auf eine deutliche Progression der Gelenksleiden hinwiesen und trotz erneuter Zwischenfälle, Traumata und Operationen der Invaliditätsgrad nicht ausgeweitet worden sei (vgl.

vorne E. 3 .4.1). Mit den

Ausführungen des Kreisarztes setzt er sich jedoch nicht auseinander und erwähnt auch keine medizinischen Tatsachen oder Zusammen hänge, die dieser nicht berücksichtigt hätte.

Im Übrigen ist Dr. F.____ als praktischer Arzt und Facharzt Kardiologie nicht berufen, den medizinischen Sachverhalt in

unfallchirurgischer bzw. orthopädischer Hinsicht zu beurteilen.

Des Weiteren ist darauf hinzuweisen, dass die krankheitsbedingte Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers (aufgrund kardiologischer und allfälliger psychischer Beschwerden) für das vorliegende unfallversicherungsrechtliche Verfahren nicht von Belang ist (vgl. E. 1.2) .

4.5

Nach dem Gesagten erweist sich der angefochtene Entscheid als rechtens, was zur Abweisung der Beschwerde führt. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - X.____ - Suva - Bundesamt für Gesundheit 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 1. Juli bis und mit dem 1. August sowie vom 1. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

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

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