

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00215**

## **vom 31. August 2021**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-08-31, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2019.00215](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2019.00215)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00215 du 31 août 2021

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00215 del 31 agosto 2021

### **Erwägungen**

#### **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 31. Mai 2008 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**

Gemäss Art. 6 UVG werden – soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt – die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Abs. 1). Der Bundesrat kann Körperschädigungen, die den Folgen eines Unfalles ähnlich sind, in die Versicherung einbeziehen (Abs. 2). Ausserdem erbringt die Versicherung ihre Leistungen bei Schädigungen, die den Verunfallten bei der Heilbehandlung zugefügt werden (Abs. 3).

#### **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**

Nach Gesetz und Rechtsprechung ist der Fall unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen und Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung abzuschliessen, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind (vgl. Art. 19 Abs. 1, Art. 24 Abs. 2 UVG; Urteil des Bundesgerichts 8C\_888/2013 vom 2. Mai 2014 E. 4.1, vgl. auch Urteil 8C\_639/2014 vom 2. Dezember 2014 E. 3). In diesem Zeitpunkt ist der Unfallversicherer auch befugt, die Adäquanzfrage zu prüfen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_377/2013 vom 2. Oktober 2013 E. 7.2 mit Hinweis auf BGE

134 V 109, vgl. auch Urteil 8C\_454/2014 vom 2. September 2014 E. 6.3).

Ob eine namhafte Besserung noch möglich ist, bestimmt sich insbesondere nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit diese unfallbedingt beeinträchtigt ist. Die Verwendung des Begriffes «namhaft» in Art. 19 Abs. 1 UVG verdeutlicht demnach, dass die durch weitere (zweckmässige) Heilbehandlung im Sinne von Art. 10 Abs. 1 UVG erhoffte Besserung ins Gewicht fallen muss. Weder eine weit entfernte Möglichkeit eines positiven Resultats einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch ein von weiteren Massnahmen – wie etwa einer Badekur – zu erwartender geringfügiger therapeutischer Fortschritt verleihen Anspruch auf deren Durchführung. In diesem Zusammenhang muss der Gesundheitszustand der versicherten Person prognostisch und nicht aufgrund retrospektiver Feststellungen beurteilt werden (Urteil des Bundesgerichts 8C\_888/2013 vom 2. Mai 2014 E. 4.1 mit Hinweisen, insbes. auf BGE 134 V 109 E. 4.3; vgl. auch Urteil 8C\_639/2014 vom 2. Dezember 2014 E. 3). 1.

#### **E. 2**

Hiergegen erhob der Versicherte am 10. September 2019 Beschwerde und ersuchte um Zusprache einer Invalidenrente sowie einer höheren Integritätsentschädigung samt Weitergewährung der Heilbehandlung über den 31. Mai 2018 hinaus, sodann sei ein verwaltungsexternes Gutachten zur Frage des Kausalzusammenhangs und des Integritätsschadens in Auftrag zu geben. In prozessualer Hinsicht beantragte er die Durchführung eines zweiten Schriftenwechsels sowie die Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung sowie Rechtsvertretung (Urk. 1 S. 2-3). Die AXA schloss am 13. Januar 2020 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 1 S. 3). Mit Gerichtsverfügung vom 16. Januar 2020 (Urk. 17) wurde dem Beschwerdeführer Rechtsanwältin Stephanie C. Elms, Zug, als unentgeltliche Rechtsvertreterin für das vorliegende

Verfahren bestellt und ein zweiter Schriftenwechsel angeordnet. Der Beschwerdeführer liess sich in der Folge nicht mehr vernehmen ( Urk. 19-22), was den Parteien am 3. Juni 2020 ( Urk. 23) zur Kenntnis gebracht wurde. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin verneinte im angefochtenen Einspracheentscheid weitere Ansprüche des Beschwerdeführers mit der Begründung, ein natürlich kausaler Zusammenhang der geklagten Kniebeschwerden zum Unfall vom 8. Juni 2008 könne nicht mehr mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen werden. Darüber hinaus ergebe ein Einkommensvergleich einen Invaliditätsgrad von lediglich 5 % ( Urk. 2 S. 10 Ziff. 2.3.2.5 und S. 13 Ziff. 2.3.3.8).

### **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer hielt da gegen, die Versicherungsmediziner seien sich uneinig über den natürlichen Kausalzusammenhang. Zudem lägen neue, von der Beschwerdegegnerin nicht berücksichtigte medizinische Unterlagen vor, welche es zwingend zu würdigen gelte ( Urk. 1 S. 11 Ziff. 29). Sodann ging er - aus näher dargelegten Gründen - von einem Invaliditätsgrad von 41 % aus (S. 14 f. Ziff. 38). 3. 3.1

Basis der ursprünglichen Leistungseinstellung bildete der Bericht von Dr. C.\_\_\_\_ vom 4. Februar 2010 ( Urk. 16/M19), womit dieser einen Status nach Aussenband rekonstruktion mit Semitendinosussehne , medialer Teilmeniskektomie und partieller Synovektomie am 15. Oktober 2008 sowie einen Status nach Knie arthroskopie links mit lateraler Teilmeniskektomie , partieller Synovektomie , Plica medio- und lateropatellaris -Teilresektion am 21. Oktober 2009 diagnostizierte.

Er führte aus, der Beschwerdeführer gebe aktuell eine deutliche Beschwerdebesserung an, klinisch zeige sich eine FL/EX von 125-0-0 bei stabilem Knie, Schmerzen liessen sich praktisch keine auslösen. Er empfahl die Fortsetzung der Physiotherapie mit Stabilisationsübungen und attestierte eine vollumfängliche Arbeitsfähigkeit ab 1. Februar 2010. Einen bleibenden Nachteil erwartete er nicht. 3.2

Dr. med. D.\_\_\_\_ , Facharzt für Chirurgie, Stv. Leiter Medizinischer Dienst der Beschwerdegegnerin, bejahte in seinem Bericht vom 15. September 2016 ( Urk. 16/M33) einen Zusammenhang der vorliegenden Knieinstabilität mit dem Unfall vom 8. Juni 2008 (S. 1). Durch die mediale und laterale Instabilität sei die Belastungsfähigkeit des linken Knies reduziert. Eine entsprechend angepasste Tätigkeit sei zu 100 % zumutbar (S. 2). 3.3

Dr. med. E.\_\_\_\_ , Spezialarzt FMH Chirurgie, beratender Arzt der Beschwerde gegnerin, führte am 7. Februar 2017 ( Urk. 16/M38) aus, das Ereignis vom 8. Juni 2008 habe zu Rupturen des medialen- und des lateralen Seitenbandes am linken Kniegelenk geführt sowie zu einer kleinen partiellen vorderen Kreuzbandruptur, die sich stabilitätsmässig auswirke. Als Vorzustand liege eine Situation nach offener medialer Teilmeniskektomie 2001 am linken Kniegelenk vor. Zum Zeitpunkt der Kniearthroskopie sei der mediale Meniskus unauffällig gewesen, ebenso die Knorpelflächen im medialen Gelenkkompartiment. Auch im lateralen Kompartiment habe sich eine regelrechte Knorpelsituation gefunden und am Meniskus habe sich lediglich ein kleiner Radiärriss gezeigt, der wahrscheinlich in Zusammenhang mit dem Unfall zu stellen sei. Bedingt durch die frühere Teilmeniskektomie medial und die durch das Ereignis zusätzlich hinzugekommene mediale

und laterale Gelenkinstabilität sei davon auszugehen, dass es sich um eine richtunggebende Verschlimmerung eines bis anhin offensichtlich gut kompensierten Kniegelenks handle. In diesem Sinne sei der heutige Zustand am linken Kniegelenk mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in einem natürlichen Kausalzusammenhang zum Ereignis vom 8. Juni 2008 (S. 1). 3.4

Am 4. Mai 2018 (Urk. 16/M49) ergänzte Dr. D.\_\_\_\_, mit einer weiteren Behandlung könne keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erreicht werden. Seit Jahren zeige sich eine unveränderte Beschwerdesymptomatik. Entsprechend sei auch die Behandlung vom behandelnden Orthopäden abgeschlossen worden (vgl.

hierzu Bericht von Dr. C.\_\_\_\_ vom 2. März 2018, Urk. 16/M48). 3. 5

Im polydisziplinären Gutachten der F.\_\_\_\_ AG vom 20. Mai 2018 (Urk. 16/M53/1) diagnostizierte der Teilgutachter Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädie und Rheumatologie, mit Bezug auf das linke Knie eine Gonalgie ohne klinisches Korrelat sowie - ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit - einen Zustand nach Komplextrauma mit Totalruptur des Ligamentum kollaterale laterale, Partialruptur des Ligamentum kollaterale mediale, nochmaliger Kniegelenk korrektur am 7. Juli 2012, sowie Distorsion am 2. Februar 2015 mit multiplen nachfolgenden Operationen und zuletzt Kniearthroskopie links am 5.

März 2015 mit Teilmeniskektomie des Innenmeniskushinterhorns ohne heute erkennbare funktionelle Einschränkung des linken Kniegelenkes. Er befand sämtliche Arbeiten im Wechsel von Stehen, Gehen und Sitzen ohne einseitige ständige Belastung der Lendenwirbelsäule oder ständiges Stehen als vollschichtig zumutbar.

Dr. G.\_\_\_\_ führte weiter aus, es bestehe eine erhebliche Diskrepanz zwischen den teilweise aggressiv und vorwerfend vorgetragenen Schmerzen im Bereich des linken Kniegelenkes und den objektiven Befunden. Auch wenn zweifelsohne sehr viele Operationen am linken Kniegelenk durchgeführt worden seien, sei nicht nachvollziehbar, dass sämtliche Eingriffe grundsätzlich hätten wertlos gewesen sein sollen und keinerlei Besserung gebracht hätten. Die klinische Untersuchung zeige ein völlig unauffälliges linkes Kniegelenk. Es blieben lediglich die vom Beschwerdeführer geklagten «heftigsten» Schmerzen, wobei er auch den Untersucher deutlich anfare, als dieser überhaupt das Kniegelenk nur anfasse. Später sei er jedoch in der Lage gewesen, problemlos seine Strümpfe beziehungsweise Schuhe mit maximal gebeugten Kniegelenken anzuziehen ohne hierbei Ausweichbewegungen oder Auffälligkeiten erkennen zu lassen. Ebenso zeige das Knie keine Rötung, Überwärmung oder irgendwelche Anhalte für einen Reizzustand. Der Bandapparat sei bei der Untersuchung stabil (S. 56 f.). 3.

## **E. 5**

Wird die versicherte Person infolge eines Unfalles zu mindestens 10 % invalid (Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG), so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG

in der vorliegend anwendbaren, bis 31. Dezember 2017 geltenden Fassung). 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). 1.

### **E. 5.1**

Die Beschwerdegegnerin bemass das Validen- wie auch das Invalideneinkommen gestützt auf die Tabellenlöhne des Bundesamtes für Statistik im Kompetenzniveau 1 (einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art) und gewährte beim Invalideneinkommen einen Abzug von 5 % aufgrund der leichten Einschränkung (Urk. 2 S. 12 f.), womit ein entsprechender Invaliditätsgrad resultierte.

Der Beschwerdeführer schloss dagegen, dass er im Gesundheitsfall weiterhin im Sicherheitsbereich tätig wäre und dabei ein Einkommen von Fr. 92'837.-- erzielen könnte, dies basierend auf den Werten der Lohnstrukturerhebung (LSE) 2016 Tabelle T17, Berufsgruppe Schutzkräfte und Sicherheitsbedienstete.

### **E. 5.2**

Der Beschwerdeführer absolvierte eine Lehre als Zimmermann, schloss diese jedoch nicht ab (Urk. 15/75). Der Auszug aus dem individuellen Konto zeigt bis zum Unfall verschiedene Tätigkeiten des Beschwerdeführers mit Einkommen von maximal

Fr. 37'681.-- pro Jahr (Urk. 15/57). Die Tätigkeit als Sicherheitsadministrator wurde ihm nach knapp drei Monaten per 23. Mai 2008 fristlos gekündigt (Urk. 15/5/1-3).

Nach der Genesung und dem Fallabschluss per 31. Januar 2010 übte er wiederum verschiedene Tätigkeiten aus. So war er vornehmlich temporär angestellt, wobei er in der Zeitspanne bis 2014 als maximales Einkommen Fr. 45'666.-- erzielte (Jahr 2011, Urk. 15/77). Die Einsätze fanden (zum Teil bereits vor Fallabschluss) in den Bereichen Bauarbeiter, Holzarbeiter, Mitarbeiter K.\_\_\_\_, Sicherheitschef K.\_\_\_\_

und Winterdienstmitarbeiter statt (Urk. 15/59 ,

Urk. 15/63 und Urk. 15/80 ). In der Folge wurde er von der L.\_\_\_\_ AG fest angestellt (Urk. 15/80 S. 3).

Bei dieser Ausgangslage ist nicht erstellt, dass der Beschwerdeführer bei intakter Gesundheit im massgebenden Zeitpunkt am 1. Juni 2018 eine Tätigkeit im Sicherheitsbereich ausgeübt und dabei ein Einkommen in Höhe des Doppelten des bisherigen Höchstverdienstes erzielt hätte. Aus der Erwerbsbiographie ergibt sich, dass der Beschwerdeführer jeweils Tätigkeiten als Hilfsarbeiter ausübte und hauptsächlich temporär angestellt war. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit wäre dies auch im Jahr 2018 der Fall gewesen. Angesichts der fehlenden (abgeschlossenen) Ausbildung und fehlender langjähriger Erfahrung in anderen Bereichen kamen für den Beschwerdeführer lediglich einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art in Frage (vgl. hierzu auch Urteil des Bundesgerichts 8C\_457/2017 vom 11. Oktober 2017 E. 6.3).

### **E. 5.3**

Gleiches gilt für das Invalideneinkommen. Auch diesbezüglich kommen für den Beschwerdeführer einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art in Frage, weshalb sich das identische Invalideneinkommen ergibt, abgesehen vom Tabellenlohnabzug. Die Beschwerdegegnerin gewährte einen solchen von 5 % (Urk. 2 S. 13), der Beschwerdeführer schloss auf einen Abzug von 15 % (Urk. 1 S.

#### **E. 5.4**

Damit ergibt sich ein Invaliditätsgrad von 5 % , was unter der anspruchsbegründenden Schwelle von 10 % ( Art. 18 Abs. 1 UVG) liegt. 6.

Die Höhe der Integritätsentschädigung legte die Beschwerdegegnerin mit rechtskräftigem Einspracheentscheid vom 28. März 2017 ( Urk. 15/140) auf 15 % fest. In der diesem Verfahren zugrundeliegenden Verfügung vom 22. Mai 2018 ( Urk. 15/180) war die Höhe der Integritätsentschädigung kein Thema. Im angefochtenen Einspracheentscheid nahm die Beschwerdegegnerin diese Frage unter Hinweis auf die fehlende Kausalität nicht mehr auf ( Urk. 2 S. 14 unten).

Angesichts der fehlenden verfügungsmässigen Festlegung und der fehlenden inhaltlichen Auseinandersetzung der Beschwerdegegnerin im Einspracheentscheid rechtfertigt sich eine Ausdehnung des Streitgegenstandes in diesem Prozess nicht, weshalb insoweit auf die Beschwerde nicht einzutreten ist.

Anzufügen bleibt, dass eine Revision nur im Ausnahmefall möglich ist , wenn die Verschlimmerung von grosser Tragweite ist und nicht voraussehbar war. Wie es sich damit verhält, ist nicht in diesem Verfahren zu klären. 7.

#### **E. 6**

Der beratende Arzt der Beschwerdegegnerin, Dr. med. H.\_\_\_\_ , FMH Orthopädische Chirurgie, führte in seiner Aktenbeurteilung vom 4. März 2019 ( Urk. 16/M55) aus, nach dem Treppensturz habe sich der Beschwerdeführer erst nach mindestens neun Tagen in allgemeinmedizinische Behandlung begeben. Der dabei erhobene Befund habe auf eine stattgehabte laterale Kniekontusion hingewiesen, worauf eine konservative Behandlung erfolgt sei. Bei persistierenden Schmerzen habe am 8. Juli 2008 eine zweite allgemeinmedizinische Untersuchung stattgefunden, bei welcher der Verdacht auf eine Meniskusläsion gestellt worden sei. In einer folgenden MRT-Untersuchung hätten sich dafür zwar keine Hinweise ergeben, aber es hätten sich ein bone

bruise am medialen Femur kondylus als Zeichen eines stattgehabten Traumas und ein Status nach Resektion des medialen Meniskusvorderhorns ohne Hinweis auf eine erneute Läsion finden lassen , was vom klinischen Befund her insgesamt sehr gut eine mediale Meniskusläsion imitieren könne. Zusätzlich sei von radiologischer Seite her eine vollständige LCL-Ruptur (Aussenband) diagnostiziert worden, für deren tatsächliches Vorliegen sich aber erhebliche Zweifel ergäben. Erstens sei es kaum vorstellbar, wie der Beschwerdeführer mit einer derartigen Pathologie ohne Hilfsmittel überhaupt ohne ein schweres Hinken hätte gehen können, doch sei ein solches in der Anfangsphase nicht dokumentiert. Zweitens habe Dr. A.\_\_\_\_ anlässlich seiner Erstuntersuchung keine Bandinstabilität und auch Dr. B.\_\_\_\_ habe zumindest in der Anmeldung zur MRT vom 9. Juli 2008 mit keinem Wort eine derartige Verletzung erwähnt. Drittens habe Dr. I.\_\_\_\_ anlässlich einer Untersuchung in Narkose, wo sämtliche schmerzbedingt hemmenden Faktoren ausgeschaltet seien, ein stabiles Kniegelenk beschrieben, was eine relevante LCL Läsion weitgehend ausschliesse. Viertens sei eine LCL-Ruptur in seinem Verständnis der MRT-Bilder vom 19. September 2008 gar nicht abgrenzbar, obwohl sie vom Radiologen auch dann noch als vorliegend beschrieben werde. Anlässlich einer Arthroskopie vom 13. August 2008 habe sich dann ein nahezu blander Befund ohne Hinweise auf eine mechanisch relevante frische Läsion an Menisken, Knorpel oder Bändern gezeigt. Selbst wenn man davon ausginge, dass eine kleine randständige und mechanisch wahrscheinlich

vollkommen bedeutungslose laterale Meniskusläsion bei diesem Ereignis entstanden sei, dann wären mit dem Eingriff vom 13. August 2008 sämtliche unfallkausal entstandenen Schäden definitiv behoben worden. Auch in der Annahme, es sei beim Ereignis vom 8. Juni 2008 zu einer operationswürdigen LCL-Läsion gekommen, wäre spätestens mit dem Abschluss der Behandlung durch Dr. C.\_\_\_\_ am 23. Oktober 2010 ein definitiver medizinischer Endzustand erreicht worden. Bezüglich dieser Problematik zeigten sich wieder vollkommen stabile Verhältnisse, die bis heute bestätigt werden könnten (S. 6 f.).

Dr. H.\_\_\_\_ erachtete für das aktuelle Zustandsbild den Umstand als wesentlich, dass beim Beschwerdeführer bereits 2001 eine partielle mediale Meniskektomie erfolgt sei, welche das gesamte Vorderhorn umfasst habe. Dies habe einerseits zu einer chronischen Überlastung des medialen Kompartiments mit einer entsprechend übermäßigen Belastung des Knorpelbelages selbst geführt. Andererseits habe dadurch eine gewisse mediolaterale Instabilität resultiert, da der Meniskus auch dafür eine wesentliche Funktion habe. Dies erkläre schlüssig, warum bei den Untersuchungen nach dem Trauma vom 8. Juni 2008 zwischenzeitlich eine leicht vermehrte seitliche Aufklappbarkeit erwähnt worden sei, die überwiegend wahr scheinlich auf den schon prätraumatisch fehlenden medialen Meniskusanteil und nicht auf eine relevante frische Läsion des LCL zurückzuführen gewesen sei. Unabhängig von diesen Überlegungen sei festzuhalten, dass es beim erlittenen Treppensturz im medialen Kompartiment lediglich zum Auftreten eines bone

bruise am Femurkondylus gekommen sei, das ohne weitere Behandlung innerhalb höchstens sechs Monaten folgenlos ausgeheilt sei. Sämtliche folgenden Probleme im medialen Gelenkanteil müssten somit als im Zusammenhang mit dem bereits prätraumatisch bestehenden pathologischen Vorzustand oder als Folge von später eingetretenen Ereignissen beurteilt werden, wie sie ab 2014 wiederholt aufgezählt worden seien (Kollision mit Töff sowie Sturz samt Operationen: mediale Meniskusnaht vom 4. September 2014 sowie mediale Teilmeniskektomie vom 5. März 2015). Das Ereignis vom 8. Juni 2008, bei dem es überwiegend wahr scheinlich gar nicht zu potentiell dauerhaften strukturellen Verletzungen gekommen sei oder von dem im mindesten das mediale Kompartiment nicht in erkennbarer Weise betroffen worden sei, spiele hingegen überwiegend wahr scheinlich auch teilkausal keine Rolle (S. 7 f.). 3.

## **E. 7**

Mit Austrittsbericht vom 8. April 2019 (Urk. 3/3) diagnostizierten die Ärzte der Universitätsklinik J.\_\_\_\_

in Bezug auf das linke Knie eine Überlastung mediales Kompartiment bei beginnenden degenerativen Veränderungen mit/bei Varusachse von 8 Grad, Status nach Kniearthroskopie links mit medialer Teilmeniskektomie am 5. März 2015, Status nach Kniearthroskopie mit medialer Meniskusnaht am 4. September 2014 und Status nach Kniearthroskopie mit medialer Teilmeniskektomie und partieller Synovektomie sowie Aussenbandrekonstruktion mit Semitendinosussehne am 15. Oktober 2008. Sie verwiesen auf die am 3. April 2019 durchgeführte mediale open-wedge

Valgisationsosteotomie

Tibiakopf links sowie die distal auslaufende Tuberositas - Osteotomie mit Fixation der Tuberositas .

Anlässlich der Verlaufskontrolle sechs Wochen postoperativ zeigte sich ein Hin gebrauch bei ansonsten regelrechtem konventionellem Röntgenbild mit beginnen der Konsolidation. Bei nur teilweiser Einhaltung der Teilbelastung wurde dies thematisiert unter Hinweis, dass der Knochen genügend Zeit braucht, um zu konsolidieren (Bericht vom 14. Mai 2019, Urk. 3/4). 3.8

Dr. H.\_\_\_\_ führte am 27. Dezember 2019 (Urk. 16/M58) hierzu aus, in diesen neuen Berichten würden keine neuen Informationen geliefert, welche einen ausreichenden Grund für eine veränderte Beurteilung eines kausalen Zusammenhangs zwischen dem Ereignis vom 8. Juni 2008 und den nachfolgend erhobenen pathomorphologischen Befunden gäben. Dies gelte insbesondere deshalb, weil keine zuvor nicht bekannten Akten aus der ersten Phase nach dem vom Beschwerdeführer erlittenen Unfall aufgetaucht seien, die zuvor nicht bekannte Aspekte in Bezug auf die Kausalitätsfrage beleuchteten (S. 1). 4. 4.1

Die von den Parteien ins Zentrum gerückte Frage der Kausalität der verbleibenden Restbeschwerden ist in Bezug auf das Erkenntnis der Beschwerdegegnerin, die Versicherungsleistungen per 31. Mai 2018 einzustellen, aus folgenden Gründen ohne weitere Bedeutung. 4.2

Dass nach dem 31. Mai 2018 von einer von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden konnte, machte nicht einmal der Beschwerdeführer geltend. Solches wäre angesichts der medizinischen Aktenlage auch abwegig. Dr. D.\_\_\_\_ ging bereits am 15. September 2016 davon aus, dass trotz vorliegender Knieinstabilität eine angepasste Tätigkeit vollumfänglich zumutbar ist (E. 3. 2). Am 4. Mai 2018 konstatierte er, dass angesichts der seit Jahren unveränderten Beschwerdesymptomatik mit einer weiteren Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erreicht werden kann und verwies auf den bereits erfolgten Behandlungsabschluss durch den Orthopäden (E. 3.4). Auch die Abklärungen der Invalidenversicherung ergaben, dass eine angepasste Tätigkeit vollschichtig zumutbar ist, dies bei stabilem Bandapparat und fehlender Rötung oder Überwärmung sowie keinen Anhaltspunkten für einen Reizzustand (E. 3.5). Therapeutisch war kein nennenswerter Handlungsbedarf gegeben; empfohlen wurden lediglich psychiatrische Kontrollen (Urk. 16/M53/1 S. 71 unten und orthopädisches Teilgutachten S. 16 unten). 4.3

Bei dieser Ausgangslage ist erstellt, dass von einer weiteren Behandlung des linken Knies keine Steigerung der Arbeitsfähigkeit mehr erwartet werden konnte. Die Verhältnisse zeigten sich unauffällig und den Restbeschwerden wurde durch die Formulierung des Stellenprofils Rechnung getragen. Dass durch weitere Massnahmen jemals wieder kniebelastende Tätigkeiten möglich werden könnten, wurde von keinem Arzt erwähnt. Eine solche Arbeit hatte der Beschwerdeführer denn auch vor dem Unfall seit längerer Zeit nicht mehr ausgeübt.

Damit ist der Fallabschluss per 31. Mai 2018 nicht zu beanstanden, weshalb ab diesem Zeitpunkt kein Anspruch auf Heilbehandlung mehr bestand. 5.

### **E. 7.1**

Nach dem rechtmässigen Fallabschluss per 31. Mai 2018 verschlechterte sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers, so dass eine erneute Operation am linken Knie nötig wurde. Namentlich die Korrektur der Varusachse in Folge der Überlastung des medialen Kompartimentes erscheint als massgebliche Veränderung des vorgängig als stabil erachteten Zustandes. Damit könnte - bei gegebener Kausalität - ein Rückfall

vorliegen.

### **E. 7.2**

Zur umstrittenen Kausalität der weiterhin geklagten Kniebeschwerden ist den Akten zu entnehmen, dass einzig Dr. H.\_\_\_\_ davon ausging, dass sich der Beschwerdeführer beim Unfall höchstens eine vollkommen bedeutungslose laterale Meniskusläsion, hingegen keine Seitenband-Läsion zugezogen hat. Seine diesbezüglichen Begründungen sind wohl überwiegend nachvollziehbar. Insbesondere der Hinweis, dass sich der Beschwerdeführer erst nach geraumer Zeit in ärztliche Behandlung begeben hat und bei dieser Pathologie kaum ohne Hinken hätte gehen können, erscheint als schlüssig. Auch die fehlende festgestellte Bandinstabilität durch Dr. A.\_\_\_\_ bei seiner Erstuntersuchung ( Urk. 16/M3) spricht gegen eine Seitenbandläsion, ebenso wie das am 13. August 2008 in Narkose stabile Kniegelenk ( Urk. 16/M6).

Unerklärlich bleibt bei dieser Annahme indes die am 15. Oktober 2008 durchgeführte Aussenbandrekonstruktion ( Urk. 16/M9). Neben der kleinen Meniskusläsion, welche mittels Teilmenisektomie im Intermediärbereich behandelt wurde, schilderte Operateur Dr. C.\_\_\_\_

im Operationsbericht einen Riss des Aussenbandes vor allem im distalen Bereich 1 cm proximal des Fibulaköpfchens und beschrieb den Vorgang zur Sanierung. Die von ihm erwähnte massive Instabilität im Zeitpunkt der ersten Operation vom 13. August 2008 (S. 1 oben, unter anderem Teilmenisektomie) findet sich im entsprechenden Operationsbericht allerdings nicht erwähnt ( Urk. 16/M6). Im Gegenteil zeigte sich unter Narkose ein stabiles Kniegelenk (S. 2 oben). Wie dem auch sei, bestätigte sich anlässlich der Operation die radiologische Einschätzung eines Aussenbandausrisses ( Urk. 16/M7). Dass sich diese zufällig nach dem Unfallereignis und unabhängig davon eingestellt haben sollte, ist ebenso abwegig wie die allfällige Annahme, der Operationsbericht von Dr. C.\_\_\_\_ wie auch die radiologische Einschätzung seien fehlerhaft, was die Beschwerdegegnerin denn auch nicht geltend machte. Angesichts dieser Umstände ist offenkundig, dass der Einschätzung von Dr. H.\_\_\_\_ Zweifel anhaften. Damit kann darauf nicht abgestellt werden.

### **E. 7.3**

Erstellt ist, dass sich der Beschwerdeführer neben der kleinen Meniskusläsion eine Seitenbandruptur zuzog, welche beide operativ saniert wurden. In der Folge klagte er wohl über Beschwerden, bei Erreichen des Endzustandes bestand indes wieder eine vollumfängliche Arbeitsfähigkeit.

Hieraus kann nun nicht gefolgert werden, dass die weitere Entwicklung des Zustandes des linken Knies unfallunabhängig erfolgte. Ob die aktenkundigen Verletzungen geeignet waren, die Varusfehlstellung zu begründen, zu verschlimmern oder die Folgen davon zu verstärken, kann aufgrund der Aktenlage nicht entschieden werden. Insbesondere aufgrund des Umstandes, dass per 31. Januar 2010 die Leistungseinstellung bei geglückten Operationen und vollumfänglicher Arbeitsfähigkeit erfolgte und der behandelnde Orthopäde keinen bleibenden Nachteil erwartete, erscheint bei Vorzustand sowie nach zwei weiteren erlittenen Unfällen nicht ohne weiteres nachvollziehbar, dass der Unfall vom 8. Juni 2008 ursächlich für die zur Diskussion stehende Behandlungsbedürftigkeit ( Valgisationsosteotomie ) war.

Gleichwohl war bei dieser Aktenlage nicht statthaft, dass die Beschwerdegegnerin das künftige Rückfallmelderecht verneinte ( Urk. 2 S. 14 unten). Wenn ein Rückfall oder Spätfolgen auftreten, ist die Beschwerdegegnerin leistungspflichtig, so fern dannzumal der Kausalzusammenhang gegeben ist. Dieses (künftige) Recht kann nicht verfügungs- oder einspruchweise genommen werden.

#### **E. 7.4**

Zusammenfassend hat die Beschwerdegegnerin auf die sinngemässe Rückfallmeldung einzutreten und abzuklären, ob der Unfall vom 8. Juni 2008 ursächlich für die Beschwerden war, welche zur Valgisationsosteotomie führten. Hierzu finden sich ausser die in gewissen Teilen zweifelhafte Einschätzung von Dr. H. \_\_\_ keine Angaben. Die Kausalität lässt sich aufgrund der Aktenlage weder bejahen noch verneinen. Hierzu hat die Beschwerdegegnerin ein verwaltungsexternes Gutachten erstellen zu lassen. Bei unkooperativem Verhalten trägt der Beschwerdeführer die Folgen einer allfälligen Beweislosigkeit. In diesem Sinne ist die Beschwerde teilweise gutzuheissen. 8.

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der Beschwerdeführer respektive seine unentgeltliche Rechtsvertreterin Anspruch auf eine Prozessentschädigung, welche auf Fr. 2'400.-- festzulegen ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne teilweise gutgeheissen, dass der Einspracheentscheid vom 11. Juli 2019 insofern aufgehoben wird, als er eine Leistungspflicht auch im Rahmen der Valgisationsosteotomie verneint, und die Sache wird an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie ein verwaltungsexternes Gutachten zur Klärung der Kausalität einhole und hernach über ihre Leistungspflicht neu verfüge. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen, soweit darauf eingetreten wird. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der unentgeltlichen Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers, Rechtsanwältin Stephanie C. Elms, Zug, eine Prozessentschädigung von Fr. 2'400.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Stephanie C. Elms - Rechtsanwalt Martin Bürkle - Bundesamt für Gesundheit 5.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden ( Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar ( Art. 46 BGG).

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

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

#### **E. 12**

ff.).

Dem Beschwerdeführer sind sämtliche Arbeiten im Wechsel von Stehen, Gehen und Sitzen ohne einseitige ständige Belastung der Lendenwirbelsäule oder ständiges Stehen als vollschichtig zumutbar (E. 3.5), wobei die Einschränkungen aufgrund der Rückenproblematik nicht unfallkausal sind. Damit verbleibt dem Beschwerdeführer ein breites Einsatzgebiet. Wenn rechtsprechungsgemäss der Umstand allein, dass nur noch leichte bis mittelschwere Arbeiten zumutbar sind, auch bei eingeschränkter Leistungsfähigkeit kein Grund für einen zusätzlichen leistungsbedingten Abzug ist (Urteil des Bundesgerichts 9C\_507/2020 vom 29. Oktober 2020 E. 3.3.3.2 mit Hinweisen), dann umso weniger die Notwendigkeit von abwechselnden Körperpositionen. Dass sich die Deklaration der Knieproblematik einem Arbeitgeber gegenüber negativ auswirken sollte (vgl.

das entsprechende Vorbringen, Urk. 1 S. 13 f.), ist nicht anzunehmen, sind doch die relevanten Auswirkungen in den für den Beschwerdeführer in Frage kommenden Tätigkeiten praktisch inexistent. Auch wenn auf das von Dr. D.\_\_\_\_ am 4. Mai 2018 (Urk. 16/M49) formulierte Zumutbarkeitsprofil abgestellt würde, ergäbe sich kein anderes Ergebnis. Er konstatierte eine verminderte Belastbarkeit für regelmässiges mittelschweres und schweres Heben, Tragen und Transportieren von Lasten, für Arbeiten auf Leitern und Gerüsten, häufiges Treppensteigen, für ausschliesslich stehende und gehende Tätigkeiten, für Tätigkeiten mit der Notwendigkeit von regelmässigem Knien und Kauern sowie für Arbeiten mit erhöhten Anforderungen an die Stand- und Gangsicherheit. Eine Tätigkeit müsse überwiegend sitzend mit leichter Wechselbelastung, teils sitzend, teils ebenerdig gehend, auch mit gelegentlichem Heben und Tragen von Lasten bis 15 kg körpernah ausgestaltet sein. Auch diese Einschränkungen der Leistungsfähigkeit sind nicht derart, als dass der Beschwerdeführer mit einem verminderten Lohn rechnen müsste.

Wenn die Beschwerdegegnerin bei dieser Ausgangslage einen Tabellenlohnabzug von 5 % gewährte, ist dies - jedenfalls aus Sicht des Beschwerdeführers - nicht zu beanstanden, zumal das Gericht sein Ermessen nicht an die Stelle der Verwaltung setzen darf und nur bei Unangemessenheit einschreitet (BGE 137 V 71 E.

5.1).

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