

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2021.00210**

## **vom 1. April 2022**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2022-04-01, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2021.00210](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2021.00210)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2021.00210 du 1 avril 2022

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2021.00210 del 1 aprile 2022

### **Erwägungen**

#### **E. 1.1**

Am 1. Januar 2017 sind die 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 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). Dementsprechend sehen die Übergangsbestimmungen zur Änderungen 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 3. Mai 1993 ereignet (vgl. Sachverhalt E. 1.5).

Deshalb finden die bis 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Normen auf den vorliegenden Fall Anwendung und werden in dieser Fassung zitiert.

#### **E. 1.2**

Gemäss Art. 6 UVG werden – soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt – die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Abs. 1).

Die in Rechtskraft erwachsene Verweigerung weiterer Leistungen durch den obligatorischen Unfallversicherer schliesst die spätere Entstehung eines Anspruchs, der sich aus demselben Ereignis herleitet, nicht unter allen Umständen aus. Vielmehr steht ein solcher Entscheid unter dem Vorbehalt späterer Anpassung an geänderte unfallkausale Verhältnisse. Dieser in der Invalidenversicherung durch das Institut der Neuanschuldung geregelte Grundsatz gilt auch im Unfallversicherungsrecht, indem es der versicherten Person jederzeit freisteht, einen Rückfall oder Spätfolgen eines rechtskräftig beurteilten Unfallereignisses geltend zu machen (vgl. Art. 11 UVV) und erneut Leistungen der Unfallversicherung zu beanspruchen. Bei einem Rückfall handelt es sich um das Wiederaufblühen einer vermeintlich geheilten Krankheit, so dass es zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise sogar zu (weiterer) Arbeitsunfähigkeit kommt; von Spätfolgen spricht man, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Verlaufe längerer Zeit organische oder auch psychische Veränderungen bewirkt, die zu einem andersgearteten Krankheitsbild führen können (BGE 144 V 245 E. 6.1, 118 V 293 E. 2c, je mit Hinweisen).

### **E. 1.3**

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; BGE 144 V 354 E. 4.1 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C\_527/2020 vom 2. November 2020 E. 4.1 mit Hinweisen).

Für die Einstellung der vorübergehenden Leistungen und der Prüfung des Rentenanspruchs braucht der Entscheid der Invalidenversicherung über Eingliederungsmassnahmen nicht abgewartet zu werden, wenn von weiterer ärztlicher Behandlung keine namhafte gesundheitliche Besserung mehr erwartet werden kann und keine Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass durch allfällige Eingliederungsmassnahmen das der Invaliditätsbemessung der Unfallversicherung gestützt auf die medizinischen Abklärungen zugrunde gelegte Invalideneinkommen verbessert und so der die Invalidenrente der Unfallversicherung bestimmende Invaliditätsgrad beeinflusst werden kann. In diesem Fall besteht auch kein Anspruch auf eine Übergangsrente nach Art. 19 Abs.

### **E. 1.4**

Wird die versicherte Person infolge eines Unfalles zu mindestens 10 % invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente, sofern sich der Unfall vor Erreichen des ordentlichen Rentenalters ereignet hat (Art. 18 Abs. 1 UVG). Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Zur Bestimmung des Invaliditätsgrades wird gemäss Art. 16 ATSG das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der (unfallbedingten) Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen).

### **E. 1.5**

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

### **E. 1.6**

Nach der Rechtsprechung kommt auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee). Das Anstellungsverhältnis einer versicherungsinternen Fachperson zum Versicherten 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 versicherungsinterne 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). 2.

## **E. 2**

Der Versicherte erhob am 25. Oktober 2021 Beschwerde gegen den Einspracheentscheid vom 22. September 2021 (Urk. 2) und beantragte, dieser sei aufzuheben und es sei ihm eine halbe Invalidenrente zuzusprechen, eventuell sei die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen und diese sei zu verpflichten, weitere Abklärungen vorzunehmen und ein unabhängiges Fachgutachten einzuholen, das seinen Gesundheitszustand beurteile und dazu Stellung nehme, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten er arbeitsfähig sei; eventuell sei ihm eine Übergangsrente auszurichten (Urk. 1 S. 2). Der Beschwerdeführer reichte am 15. November 2021 (Urk. 7) Berichte seiner behandelnden Ärzte (Urk. 8/1-2), am 17. November 2021 (Urk. 10) Unterlagen zum Nachweis seiner prozessualen Bedürftigkeit (Urk. 11; Urk. 12/1-8) und am 13. Dezember 2021 (Urk. 16) die neuesten Akten der Invalidenversicherung (Urk. 17/1-3) nach, wobei die erst- und die letztgenannte zusätzliche Eingabe samt Beilagen durch das hiesige Gericht jeweils der Beschwerdegegnerin zur Stellungnahme zugestellt wurde (vgl. Urk. 9; Urk. 18).

Mit Beschwerdeantwort vom 5. Januar 2022 (Urk. 20) beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde dem Beschwerdeführer mit Gerichtsverfügung vom 18. Januar 2022 zur Kenntnis gebracht, wobei gleichzeitig sein Gesuch um unentgeltliche Rechtsvertretung mangels Bedürftigkeit abgewiesen wurde (Urk. 22).

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin ging im angefochtenen Einspracheentscheid (Urk. 2) gestützt auf die Einschätzung ihres Kreisarztes Dr. E.\_\_\_\_ (vgl. nachstehend E. 4.20) davon aus, dass sich die gesundheitliche Situation des Beschwerdeführers seit dem Gutachten von Dr. B.\_\_\_\_ vom 10. Januar 2008 trotz der implantierten Kniegelenktotalprothese nach Beurteilung der behandelnden Ärzte, der Kreisärzte der Beschwerdegegnerin, aber auch des Beschwerdeführers selbst, nicht grundlegend verändert habe, weshalb das von Dr. B.\_\_\_\_ formulierte Zumutbarkeitsprofil nach wie vor Gültigkeit habe. Medizinische Berichte, welche der kreisärztlichen Beurteilung widersprächen, lägen den Akten denn auch nicht bei. Die Beschwerdegegnerin habe nie in Abrede gestellt, dass der Beschwerdeführer weiterhin unter Schmerzen und einer Instabilität seines rechten Knies leide. Das von Dr. B.\_\_\_\_ erstellte Zumutbarkeitsprofil umfasse denn auch lediglich Tätigkeiten, welche der Beschwerdeführer trotz seiner unfallbedingten körperlichen Beeinträchtigungen noch ausüben vermöge (S. 8 E. 3.b).

Gestützt auf statistische Werte betrage im Jahr 2021 das Valideneinkommen Fr. 68'716.80 und das Invalideneinkommen unter Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzugs von 5 % Fr. 65'821.--. Bei einem Invaliditätsgrad von 5 % bestehe kein Anspruch auf eine Invalidenrente (S. 9 ff. E. 4).

Die Integritätsentschädigung sei von Dr. B.\_\_\_\_ auf 35 % festgelegt worden, was einen sehr hohen Wert darstelle. Ein höherer Integritätsschaden liege nicht vor (S. 12 E. 5.b-d).

### **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), die behandelnde Hausärztin könne die Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit nicht richtig beurteilen. Sie habe sich denn auch klar geäußert, dass die effektive Arbeitsfähigkeit mit einem Arbeitsversuch beziehungsweise einem Gutachten abgeklärt werden müsse. Aufgrund seiner jeweils zunehmenden starken Beschwerden auch in einer rein sitzenden Tätigkeit könne er sich heute kein 100%-Pensum mehr vorstellen. Häufiges Aufstehen und Absitzen gehe schon gar nicht. Eine 50%ige

Tätigkeit sei das Maximum, was für ihn heute möglich und zumutbar sei, weshalb er Anspruch auf eine halbe Invalidenrente habe (S. 5 Ziff. 6).

Dr. B.\_\_\_\_ habe schon damals im Januar 2008 die Arbeitsfähigkeit in einer sitzenden Tätigkeit auf bis 100 %, mindestens aber 75 %, eingeschätzt. Es sei nicht seriös, heute ohne aktuelles Gutachten beziehungsweise ohne Arbeitsversuch und sogar ohne ihn selber untersucht zu haben,

von der maximalen Arbeitsfähigkeit von 100 % auszugehen. Ohne weitere Abklärungen könne auch aufgrund des damaligen Gutachtens nicht von einem höheren Arbeitspensum als 75 % ausgegangen werden, wobei auch dieses nicht ausgewiesen sei (S. 5 Ziff. 7).

Nebst der Hausärztin sei auch der behandelnde Orthopäde Dr. F.\_\_\_\_ der Meinung, dass nur mit einem Arbeitsversuch die aktuelle Arbeitsfähigkeit festgestellt werden könne. Vor dem Rentenentscheid seien die Eingliederungsmassnahmen der IV abzuwarten. Ohne Arbeitsversuch könne nicht davon ausgegangen werden, dass er die von Dr. B.\_\_\_\_ im Jahr 2008 als zumutbar genannten Tätigkeiten ausüben könne (S. 6 Ziff. 8). Bis zum Beginn des Anspruchs auf ein IV-Taggeld beziehungsweise bis zur negativen Entscheidung der IV über die berufliche Eingliederung habe er Anspruch auf eine Übergangsrente nach Art. 19 Abs. 3 UVG i.V.m. Art. 30 Abs. 1 UVV (S. 6 Ziff. 9).

Wenn dennoch von einem zumutbaren Pensum von 100 % ausgegangen würde, müsste wenigstens ein maximaler Leidensabzug von 25 % gemacht werden (S. 6 Ziff. 10).

Mit Eingabe vom 13. Dezember 2021 (Urk. 16) teilte der Beschwerdeführer mit, die IV-Stelle habe ihm mit Verfügung vom 25. November 2021 wie beantragt Kostengutsprache für Arbeitsvermittlung plus erteilt. Anspruch auf IV-Taggelder habe er erst ab Beginn des Arbeitsversuchs. Bis dahin sei ihm wie beantragt eine Übergangsrente auszurichten.

### **E. 2.3**

In der Beschwerdeantwort (Urk. 20) führte die Beschwerdegegnerin aus, dem Kreisarzt Dr. B.\_\_\_\_ (gemeint: Dr. E.\_\_\_\_) seien für seine Beurteilung alle medizinischen Akten vorgelegen und er sei somit vollständig darüber orientiert gewesen, was seit der Zumutbarkeitsbeurteilung 2008 medizinisch geschehen sei und wie die Ergebnisse der bildgebenden Verfahren gelautet hätten. Eine persönliche Untersuchung des Beschwerdeführers sei dazu nicht notwendig gewesen und ebenso wenig sei es ausschlaggebend, ob zwischen den beiden Beurteilungen nun 13 Jahre oder nur ein halbes Jahr lägen (S. 5 ad. 7). Die Hausärztin sei nicht Fachärztin des hier massgebenden medizinischen Fachgebiets. Bei Dr. F.\_\_\_\_ handle es sich sodann um einen behandelnden Arzt (S. 5 ad. 8).

Auch wenn der Beschwerdeführer sich nun doch noch dazu entschieden habe, die ihm von der IV offerierte Arbeitsvermittlung anzunehmen, müsse diese Hilfestellung nicht

abgewartet werden, weil er in einer sitzenden Tätigkeit voll arbeits fähig sei (S. 6 ad. 8). Entsprechend scheide der Anspruch auf eine Übergangsrente aus (S. 7 ad. 11).

#### **E. 2.4**

Unbestritten und ausgewiesen ist, dass der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine höhere Integritätsentschädigung als 35 % hat.

Strittig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente beziehungsweise eine Übergangsrente . 3.

#### **E. 3**

UVG in Verbindung mit Art. 30 UVV (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_588/2013 vom 16. Januar 2014 E. 3.3-5 ).

#### **E. 3.1**

G.\_\_\_\_, Betriebsphysiotherapeut und Ergonom, führte am 15. und 16. Januar 2007 eine EFL mit dem Beschwerdeführer durch, worüber er am 26. Januar 2007 berichtete (Urk. 21/473/11-19). Er führte aus, dass der klinische Befund negativ gewesen; insbesondere das rechte Knie habe sich frei bewegt und auch ohne Brace stabil gezeigt. Die geleistete Kraft der verschiedenen Beinmuskulgruppen sei sowohl rechts als auch links deutlich unter der Norm geblieben, was auf einen ungenügenden Einsatz hindeute und zum nicht plausiblen Schonverhalten des rechten Knies passe (S. 3 unten).

Infolge der erheblichen Selbstlimitierung und Inkonsistenz seien die Resultate der ergonomischen Tests für die Beurteilung der zumutbaren Belastbarkeit nur teilweise verwertbar. Das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen lasse sich mit den relativ geringfügigen pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung und der bildgebenden Abklärung sowie den Diagnosen aus somatischer Sicht nur ungenügend erklären (S. 4 Mitte). Der Beschwerdeführer habe nur einen geringen Effort gezeigt und habe immer wieder zur Leistung angehalten werden müssen. 13 von insgesamt 26 Tests seien selbstlimitiert abgebrochen worden (S. 5 Mitte). Er limitiere sich selbst unter Angabe von Schmerzen, bevor die beobachtbare funktionelle Leistungsgrenze erreicht werde (S. 8 oben).

#### **E. 3.2**

Dr. B.\_\_\_\_ erstattete am 10. Januar 2008 sein Gutachten zuhanden der Beschwerdegegnerin (Urk. 21/472/40-47). Er nannte folgende Diagnosen (S. 3 oben): - medialbetonte

Pangonarthrose und residuelle mediale und anteriore Knieinstabilität rechts - mittelschwere mediale und femoropatelläre Gonarthrose links

Die medizinische Situation habe sich seit der Rentenfestsetzung Mitte 1996 eindeutig verschlechtert. Der Beschwerdeführer gebe heute einen Dauerschmerz an und die Gehstrecke sei auf zirka 15 Minuten beschränkt. Neu berichte er auch über Schmerzen in beiden Knien. Im April 2007 habe er bei einem Transportunternehmen als Buschauffeur angefangen. Auf Ende 2007 sei ihm wegen häufiger Abwesenheiten, die der Beschwerdeführer auf seine Kniebeschwerden zurückführe, gekündigt worden (S. 1 Ziff. 1). Die Beschwerden im rechten Knie seien - auch wenn sie etwas gar theatralisch demonstriert würden - auf die objektiv feststellbaren, insbesondere radiologischen Befunde zurückzuführen und damit mit Sicherheit kausal zum Unfallereignis von 1993. Inwieweit die arthrotischen Entwicklungen im linken Knie im Zusammenhang mit dem Unfall folgen

rechts stünden, sei nicht abschliessend beurteilbar. Es werde dort eher von einer degenerativen Gelenkerkrankung ausgegangen (S. 3 Ziff. 2; S. 4 oben Ziff. 3)

Für ausschliesslich oder vorwiegend stehende und stehende/ gehende Tätigkeiten halte Dr. B. \_\_\_ den Beschwerdeführer für nicht mehr einsatzfähig. Momentan in Frage kämen allenfalls sitzende Tätigkeiten, bestenfalls abwechselnd sitzende und stehende/gehende Tätigkeiten. Auch häufiges Aufstehen und wieder Absitzen dürfte erschwert sein, auch das Heben und Tragen von Lasten dürfte deutlich eingeschränkt sein. Eine den Unfallfolgen angepasste Erwerbstätigkeit ganztags mit voller Leistungsfähigkeit könne dem Beschwerdeführer nur noch in rein sitzender Tätigkeit zugemutet werden. In einer solchen Arbeit schätze er die Arbeitsfähigkeit auf mindestens 75 % (bis 100 %; S. 5 f. Ziff. 6).

### **E. 3.3**

Das hiesige Gericht kam im Urteil vom 29. Juni 2011 im Verfahren UV.2009.00378 (Urk. 21/71) zum Schluss, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers hinsichtlich der unfallkausalen Einschränkungen zwar insofern erheblich verschlechtert habe, als nunmehr eine Pankonarthrose rechts hinzugetreten sei, welche denn auch Anlass zur Erhöhung der Integritätsentschädigung um 17.5 % gegeben habe. In Bezug auf die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers wirke sich diese Verschlechterung aber letztlich nur insofern aus, als ihm nunmehr lediglich noch sitzende Tätigkeiten, jedoch weiterhin zu 100 %, zuzumuten seien (dortige E. 5.1 in fine). Bei der Berechnung des Invaliditätsgrades von 23 % folgte das Gericht der Beschwerdegegnerin, welche einen leidensbedingten Abzug von 25 % vorgenommen hatte, um der Beschränkung auf rein sitzende Tätigkeiten Rechnung zu tragen (dortige E. 6.2). 4.

#### 4.1

Gemäss Schadenmeldung vom 6. Juni 2017 (Urk. 21/146) war der Beschwerdeführer seit dem 1. Januar 2017 in einem 100 %- Pensum als Hauswart bei der C. \_\_\_ GmbH in D. \_\_\_ angestellt, als er am 2. Juni 2017 bei der Gartenarbeit über einen Stein stolperte, auf die Eingangstreppe stürzte und sich dabei eine Prellung am rechten Fussgelenk zuzog. 4.2

Dr. med. H. \_\_\_ , Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, nannte in seinem Bericht vom 3. Juli 2017 (Urk. 21/150) als Diagnose eine posttraumatische Pankonarthrose bei Status nach Vorderer Kreuzband (VKB)-Plastik 1993 rechts (S. 1 oben). Nach einer erneuten Distorsion seien die Schmerzen wieder exazerbiert, nachdem der Beschwerdeführer auf die letzten zweimalig durchgeführten Infiltrationen vor anderthalb Jahren gut angesprochen habe. Mittlerweile sei er wieder als Hausabwart arbeitsunfähig (S. 1 Mitte).

#### 4.3

Dr. med. I. \_\_\_ , Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, führte im Arztzeugnis UVG vom 7. August 2017 (Urk. 21/153) aus, der Beschwerdeführer sei am 2. Juni 2017 bei einem Treppeneingang über einen Stein gestolpert und habe sich dabei das rechte Knie verdreht (Ziff. 2). 4.4

Gemäss Telefonnotiz einer Sachbearbeiterin der Beschwerdegegnerin vom 15. August 2017 (Urk. 21/156) habe ihr der Beschwerdeführer an diesem Tag auf Nachfrage mitgeteilt, in seiner 100%igen Anstellung als Hauswart müsse er Rasenmähen, Treppenhäuser reinigen und rund um die Häuser den Platz reinigen. Er müsse viel laufen und Treppen steigen und je nach Arbeit Gewichte von 10 bis 30 kg heben.

#### 4.5

Dr. med. J.\_\_\_\_, Fachärztin für Anästhesiologie, Kreisärztin der Beschwerdegegnerin, führte in ihrer Stellungnahme vom 15. September 2017 (Urk. 21/158) aus, die Beschwerden seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht auf das Ereignis vom 2. Juni 2017, sondern auf dasjenige vom 3. Mai 1993 (Unfall Nr. ... ; vgl. Urk. 21/483 S. 1 oben) zurückzuführen (S. 1).

#### 4.6

Dr. H.\_\_\_\_ dokumentierte im Operationsbericht vom 5. Oktober 2017 (Urk. 21/168) den an diesem Tag durchgeführten Eingriff. Dieser habe eine Kniegelenksarthroskopie rechts mit Synovektomie, Entfernen eines freien Gelenkkörpers am VKB und lateraler Meniskektomie umfasst (S. 1 oben). Der Beschwerdeführer leide rund 24 Jahre nach einer VKB-Plastik an einer fortgeschrittenen Patellofemoralarthrose. Mehrere Infiltrationen seien bereits durchgeführt worden, die zuletzt nur noch kurzfristig eine Schmerzlinderung gebracht hätten. Aufgrund des Alters des Beschwerdeführers und rezidivierender einschiessender Schmerzen im Sinne von mechanischen Behinderungen sei die Indikation zur Kniegelenksarthroskopie gestellt worden (S. 1 Mitte).

Am 13. November 2017 (Urk. 21/174) berichtete Dr. H.\_\_\_\_, gut einen Monat postoperativ leide der Beschwerdeführer noch unter erheblichen Restschmerzen. Nach einer grösseren Anstrengung über das Wochenende sei es auch wieder zu einem massiven Anschwellen gekommen (S. 1 Mitte). Dass wohl eher mittel- als langfristig eine endprothetische Versorgung nötig sei, sei sich der Beschwerdeführer bewusst (S. 1 unten). 4.7

Am 27. November 2017 fand eine Besprechung eines Sachbearbeiters der Beschwerdegegnerin mit dem Beschwerdeführer statt. Gemäss der Zusammenfassung dieser Besprechung (Urk. 21/177) habe der Beschwerdeführer angegeben, im rechten Knie habe er ohne Belastung Beschwerden von 3/10 auf der visuellen Analogskala (VAS), unter Belastung solche von 7-8/10 VAS und Ruhe- beziehungsweise Nachtschmerzen von 7/10 VAS. Sitzen gehe recht gut. Autofahren sei möglich (S. 1 unten).

#### 4.8

Dr. H.\_\_\_\_ berichtete am 18. Dezember 2017 (Urk. 21/181), die präoperativ vorhandenen Schmerzen hätten deutlich gebessert, nach wie vor persistierten jedoch belastungsabhängige und Ruhe-Schmerzen (S. 1 Mitte). Die Indikation zur Kniegelenksarthroplastik sei gegeben (S. 1 unten).

Am 17. April 2018 (Urk. 21/204) berichtete Dr. H.\_\_\_\_, die Beschwerden hätten in letzter Zeit weiter zugenommen. Der Beschwerdeführer sei trotz regelmässiger Einnahme von nichtsteroidalen Antirheumatika (NSAR) sowohl in Ruhe wie auch bei der Belastung nicht mehr schmerzfrei (S. 1 Mitte). Bei mittlerweile konstanten Schmerzen werde die Indikation zur Kniegelenksendprothese gestellt (S. 1 unten).

Mit Operationsbericht vom 13. Juli 2018 (Urk. 21/235) dokumentierte Dr. H.\_\_\_\_ die an diesem Tag vorgenommene Knie-Endprothese (TP) rechts.

Am 24. Oktober 2018 (Urk. 21/253) berichtete Dr. H.\_\_\_\_, der Beschwerdeführer gehe nach wie vor an einem Gehstock, Schmerzen gebe er nur noch wenig an (S. 1 Mitte). Es bestehe ein deutliches Rehabilitationsdefizit bei noch ausgeprägter subjektiver und objektiver Quadrizeps-Insuffizienz (S. 1 unten). 4.9

Med. pract . K.\_\_\_\_ , Fachärztin für Chirurgie, Kreisärztin der Beschwerde gegnerin, führte in ihrer Stellungnahme vom 8. November 2018 (Urk. 21/254) aus, eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit des Versicherten in der angestammten Tätigkeit als Hauswart sei wahrscheinlich nicht mehr zu erreichen. Es sei jedoch davon auszugehen, dass er – einen komplikationslosen Normalverlauf nach Knie-TP vorausgesetzt - die meisten Tätigkeiten durchführen könne. Problematisch könnten Zwangshaltungen und dauerhaftes Arbeiten im Knien sein (S. 3 Ziff. 1). Die Frage, ob der Versicherte aus medizinischer Sicht bereits jetzt uneingeschränkt auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt voll arbeitsfähig wäre, sei zu verneinen. Aktuell wäre nur eine Teilarbeitsfähigkeit in der Höhe von 50 % in einer überwiegend sitzenden Tätigkeit realistisch (S. 3 Ziff. 1.1). Zu prüfen sei eine volle Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt spätestens ein halbes Jahr nach der Operation (S. 3 Ziff. 1.2) . 4.10

Dr. H.\_\_\_\_ hielt im Bericht vom 18. März 2019 (Urk. 21/287) fest, der Beschwerdeführer sei mittlerweile gut mobil und weitgehend schmerzfrei. Es persistiere aber nach wie vor eine deutliche Quadrizepsschwäche und eine subjektive Instabilität mit Giving way (S. 1 Mitte). 4.11

Dr. med. L.\_\_\_\_ , Facharzt für Radiologie, Kreisarzt der Beschwerdegegnerin, führte in seiner Stellungnahme vom 29. März 2019 (Urk. 21/288) aus, bezüglich Zumutbarkeitsprofil müsse man beachten, dass man an das Knie nicht überlasten, es aber auch nicht vollständig zur Ruhe setzen dürfe, da sonst die Muskulatur noch atrophieren werde. Zumutbar seien ganztags Tätigkeiten mit einem mindestens 50%igen, maximal 80%igen sitzenden Anteil, die kein übermässiges (mehr als 100 Stufen pro Tag) Treppensteigen, kein Gehen auf unebenem Boden und kein Steigen von Leitern oder Gerüsten erforderten. Die Masse der zu heben den/tragenden Lasten sei auf 15 kg zu beschränken (S. 1 Ziff. 3) . 4.12

Dr. H.\_\_\_\_ berichtete am 17. April 2019 (Urk. 21/296/2-3), es werde bei persistierender Instabilität nun versucht, eine Verbesserung durch eine stabilisierende Orthese zu erzielen (S. 1 unten).

Am 10. Juli 2019 (Urk. 21/303) berichtete er , durch die Kniegelenksorthese fühle sich der Beschwerdeführer deutlich stabiler und habe beim Tragen der Orthese auch weniger Schmerzen (S. 1 Mitte). Da er durch die laxen Bandverhältnisse erheblich gestört sei, werde die Indikation zum Inlay-Wechsel gestellt (S. 1 unten).

Am 24. September 2019 (Urk. 21/337) nahm Dr. H.\_\_\_\_ den Inlaywechsel Knie-TP rechts vor.

Am 14. November 2019 (Urk. 21/346) berichtete er, durch die Revision habe die Stabilität subjektiv und objektiv deutlich verbessert werden können (S. 1 unten). In einer wechselhaften (gemeint wohl: wechselbelastenden) Tätigkeit ohne Heben und Tragen von schweren Lasten, knienden Tätigkeiten und Arbeiten auf Treppenstufen sei wieder mit einer 60-80%igen Arbeitsfähigkeit zu rechnen . In seiner bisherigen Tätigkeit im Unterhalt liege die zukünftige Arbeitsfähigkeit deutlich tiefer (S. 2).

Am 9. Januar 2020 (Urk. 21/356) führte Dr. H.\_\_\_\_ aus, abgesehen vom noch vorhandenen muskulären Defizit liege ein sehr erfreuliches Resultat vor. Der Inlaywechsel habe sich doch bewährt. Ab Mai sollte wieder mit einer Teilarbeitsfähigkeit gerechnet werden können . 4.13

Dr. I. \_\_\_ führte im Bericht vom 27. März 2020 (Urk. 21/366) aus, sie habe den Beschwerdeführer am 26. Februar 2020 notfallmässig gesehen. Dieser habe an diesem Tag ohne Trauma plötzlich um 10:00 Uhr einschliessende heftigste Schmerzen im Bereich des rechten Knies gehabt. Es bestehe ein ausgeprägtes Unsicherheitsgefühl im Knie. Am Tag zuvor habe er zum ersten Mal Medizinische Trainingstherapie (MTT) gehabt. Nach dem Ereignis habe ein starkes Anschwellen des Knies rechts stattgefunden (S. 1 oben). Als Befund nannte sie unter anderem einen Erguss (S. 1 Mitte). 4.14

Dr. H. \_\_\_ berichtete am 4. März 2020 (Urk. 21/365 = Urk. 21/371), seit der letzten Konsultation habe sich die Kniegelenkschwellung praktisch komplett zurückgebildet. 4.15

Dr. I. \_\_\_ führte im Überweisungsschreiben an die Universitätsklinik M. \_\_\_ vom 15. April 2020 (Urk. 21/367) zur Zweitmeinung (vgl. Urk. 21/370) aus, aktuell sei nach Velofahren vor einer Woche erneut eine massive Anschwellung und schmerzhafte Schwellung des Kniegelenks rechts erfolgt (S. 1 Mitte). 4.16

Dr. med. F. \_\_\_ , Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Universitätsklinik M. \_\_\_ , führte im Sprechstundenbericht vom 16. Juni 2020 (Urk. 21/378) zur Anamnese aus, seit Februar 2020 gebe es rezidivierende Schwellungsereignisse des Knies, begleitet von Schmerzen (S. 1 Mitte). Die subjektive Instabilität habe objektiviert werden können, obwohl das Inlay bereits erhöht worden sei (S. 2 Mitte). Vom Beschwerdeführer werde die weitere Behandlung an der Universitätsklinik M. \_\_\_ gewünscht (S. 2 unten). 4.17

PD Dr. med. N. \_\_\_ , Fachärztin für Radiologie, Universitätsklinik M. \_\_\_ , gab nach der Magnetresonanztomographie (MRI) des rechten Knies vom 8. September 2020 (Urk. 21/384) folgende Beurteilung ab: subtotale Ruptur des lateralen Kollateralbandes sowie Partialruptur des lateralen

patellofemorales Ligaments

(LPFL); assoziiertes Knochenmarködemsignal im lateralen Femurcondylus ;  
Quadrizepssehnen-Tendinopathie ; Gelenkerguss. 4.18

Dr. F. \_\_\_ führte im Sprechstundenbericht vom 8. September 2020 (Urk. 21/388) zum Befund betreffend Beweglichkeit aus, es bestehe mediolateral in Extension und insbesondere in 30 °- Flexion vermehrtes Spiel, insbesondere medialseitig . Dies führe zu Schmerzen (S. 1 unten ). Ein erneutes operatives Vorgehen komme aufgrund des bisherigen Verlaufs für den Beschwerdeführer im Moment nicht in Frage, was gut nachvollziehbar sei. Es werde ein vorerst expectatives Vorgehen mit voraussichtlicher Verlaufskontrolle in rund einem halben Jahr vereinbart (S. 2). 4.19

Dr. med. O. \_\_\_ , Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, Kreisarzt der Beschwerdegegnerin, führte in seiner Stellungnahme vom 29. September 2020 (Urk. 21/390) aus, Dr. B. \_\_\_ habe damals im Januar 2008 schon eine sehr stark einschränkende Zumutbarkeit dargestellt. Diese entspreche ja einer überwiegend sitzenden Tätigkeit. Das sei weiterhin gültig (S. 2 Ziff. 2 ). 4.20

Dr. F. \_\_\_ führte im Sprechstundenbericht vom 11. März 2021 (Urk. 21/408) zur Anamnese aus, die Gehstrecke sei auf knapp 1 Stunde eingeschränkt, danach kämen die Schmerzen aufgrund einer Schwellung. Aus diesem Grund sei die Rückkehr zur Arbeitstätigkeit als Hauswart nicht mehr möglich gewesen (S. 1 Mitte ). Sollte aufgrund der bisherigen frustrierenden Operationen kein weiterer Eingriff gewünscht sein, so könnte erwartungsvoll mit der

bestehenden Schienenversorgung weitergearbeitet werden, klinisch sei jedoch mittelfristig auf einen körperlich weniger belastenden Beruf umzuschulen beziehungsweise es sollte eine IV-Anmeldung zur Evaluation der Möglichkeiten erfolgen (S. 2). 4.21

Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Kreisarzt der Beschwerdegegnerin, führte in seiner Stellungnahme vom 15. April 2021 (Urk. 21/421) aus, die Zumutbarkeit, welche im Januar 2008 durch Dr. B.\_\_\_\_ formuliert worden sei, habe weiterhin Gültigkeit (S. 3 Ziff. 5). 4.22

Dr. F.\_\_\_\_ führte im Sprechstundenbericht vom 19. Oktober 2021 (Urk. 21/461 = Urk. 8/1) zur Anamnese aus, der Beschwerdeführer sei weiterhin stark schmerzgeplagt, es bestünden täglich Schmerzen bis VAS 7-8. Es erfolge eine tägliche Einnahme von Dafalgan, vormals Xevo, zusätzlich Traumalixsalbe (S. 1 Mitte). Zum Befund hielt Dr. F.\_\_\_\_ fest: Gangbild mit deutlichem Schonhinken rechts, glaubhafte Schmerzen. Gelenkserguss mit deutlichem Anpressen- und Verschiebeschmerz der Patella. Es zeige sich eine posterolaterale Prothesen-Instabilität, was sehr gut die Schmerzen erklären könne (S. 1 unten). Der Patient wünsche im Moment keine weitere Operation. Aus diesem Grund solle nun eine arbeitsmedizinische Abklärung gemacht werden zur Klärung der Frage, was bis zum Rentenalter die beste Lösung für den Beschwerdeführer darstelle (S. 2). 4.23

Dr. I.\_\_\_\_ wandte sich mit Schreiben vom 28. Oktober 2021 (Urk. 8/2) an die Beschwerdegegnerin mit der Bitte, beim Beschwerdeführer einen Arbeitsversuch gutzuheissen. Seit der letzten Arbeitsbeurteilung im Jahr 2008 habe sich die Situation auch infolge von wiederholten Operationen markant verändert. Zur korrekten Beurteilung der Arbeitsfähigkeit und Integration in den Arbeitsprozess sei ein Arbeitsversuch unabdingbar. 5. 5.1

Die Beweiskraft der Feststellungen von Dr. B.\_\_\_\_

bezogen auf den Zeitpunkt der Erstellung des Gutachtens im Januar 2008 (E. 3.2) werden heute zu Recht von keiner Seite mehr in Frage gestellt. Dr. B.\_\_\_\_ erstellte bereits damals ein stark eingeschränktes Zumutbarkeitsprofil, worauf der Kreisarzt Dr. O.\_\_\_\_ im September 2020 zu Recht hinwies (E. 4.19). Entsprechend erachtete letzterer wie auch sein Kollege Dr. E.\_\_\_\_ im April 2021 (E. 4.21) dieses Zumutbarkeitsprofil als weiterhin gültig, wobei er davon ausging, dieses entspreche einer überwiegend sitzenden Tätigkeit. Dies ist im Wesentlichen korrekt, jedoch nicht ganz wortgetreu, hatte Dr. B.\_\_\_\_ damals doch festgehalten, eine den Unfallfolgen angepasste Erwerbstätigkeit ganztags mit voller Leistungsfähigkeit könne dem Beschwerdeführer nur noch in rein sitzender Tätigkeit zugemutet werden (E. 3.2).

In der Zwischenzeit erhielt der Beschwerdeführer im Juli 2018 eine Kniegelenksendoprothese eingesetzt (E. 4.8). Als nachvollziehbar und schlüssig erscheint die Einschätzung durch den Kreisarzt Dr. L.\_\_\_\_ vom März 2019, wonach das Knie nicht überlastet, aber aus muskulären Gründen auch nicht völlig zur Ruhe gesetzt werden dürfe, weshalb Tätigkeiten ganztags zumutbar seien, die über einen 50-80%igen sitzenden Anteil verfügten (E. 4.11). Immerhin hatte auch Dr. B.\_\_\_\_ damals eingeräumt, «bestenfalls» kämen auch abwechselnd sitzende und stehende/gehende Tätigkeiten in Frage (E. 3.2). Eine überwiegend sitzende Tätigkeit hielt auch Kreisärztin Dr. K.\_\_\_\_ im November 2018 während laufendem postoperativem Regenerationsprozess als geeignet (E. 4.9). Somit erscheint der Schluss von Dr. O.\_\_\_\_

in einer Gesamtbetrachtung als folgerichtig, dass heute eine vollständige Arbeitsfähigkeit in einer überwiegend sitzenden Tätigkeit gegeben ist. 5.2

Nachdem die Kreisärzte Dr. K.\_\_\_\_ (E. 4.9), Dr. L.\_\_\_\_ (E. 4.11) und Dr. O.\_\_\_\_ (E. 4.19) ihre Einschätzungen bereits nachvollziehbar begründet hatten, ist nicht zu beanstanden, dass sich Kreisarzt Dr. E.\_\_\_\_ in der zeitlich letzten Einschätzung vom 15. April 2021 relativ kurz fasste. Die kreisärztlichen Einschätzungen stimmen im Wesentlichen überein und die Schlussfolgerung auf eine vollständige Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit ist grundsätzlich schlüssig.

Eine reine Aktenbeurteilung ist sodann nicht an sich als unzuverlässig zu beurteilen. Die direkte ärztliche Auseinandersetzung mit der zu begutachtenden Person rückt in den Hintergrund, wenn es im Wesentlichen nur um die Beurteilung eines feststehenden medizinischen Sachverhalts geht und sich neue Untersuchungen erübrigen; in einem solchen Fall kann auch eine reine Aktenbeurteilung voll beweiskräftig sein. Eine derartige Ausgangslage bestand hier, nachdem die erhobenen Befunde als solche nicht beanstandet werden und genügend Unterlagen aufgrund anderer persönlicher Untersuchungen vorliegen, die ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_325/2009 vom 23. September 2009 E. 3.4.1).

Grundsätzlich erweisen sich die genannten Einschätzungen der Kreisärzte somit als beweiskräftig (E. 1.5). Da es sich bei ihnen indes um versicherunginterne Ärzte handelt, ist unter Anwendung eines strengen Massstabs zu überprüfen, ob auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit ihrer Feststellungen bestehen, bevor auf diese abgestellt werden kann (E. 1.6). 5.3

Dass er sich heute kein 100%-Pensum mehr vorstellen könne und eine 50%ige Tätigkeit das zumutbare Maximum sei, begründete der Beschwerdeführer mit seinen jeweils zunehmenden starken Beschwerden auch in einer rein sitzenden Tätigkeit (E. 2.2). Worin diese Beschwerden bestünden, führte er nicht näher aus. Im November 2017 hatte er gegenüber der Beschwerdegegnerin noch angegeben, Sitzen gehe recht gut, Autofahren sei möglich (E. 4.6).

Sollte er mit den geltend gemachten Beschwerden Schmerzen gemeint haben, so ist in Erinnerung zu rufen, dass Dr. B.\_\_\_\_ auch im Januar 2008 bei der Formulierung des Zumutbarkeitsprofils bereits einen Dauerschmerz berücksichtigt hatte (E. 3.2). 5.4

Dafür, dass heute ein besonders ausgeprägter Schmerz vorliegen würde, der stärker als damals wäre, liegen keine objektiven Anhaltspunkte vor. Folgendes lässt sich etwa aus den Berichten des behandelnden Dr. H.\_\_\_\_

nach dem Einsetzen der Kniegelenksendprothese am 13. Juli 2018 (vgl. E. 4.8) entnehmen: Am 24. Oktober 2018 habe der Beschwerdeführer nur noch wenig Schmerzen angegeben (E. 4.8). Am 18. März 2019 sei er weitgehend schmerzfrei gewesen (E. 4.10). Am 17. April 2019 wurde nur die Instabilität thematisiert und am 10. Juli 2019 festgehalten, der Beschwerdeführer fühle sich deutlich stabiler und habe beim Tragen der Kniegelenksorthese auch weniger Schmerzen. Am 14. November 2019 wurde erneut nur die Stabilität thematisiert und am 9. Januar 2020 festgehalten, abgesehen vom muskulären Defizit liege ein sehr erfreuliches Resultat vor (E. 4.11).

Einschiessende heftigste Schmerzen bei starkem Anschwellen des Knies wurden lediglich von der Hausärztin Dr. I.\_\_\_\_ per 26. Februar 2020 erwähnt, dies allerdings nach einem

besonderen Ereignis, nämlich der erstmaligen Durchführung von Medizinischer Trainingstherapie (MTT) am Vortag (E. 4. 13 ). Bereits am 4. März 2020 hielt Dr. H.\_\_\_\_ fest, die Kniegelenksschwellung habe sich praktisch komplett zurückgebildet (E. 4. 14 ). Auch die seitens Hausärztin am 15. April 2020 berichtete schmerzhafte Schwellung wurde auf eine sportliche Betätigung in Form von Velofahren zurückgeführt (E. 4. 15 ). Dies spricht indes keineswegs gegen die Zumutbarkeit einer überwiegend sitzend ausgeübten Arbeitstätigkeit. Der Orthopäde Dr. F.\_\_\_\_ erwähnte am 8. September 2020 ebenfalls Schmerzen und begründete diese mit dem vermehrten Spiel mediolateral in Extension und insbesondere in 30 °- Flexion (E. 4. 18 ). Bei sitzender Tätigkeit findet in der Regel jedoch weder eine Extension des Knies noch eine Beugung im Winkel von 30° statt. Letzteres ist eher bei Zwangshaltungen und Arbeiten im Knien der Fall, welche Dr. K.\_\_\_\_ nachvollziehbar als problematisch erachtete (E. 4.9).

Es fällt denn auch auf, dass Dr. F.\_\_\_\_ nicht etwa von ausgeprägten , starken oder massiven Schmerzen sondern lediglich von « Schmerzen » sprach, dies auch in seinem Sprechstundenbericht vom 11. März 2021 (E. 4. 20 ). Sie kämen nach einer Gehstrecke von knapp 1 Stunde aufgrund einer Schwellung. Auch dies spricht nicht gegen eine überwiegend sitzende Arbeitstätigkeit. Entsprechend äusserte Dr. F.\_\_\_\_ im genannten Bericht lediglich, die Rückkehr zur angestammten Arbeitstätigkeit als Hauswart sei nicht mehr möglich gewesen. Hingegen empfahl er die Umschulung auf einen körperlich weniger belastenden Beruf, ohne dass er eine zeitliche oder leistungsmässige Einschränkung in einem solchen erwähnte.

Erst am 19. Oktober 2021, während laufendem Beschwerdeverfahren, führte Dr. F.\_\_\_\_ zum ersten Mal

und damit widersprüchlich aus, der Patient sei «weiterhin stark schmerzgeplagt», es bestünden Schmerzen bis VAS 7-8 (E. 4.22). Diesem späten Bericht kann nur eine geringe Beweiskraft beziehungsweise dieser Schmerzangabe nur geringe Glaubhaftigkeit zukommen (vgl. BGE 121 V 45 E. 2a ), dies umso mehr, als der Beschwerdeführer offenbar lediglich Dafalgan einnimmt, eines der schwächsten auf dem Markt verfügbaren Schmerzmittel. 5.5

Nach dem Gesagten ist nicht nachvollziehbar, weshalb aufgrund der aktuellen Beschwerden eine ganztägige überwiegend sitzende Arbeitstätigkeit nicht zumutbar sein sollte. Die soeben dargestellte Schmerzsituation (E. 5.4) ist jedenfalls nicht geeignet, auch nur geringe Zweifel an der entsprechenden kreisärztlichen Einschätzung zu wecken.

Es fällt denn auch auf, dass seitens der aktuell behandelnden Ärzte keine – auch keine teilweise - Arbeitsunfähigkeit in angepasster Tätigkeit attestiert wurde. Der vormalige behandelnde Orthopäde Dr. H.\_\_\_\_ hatte zwar im November 2019 nur – aber immerhin - mit dem Erreichen einer 60-80%igen Arbeitsfähigkeit in wechselbelastender Tätigkeit gerechnet (E. 4.12), ohne dies jedoch näher mit objektiven funktionellen Einschränkungen zu begründen und ohne zur Zumutbarkeit einer überwiegend sitzenden Tätigkeit Stellung zu nehmen . Dass er im Januar 2020 trotz sehr erfreulichem Resultat nach einem operativen Inlay- Wechsel vom 24. September 2019 erst ab Mai 2020 mit einer Teilarbeitsfähigkeit rechnete, erscheint als doch sehr grosszügig und zeigt, dass die Erfahrungstatsache, wonach behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V

351 E. 3a/cc S. 353), auch auf ihn zutreffen dürfte . 5.6

Es leuchtet nach dem Gesagten nicht ein, wieso der Beschwerdeführer – und mit ihm ohne nähere Begründung seine Hausärztin (E. 4.23) - einen Arbeitsversuch als unabdingbar erachtet, um von einer Arbeitsfähigkeit von 100 % ausgehen zu können (E. 2.2).

Zunächst trifft es wörtlich genommen zwar

zu, dass Dr. B.\_\_\_\_ die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit auf bis 100 % , mindestens aber 75 % , einschätzte. Gleichzeitig hielt er jedoch auch fest, in rein sitzender Tätigkeit könne dem Beschwerdeführer eine ganztägige Erwerbstätigkeit mit voller Leistungsfähigkeit zugemutet werden (E. 3.2). Ein eigentliches Spektrum liess Dr. B.\_\_\_\_ somit nur bedingt offen und wenn, dann wurde dieses mit dem rechtskräftigen Urteil des hiesigen Gerichts vom 29. Juni 2011 geschlossen, in welchem auf eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in sitzenden Tätigkeiten erkannt wurde (E. 3.3). Bezeichnenderweise war der Beschwerdeführer denn im Zeitpunkt des Ereignisses vom 2. Juni 2017 auch bereits seit über einem halben Jahr in einem 100%-Pensum als Hauswart angestellt (vgl. Sachverhalt E. 1.5 sowie Erwägungen E. 4.1), einer Tätigkeit notabene, die dem Zumutbarkeitsprofil von Dr. B.\_\_\_\_ keinesfalls entsprach (vgl. E. 4.4).

Des Weiteren bestehen wie gesagt keine Zweifel an der kreisärztlichen Einschätzung einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit (E. 5.5) . Zweifel bestehen vielmehr daran, dass ein Arbeitsversuch das effektive Leistungsvermögen des Beschwerdeführers widerspiegeln würde, nachdem er sich gegen Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung zunächst gesperrt hat (vgl. etwa Urk. 21/417 sowie Urk. 21/429 S. 2) und anlässlich der EFL im Jahr 2007 unter Selbstlimitierung nur einen geringen Effort ge zeigt hatte (E. 3.1). Ohnehin obliegt die abschliessende Beurteilung der sich aus einem Gesundheitsschaden ergebenden funktionellen Leistungsfähigkeit in der Hauptsache dem Arzt oder der Ärztin und nicht den Fachleuten der Berufsberatung beziehungsweise der beruflichen Eingliederung (Urteil des Bundesgerichts 8C\_563/2018 vom 14. November 2018 E. 6.1.1). 5.7

Das Abwarten eines Arbeitsversuchs erscheint somit zur Validierung der fest gestellten Arbeitsfähigkeit weder als geeignet noch als notwendig.

Es ist auch nicht ersichtlich, inwiefern das vom Beschwerdeführer im Eventualstandpunkt beantragte unabhängige Fachgutachten neue, für die Beurteilung des vorliegenden Falles entscheidende Erkenntnisse liefern könnte . Auf weitere Abklärungen ist daher im Sinne der antizipierten Beweiswürdigung zu verzichten (BGE 122 V 157 E. 1d).

## **E. 8**

Nach dem Gesagten steht somit fest, dass der Beschwerdeführer in einer überwiegend sitzenden Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig ist.

Es bleiben die erwerblichen Auswirkungen zu prüfen. 6. 6.1

Das dem Einspracheentscheid zu Grunde gelegte hypothetische Valideneinkommen im Jahr 2021 in der Höhe von Fr. 68'716.80 wird vom Beschwerdeführer nicht bestritten. Nachdem er verschiedenste berufliche Tätigkeiten in diversen Betrieben ausgeübt hat, stützte sich die Beschwerdegegnerin bei der Berechnung zu Recht auf statistische Werte, und zwar auf die Schweizerische Lohnstrukturerhebung (LSE) 2018

(TA1\_tirage\_skill\_level, Männer, Total, Kompetenzniveau 1; vgl. im Detail Urk. 2 E. 4 .a .bb ). 6.2

Auch zur Berechnung des Invalideneinkommens stellte die Beschwerdegegnerin auf die selbe

Tabelle ab ( vgl. Urk. 2 E. 4 . b .aa ). Die Höhe des so errechneten Jahreseinkommens von Fr. 68'716.80 vor Vornahme eines allfälligen leidens bedingten Abzugs ist ebenfalls unbestrittenermassen korrekt.

Strittig ist hingegen die Höhe des leidensbedingten Abzugs, welcher von der Beschwerdegegnerin auf 5 % festgelegt wurde (E. 2.1), während der Beschwerde führer einen so lchen von mindestens 2 5 % fordert (E. 2.2). 6.3

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durch schnit ts werten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienst jahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäfti gungsgrad Auswir kun gen 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 unterdurch schnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten. Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzel fall nach pflicht gemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen (vgl. BGE 135 V 297 E. 5.2, 134 V 322 E. 5.2 und 126 V 75 E. 5b/ aa -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 Ver waltung setzen; es muss sich auf Gegebenheiten abstützen können, welche seine abweichende Ermessensausübung als naheliegender erscheinen lassen (BGE 137 V 71 E. 5.2 und 126 V 75 E. 6). Wurde bei der Festsetzung der Höhe des Abzugs vom Tabellenlohn ein Merkmal oder ein bestimmter Aspekt eines Merkmals zu Unrecht nicht berücksichtigt oder zu Unrecht berücksichtigt, hat die Beschwerde instanz den Abzug gesamthaft neu zu schätzen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C\_808/2015 vom 29. Februar 2016 E. 3.4.3 und 8C\_113/2015 vom 26. Mai 2015 E. 3.2 ). 6.4

Ein Blick in die neuere bundesgerichtliche Rechtsprechung zeigt, dass dafür, dass die leidensangepasste Tätigkeit überwiegend sitzend ausgeübt werden muss, in der Regel kein leidensbedingter Abzug gewährt wird (vgl. etwa Urteile des Bundesgerichts 8C\_466/2021 vom 1. März 2022 E. 3.5 sowie 8C\_694/2012 vom 25. Januar 2013 E. 4.2.2). Andere Gründe für die Gewährung eines leidensbe dingten Abzugs sind nicht ersichtlich.

Die Festlegung des leidensbedingten Abzugs auf 5 % durch die Beschwerde geg nerin ist somit eher grosszügig und nicht zu beanstanden, womit es an einem triftigen Grund fehlt, das Ermessen des Gerichts an Stelle desjenigen der Verwal tung zu setzen (E. 6.3).

Die Beschwerdegegnerin hat demnach auch das Invalideneinkommen unter Berücksichtigung des genannten leidensbedingten Abzugs korrekt ber echnet. Es beträgt rund Fr. 65'281.-- , weshalb nach einer Gegenüberstellung mit dem Validen einkommen von Fr. 68'716.80 ein Invaliditätsgrad von 5 % resultiert. Somit bes teht kein Rentenanspruch (E. 1.4 ) 6.5

Unbestritten ist, dass von weiterer ärztlicher Behandlung keine namhafte gesundheitliche Besserung mehr erwartet werden kann (vgl. Urk. 1 S. 4 f. Ziff. 5). Auch liegen keine konkreten Anhaltspunkte dafür vor, dass durch die erst nach Erlass des angefochtenen Einspracheentscheids beantragten und mittlerweile zugeprochenen Eingliederungsmassnahmen der IV-Stelle (vgl. Sachverhalt E. 3) das Invalideneinkommen verbessert werden könnte. Im Übrigen besteht – wie aufgezeigt (E. 6.5) – bereits vor Durchführung der Eingliederungsmassnahmen ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 5 % , weshalb kein Anspruch auf die im Eventualstandpunkt beantragte Übergangsrente besteht (E. 1.3). 6.6

Die Beschwerde ist nach dem Gesagten abzuweisen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Yvonne Mäder - Rechtsanwalt Dr. Beat Frischkopf - 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 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar ( Art. 46 BGG).

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

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

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