

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2022.00043 vom 30. Januar 2023

ZH Sozialversicherungsgericht, 2023-01-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2022.00043

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2022.00043 du 30 janvier 2023

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2022.00043 del 30 gennaio 2023

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1974, war vom 1. April 2005 bis 30. April 2018 als Expert Test Automation Lead bei der

Z.____ Ltd. Zürich angestellt (Urk. 11/12), wobei er seit Mai 2017 krankgeschrieben war (Urk. 11/58/11 oben). Über jenes Arbeitsverhältnis war er bei der Elips Versicherungen AG gegen die Folgen von Unfall obligatorisch versichert, als er sich am 28. April 2018 beim Fussballspielen das rechte Knie verdrehte (Urk. 11/3/1 und 11/6/1). Bei einem Status nach konservativ behandelter Kreuzbandruptur am 15. März 2013 (dazu Urk. 11/99-111) zeigte er sich im MRT vom

E. 2

; 134 V 109 E. 4.2; zum Ganzen: Urteil des Bundesgerichts 8C_50/2018 vom 20. Juli 2018 E. 2).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin erwog, die Leistungseinstellung per 29. Juni 2020 sei zu Recht erfolgt, zumal damals in keinem der medizinischen Berichte mehr eine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit dokumentiert gewesen sei. Der Hinweis, der Beschwerdeführer sei in seinen sportlichen Aktivitäten nach wie vor eingeschränkt, vermöge daran nichts zu ändern (Urk. 2. E. 2).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer hielt indessen dafür, Dr. med. B.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, habe am 2. Oktober 2020 berichtet, dass weitere Behandlungen geplant seien, von welchen eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes zu erwarten sei. Dabei habe er auf seinen Bericht vom 28. September 2020 verwiesen, wonach eine Behandlung mittels Infiltration stattfinden (Urk. 1 Ziff. 6). Der Endzustand sei gemäss Dr. B.____ am 21. Oktober 2020 erreicht worden, wobei auch gemäss Gutachten vom Erreichen des Endzustandes zwei Jahre nach der Operation ausgegangen werden könne (Urk. 1 Ziff. 13 f.).

E. 3.1

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. So genügt es für ein Hinauszögern des Fallabschlusses praxisgemäss auch nicht, dass die versicherte Person von weiterer Physiotherapie hätte profitieren können. Der Gesundheitszustand der versicherten Person muss in diesem Zusammenhang prognostisch und nicht aufgrund retrospektiver Feststellungen beurteilt werden (Urteil des Bundesgerichts 8C_64/2021 vom 14. April 2021 E. 3.2 mit Hinweisen, insbesondere auf BGE 134 V 109 E. 4.3 ; Urteil des Bundesgerichts 8C_604/2021 vom 25. Januar 2022 E. 5.2 und 9.2). Grundlage für die Beurteilung dieser Rechtsfrage bilden in erster Linie die ärztlichen Auskünfte zu den therapeutischen Möglichkeiten und der Krankheitsentwicklung, die in der Regel unter dem Begriff Prognose erfasst werden (Urteile des Bundesgerichts 8C_299/2022 vom 5. September 2022 E. 2.3 und 8C_682/2021 vom 13. April 2022 E. 5.1, je mit Hinweisen).

Dabei ist nach der Rechtsprechung die Überprüfung der prospektiven Festsetzung der Arbeitsfähigkeit ex post zulässig, wenn bis zu dem für die richterliche Überprüfung massgebenden Zeitpunkt des angefochtenen Einspracheentscheides (BGE 129 V 167 E. 1) eine sachverhaltliche Grundlage für eine zuverlässige Beurteilung besteht (obgenanntes Bundesgerichtsurteil 8C_44/2021 E. 5.3 mit weiteren Hinweisen). Es kann insbesondere geltend gemacht werden, die Prognose habe sich aufgrund der tatsächlichen Entwicklung als falsch erwiesen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_949/2009 vom 28. April 2010 E. 9.2).

E. 3.2

Vorliegend stehen einzig Behandlungskosten zur Diskussion (vgl. Urk. 1 Rechtsbegehren und Urk. 11/28 S. 3). Die Heilbehandlung gemäss Art. 10 UVG setzt eine unfallbedingte Behandlungsbedürftigkeit, nicht aber eine Arbeitsunfähigkeit voraus. Die Leistungseinstellung lässt sich also entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin nicht allein damit begründen, die Arbeitsfähigkeit sei durch die verbliebenen unfallbedingten Einschränkungen nicht (mehr) beeinträchtigt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_354/2014 vom 10. Juli 2014 E. 3.2), oder anders formuliert, es handelt sich bei der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit nicht um ein exklusives Beurteilungskriterium. Selbst eine ärztlich bescheinigte vollständige Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit vermag einen Anspruch auf Fortsetzung der ärztlichen Behandlung nicht auszuschliessen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_620/2020 vom 3. Februar 2021 E. 2.4 mit Hinweisen).

E. 4

.5

Zusammenfassend bestand im Zeitpunkt des Fallabschlusses somit nicht nur eine volle Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit (vgl. Urk. 11/58/44 oben, Urk. 3/4 S. 1, Urk. 11/38/2 oben), sondern

war von den damaligen Behandlungsoptionen prognostisch auch nicht mehr als eine vorübergehende Symptomlinderung respektive

Erhaltung des Gesundheitszustandes zu erwarten.

Dies genügt für einen Aufschub des Fallabschlusses ebenso wenig wie eine noch andauernde ärztliche Behandlung. Der Fallabschluss bedingt einzig, dass von weiteren medizinischen Massnahmen keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden kann (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 8C_467/2008 vom 4. November 2008 E. 5.2.2.2), wie es vorliegend am 29. Juni 2020 zweifelsohne der Fall war.

Wie Dr. B. ___ am 7. Februar 2022 mitteilte, führte die damalige Infiltration (wie die vorangehend e) auch retrospektiv betrachtet nur zu einer teilweisen und vorübergehenden Beschwerdereduktion. Am 21. Mai 2021 erfolgte eine weitere Infiltration (vgl. Urk. 3/8 S. 2 und Bericht e vom 11. Januar und 21. Mai 2021).

Gemäss Angaben des Beschwerdeführers wirkten die Infiltrationen sogar nur wenige Wochen (vgl. Urk. 11/58/28 oben). Dass Dr. B. ___ am 7. Februar 2022 nur mit dem Hinweis „2 Jahre nach Operation“ vermerkte, der Endzustand sei am 21. Oktober 2020 erreicht worden, vermag an den vorstehenden fallspezifischen Überlegungen somit nichts zu ändern.

Vom Beschwerdeführer zu Recht nicht thematisiert wird eine Übernahme der Heilkosten gestützt auf Art. 21 Abs. 1 UVG, da die Voraussetzungen hierfür offensichtlich nicht erfüllt sind.

E. 4.1

Dem C. ___ -Gutachten vom 14. Juni 2021 lässt sich im Hinblick auf den Fallabschluss entnehmen, der Beschwerdeführer sei sehr enttäuscht, dass er nur zögerlich und unvollständig wieder Sport treiben könne. Für alltägliche Tätigkeiten sei das Knie aber offenbar doch rasch wieder normal belastbar gewesen. Die Angaben stünden im Einklang mit den Angaben von Dr. B. ___ . So habe dieser etwa im Bericht vom 15. Oktober 2019 festgehalten, dass nach dem Tanzen am Knie rechts noch Ergusszeichen aufgetreten seien und der Beschwerdeführer bei m

Fussballspielen eine Bandagierung tragen solle, falls er überhaupt wieder Fussball spielen wolle. Ansonsten sei Dr. B. ___ mit dem Resultat zufrieden gewesen und habe die Restbeschwerden vor allem auf die Behandlung der Knorpeldefekte zurückgeführt. Dass das Knie nach der Operation nicht mehr so für Sport belastbar gewesen sei wie vor den Unfällen, sei wegen der Schwere der drei Knie binnen Verletzungen zu erwarten gewesen (Urk. 11/58/31 f.).

Gemäss Aussagen des Beschwerdeführers aber auch anhand der zur Verfügung stehenden Akten könne davon ausgegangen werden, dass sich die Situation des rechten Knies seit Oktober 2019, also seit Durchführung der Einjahreskontrolle, nicht wesentlich verändert habe. Der Beschwerdeführer habe zwar ein schmerz freies Krepitieren gehabt, das Knie sei aber stabil geblieben und im Alltag normal belastbar gewesen. Postoperative Krepitationen ohne gleichzeitige mechanische Probleme (wie Blockaden) könnten im Rahmen von Vernarbungen erklärt werden und hätten keine krankmachende oder prognostisch ungünstige Bedeutung. Auch im Rahmen der Begutachtung sei die allgemeine Funktionalität des rechten Knies in Anbetracht der Schwere der Verletzung als gut zu beurteilen. Es hätten Einschränkungen von Extension und Flexion

in geringem Umfang von 5 bis 10° zur Gegenseite bestanden. Zudem sei im Seitenvergleich eine deutliche Oberschenkelatrophie rechts festzustellen

gewesen. Auch habe eine sehr geringfügige sagittale Instabilität rechts gegenüber links bestanden. Angesichts des grossen Eingriffs vom 12. Oktober 2018 mit Sanierung dreier unterschiedlicher Knie binnopathologien seien solche leichten Defizite zu erwarten gewesen. Seit nunmehr über einem Jahr stagniere die Funktionalität im rechten Knie auf einem objektiv günstigen Niveau. Der Beschwerdeführer zeige sich sehr diszipliniert und versuche, die Situation durch Eigenbeübung zu stabilisieren, allenfalls etwas zu verbessern. Realistischerweise könne aber nicht mehr davon ausgegangen werden, dass sich die Belastbarkeit für sportliche Aktivitäten noch signifikant verbessern lasse. Der Endzustand sei (trotz langsam progredienter Entwicklung der Arthrose, Urk. 11/58/36 Mitte) spätestens zwei Jahre nach der Operation erreicht

gewesen (vgl. Urk. 11/58/ 32 f.).

E. 4.2

), weshalb die Beschwerdegegnerin auch die Kostenübernahme für eine solche schon früher abgelehnt hatte (Urk. 11/23/1).

Im Übrigen sprach sich auch der Arzt, welcher

im August 2020 den ferienabwesenden Dr. B.____ vertrat, nur für eine höhere Integritätsentschädigung aus. Das Erreichen des Endzustandes bzw. weitere erfolgversprechende Behandlungsoptionen waren kein Thema (vgl. Urk. 11/35). Der Beurteilung des Allgemeinmediziners Dr. med. D.____

vom 20. September 2020 kommt keine eigenständige Bedeutung zu. Er notierte lediglich, dass in Anlehnung an die Verlaufsberichte von Dr. B.____ der stabile Zustand wahrscheinlich noch nicht erreicht sei. Es sei mit dieser Rücksprache zu nehmen. Seien keine Behandlungen mehr vorgesehen, könne der Fallabschluss vorgenommen werden (Urk. 3/5).

E. 4.3

Demnach ist gestützt auf das Gutachten festzuhalten, dass aus medizinischer Sicht der Endzustand nach einer solchen Knieoperation in der Regel spätestens nach zwei Jahren erreicht wird. Im konkreten Fall des allgemein sportlichen und in Bezug auf die Übungen sehr disziplinierten Beschwerdeführers lag bereits ein Jahr postoperativ eine Kniesituation vor, wie sie im günstigsten Fall nach der Operation zu erwarten war. Nicht nur ergeben sich aus den Akten keinerlei Anhaltspunkte dafür, dass sich die Situation in der Folge (sei es vor oder nach dem Fallabschluss) noch in irgendeiner Form gebessert hätte (vgl. dazu Anamnese und Befunde der Berichte von Dr. B.____, Urk. 11/22, 11/25, 11/38 und 3/8, Bericht vom 21. Mai 2021 S. 2), vielmehr wird im Gutachten auch erläutert, dass angesichts der Schwere der Knieverletzung trotz Operation von vornherein keine volle Sportfähigkeit zu erwarten war und längst keine Behandlungsoptionen mehr zur Verfügung stehen, welche den Zustand nicht bloss stabilisieren, sondern bessern könnten. Dies gilt insbesondere auch für die Schmerzen, welche gemäss Gutachten auf Kapselverklebungen und weniger auf arthrotische Veränderungen zurückzuführen sind.

E. 4.4

Dr. B.____

bestätigte am 2. Oktober 2020 anhand eines Fragenkatalogs auch lediglich, dass (anders als im März 2020, Urk. 11/25/1) weitere Behandlungen geplant seien. Unklar ist, worauf sich

das « Ja »

in Frage 2 bezieht, zumal gleichzeitig danach gefragt wurde, ob von weiteren Behandlungen eine namhafte Besserung zu erwarten sei bzw. ob der Endzustand erreicht sei. Dem vom Dr. B. ___ dazu ge legten Bericht vom 28. September 2020 ist hauptsächlich zu entnehmen, dass im gleichentags durchgeführten MRI sowohl eine Läsion des vorderen Kreuzbandtransplantates als auch eine erneute Meniskuläsion ausgeschlossen werden konnten. Die belastungsabhängigen Schmerzen wurden deshalb auf die (teils fraglichen, vgl. Urk. 11/41/12 und 11/58/26) Knorpelschäden zurückgeführt und es erfolgte eine Infiltration mit Hyaluronsäure, Kenacort, Mephameson und Bupivacain. Wie sich der Anamnese entnehmen lässt, hatte eine Infiltration mit Hyaluronsäure (aber ohne Kortison) Anfang 2020 zu einer Beschwerdereduktion während zwei bis drei Monaten geführt, ohne dass der Beschwerdeführer dadurch in die Lage versetzt worden wäre, Fussball zu spielen (Urk. 3/6).

Aus den Berichten von Dr. B. ___

ergeben sich somit keine Anhaltspunkte dafür, dass von der Infiltration im September 2020 eine massgebliche und länger anhaltende gesundheitliche Besserung zu erwarten gewesen wäre.

Mit einer Spontanheilung der Kapselverklebungen (vgl. E. 4.2) und Knorpelschäden

war ebenfalls nicht zu rechnen. Dr. B. ___ hatte im Bericht vom 24. September 2020 denn auch betont, dass keine normale Sportfähigkeit vorhanden sei. Bereits leichte Tätigkeiten wie Jogging oder Rennen auf dem Bus seien aufgrund der Verletzung weiterhin und – explizit – voraussichtlich langfristig nicht möglich (vgl. Urk. 11/38).

Ergänzend kann auf die gutachterlichen Ausführungen zu möglichen Infiltrationen verwiesen werden, wonach insbesondere die Wirksamkeit von Hyaluronsäure nicht erwiesen ist (vgl. E.

E. 5

.2

Dem hielt die Beschwerdegegnerin gestützt auf das Gutachten entgegen, es sei maximal eine Integritätsentschädigung von 5 % geschuldet, zumal bezüglich der Progredienz der Arthroseentwicklung keine rechtsgenügende Prognose gemacht werden könne (Urk. 2. E. 4)

E. 6

.2

Art. 36 Abs. 1 UVV bestimmt, dass ein Integritätsschaden als dauernd gilt, wenn er voraussichtlich während des ganzen Lebens mindestens in gleichem Umfang besteht; er ist erheblich, wenn die körperliche, geistige oder psychische Integrität, unabhängig von der Erwerbsfähigkeit, augenfällig oder stark beeinträchtigt wird. Gemäss Abs. 2 der genannten Bestimmung

gelten für die Bemessung der Integritätsentschädigung die Richtlinien des Anhangs 3 zur UVV. Darin hat der Bundesrat in einer als gesetzmässig erkannten, nicht abschliessenden Skala (BGE 124 V 29 E. 1b mit Hinweisen) häufig vorkommende und typische Schäden

prozentual gewichtet .

Für die darin genannten Integritätsschäden entspricht die Entschädigung im Regelfall dem angegebenen Prozentsatz des Höchstbetrages des versicherten Verdienstes (Ziff. 1 Abs. 1). Integritätsschäden, die gemäss der Skala 5 % nicht erreichen, geben keinen Anspruch auf Entschädigung

(Ziff. 1 Abs. 3) . In Weiterentwicklung der bundesrätlichen Skala hat die Medizinische Abteilung der Suva sodann ein sog. Feinraster in tabellarischer Form erarbeitet . Soweit darin Richtwerte enthalten sind , mit denen die Gleichbehandlung aller Versicherten gewährleistet werden soll, sind diese mit dem Anhang 3 zur UVV vereinbar (vgl. BGE 124 V 29 E. 1c, 116 V 156 E. 3a).

E. 6.3

Mit Blick auf die Argumentation der Parteien hervorzuheben ist, dass bei der Festsetzung der Integritätsentschädigung nach Art. 36 Abs. 4 UVV vor her sehbar Verschlimmerungen des Integritätsschadens angemessen berücksichtigt werden müssen (Satz 1). Revisionen sind nur in Ausnahmefällen möglich, wenn die Verschlimmerung von grosser Tragweite ist und nicht vor her sehbar war (Satz 2). Eine vor her sehbar Verschlimmerung liegt nach der Rechtsprechung vor, wenn im Zeitpunkt der Festsetzung der Integritätsentschädigung eine Verschlimmerung als wahrscheinlich prognostiziert und damit auch geschätzt werden kann. Nicht vor her sehbar Verschlechterungen können naturgemäss nicht im Voraus berücksichtigt werden. Entwickelt sich daher der Gesundheitsschaden im Rahmen der ursprünglichen Prognose, ist die Revision einer einmal zugesprochenen Integritätsentschädigung ausgeschlossen. Hingegen ist die Entschädigung neu festzu legen, wenn sich der Integritätsschaden später bedeutend stärker als prognostiziert verschlimmert. Die Feststellung des Integritätsschadens ist dabei eine Tatfrage, die ein Mediziner zu beurteilen hat. Gleiches gilt für die Prognose, d.h. die fallbezogene medizinische Beurteilung über die voraussichtliche künftige Entwicklung eines Gesundheitsschadens (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_734/2019 vom 23. Dezember 2019 E. 4.1.2 und 4.2 mit weiteren Hinweisen).

E. 7.1

Gemäss der Suva-Tabelle 5 (Revision 2011, «Integritätsschaden bei Arthrosen») besteht bei leichten Arthrosen kein Entschädigungsanspruch. Eine mässige Femorotibial -Arthrose führt zu einem Entschädigungsanspruch von 5 bis 15 % , eine schwere Femorotibial -Arthrose zu einem solchen von 15 bis 30 % . Wo neben der Arthrose noch eine Instabilität des betreffenden Gelenkes nachgewiesen wird, soll derjenige Zustand für die Integritätsentschädigung

massgebend sein, der die höhere Schätzung aufweist; es erfolgt in der Regel keine Kumulation.

E. 7.2

Die den Unfallversicherer beratende Dr. med. A.____ , Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation, erörterte am 24. Juni 2020, der Operateur beschreibe nur geringe Restbeschwerden und eine gute Funktionalität des Knies ohne Instabilität; der Beschwerdeführer sei sportfähig. Die bei den beiden Unfällen erlittenen intraartikulären Verletzungen (Läsion des vorderen Kreuz bands, Meniskusläsion und medialer Knorpelschaden am Femurkondylus) würden zu einem erhöhten Risiko für die

Entwicklung einer Gonarthrose führen, auch wenn eine solche bisher radiologisch nicht dokumentiert worden sei. Die Integritätsentschädigung beurteile sie auf dieser Basis unter Berücksichtigung einer zukünftigen Arthroseentwicklung /-progression gemäss Suva-Tabelle 5 mit 5 % (Arthrose femorotibial mässig; Urk. 11/27/2). Am 19. Januar 2021 empfahl sie sodann unter Hinweis auf eine Zunahme der Knorpelschäden sowie einen leichten Kniegelenkserguss im neuen MRI vom 28. September 2020 eine Begutachtung (Urk. 11/42/9).

E. 7.3

Im C.____-Gutachten wurde ausgeführt, durch die beginnende Entwicklung der Arthrose sei der Beschwerdeführer dauernd in seiner körperlichen Integrität beeinträchtigt. Dies betreffe zurzeit vor allem die körperlichen und sportlichen Aktivitäten (Urk. 11/58/46). Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit werde die Arthrose vor dem Erreichen des regulären Pensionierungsalters nicht klinisch relevant werden (Urk. 11/58/44 unten).

Gemäss Suva-Tabelle 5 bestehe Anspruch auf eine Entschädigung von 5 bis 15 % bei einer mässigen femorotibialen Arthrose. Eine solche Arthrose liege gestützt auf eine eigene Würdigung der MRI-Bilder erst in einem leichten Anfangsstadium vor. Aus diesem Grund betrage die Integritätsentschädigung maximal 5 %. Es sei möglich, aber nicht voraus berechenbar, dass sich die Situation verschlechtern werde. Deshalb könne diese Entwicklung aktuell bei der Berechnung der Integritätsentschädigung nicht realistisch mitberücksichtigt werden. Sollte sich die Situation bildgebend massiv verschlechtern und insbesondere eine prothetische Versorgung notwendig machen, was überwiegend wahrscheinlich frühestens in 10 bis 20 Jahren der Fall sein werde, müsste der Integritätsschaden nochmals neu definiert werden - je nach Beschwerden und insbesondere Verlauf der bildgebenden Dokumente (Urk. 11/58/34 f. und 11/58/46).

Im Übrigen liege weder klinisch noch gemäss MRI vom 28. September 2020 eine vordere Kreuzbandinsuffizienz vor. Die diskrete, noch bestehende sagittale Instabilität (keine rotatorische oder subjektive Instabilität, Urk. 11/58/46) könne auch durch Faktoren wie ein fehlendes Meniskushinterhorn erklärt werden. Es liege somit keine Integritätseinbusse gemäss Suva-Tabelle 6 (Jahr 2001, «Integritätsschaden bei Gelenkinstabilität») vor (Urk. 11/58/35).

E. 7.4

Der Hausarzt, Dr. D.____, monierte in seiner Stellungnahme vom 19. Juli 2021, dass im C.____-Gutachten die vorhersehbare Prognose der Arthroseentwicklung nicht berücksichtigt worden sei.

Anamnestisch toleriere das rechte Kniegelenk viele Sportarten nicht mehr. Das rechte Knie weise aktuell deutliche Zeichen einer medialen Gonarthrose auf. In der Begutachtung sei eine Reizung (Schwellung) festgestellt worden. Zudem lägen eine Funktionseinschränkung in der Flexion, eine weiche positive vordere Schublade und ein schmerzhafter Pivot-Shift vor. Das Knie sei somit seit dem Unfallereignis im Jahr 2018 nie mehr zur Ruhe gekommen. Der aktuelle Befund entspreche mindestens einem Integritätsschaden von 5 %. Der Gutachter erwarte richtigerweise eine Verschlechterung bzw. Zunahme der posttraumatischen Gonarthrose. Absehbare Verschlechterungen seien in die Integritätsentschädigung miteinzubeziehen. Unter Berücksichtigung der subjektiven Beschwerden, der eingeschränkten Belastungstoleranz, des gutachterlichen Befunds, der bildgebend jetzt schon vorhandenen medialen Gonarthrose bei diskreter Instabilität und

Flexionseinschränkung brauche es keinen grossen Mut, um innerhalb der üblicherweise abschätzbaren Zeitspanne von

E. 7.5

Unbestritten ist demnach, dass die zu entschädigende Integritätseinbusse basierend auf den bereits eingetretenen und als wahrscheinlich vorhersehbaren sekundären arthrotischen Veränderungen im rechten Knie anhand der Suva-Tabelle 5 festzusetzen ist. Dabei sind sich die Mediziner auch darin einig, dass aufgrund der aktuellen Situation künftig mit einer entschädigungspflichtigen mässigen femorotibial Arthrose zu rechnen ist. Gemäss Gutachten dürfte diese mit einer geschätzten Entschädigung von 5 %

jedoch an der Grenze zu einer leichten Arthrose bleiben, während sich die von Dr. D. ___ veranschlagte Entschädigung von 15 % nur rechtfertigt, wenn das Ausmass der zu erwartenden Veränderungen zumindest an eine schwere Arthrose angrenzt oder gar als solche einzustufen ist (vgl. E. 7.1).

Die Integritätsentschädigung beruht grundsätzlich auf dem Gedanken der Genugtuung und soll einen gewissen Ausgleich für Schmerz, Leid sowie Beeinträchtigung des Lebensgenusses bringen. Bei der konkreten Festsetzung muss allerdings beachtet werden, dass das Prinzip der abstrakten und egalitären Bemessung gilt. Im Unterschied zur Bemessung der Genugtuungssumme im Zivilrecht sind die erlittene Unbill und die weiteren besonderen Umstände des Einzelfalles nicht zu berücksichtigen. Massgeblich ist die medizinisch-theoretische Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Integrität (Urteil des Bundesgerichts 8C_756/2019 vom 11. Februar 2020 E. 4.2 mit Hinweisen).

Vornherin nicht berücksichtigt werden kann somit, dass der Beschwerdeführer die eingeschränkte Sportfähigkeit im Vergleich zu anderen Versicherten allenfalls besonders einschneidend erlebt. Nicht massgebend ist auch das (subjektive) Schmerzempfinden. Die angewendete Suva-Tabelle 5 weist denn auch keine diesbezügliche Abstufung aus, wie das etwa bei der Suva-Tabelle 7 (Jahr 2001, «Integritätsschaden bei bei Wirbelsäulenaffektionen») der Fall ist. Die mit dem Schweregrad der Arthrose zunehmenden Schmerzen sind mit dem dafür vorgesehenen Prozentsatz bereits abgegolten (vgl. dazu die Überlegungen des Bundesgerichts zu den Schmerzen, welche mit Funktionsstörungen der Schulter verbundenen sind im Urteil 8C_756/2019 vom 11. Februar 2020 E. 4.3).

Es sei angemerkt, dass der Beschwerdeführer augenfällig bei anfänglich schmerzfreiem Alltag (Urk. 11/22/1) auch erst nach Mitteilung des Fallabschlusses klagte, Dauerschmerzen zu haben, die durch jegliche körperliche Belastung verstärkt und stark stören würden, dass auch bei längerem Sitzen und Stehen Beschwerden aufträten und rechts weder der Einbeinstand noch Hüpfen möglich seien. Dabei gab er jedoch weiterhin an, keine Schmerzmittel einzunehmen und unverändert Fahrradfahren und Schwimmen zu können. Es fanden sich zudem weder im klinischen Untersuchung noch der Bildgebung massgebliche neue Befunde und folglich auch keine neuen medizinischen Erkenntnisse mit Blick auf die Schmerzursache (vgl. Urk. 11/38, 11/41/12 und 11/41/17).

E. 7.6

Dem

C. ___ -Gutachten

ist im Detail zu entnehmen, dass im MRI vom 28. September 2020 trotz Metallartefakten sekundäre degenerative Veränderungen sehr geringfügiger Natur auf Höhe des subtotal resezierten medialen Meniskushinterhorns erfasst wurden. Die entsprechenden Bone bruise-Veränderungen an Tibiaplateau und Femurkondylus seien ebenfalls gering gewesen. Es sei zu erwarten, dass sich durch das Fehlen des Meniskus in tragender Zone trotz des noch sehr günstigen MRI-Befunds später degenerative Veränderungen einstellen würden. Da im erwähnten MRI kein Erguss vorgelegen habe und insbesondere die Bone bruise-Veränderungen sehr diskreter Natur bzw. nicht demarkierend gewesen seien (keine Zeichen einer Osteonekrose), habe kein foudroyanter Verlauf vorgelegen. Mittels Röntgenaufnahmen (dazu Urk. 3/8, Bericht vom 21. Mai 2021) liegend und unter Belastung am 11. Mai 2021 habe ebenfalls eine erst diskrete Entwicklung der Arthrose dokumentiert werden können. Es habe erst eine diskrete, osteophytäre Randzackenbildung vorwiegend femoral medial bestanden. Die Verschmälerung des medialen Kniegelenkspaltes im Einbeinstand habe verglichen mit derjenigen im Liegen kaum zugenommen. Es habe also kein Partial- oder Totalkollaps des medialen Kniegelenks vorgelegen. Die Differenz der radiologischen Kniegelenksachsen belastet zu unbelastet habe 1.2° betragen, was noch als physiologisch betrachtet werden könne. Somit seien die radiologischen Zeichen einer beginnenden Gonarthrose am 11. Mai 2021 sehr diskret gewesen. Die MRI-Befunde vom 28. September 2020 und Röntgenbefunde vom 11. Mai 2021 würden sich somit decken. Es sei deshalb nicht anzunehmen, dass die posttraumatischen degenerativen Veränderungen dort in den nächsten fünf bis zehn Jahren massiv zunehmen würden (Urk. 11/58/33).

Auch im Bereich des operativ sanierten Knorpeldefekts am medialen Femurkondylus habe im MRI vom 28. September 2020 ein objektiv erfreuliches Resultat vorgelegen. Der posttraumatische Knorpelschaden sei mittlerweile mit Faserknorpel aufgefüllt. Ähnlich wie im Bereich des resezierten Meniskus seien auch auf Höhe des Faserknorpels wenig Bone bruise-Signale zu erkennen gewesen. Dieser günstige Verlauf sei wahrscheinlich auch auf den Umstand zurückzuführen, dass das sanierte Knorpelareal durch seine Lage (dorsal und zur Notch) physiologisch wenig belastet werde. Wie für die Zone der Meniskusresektion, so gelte auch hier, dass sich potenziell aus diesem posttraumatischen Knorpeldefekt ein sekundärer arthrotischer Prozess entwickeln könne, der wiederum sehr langsam sein dürfte. Entgegen der Ansicht von Dr. B. ___ sei die Zone der Meniskusresektion prognostisch ungünstiger als die Zone des Knorpelschadens. Dies sei bedingt durch die ausgeprägtere mechanische Belastung in Strecknähe (Urk. 11/58/33 f.).

E. 7.7

Entgegen der Auffassung von Dr. D. ___

ist folglich nicht schon für die aktuellen Befunde eine

Integritätsentschädigung von mindestens 5 % geschuldet. Gemäss Gutachter zeigte sich röntgenologisch nur

eine leichte Osteophytenbildung; eine relevante Gelenkspaltverschmälerung bestand nicht. Soweit es den Zustand des Knorpels anbelangt, wurde im Bericht zum MRI vom 28. September 2020 festgehalten, es bestünden Signalalterationen/Furchenbildungen auf Höhe des medialen Meniskushinterhorns im femoralen Knorpel und angrenzend ein leichtes Knochenödem im Femurkondylus. Eine praktisch identische Situation liege lateral

vor, allerdings ohne Knochenödem und mit vermutlich weniger ausgeprägtem Knorpelschaden, aber mit deutlich ausgeprägteren Artefakten der Gelenkkapsel. Zudem hätten sich ein leichte oberflächliche Chondropathie retro patellär und tiefe zentrale Furchenbildungen in der Trochlea ohne subchondrale Ödeme gezeigt (vgl. Urk. 11/41/12).

Eine

mässige Arthrose ist daher

trotz verschiedener Klassifikationen nicht offensichtlich (vgl. Hackenbroch, Arthrosen – Basiswissen zu Klinik, Diagnostik und Therapie, Stuttgart 2002, S. 14;

Hempfling /Krenn, Schadenbeurteilung am Bewegungssystem, Band 1: Grundlagen, Gelenkflächen, Osteonekrosen, Epiphysen, Impingement, Synovialis, 2016, S. 15; Spahn/Stojanowic /Biehl/Klemm/Hofmann: Klassifikation von Knorpel schaden und Arthrose, Deutscher Ärzteverlag, OUP 2016; 9: 509–514; DOI 10.3238/oup.2016.0509–0514; S. 512 Übersichtstabelle) und wird von Dr. D.____ auch nicht näher begründet.

Ansichts der geringen Ausprägung der Befunde drei Jahre nach dem Unfall, der nur geringfügigen sagittalen Instabilität des Knies, der geringgradigen Einschränkung von Flexion und Extension sowie der noch physiologischen Bein achse scheint es zudem schlüssig, dass die arthrotischen Veränderungen künftig nicht derart zügig voranschreiten werden, dass sie sich

absehbar

einer schweren Arthrose annähern (ergänzend auch: Mollowitz, Der Unfallmann, 12. Aufl., Berlin 1998, S. 152, wonach Untersuchungen an 353 Patienten 8 bis 14 Jahre nach Meniskusoperationen in rund 7 % der Fälle eine vermehrte und in rund 2 % der Fälle eine stärkere, als sekundär zu betrachtende Arthrose zeigten). Daran ändert nichts, dass in den Untersuchungen eine leichte Schwellung, ein leichter Reizerguss (bei intaktem proximalem tibio-fibular Gelenk ohne Ergussbildung) und ein einzelnes leichtes Knochenödem (bei immer noch kaliberstarkem Knorpel) festgestellt wurden (etwa Urk. 11/41/12 und 11/58/24).

Solche Symptome sind in der Initialphase nicht unüblich (auch Hettenkofer, Rheumatologie, Diagnostik - Klinik - Therapie, 5. Auflage 2003, S. 162 ff.).

Zudem übte der sportliche Beschwerdeführer immer wieder auch kniebelastende Aktivitäten (wie Tanzen, Fussball und Skifahren, vgl. Urk. 11/35/1, 11/25/1 und 11/22/1)

aus, was dazu beigetragen haben dürfte, dass sein Knie bis her nicht zur Ruhe kam und er es auch wiederholt mit Infiltrationen versuchte, über deren positive Wirkung sich unterschiedliche Angaben finden.

E. 7.8

Letztlich zeigt der Hausarzt keine neuen Aspekte auf, die im Gutachten übersehen wurden, vielmehr zog er aus den unbestrittenen medizinischen

Tatsachen andere Schlussfolgerungen. Dabei gilt es zunächst die Erfahrungstatsache zu berücksichtigen, dass behandelnde Ärzte in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc). Darüber hinaus lassen sich aus der längeren und umfassenderen Behandlung durch den Hausarzt kaum zusätzliche, wertvolle Erkenntnisse für die Beurteilung der rein medizinisch-theoretischen Frage

gewinnen, ob und wie schnell eine Arthrose in Zukunft fortschreiten wird. Dafür fallen die Fachkenntnisse des Gutachters hier bei besonders ins Gewicht. Es besteht deshalb kein Grund, an dessen nachvollziehbar begründeten und schlüssigen Beurteilung der Integritätsentschädigung zu zweifeln. Abweichende fachärztliche Einschätzungen liegen keine vor. Eine solche ist insbesondere auch nicht im Bericht vom 18. August 2020 von Dr. med. E. ___

zu sehen, der (auch in Unkenntnis der späteren Bilddokumente) darauf hinwies, dass ein Knorpelschaden operativ saniert wurde. Jener Knorpeldefekt wurde allerdings schon am 29. Mai 2018 bildgebend dargestellt (vgl. Urk. 11/5/2) und ist nicht im Rahmen der Entwicklung einer sekundären Arthrose nach dem Unfall im April 2018 zu sehen (zu dessen Relevanz auch Urk. 11/58/31 Mitte). 8.

Nach dem Ausgeführten sind weder der Fallabschluss per 29. Juni 2020 noch die auf 5 % festgesetzte Integritätsentschädigung zu beanstanden. Die Beschwerde ist folglich abzuweisen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Protekta Rechtsschutz-Versicherung AG - Rechtsanwalt Reto Bachmann - 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
Der Vorsitzende
Die Gerichtsschreiberin
Vogel Bonetti

E. 10

bis 15 Jahren eine mindestens mässige Gonarthrose zuverlässig zu prognostizieren, die gemäss der Suva-Tabelle 5 mit 15 %

zu entschädigen sei. Die Verschmälerung des Gelenkspalts in Belastung (Einbeinstand) werde noch zunehmen. Die gutachterliche Einschätzung korreliere demgegenüber schlecht mit dem in der Begutachtung erhobenen Befund (vgl. Urk. 3/7).

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