

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2022.00046

vom 5. Juni 2023

ZH Sozialversicherungsgericht, 2023-06-05, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2022.00046

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2022.00046 du 5 juin 2023

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2022.00046 del 5 giugno 2023

Erwägungen

E. 1.1

2

Am 9. Juli 2021 wurde der Versicherte von der Kreisärztin Dr. R.____ untersucht, die gemäss dem ärztlichen Untersuchungsbericht vom 12. Juli 2021 auf eine leichte Verbesserung der Befunde seit der letzten kreisärztlichen Untersuchung im Jahr 2014 bei gleichbleibender zumutbarer Leistungsfähigkeit schloss (Urk.

11/605 /10-12). Gestützt darauf lehnte die Suva mit Verfügung vom 13. September 2021 eine Erhöhung der bisherigen Invalidenrente von 16 % und eine zusätzliche Integritätsentschädigung mangels Revisionsgrund bei im Vergleich zum Zeitpunkt der Rentenzusprechung per November 2014 unveränderten Unfallfolgen am linken Knie und unveränderte r Zumutbarkeits beurteilung ab (Urk. 11/615). Dagegen erhob der Versicherte mit Schreiben vom 13. Oktober 2021 Einsprache (Urk. 11/643), welche die Suva mit Einsprache - entscheid vom 3. Februar 2022 abwies (Urk. 2). 2.

Hiergegen erhob der Versicherte mit Eingabe vom 4. März 2022 Beschwerde und beantragte, der Einspracheentscheid vom 3. Februar 2022 sei aufzuheben und der zuletzt von der Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 10. Dezember 2014 festgestellte IV-Grad von 16 % sei ausgehend von einer Arbeitsunfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit von mindestens 30 % neu zu berechnen und es sei eine entsprechend höhere Rente auszurichten (rückwirkend ab April 2017); eventualiter sei en vom Gericht ein medizinisches Gutachten einzuholen und der Invaliditätsgrad gestützt darauf festzulegen. In prozessualer Hinsicht ersuchte er um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung und Bestellung eines unentgeltlichen Rechtsvertreters in der Person von Rechtsanwalt Peter Bolzli (Urk. 1 S. 2). Die Beschwerdegegnerin schloss in der Beschwerdeantwort vom 14. April 2022 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 7 S. 2) , was dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 31. Mai 2022

zur Kenntnis gebracht wurde. Ausserdem wurde ihm Rechtsanwalt Peter Bolzli als unentgeltlicher Rechtsvertreter für das vorliegende Verfahren bestellt

(Urk.

E. 1.2

Am 28. Juli 2005 bekam der Versicherte während seiner Tätigkeit als Gebäude reiniger bei der A.____ AG, welche ihre Mitarbeiter ebenfalls bei der Suva obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert hatte, auf einer Baustelle mit einem Holzpalett einen Schlag auf das linke Kniegelenk (10/195, Urk. 10/1/2). Dadurch exazerbierten gemäss dem Bericht der Orthopädischen Universitätsklinik B.____ vom 30. August 2005 die seit Jahren

persistierenden Beschwerden am linken Kniegelenk (Urk. 10/1/2-3). Am 19. Dezember 2005 wurde beim Versicherten am linken Knie eine Arthroskopie mit Débridement und Mikro frakturierung des Tibiaplateaus lateral und des Femurkondylus medial durch geführt (Urk.

E. 1.3

Im Mai 2008 überprüfte die Suva die Höhe der Invalidenrente, nachdem sie von der Aufnahme einer Anstellung am Bahnhof Buffet der F.____ AG (Eintritt am 24. Mai 2007, Austritt per 31. Mai 2008; Urk. 10/111/5) erfahren hatte (Urk. 10/96). Ab 1. Juni 2008 war der Versicherte

aushilfsweise als Minibar-Steward bei der G.____ AG angestellt (Urk. 10/112/1). Mit Schreiben vom 18. Februar 2009 teilte die Suva dem Versicherten mit, dass die bisherige Rente nicht geändert werde (Urk. 10/117).

E. 1.4

Am 6. Februar 2009 hatte der Versicherte einen weiteren Unfall mit Beteiligung des linken Knies. Und zwar hatte sich während seiner Tätigkeit als Minibar-Steward für die G.____ AG die Schublade des Minibarwagens geöffnet und war gegen sein linkes Knie geprallt, wodurch er eine Kniekontusion erlitt (Bericht der Orthopädischen Universitätsklinik B.____ vom 10. Februar 2009, Urk.

E. 1.5

Am 13. Dezember 2013 wurde der Suva ein Rückfall zum Unfallereignis vom 6. Februar 2009 per 10. Dezember 2013 gemeldet (Urk.

E. 1.6

Wegen anhaltender Beschwerden am linken Bein (Aussenseite linke Hüfte, linkes Knie, Sprunggelenk; Urk.

E. 1.7

Am 16. August 2017 wurde in der Orthopädie der Klinik N.____ wegen erneuter Beschwerdezunahme

eine weitere Infiltration und Punktion am linken Knie gelenk zum Ausschluss einer Low-Grade-Infektion durchgeführt, welche unauf fällige Werte ergab (Berichte vom 3., 16. und 23. August 2017, Urk.

E. 1.8

Am 2. März 2018 hatte der Versicherte gemäss der Schadenmeldung vom 14. März 2018 einen weiteren Unfall erlitten, bei dem das linke Bein in der Bustür eingeklemmt worden war (Urk. 8 /1). Die erstbehandelnden Ärzte der Notfall medizin des Universitätsspitals Q.____ stellten gemäss dem Bericht vom 2. März 2018 die Diagnosen einer Kniekontusion und einer Distorsion des oberen Sprunggelenkes (OSG) links bei Status nach Knie-Totalendoprothese (TEP; Urk. 8 /6 /3). Mit tels bildgebende r

Untersuchungen wurden von den Ärzten der Notfallmedizin und im weiteren Verlauf von den Ärzten der Klinik N.____

ossäre Unfallfolgen ausgeschlossen (Urk. 8/6/4, Urk. 8 / 7 /2, Urk. 8/16). Mit Schreiben vom 23. Mai 2018 stellte die Suva ihre Leistungen für die Folgen des Unfallereignisses

vom 2. März 2018 per 4. Juni 2018 ein (Urk. 8 /21).

1. 9

In Bezug auf das Unfallereignis vom 6. Februar 2009 lehnte die Suva eine Rentenrevision wegen Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit der letzten Rentenzusprache (im Jahr 2014) gestützt auf die kreisärztliche Stellungnahme von Dr. med. R.____, Fachärztin für Chirurgie, vom 19. Juli 2018 (Urk.

E. 4

2 /1-3, Urk.

E. 4.1

Bei Erlass der Verfügung vom 10. Dezember 2014 (Urk. 11 /339) hatte sich die Beschwerdegegnerin auf die Einschätzung des Kreisarztes Dr. J.____ vom 21. Juli 2014 (Urk. 11 /290) gestützt. Dieser hatte im Bericht vom 21. Juli 2014 aus geführt, als Vorzustand sei eine Persönlichkeitsstörung mit histrionischen und leicht dissoziativen Zügen dokumentiert worden und es seien aus psychiatrischer Sicht auch die Diagnosen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, einer Anpassungsstörung mit längerer, leicht depressiver Reaktion und einer Schmerzverarbeitungsstörung angegeben worden. Des Weiteren sei im Jahr 2006 die Diagnose einer Coxarthrose bei zu Beginn des Jahres 2013 radiologisch allerdings unauffälligen Hüftgelenken beidseits gestellt worden. Ferner bestehe ein langjähriges Schmerzsyndrom am linken Knie. Nach dem alloplastischen Kniegelenkersatz vom 17. Januar 2014 sei ein günstiger Verlauf mit nahezu idealem Operationsergebnis und dennoch andauernden erheblichen Beschwerden dokumentiert. Dies entspreche einer erheblichen Diskrepanz. Bei der kreisärztlichen Untersuchung vom 21. Juli 2014 habe der Beschwerdeführer über eine unveränderte Schmerzsituation im Bereich des linken Knies geklagt und angegeben, er habe sogar noch mehr Beschwerden als vor der Operation. Aus objektiver Sicht zeige sich eine ausgezeichnete Situation nach Knie-Totalprothese links mit guter ligamentärer Stabilität des linken Knies und radiologisch unauffälligen Verhältnissen. Die rein aktiv geprüfte Kniebeweglichkeit sei angesichts des Vorzustandes sehr gut und auch die Hypotrophie der Oberschenkelmuskulatur habe im Seitenvergleich nicht wesentlich zugenommen. In Kenntnis der früheren Situation habe sich die Tatsache bewahrheitet, dass zwar eine (hier eher diskrete) Gonarthrose operativ behandelt werden könne, nicht aber ein langjähriges Schmerzsyndrom mit auch Beeinflussung durch die psychischen Begebenheiten. Im Rahmen des Zumutbarkeitsprofils sei der Beschwerdeführer (bezüglich der Unfall- und Rückfallfolgen am linken Knie) ab dem 1. September 2014 halbtags und dem 1. November 2014 vollzeitig arbeitsfähig. Zumutbar sei in diesem Umfang eine leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit mit einem sitzenden Anteil von einem Drittel bis einem Zweitel, mit seltenem Treppen steigen, seltenem Heben von maximal 10 bis 15 Kilogramm, seltenem Tragen von höchstens 10 Kilogramm und auf einer Treppe von nur 5

Kilogramm. Nicht zumutbar seien Leiternsteigen, kniende und kauende Arbeiten, längere Flexionshaltungen des linken Kniegelenkes sowie ein repetitiver, kraftvoller Einsatz des linken Beines (Urk. 11 /290/7-8).

Dies bildet die Vergleichsbasis zu der hier zu prüfenden Frage, ob ein Rentenrevisionsgrund nach Art. 17 ATSG im Sinne einer revisionsbegründenden erheblichen (unfall- respektive rückfallkausalen) Gesundheitsveränderung bezüglich des linken Knies

vorliegt.

E. 4.2.1

Gemäss dem von der Invalidenversicherung eingeholten P.____ -Gutachten vom 14. Juli 2017 wurde der Beschwerdeführer im Juni 2017 interdisziplinär aus inter nistischer, rheumatologischer und psychiatrischer Sicht begutachtet (Urk. 11 /444/1-3). Die Gutachter schlossen auf die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: Beinschmerzen links mit/bei persistierender Bewegungseinschränkung im linken Knie (Flexionsdefizit), Hypertrophie des Musculus Quadriceps links , mässiger Insertionstendinose

retrochantär sowie mit/bei verkürztem Musculus Iliacus beidseits, radiologisch Hüftimpingement vom Pincer -Typ links und beginnender Coxarthrose links, bei Status nach Kontusion des linken Knies 1987, 1999, 2005 und 2009, Status nach multiplen Infiltrationen in das linke Knie, mindestens zweimal peritrochantär links, ohne wesentliche Besserung der Beschwerden, Status nach Kniearthroskopie 2000, 2005 und 2010, Status nach Knie-Totalprothese links im Januar 2014 sowie gemäss den Akten Status nach Zervikobrachialsyndrom mit/bei mässigen M ultietagen - degenerative n Veränderungen der Halswirbelsäule (HWS). Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit führten die Gutachter im Wesentlichen die folgenden auf: Akzentuierte Persönlichkeitszüge mit emotional instabilen und histrionischen Anteilen (ICD-10 Z73.1), chronische Schmerz störung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41), schädlicher Gebrauch von Cannabis (ICD-10 F12.1), anamnestisch Kokain-Konsum, sistiert im Jahr 2013 (ICD-10 F14.20), psychische und Verhaltensstörung durch Opioide, ärztlich verordnet Targin (ICD-10 F11.25), psychische und Verhaltensstörung durch Sedative/Hypnotika, ärztlich verordnet Valium (ICD-10 F13.25), schmerz hafte und verspannte Schulterblattfixation rechts mit/bei diskreter thorakaler Skoliose, Status nach Appendektomie und Leistenhernien operation links (Urk . 11 /444/89-90).

Bezüglich der Kniebeschwerden wurde aus rheumatologischer Sicht im Gutachten festgehalten, bis auf ein Flexionsdefizit im linken Knie und eine Hypertrophie des linken Quadriceps

sei die aktuelle klinische Untersuchung unauffällig . Als Ursache für die geklagten Beschwerden seien ein Low-Grade-Infekt oder eine Prothesenlockerung aufgrund der zuletzt durchgeführten Abklärungen (mittels SPECT-Computertomographie [Single Photon Emission Computed

Tomography-Computed

Tomography , CT] und Punktion im März und April 2016; Urk. 11 /444/46) unwahrscheinlich. Auch für ein Complex - R egional- P ain-Syndrom (CRPS) würden sich keine Hinweise finden. In der SPECT- Untersuchung vom März 2016 hätten sich ein Reizzustand mit Synovitis und vor allem eine patellare laterale Überlastung gezeigt. Letztere könnte durch die insuffiziente muskuläre Stabilisation des Kniegelenkes bedingt sein, welches sich beim Beschwerdeführer eindrücklich zeige und sich auch in der Hypertrophie der Ober schenkelmuskulatur mit deutlicher Seitendifferenz widerspiegle. Zuletzt sei eine Reizung der Popliteusehne dorsolateral durch einen kleinen Zementüberstand als mögliche Ursache der Knieschmerzen diskutiert worden. In der aktuellen Untersuchung bestehe die Schmerzhaftigkeit im Kniegelenk aber eher im Bereich des Fibulaköpfchens . Auch sollte berücksichtigt werden, dass die Knieschmerzen von

Anfang an eigentlich nicht beeinflussbar gewesen seien, trotz der verschiedensten Interventionen, und dass bereits sehr früh der Verdacht auf eine zusätzliche nichtorganische Schmerzkomponente geäußert worden sei. Insgesamt könnten die Beschwerden, insbesondere die linksseitigen Knie schmerzen, rheumatologisch durch die erheblichen Befunde nicht vollumfänglich erklärt werden (Urk. 11 /444/97-98).

Aufgrund der Minderbelastbarkeit der HWS, des linken Hüft- und Kniegelenkes seien lediglich noch leichte bis maximal intermittierend mittelschwere wechsel belastende Tätigkeiten ohne starke Belastung der Knie, insbesondere ohne dauerndes oder wiederholtes Arbeiten im Knien und in der Hocke, ohne Treppen- oder Leiternsteigen, ohne Arbeiten in der Höhe oder Gehen auf unebenem Gelände zumutbar. Wegen der degenerativen Veränderungen der HWS sollte ausserdem dauerndes oder wiederholtes Arbeiten mit den Armen in oder über der Horizontalen vermieden werden. Aufgrund der langjährigen, therapeutisch nicht angehbaren Schmerzsymptomatik bedürfe der Beschwerdeführer zudem häufiger kurze r Pausen um Entlastungsstellungen einnehmen zu können, was das Rendement um 30 % reduziere. Aus psychiatrischer Sicht kön nten bei moderat ausgebildeter Persönlichkeitsakzentuierung und moderater Schmerzverarbeitungsstörung keine erwerbsbezogene Leistungsminderung attestiert und keine Veränderung gegenüber August 2010 festgestellt werden. Aus gesamt - medizinischer Sicht gelte die rheumatologische Einschätzung (Urk. 11 /444/101-102). Bezüglich des zeitlichen Verlaufs seit August 2010 müsse aus rheuma tologischer Sicht festgehalten werden, dass seit damals weitere Interventionen und Abklärungen stattgefunden hätten, unter anderem eine Implantation einer Knie-Endoprothese links, was jedoch die Schmerzsymptomatik nicht wesentlich verändert habe. Daher sei die Einschränkung des Rendements um 30 % spätestens seit dem Ausschluss eines Low-Grade-Infektes und einer Prothesenlockerung als mögliche Schmerzursache, mithin ab April 2016 , vertretbar (Urk. 11 /444/105-106).

E. 4.2.2

Die Kreisärztin Dr. R.____ kam in ihrer Stellungnahme vom 19. Juli 2018 zum Schluss, dass in der Zusammenschau der objektiven Befunde keine Veränderungen zu dokumentieren seien, wobei der Bewegungsunterschied von 10

Grad untersuchungsbedingt sei. Das vom Kreisarzt bestimmte Zumutbarkeitsprofil sei detaillierter und zum Teil einschränkender als jenes des P.____ -Gutachters. Der vom Kreisarzt festgelegte Integritätsschaden von 30 % entspreche einer schweren Arthrose und auch diesbezüglich sei keine Änderung angezeigt (Urk. 11 /448/2).

E. 4.3.1

Das hiesige Gericht schloss

im vorausgehenden Rückweisungsurteil UV.2019.00020 vom 30. Oktober 2019 darauf , dass bei damaliger Aktenlage und insbesondere aufgrund der Beurteilung des rheumatologischen P.____ -Gutachters von Juni 2017 und aufgrund des neuen Unfalls vom 2. März 2018 nicht ausgeschlossen werden könne, dass seit der Verfügung vom 10. Dezember 2014 (Urk. 11/339) eine anspruchserhebliche Änderung im Sinne eines Renten - revisionsgrundes (Art. 17 Abs. 1 ATSG) eingetreten sei (E. 4.4.1; Urk. 11/473/18) , zumal nicht abschliessend auf die Aktenbeurteilung von Dr. R.____ vom 19. Juli 2018 , aber auch nicht auf

die Einschätzung gemäss dem rheumatologischen P.____ -Gutachter ab gestellt werden könne (E. 4. 3 ; Urk. 11/473/

E. 4.3.2

Im hier angefochtenen Einspracheentscheid vom 3. Februar 2022 (Urk. 2)

stützt sich die Beschwerdegegnerin nunmehr auf die ärztliche Beurteilung der Kreisärztin Dr. R.____ vom 12. Juli 2021 , welche den Beschwerdeführer am 9. Juli 2021 untersucht hat (Urk.

11/ 605 /1) . Der Beschwerdeführer habe angegeben, dass es ihm aktuell im Vergleich mit der letzten kreisärztlichen Untersuchung im Juli 2014 schlechter gehe und er im Vergleich zu früher vermehrt Schmerzen

im Bereich des linken Kniegelenkes habe; vor allem, weil er in dieser Zeit auch weiterhin zum Teil schwer gearbeitet habe. Er habe bis zur Pandemie im Winter letzten Jahres (2020) in einer Mensa gearbeitet, welche wegen der Pandemie geschlossen worden sei. Daher sei er zuhause gewesen, wodurch er im Verlauf noch mehr Schmerzen im Bereich des Kniegelenkes und ein Gefühl der Instabilität erhalten habe. Nach dem Versuch im Juli/August (2020), wieder zu arbeiten, habe er vermehrt Schmerzen im Kniegelenk gehabt und auch ein Instabilitätsgefühl sei dazugekommen, so dass er mit der Arbeit aufgehört habe. Seit September 2020 habe er nicht mehr gearbeitet und die gesamte Situation habe sich trotz der Ruhe/Arbeitsniederlegung seither bis zur Untersuchung weiter verschlechtert. Er habe auch nachts , bei längerem Sitzen und beim Aufstehen Schmerzen. Beim Aufstehen und bei längerem Stehen würden auch Schmerzen in der linken Hüfte auftreten. Unter Belastung habe er mehr Schmerzen. Durch die Knieprothese habe sich seine Lebensqualität noch verschlechtert (Urk. 11/605/7-8) .

Dr. R.____

nannte als Diagnose Restbeschwerden mit sich entwickelndem chronische m Schmerzsyndrom Kniegelenk links bei Status nach Knie - Totalprothesen -(TP-)I mplantation im Januar 2014 bei Status nach Kniearthroskopie links 2010 und 1999. Als u nfallfremde Diagnosen führte sie ein Hüftimpingement vom Pincer -Typ links, eine beginnende Coxarthrose , ein Zervikobrachialsyndrom bei mässiger Multiatagendegeneration und eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren bei schädlichem Gebrauch von Cannabis- und Kokainkonsum, sistiert 2013 , auf . Seit der letzten kreisärztlichen Unter suchung sei es entsprechend der vorliegenden Aktenlage immer wieder zu einer Schmerzexazerbation gekommen , wobei m ittels Infiltration und

bildgebender Diagnostik ein Low -Grade Infekt und eine Prothesenlockerung hätten ausge schlossen werden können

und die eingeleitete Schmerztherapie keine Verbesserung gebracht habe. Insgesamt habe sich bei der aktuellen kreisärztlichen Untersuchung nur eine endgradig eingeschränkte Beweglichkeit im Bereich des linken Kniegelenkes im Seitenvergleich bei völlig reizlosem Knie gezeigt, ohne Anhalt für einen intraartikulären Erguss, eine Schwellung oder Rötung. Auch bei den durchgeführten Stand- und Gangproben habe sich insgesamt eine gute Stabilität und Propriozeption gezeigt, wenn auch leicht eingeschränkt im Seiten vergleich zu rechts.

Aufgrund der heute dokumentierten Umfangmasse habe sich die Muskelmasse im Bereich des linken Beines wieder erholt. Vergleich e man die von ihr aktuell erhobenen klinisch-objektiven Befunde mit denen der kreis ärztlichen Untersuchung bei Dr. J.____ vom Juli 2014, so hätten sich klinisch-objektiv die Befunde bezüglich Beweglichkeit des Kniegelenkes und Ganganalyse sowie Muskelstatus/-umfang verbessert, das subjektive Schmerzerleben jedoch verstärkt/verschlechtert. Auch wenn es insgesamt objektiv zu einer leichten Verbesserung der Kniegelenkfunktion und Kräftigung der Muskulatur gekommen sei, ändere sich am dazumal im Juli 2014 erstellten Belastungsprofil nichts; denn dieses trage vor allem dem künstlichen Kniegelenk Rechnung. Anhand der klinisch-objektiven Befunde und der vorliegenden bildgebenden Diagnostik sei das Ausmass der subjektiv angegebenen Schmerzen aus rein somatischer Sicht nicht erklärbar. Da sich die rein objektiven Befunde im Verlauf leicht verbessert respektive stabilisiert hätten und auch bildmorphologisch keine Verschlechterung im Bereich des linken Kniegelenkes nachweisbar sei, sei das von Dr. J.____

anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung vom 21.

Juli 2014 erstellte Belastungsprofil weiterhin gültig, da ber ei ts zu jenem Zeitpunkt ein sehr einschränkendes Belastungsprofil erstellt worden sei. Der Vergleich des anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung im Juli 2014 erstellten Zumutbarkeitsprofils (Urk. 11/290/8) mit jenem gemäss dem P.____ -Gutachten von 2017 (Urk. 11/444/102) zeige keine Diskrepanzen; es werde lediglich seitens des Rheumatologen eine 30%ige Einschränkung bezüglich vermehrter Pausen wegen Schmerzen gefordert. Dies sei für sie, Dr. R.____ , nicht nachvollziehbar. Denn im Gutachten selbst heisse es, dass zusammengefasst die Beschwerden des Versicherten, insbesondere die linksseitigen Knieschmerzen, rheumatologisch durch die erhobenen Befunde nicht vollumfänglich erklärt werden könnten. Auch zeige der weitere Verlauf, dass sämtliche Schmerzbehandlungen, welche mittler weile durchgeführt worden seien, zu keiner Veränderung/Verbesserung des Schmerzempfindens geführt hätten, sondern sogar zu einer Verstärkung, so dass diese Schmerzen nicht ausschliesslich somatisch durch die Prothesenimplantation erklärt werden könnten und somit auch ein vermehrter Pausenbedarf aus somatischer Sicht nicht nachvollziehbar sei. (Lediglich) ein Teil der beklagten Beschwerden im Bereich des linken Kniegelenkes seien nach multiplen Knie eingriffen links und Knie- TP links im Jahr 2014 nachvollziehbar und unfall kausal . Der Beschwerdeführer werde weiterhin etwas Schmerzmittel benötigen, eventuell je nach Schmerzexa zerbatation auch einmal eine Infiltration. Es sei zudem sinnvoll, zwei bis drei Physiotherapieserien pro Jahr zu gewähren, damit zum Erhalt der Kniegelenksbeweglichkeit, Stabilität und Propriozeption die regelmässig eigentätig ausgeführten Übungen , welche er nach vielen Physio therapieserien kennen sollte, auf korrekte Ausführung überprüft werden könnten

(Urk. 11/605/10-12).

Die Frage, ob heute noch erhebliche Unfallrestfolgen des Ereignisses vom 2. März 2018 vorliegen würden, verneinte die Kreisärztin mit der folgenden Begründung : Gemäss Schadenmeldung sei es zu einem Einklemmen des linken Kniegelenkes im Bus gekommen. Klinisch-objektiv habe keine Verletzung festgestellt werden können, wie dem Bericht des Instituts für Notfallmedizin des Q.____ vom 2. März 2018 entnommen werden könne . Auch im durchgeführten MRT des linken Knie gelenkes vom 2 1. März 2018 habe keine frische traumatische strukturelle Läsion im Bereich des Kniegelenkes nachgewiesen werden können, sondern nur die post operativen Veränderungen nach Knie-TP-Implantation. Somit

könne man von einer Kontusion ohne nachweisbare frische traumatische strukturelle Läsionen ausgehen, welche innerhalb von drei Monaten folgenlos abgeheilt sei (Urk.

11/605/12). 4. 4 4.4.1

Mit dem kreisärztlichen Untersuchungsbericht von Dr. R. ___ vom 12. Juli 2021 liegt zur Frage nach einer erheblichen Verschlechterung der unfallbedingten Beschwerden im Bereich des linken Kniegelenks seit der Verfügung vom 10.

Dezember 2014 (Urk. 11/339) nunmehr eine umfassende, nachvollziehbar begründete fachärztliche Einschätzung vor, welche auf eingehender klinischer Untersuchung und Befunderhebung beruht sowie unter Berücksichtigung der ergänzten medizinischen Vorakten, Anamnese und der geklagten Beschwerden erfolgte. 4.4.2

Dem

Einwand des Beschwerdeführers dagegen, Dr. R. ___ habe nach der Kritik durch das Gericht den Beschwerdeführer weder unvoreingenommen noch unabhängig beurteilen können, da es

einem kritisierten Arzt oder Gutachter bei einer eingeforderten Ergänzung seiner ersten Beurteilung in der Regel hauptsächlich darum gehe, seine bisherige Meinung zu rechtfertigen (Urk.

1 S.

8), kann nicht beigespflichtet werden. Denn es war der Beschwerdegegnerin nach der Rückweisung der Sache mit Urteil des hiesigen Gerichts vom 30.

Oktober 2019 (Urk. 11/473) unbenommen, zur ergänzenden medizinischen Abklärung erneut die Kreisärztin Dr. R. ___ zu Rate zu ziehen, zumal diese mit dem Fall bereits vertraut war und das Gericht deren damalige Aktenbeurteilung lediglich inhaltlich als nicht vollständig erachtet hatte. Anzeichen von Befangenheit oder für andere Vorbehalte, welche in der Person oder Fachkompetenz von Dr. R. ___ begründet gewesen wären, waren nicht festgestellt worden. Auch war die damalige kreisärztliche Aktenbeurteilung vom 19. Juli 2018 (Urk. 11/448/2)

vom Gericht nicht etwa wegen unsachlicher Bemerkungen oder inhaltlicher Widersprüche als abschliessende Entscheidungsgrundlage für ungeeignet beurteilt worden. Sie war nicht unhaltbar, sondern es verblieben offene Fragen. Es galt daher, den entscheiderelevanten medizinischen Sachverhalt zu ergänzen. Dies hat die Beschwerdegegnerin nunmehr hinreichend getan, indem sie

diverse weitere Berichte von den behandelnden Ärzten einholte, bildgebende Abklärungen in Auftrag gab (Urk. 11/512/2 Urk. 11/596 Urk.

11/601) und den Beschwerdeführer abschliessend durch die Kreisärztin untersuchen sowie dessen unfallbedingte Kniebeschwerden zusammen mit der gesamten Aktenlage beurteilen liess (Urk.

11/605).

Dafür, dass Dr. R. ___ nicht dazu fähig gewesen sein soll, nach einlässlicher klinischer Untersuchung die medizinischen Befunde unvoreingenommen zu erheben und zu beurteilen, lässt sich keine Entsprechung finden. Der kreisärztliche Untersuchungsbericht

vom 12.

Juli 2021 ist differenziert, sachlich fundiert und überzeugend begründet. Konkrete Hinweise auf eine Vorbefassung, Befangenheit oder fehlende Objektivität bestehen nicht und wurden denn auch vom Beschwerdeführer nicht aufgeführt. Die lediglich generelle Behauptung des Beschwerdeführers, dass es einem kritisierten Arzt oder Gutachter bei einer eingeforderten Ergänzung seiner ersten Beurteilung in der Regel hauptsächlich darum gehe, seine bisherige Meinung zu rechtfertigen, genügt für sich alleine nicht, im konkreten Fall von Dr. R.____ den Anschein der Befangenheit und/oder der Vorbefassung zu begründen.

Auch die Rüge des Beschwerdeführers, es sei Dr. R.____

vor allem darum gegangen, die vom Gericht beanstandeten Mängel formell zu beheben (Urk. 1 S. 8),

ist nicht stichhaltig. Denn die Behebung der beanstandeten Mängel respektive die Ergänzung der vom Gericht beanstandeten fehlenden medizinischen Sachverhalte war gerade Ziel der Rückweisung an die Beschwerdegegnerin.

Dass die Beschwerdegegnerin dazu keine versicherungsexternes Gutachten, sondern eine ergänzende versicherungsinterne Einschätzung eingeholt hat, ist ebenfalls nicht zu beanstanden. Denn der abklärungspflichtige Versicherungsträger verfügt auch in Bezug auf die zu verwendenden Methoden über einen grossen Ermessensspielraum

(BGE 147 V 16 E. 7.4.1 mit Hinweis auf Urteil des Bundesgerichts 8C_828/2013 vom 19. März 2014 E.

2.1 und weitere). Entscheidend ist letztlich zudem, dass der kreisärztliche Untersuchungsbericht von Dr. R.____ vom 12.

Juli 2021 die rechtsprechungsgemäss erforderlichen Kriterien für beweiskräftige ärztliche Entscheidungsgrundlagen (vgl. BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c) erfüllt und keine auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit sowie Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen bestehen (BGE 145 V 97 E. 8.5), was beides zutrifft.

E. 4.5.1

Insbesondere überzeugt der kreisärztliche Untersuchungsbericht vom 12. Juli 2021 (Urk. 11/605)

entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers auch inhaltlich. Darin wird einlässlich dargelegt, dass jedenfalls keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes am linken Kniegelenk seit 2017 und auch im Vergleich zu 2014 eingetreten ist. So

hat Dr. R.____

nachvollziehbar begründet aufgezeigt (Urk. 11/605/10-12), dass die geklagten Beschwerden am linken Knie weiterhin, wie schon anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung im Juli 2014 (Urk. 11/290/7-8) und der P.____-Begutachtung im Juni 2017 (Urk.

11/444/98), nur teilweise mit objektiven

Befunden erklärbar

sind. Die Diskrepanz zwischen Schmerzempfinden und objektivierbaren Befunden hat sich seither sogar noch zusätzlich vergrössert, da sich die klinisch objektiven Befunde bezüglich Beweglichkeit, Ganganalyse und Muskelmasse nach Feststellung von Dr. R.____ verbessert haben, wogegen sich das subjektive Schmerz erleben

verschlimmert hat. Auf die Angaben des Beschwerdeführers bezüglich seiner Beschwerden kann damit weiterhin nicht abgestellt werden, sondern massgeblich bleiben allein die fachärztlich erhobenen Befunde am linken Kniegelenk und ihre Auswirkung auf die Leistungsfähigkeit aus objektivierter medizinischer Sicht.

Dieser Sichtweise hat Dr. R.____

bei ihrer Beurteilung korrekt Rechnung getragen. 4. 5.2

Dr. R.____ hat auch die von Dr. J.____

(2014; Urk. 11/290/8) und vom rheumatologischen P.____ -Gutachter (2017; Urk. 11/444/102) erhobenen Befunde und das von ihnen formulierte verbleibende Belastungsprofil mit attestierter Arbeitsunfähigkeit berücksichtigt und sorgfältig gewürdigt.

Auch hat sie nachvollziehbar darauf geschlossen, dass - bei insgesamt leicht besseren Befunden - keine erhebliche Veränderung eingetreten sei, welche ein anderes als das von Dr.

J.____ bereits sehr einschränkend festgelegte Zumutbarkeitsprofil rechtfertigt, und dass die vom P.____ -Gutachter attestierte 30%ige Arbeitsunfähigkeit nicht nachvollziehbar sei (Urk.

11/605/10-12).

Die

Einwände des Beschwerdeführers dagegen verfangen nicht. So rügt er, dass Dr. R.____ in dieser gutachterlichen Einschätzung einen Widerspruch erblicken wolle, da der Gutachter an anderer Stelle erklärt habe, dass die linksseitigen Kniebeschwerden aus rheumatologischer Sicht durch die erhobenen Befunde nicht vollumfänglich erklärt werden könnten. Dabei übersehe sie, dass der Gutachter die Schmerzen eben nicht gar nicht, sondern nur «nicht vollumfänglich» als somatisch erklärbar erachtet habe, weswegen er denn auch eine nur teilweise und nicht eine volle Einschränkung der Arbeitsfähigkeit festgelegt habe. Ein Widerspruch sei in der Einschätzung des rheumatologischen Gutachters somit nicht zu erblicken (Urk. 1 S. 9). Entgegen

diesem Vorbringen

wurde die ab April 2016 gutachterlich attestierte 30%ige Arbeitsunfähigkeit respektive das 30%ige Rendement (um 30% reduzierte Leistungsfähigkeit bei ganztägiger Arbeitsfähigkeit; Urk.

11/444/102, Urk. 11/444/106) indes

nicht damit begründet, dass die Schmerzen nur teilweise somatisch bedingt seien und daher eine lediglich teilweise Einschränkung gerechtfertigt sei. Vielmehr hatte der rheumatologische Gutachter

zur Begründung den vermehrten Pausenbedarf aufgrund der generellen, langjährigen, therapeutisch nicht mehr angehbaren Schmerzproblematik bezüglich sämtlicher Beschwerdebereiche (inklusive an der Hüfte und der HWS, also nicht nur am linken Knie) angeführt (Urk.

11/444/102) .

Ausschlaggebend für die 30%ige Arbeitsunfähigkeit waren mithin die therapeutisch nicht mehr angehbaren Schmerzen unter Berücksichtigung des gesamten Schmerzerlebens, was indes nichts dazu aussagt, ob sich die objektivierbaren Befunde am linken Knie seit 2014 verschlechtert haben. Massgeblich bezüglich der Frage nach der anspruchrelevanten Veränderung seit 2014 sind indes die unfallbedingten somatischen Befunde am linken Knie. Es ist daher nachvollziehbar, wenn Dr. R.____

die vom P.____-Gutachter derart begründete Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit mit Bezug auf die allein massgebliche Symptomatik am linken Knie nicht bestätigt hat. Auch hier hat Dr. R.____ zu Recht der objektivierten Sichtweise den Vorrang eingeräumt. Das hiesige Gericht hat im Urteil UV.2019.00020 vom 30. Oktober 2019 zudem bereits erklärt, dass auf die 30%ige Arbeitsunfähigkeit, welche vom rheumatologischen

P.____-Gutachter hauptsächlich mit der Schmerzsymptomatik und ohne eine Differenzierung sowie Abgrenzung bezüglich der unfallbedingten Befunde am linken Knie und der weiteren Beschwerdebereiche begründet worden sei, nicht abgestellt werden könne (E.

4.3.1; Urk. 11/473/17), was weiterhin gilt. 4. 5.3

Die weiteren

Rügen des Beschwerdeführers, Dr. R.____ sei auch im neuen Bericht nicht auf die Ergebnisse der SPECT-Untersuchung vom März 2016 eingegangen und habe die vom Gericht aufgeworfene Frage nach der Entwicklung des muskulären Umfangs ab Juli 2014 nicht beantwortet (Urk. 1 S. 9), vermögen

den Beweiswert des kreisärztlichen Untersuchungsberichts vom 12. Juli 2021 ebenfalls nicht in Frage zu stellen. Das Gericht hat im Urteil UV.2019.00020 vom 30.

Oktober 2019

nicht gefordert, dass die Entwicklung des muskulären Umfangs ab Juli 2014 zu beurteilen sei. Sondern zu klären war, ob und (gegebenenfalls) inwiefern die Schmerzsymptomatik am linken Knie spätestens ab April 2016 mit neuen unfallkausalen und die Belastbarkeit zusätzlich einschränkenden objektiven Befunden erklärbar sei (E. 4.3.1; Urk.

11/473/16-17). Die Bedeutung des muskulären Umfangs am linken Bein war vom rheumatologischen P.____-Gutachter im Gutachten vom 14. Juli 2017 diskutiert worden. Und zwar hatte er erklärt, dass die in der SPECT-CT-Untersuchung vom März 2016 nebst einem Reizzustand mit Synovitis festgestellte patellare laterale Überlastung durch die insuffiziente muskuläre Stabilisation des Kniegelenkes bedingt sein könnte, welche sich beim Beschwerdeführer eindrücklich gezeigt habe und sich auch in einer Hypotrophie der Oberschenkelmuskulatur mit deutlicher Seitendifferenz widerspiegeln (Urk.

11/444/97). Hierzu hatte sich Dr. R.____ in ihrer damaligen Aktenbeurteilung vom 19. Juli 2018 (Urk. 11/448/2) nicht geäußert.

In ihrem nunmehr vorliegenden kreis ärztlichen Untersuchungsbericht vom 12.

Juli 2021 (Urk. 11/605) hat Dr. R.____ zwar nicht ausdrücklich zu den Befunden gemäss der SPECT-CT vom 31. März 2016 Stellung genommen .

Sie hat indes festgestellt , dass sich nicht nur die Befunde bezüglich Beweglichkeit und Ganganalyse seit den Untersuchungen im Juli 2014 und im Juli 2017 verbessert hätten, sondern dass sich auch der Umfang der Muskelmasse im Bereich des linken Beines wieder erholt (Urk.

11/605/10) respektive der Muskelstatus/Muskelumfang verbessert habe (Urk. 11/605/11). Wie die Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort (Urk. 7 S. 4) zutreffend ausgeführt hat, erscheint es entgegen dem Einwand des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 9) nicht verfehlt, von einer Erholung der Muskelmasse zu sprechen, da sich der Umfang des linken Oberschenkels von 35.5 cm (gemessen 15 cm oberhalb des Kniegelenkspaltes) im Jahr 2014 (Urk. 11/290/6) auf 43 cm respektive 49 cm (gemessen 10 cm und 20

cm oberhalb des Kniegelenkspaltes; Urk. 11/605/ 9) vergrößert hat und sich die Seitendifferenz von 5,5

cm im Jahr 2014 (Urk.

11/290/6) auf 1 cm im Jahr 2021 (Urk.

11/605/9) reduziert hat . Eine erhebliche Hypotrophie der Oberschenkel muskulatur mit deutlicher Seitendifferenz liegt somit nicht mehr vor.

Insbesondere aber ist in der Entwicklung des muskulären Umfangs jedenfalls kein Anzeichen für eine Verschlechterung und für neue, erhebliche Befunde am linken Kniegelenk

- was hier letztlich im Hinblick auf die Frage eines Revisionsgrundes allein ausschlaggebend ist - zu erblicken.

Zudem lag Dr. R.____ bei ihrer Beurteilung vom 12. Juli 2021 (Urk. 11/605/10), das neue 3-Phasen-SPECT-CT des linken Kniegelenkes vom 26.

August 2020 vor , das gemäss dem Bericht der Nuklearmedizin der Klinik V.____ gleichen Datums im Vergleich zur SPECT/CT-Voruntersuchung vom 31. März 2016 nunmehr eine vollständige Regredienz der Synovitis im linken Kniegelenk bei aktuell fehlenden Hinweisen auf aktiv entzündliche Veränderungen ergab (Urk. 11/601).

In dem Bericht en

der Hüft- und Kniechirurgie der Klinik N.____ vom 15. und 18.

September 2020 erklärten die behandelnden Ärzte hierzu , es habe sich bei weiterhin guter Beweglichkeit radiologisch keine spezifische Pathologie gezeigt und auch die SPECT-CT-Untersuchung habe nur eine unspezifische dorsale Anreicherung ergeben (Urk. 11/516/1-2, Urk. 11/516/2). Auch gemäss

dem Bericht des orthopädischen Chirurgen Dr.

T.____

vom 5. Oktober 2020, der den Beschwerdeführer nach Selbstzuweisung wegen Beinbeschwerden links im Beckenkambereich und auch wenig am Knie an demselben Tag untersucht hatte, bestand am linken Knie eine ruhige Situation, auch bezüglich Stabilität in Flexion, bei korrekter Beinachse, guter Beweglichkeit und Stabilität nach Totalprothese ohne Lockerungszeichen (Urk.

11/525/2). Dies nachdem erst gerade Mitte September 2020 bei der Beschwerdegegnerin eine Rückfallmeldung eingegangen war (Urk. 11/517). Auch mit diesen Berichten ist eher eine Verbesserung und

jedenfalls keine Verschlechterung der objektivierbaren Kniebefunde ausgewiesen, und wird die Einschätzung von Dr. R.____ vom 12.

Juli 2021 (Urk. 11/605/10-12) bestätigt.

Der

Beschwerdeführer

hat trotz der verbesserten Befunde und insbesondere der verbesserten muskulären Stabilisation des Kniegelenkes auch anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung vom 9. Juli 2021 eine weitere Verschlechterung seiner Schmerzen seit September 2020 angegeben (Urk. 11/605/7). Die mit der SPECT-CT-Untersuchung vom März 2016 festgestellten Befunde (Zeichen eines Reizzustandes mit Synovitis respektive Mehraktivität in der Perfusions- und Frühphase des linken Kniegelenkes, patellare Überlastung lateralseitig betont; Urk. 11/368/2, Urk. 11/375/6, Urk. 11/444/29) verlieren damit für die Frage, ob die Schmerzsymptomatik durch diese erklärt werden könnten, an Bedeutung. Insbesondere ist darin nach dem Gesagten kein Hinweis auf eine erhebliche unfallbedingte Verschlechterung der Beschwerdesymptomatik am linken Kniegelenk zu sehen, welche eine Erhöhung der bisherigen Rente frühestens nach dem 29. März 2017 (Zeitpunkt des Abschlusses der Heilbehandlung [Urk. 11/399, Urk. 11/402]) nach Rückfallmeldung vom 21.

April 2016 [Urk. 11/367, Urk. 11/370]; vgl. BGE 140 V 65; dazu Urteil UV.2019.00020 vom 30. Oktober 2019 E. 4.4.1; Urk. 11/473/18) rechtfertigen würde. 4. 5.4

Daran ändert im Übrigen auch der Unfall vom 2. März 2018 nichts, zu welchem sich Dr. R.____

im kreisärztlichen Untersuchungsbericht vom 12. Juli 2021 nunmehr geäußert hat (Urk. 11/605/12). Auch diese Ausführungen sind schlüssig und überzeugen, zumal durch diesen Unfall (Einklemmen des linken Beines in der Bustür, Urk. 8/1) klinisch-objektiv keine Verletzung hatte festgestellt werden (Bericht der Notfallmedizin des Q.____ vom 2. März 2018; Urk. 8/6/3) und bildgebend keine frische traumatische strukturelle Läsion im Bereich des Kniegelenkes hatte nachgewiesen werden können (Urk.

8/6/4, Urk. 8/7/2, Urk.

8/16), wie die Kreisärztin zutreffend festgestellt hat (Urk. 11/605/12).

Ihre Schlussfolgerung, dass man von einer Kontusion ohne nachweisbare frische traumatische strukturelle Läsionen ausgehen könne, welche innerhalb von drei Monaten folgenlos abgeheilt sei (Urk. 11/605/12), ist daher folgerichtig und nachvollziehbar. Der Beschwerdeführer hat dazu denn auch nichts eingewendet (Urk. 1). 4. 6 4.6.1

Sodann sprechen auch die weiteren vorliegenden ärztlichen Berichte nicht gegen die kreisärztliche Einschätzung. So

erklärte die behandelnde Ärztin Dr. med. W.____, Leitende Oberärztin Orthopädie von der Hüft- und Kniechirurgie der Klinik N.____, im Bericht vom 16. Dezember 2020 (Urk. 11/547) zur Erläuterung der von ihr attestierten 100%igen Arbeitsunfähigkeit (Urk. 11/540, Urk. 11/545), insgesamt bestehe beim Beschwerdeführer eine komplexe, schwierige und nicht ganz eindeutige Situation. Er sei lange Zeit kompensiert gewesen. Er habe eine neue Arbeit in der Küche begonnen, welche er durchführen könne. Trotzdem habe er immer schon Beschwerden im Bereich des linken Knies verspürt. Nun seien mehr und mehr Beschwerden der linken Hüfte und des Rückens hinzugekommen. Zusätzlich komme bei ihm eine belastende psychische Situation hinzu, welche die Situation sicher verstärke. Täglich müsse er antidepressive Medikamente einnehmen. Sie kenne den Beschwerdeführer und seine Beschwerden, welche zum Teil sehr stark seien, bereits seit 2016. Das Arbeitszeugnis sei eine Mischung seitens der Beschwerden des Kniegelenkes, der Hüfte und der Wirbelsäule, welche sicher durch die psychische Situation verstärkt würden (Urk. 11/547).

Gemäss dem Bericht der Hüft- und Kniechirurgie der Klinik N.____, im Bericht vom 18. Dezember 2020, ebenfalls visitiert von Dr. W.____, bestehe aus orthopädischer Sicht eine schwierige Situation. Eine genaue Ursache habe trotz diverser Abklärungen bisher nicht eindeutig bestimmt werden können (Urk. 11/548/2).

Im Bericht des Zentrums für Endoprothetik und Gelenkchirurgie, Kniechirurgie, der Klinik V.____ vom 5.

Januar 2021, wo der Beschwerdeführer am 3. November 2020 für eine Zweitmeinung auf eigenen Wunsch untersucht worden sei, wurden ausser einer Druckdolenz im Bereich des Musculus Peroneus am Fibulahals, im Bereich der lateralen Patellakante und im Bereich der Sehnen des Musculus Biceps femoris keine auffälligen Befunde am linken Kniegelenk erhoben (kein Erguss, keine Schwellung, keine Entzündungszeichen, Narbe pp-geheilt, Streckapparat suffizient, keine Instabilität, weder in Extension noch in Flexion).

Die angegebenen Beschwerden, Schmerzen im Knie links im lateralen Bereich an verschiedenen Stellen, hätten nicht auf einen einzelnen Fokus zurückgeführt werden können. Eine Lockerung der Endoprothese sei nicht gesichert, mit einem Wechsel sollte man daher vorderhand noch zurückhaltend sein; dies bleibe aber eine Option. Die Patella scheine am Schmerzgeschehen mitverantwortlich zu sein, eine sichere Lockerung könne aber nicht festgestellt werden und es bestehe eine sehr gute Flexion der Patella baja, weshalb ein isoliertes operatives Angehen nicht vordergründig sei. Klinisch fänden sich keine femorotibiale Instabilitätszeichen und auch keine Hinweise auf einen möglichen Infekt (Urk. 11/550). 4.6.2

Auch aus diesen Berichten geht hervor, dass die gesundheitliche Situation am linken Knie - wie schon 2014 und 2017 - von psychischen Beschwerden überlagert ist und eine Zuordnung der geklagten Schmerzsymptomatik zu den somatischen Befunden am linken Knie nicht eindeutig möglich ist. Insbesondere aber sind auch diesen Berichten keine neuen Befunde und keine Verschlechterung der objektiv feststellbaren Befunde am linken Knie zu entnehmen. 4.7.4.7.1

Es bleibt somit dabei, dass insgesamt keine auch nur geringen Zweifel (vgl. BGE

139 V 225

E.

5.2) an der Beurteilung von Dr. R.____
vom 12. Juli 2021 (Urk. 11/605) bestehen.

Die

Beschwerdegegnerin

ist nach dem Gesagten zu Recht gestützt auf den beweis kräftigen kreisärztlichen
Untersuchungsbericht vom 12. Juli 2021 (Urk.

11/605) davon ausgegangen, dass seit der Rentenverfügung vom 10. Dezember 2014
(Urk. 11/339) keine anspruchsrelevante Verschlechterung des Gesundheits - zustan des und
Änderung im Sinne eines Rentenrevisionsgrundes (Art. 17 Abs. 1 ATSG) eingetreten ist .
Eine Erhöhung der bisherigen Rente mit einer Erwerbseinbusse respektive einem
Invaliditätsgrad von 16 % fällt damit ausser Betracht. 4. 7 .2

Sämtliche Vorbringen des Beschwerdeführer s dagegen führen zu keiner anderen
Betrachtungsweise. Von weiteren Beweismassnahmen, namentlich der

beantragten Begutachtung (Urk. 1 S. 2 und S. 10), sind keine entscheidrelevanten
Ergebnisse zu erwarten, weshalb davon abzusehen ist (antizipierte Beweis würdigung; BGE
136 I 229 E. 5.3; Urteile des Bundesgerichts 8C_461/2018 vom 3 1. Oktober 2018 E. 7 und
8C_733/2017 vom 2 9. März 2018 E. 4.4).

Die Beschwerde ist folglich abzuweisen. 5.

Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Peter Bolzli , ist
für das vorliegende Verfahren nach Massgabe von Art. 61 lit . g ATSG in Verbindung mit
§ 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) ohne Rücksicht auf den
Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, nach der Schwierigkeit des Prozesses, dem
Zeitaufwand und den Barauslagen mit Fr. 2'500.-- (inkl. Mehrwertsteuer und Barauslagen)
aus der Gerichtskasse zu entschädigen.

D er Beschwerdeführer ist auf §

E. 9

/ 87).

E. 10

/ 47 , und vom 1. Februar 2007, Urk. 10/70) und sprach dem Versicherten mit Verfügung
vom 20. Februar 2007 eine Invaliden rente von 16 % mit Wirkung ab 1. Februar 2007 sowie
eine Integritäts entschädigung für einen Schaden von 5 % zu (Urk. 10/73). Auch diese
Verfügung erwuchs unangefochten in Rechtskraft.

E. 11

/458) wies die Suva mit Einspracheentscheid vom 18. Dezember 2018 ab (Urk. 11/461).

Hiergegen erhob der Versicherte am 30.

Januar 2019 Beschwerde , welche d as Sozial versicherungs gericht des Kantons Zürich im
Verfahren Nr. UV.2019.00020 mit Urteil vom 30. Oktober 2019 in dem Sinne guthiess,

dass es die Sache an die Suva zur ergänzenden fachärztlichen Abklärung und zu neuem Entscheid über den Rentenanspruch des Versicherten ab April 2017 zurückwies (Urk. 11/473/19). 1. 10

Die Suva holte daraufhin die Berichte der Hüft- und Kniechirurgie der Klinik N.____ vom 19. Mai 2020 (Urk. 11/497 / 3-4) und vom 7.

August 2020 (Urk. 11/503/3-4) zu den Sprechstunden vom 13. Mai 2020 und vom 22. Juli 2020 ein, anlässlich welcher der Versicherte über Hüft- und Kniebeschwerden linksseitig berichtete. Die Kreisärztin Dr. R.____ nahm am 10. Juli 2020 und am 21. August 2020 Einsicht in die Akten und empfahl weitere Abklärungen (Urk.

11/503, Urk. 11/510). Die Suva beauftragte infolgedessen die Klinik N.____ mit den von der Kreisärztin empfohlenen Untersuchungen (Magnetresonanztomographie [MRT] nativ der linken Hüfte, Ganzbeinaufnahme links, Szintigraphie zum Ausschluss einer Prothesenlockerung; Urk. 11/512 /2). Die 3-Phasen Skelettszintigraphie mit SPECT (Single Photon Emission Computed

Tomography) des linken Knies erfolgte am 26. August 2020 (Urk. 11/601). Es folgten die Berichte der Klinik N.____ vom 1.

September 2020 zur Sprechstunde vom 21. August 2020 (Urk. 11/515) und vom 15.

September 2020 zur Sprechstunde vom 9.

September 2020 (Urk. 11/516). Anlässlich der Sprechstunde in der Hüft- und Kniechirurgie der Klinik N.____ vom 16. September 2020 klagte der Versicherte über zunehmende Beschwerden am linken Knie (Bericht vom 18. September 2020; Urk. 11/521).

E. 16

Abs. 4 GSVGer hingewiesen.

4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Peter Bolzli - Suva - Bundesamt für Gesundheit sowie an: - Gerichtskasse 5.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des 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 FehrHartmann

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