

SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2009/92 vom 6. Oktober 2010

Sg Versicherungsgericht, 2010-10-06, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2009_92

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2009/92 du 6 octobre 2010

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2009/92 del 6 ottobre 2010

Regeste

Art. 18 und 24 UVG. Anspruch auf Invalidenrente und Integritätsentschädigung. Rückweisung zur medizinischen Abklärung (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 6. Oktober 2010, UV 2009/92).

Erwägungen

E. 1

Die Beschwerdegegnerin sprach dem Beschwerdeführer für die Restfolgen der Unfälle vom 3. Oktober 1998 (rechte Hand) sowie vom 24. August 2000 und 20. März 2006 (rechtes Knie) eine Rente von 21 % ab 1. Januar 2008 zu und erhöhte damit die zuvor allein für Schaden an der rechten Hand ausgerichtete Rente um 4 % (UV-act. I/95, III/121). Der Integritätsschaden wurde mit 10 % (rechte Hand; rechtskräftige Verfügung vom 23. April 2002) und 9 % (rechtes Knie) entschädigt. Streitig ist, inwieweit die nunmehr bestehenden gesundheitlichen Probleme des Beschwerdeführers in einem adäquat-kausalen Zusammenhang zu den Unfällen vom 3. Oktober 1998, vom 24. August 2000 und vom 20. März 2006 stehen. Streitig sind im Weiteren die Höhe der dem Beschwerdeführer ab 1. Januar 2008 zustehenden Invalidenrente (IV-Grad) sowie die Integritätseinbusse für das rechte Knie. Die Beschwerdegegnerin legte im angefochtenen Entscheid die rechtlichen Voraussetzungen eines adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen Gesundheitsschädigung und den in Frage stehenden Unfällen sowie der Bemessung von Invalidenrenten und Integritätsentschädigungen zutreffend dar (Erwägungen 1, 3, 5); darauf ist zu verweisen.

E. 2

2.1 Im Nachgang zu einem stationären Aufenthalt vom 2. bis 23. Mai 2007 berichtete die Rehaklinik Bellikon am 5. Juni 2007, infolge erheblicher Symptomausweitung und Selbstlimitierung seien die Resultate von physischen Leistungstests für die Beurteilung der zumutbaren Belastbarkeit nur teilweise verwertbar. Es sei davon auszugehen, dass vom Beschwerdeführer bei gutem Effort eine bessere Leistung erbracht werden könnte, als bei den Tests und in den Therapien gezeigt worden sei. Das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen lasse sich mit den wenig relevanten objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung und bildgebenden Abklärung sowie den Diagnosen aus somatischer Sicht nur zum Teil erklären. Die Beurteilung der Zumutbarkeit stütze sich deshalb primär auf medizinisch-theoretische Überlegungen, ergänzt durch die Beobachtungen bei den Leistungstests und im Behandlungsprogramm. Eine weitergehende Einschränkung der Belastbarkeit lasse sich medizinisch-theoretisch nicht begründen. Zusätzlich zu den muskuloskelettal bedingten Einschränkungen bestehe eine leichte Leistungsminderung infolge einer psychischen Störung mit Krankheitswert. Es

bestehe eine agitierte depressive Reaktion bei lang anhaltender Schmerzproblematik mit somatoformer Komponente. Die bisherige Tätigkeit als Magaziner sei aktuell nicht mehr zumutbar; diesbezüglich bestehe seit 24. Mai 2007 eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit. Eine leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Arbeit ohne längerdauerndes Knien sowie Hockstellung sei ganztags zumutbar (UV-act. III/51). Suva-Arzt Dr. F.____ schätzte am 30. Juli 2007 den Integritätsschaden am rechten Knie auf 9 % (III/69). Im Bericht der Klinik H.____ vom 13. November 2007 wurden die psychiatrischen Diagnosen eines Verdachts auf anhaltende somatoforme Schmerzstörung sowie einer mittelgradigen depressiven Episode festgehalten. Die Ärzte schätzten die Arbeitsfähigkeit für eine leichte körperliche Tätigkeit auf 50 %. Die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung bei Dr. med. I.____, Spezialarzt für Psychiatrie und Psychotherapie, sei weiterzuführen (UV-act. III/84).

2.2 Die ärztliche Abschlussuntersuchung vom 25. Februar 2008 ergab gemäss Bericht von Suva-Arzt Dr. F.____ die Diagnosen einer Kniedistorsion/-kontusion rechts vom 20. März 2006 mit luxiertem Korbhenkel am medialen Meniskus, einer Distorsion des rechten Knies vom August 2000 mit Verdacht auf mediale Meniskusläsion und Retraumatisierung am 15. Oktober 2001, einer somatoformen Schmerzstörung, einer schmerzhaften Funktionseinschränkung der rechten Hand bei Status nach Pressmaschinenverletzung vom 3. Oktober 1998 sowie einen Zustand nach Varizenoperation vor Jahren. Objektiv sei die Untersuchung durch Schmerzäusserungen und Malcompliance, vor allem für die Knieuntersuchung, etwas erschwert gewesen. Intermittierend sei die Kniebeweglichkeit gut. Meniskuszeichen bestünden nicht. Unklar sei, wieso die Sprunggelenkbeweglichkeit eingeschränkt sei und auch die willkürliche Innervation hier auf Aufforderung nicht funktioniere. Dies sei erklärbar durch die somatoforme Schmerzstörung, wie dies bereits in Bellikon beim Versuch, die Belastbarkeit zu eruieren, festgestellt worden sei. Radiologisch bestünden im Vergleich zur Voraufnahme vom November 2006 unveränderte Befunde. Insgesamt seien eine femoropatelläre Problematik und eine Anreicherung im femorotibial-medialen Kompartiment im Sinn einer Arthrose erklärend. Ein weiterer operativer Eingriff (Retinaculumspaltung) sei aufgrund der Schmerzverarbeitungsstörung und der bereits früher durchgemachten Komplikationen nach den Operationen nach wie vor mit Zurückhaltung zu indizieren. Aufgrund des schwierig eruierbaren Leidensdrucks sei ein solcher im Moment als nicht indiziert zu erachten. Entsprechend empfehle er den administrativen Abschluss. Die Integritätsschadenschätzung vom 30. Juli 2007 (betreffend das rechte Knie) erfahre keine Änderung. Betreffend die rechte Hand zeige die heutige Untersuchung keine Veränderung, so dass hier betreffend Zumutbarkeit und Integritätsentschädigung keine Nachträge zu machen seien. Betreffend die medizinische Zumutbarkeit am rechten Knie werde auf die Beurteilung aus Bellikon verwiesen. Leichte bis mittelschwere Tätigkeiten seien vollschichtig zumutbar. Nachzutragen sei, dass das Aussetzen gegenüber Vibrationen und hämmernden Einflüssen sowie das Treppengehen zu vermeiden seien. Das Besteigen von Leitern sei zu unterlassen. Längere Gehstrecken, vor allem in unebenem Gelände, seien zu vermeiden, ebenso die Einnahme von knienden und kauenden Stellungen. Das Heben von mittelschweren Gewichten bis 10 kg sei sehr oft, bis 15 kg oft und bis 20 kg manchmal möglich. Schwere grobmanuelle Arbeiten und die längerdauernde Einnahme von gleichen Haltungen wie Sitzen und Stehen seien zu unterlassen. Die Handgreiffunktionen seien behindert, vor allem für Feinmotorik zwischen Daumen und Finger II und III, weniger der Grob- und Kraftgriff, so dass diese auch in der erwähnten Gewichtslimite und Zumutbarkeitseinschränkung für das Knie einschliesslich der vollschichtigen Tätigkeit einhergehen würden (UV-act. II/49). Am 1. April 2008 hielt

Dr. F.____ ergänzend fest, er erachte eine Aufteilung der Integritätsentschädigung mit 1/3 zulasten des früheren Knieunfalls und 2/3 zulasten des "jetzigen" Falls als gegeben. Erst bei letzterem sei die strukturelle Läsion bzw. Veränderung im Sinn der Teilmeniskektomie erfolgt, wodurch sich eine richtunggebende Verschlimmerung ereignet habe (UV-act. II/50). 2.3 Eine Begutachtung in der MEDAS Zentralschweiz ergab gemäss Bericht vom 9. April 2009 als Diagnosen mit wesentlicher Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit eine chronische Gonalgie rechts bei manifester medialer Gonarthrose rechts und Status nach Distorsion/Kontusion des rechten Kniegelenkes am 24. August 2000 und 20. März 2006, ein chronisches Schulter-Arm-Syndrom rechts nach Arbeitsunfall mit Fingerverletzungen am 3. Oktober 1998, eine unter Therapie teilweise remittierte Depression, aktuell noch leichte depressive Episode ohne somatisches Syndrom, sowie psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Erkrankungen. Auch während der aktuellen körperlichen Untersuchung seien (wie in Bellikon) ein extrem und übertrieben anmutendes Schmerzverhalten mit groteskem Schon- und Entlastungshinken rechts, mit Stöhnen, Grimassieren und massivem Abwehrspannen festzustellen gewesen. Eine zusätzliche funktionelle Komponente erscheine wahrscheinlich. Die früher ausgeübte körperlich schwere Tätigkeit als Magaziner sei dem Beschwerdeführer nicht mehr zumutbar. Eine körperlich leichte, sitzend oder wechselbelastend auszuübende Tätigkeit ohne manuell kraftaufwändige Arbeiten, nicht feinmotorisch und nicht ständig repetitiv manuell sowie ohne häufigeres Knien oder Kauern, sei dem Beschwerdeführer noch zu 60 % (Präsenzzeit 100 %, Leistungseinbusse von 40 % in Folge von schmerzbedingt erhöhtem Pausenbedarf und langsamerem Arbeitstempo) zumutbar. Limitierend würden sich diesbezüglich vor allem die psychischen Störungen erweisen (Einschränkung von Antrieb, Ausdauer, Konzentration und Selbstvertrauen, Schlafstörungen mit konsekutiv vermehrter Müdigkeit, Kraftlosigkeit und eingeschränkter Regenerationsfähigkeit). Durch medizinische Massnahmen könne die Arbeitsfähigkeit wahrscheinlich verbessert werden. Insbesondere aus psychiatrischer Sicht würden die therapeutischen Möglichkeiten noch nicht ausgeschöpft erscheinen. Betreffend die Kniebeschwerden rechts seien physiotherapeutische Massnahmen indiziert. Hinsichtlich der Beschwerden im Bereich des rechten Arms sei der Endzustand seit Jahren erreicht. Die Arbeitsfähigkeit für eine behinderungsangepasste Tätigkeit sei auf September 2007 (Austritt aus der tagesklinischen Rehabilitationsbehandlung in der Klinik Teufen) zurückzudatieren (act. G 1.1/2). Am 3. August 2009 nahmen die MEDAS-Gutachter ergänzend Stellung (act. G 1.1/3). Der Psychiater Dr. I.____ bescheinigte mit Schreiben vom 9. September 2009, dass der Beschwerdeführer seit dem 6. April 2002 regelmässig bei ihm in Behandlung stehe (act. G 1.1/4).

E. 3

3.1 Mit Bezug auf die psychischen Probleme des Beschwerdeführers und die daraus resultierende Arbeitsunfähigkeit und Behandlungsbedürftigkeit (UV-act. III/51, III/84, II/49, act. G 1.1/2 S. 18 und 21) kann die Frage der natürlichen Unfallkausalität sowie die Frage, in welchem Umfang der Beschwerdeführer als psychisch bedingt arbeitsunfähig zu erachten ist, wie nachstehend zu zeigen ist, offen bleiben (vgl. SVR 1995 UV Nr. 23, S. 68 Erw. 3c). Hinsichtlich des Unfalls vom 3. Oktober 1998 verneinte die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 12. November 2004 die Adäquanz der bereits damals bestehenden und von Dr. I.____ seit April 2002 behandelten (act. G 1.1/4) psychogenen Beschwerden (somatoformes Schmerzsyndrom mit depressivem und ängstlichem Zustand; vgl. Einweisungszeugnis Klinik B.____, UV-act. I/100). Diese Verfügung erwuchs in

Rechtskraft. Die Frage der Adäquanz der psychischen Beschwerden kann sich für das vorliegende Verfahren somit lediglich noch hinsichtlich der Unfälle vom 24. August 2000 (Zwick im rechten Knie beim Aufstehen aus der Hocke) und vom 20. März 2006 (Anschlagen des rechten Knies nach Ausrutscher) stellen. Die Beschwerdegegnerin verneinte die Adäquanz des Kausalzusammenhangs mit Hinweis darauf, dass diese Ereignisse als banal bzw. leicht einzustufen und deshalb zum vornherein nicht geeignet seien, psychische Probleme adäquat kausal zu verursachen (Erw. 2b des angefochtenen Entscheids; BGE 115 V 139). In Anbetracht der unmittelbaren Verletzungsfolgen (mediale Meniskusläsion rechts [2000]; Kniekontusion bei vorbestehender Meniskusverletzung [2006]) erscheint die Einstufung als leicht oder banal zumindest beim Ereignis von 2000 nicht ohne weiteres als gerechtfertigt. Es lässt sich - auch mit Blick auf die bisherige Praxis (vgl. A. Rumo-Jungo, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 3. A., S. 54-56) - eher vertreten, von mittelschweren Ereignissen (im Grenzbereich zu den leichten Unfällen) auszugehen. Was die in diesem Zusammenhang von der Rechtsprechung aufgestellten Kriterien betrifft (vgl. angefochtener Entscheid, Erw. 1), können dramatische Begleitumstände oder eine besondere Eindrücklichkeit sicher nicht bejaht werden. Die erlittenen Knieverletzungen waren zweifellos erheblich. Ein besonderer Schweregrad oder die erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen, kann jedoch nicht angenommen werden. Die versicherte Person hat solange Anspruch auf die zweckmässige Behandlung (Art. 10 Abs. 1 UVG) der Unfallfolgen, als von ihrer Fortsetzung eine namhafte Besserung des Gesundheitszustands erwartet werden kann (Art. 19 Abs. 1 UVG e contrario). Nach dem Unfall vom 24. August 2000 erfolgten hinsichtlich des rechten Knies ärztliche Behandlungen, wobei immer wieder Schmerzepisoden und Blockierungen auftraten (vgl. UV-act. II/23, II/33, II/42). Nach dem zweiten Ereignis vom März 2006 wurden zwei Arthroscopien am rechten Knie vorgenommen (UV-act. II/48). Mit Blick auf diese Knie-Behandlungen, welche die Beschwerdegegnerin als Unfallfolgen anerkannte, kann eine ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung nicht angenommen werden. Auch lagen weder ein schwieriger Heilungsverlauf noch erhebliche Komplikationen oder eine die Unfallfolgen erheblich verschlechternde ärztliche Behandlung vor. Ab dem 7. März 2001 lag unter Berücksichtigung des Hand- und des Knieschadens eine Arbeitsfähigkeit von 66 2/3 % und ab 30. April 2001 eine solche von 75 % vor (UV-act. I/69, I/71-I/73, II/25, II/27, II/30). Ca. Ende 2001 dehnte der Beschwerdeführer die Präsenzzeit im Betrieb auf 7.5 Stunden aus und war in diesem Rahmen uneingeschränkt arbeitstätig (UV-act. I/89, II/41 S. 2, II/42). Im April 2002 nahm er eine psychiatrische Behandlung bei Dr. I. ___ auf (act. G 1.1/4), in deren Folge der Arzt am 4. Oktober 2004 ein somatoformes Schmerzsyndrom bestätigte (UV-act. I/100). Vor dem Ereignis vom März 2006 (Anschlagen des rechten Knies) war der Beschwerdeführer nach Lage der Akten zu 80 % als Magaziner tätig (20 %ige Einschränkung wegen der Handverletzung; vgl. UV-act. II/48 S. 1 unten). Für diese angestammte Tätigkeit bestand kniebedingt seit 30. August 2006 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (vgl. rheumatologisches Konsilium der MEDAS vom 7. Januar 2009 S. 11; act. G 1.1/2 Beilage). Der von der MEDAS konsiliarisch beigezogene Rheumatologe Dr. med. J. ___ bescheinigte eine Leistungseinbusse von 25 % in einer zumutbaren Verweistätigkeit, wobei er diesbezüglich sowohl die Minderbelastung der rechten Hand als auch die seitens des Kniegelenks bestehenden Einschränkungen einbezog (act. G 1.1/2 Beilage S. 10f). Eine lang dauernde, durch das rechte Knie bedingte Arbeitsunfähigkeit von erheblichem Umfang kann damit in einer Verweistätigkeit nicht als belegt gelten, zumal bereits die

Berichterstatter der Rehaklinik Bellikon auf die Selbstlimitierung hinwies und festhielten, dass bei gutem Effort eine bessere Leistung erbracht werden könnte (UV-act. III/51). Die Malcompliance bzw. Selbstlimitierung findet sich auch in den späteren Berichten bestätigt (UV-act. II/49; act. G 1.1/2 S. 20 oben). Die von den MEDAS-Gutachtern bescheinigte Arbeitsunfähigkeit von 40 % aus psychiatrischer Sicht hat im vorliegenden Zusammenhang ausser Acht zu bleiben. Nachdem das Schmerzempfinden im späteren Verlauf durch die psychischen Gegebenheiten beeinflusst gewesen sein dürfte, können rein körperliche (unfallbedingte) Dauerschmerzen am rechten Knie nicht überwiegend wahrscheinlich als belegt gelten. Bei diesem Sachverhalt ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und den psychischen Beschwerden zu verneinen. Für die Bemessung der unfallbedingten Invalidität können dementsprechend lediglich die unfallkausalen Beeinträchtigungen in somatischer Hinsicht miteinbezogen werden.

3.2 Aufgrund der geschilderten medizinischen Akten (UV-act. III/51, II/49; act. G 1.1/2 S. 21) ist davon auszugehen, dass dem Beschwerdeführer aus orthopädischer und rheumatologischer Sicht eine körperlich leichte, sitzende oder wechselbelastende Tätigkeit ohne feinmotorische, repetitive Arbeiten und ohne häufiges Knien oder Kauern zumutbar ist. Während jedoch Suva-Arzt Dr. F. ___ gestützt auf die Ergebnisse des Aufenthalts in der Rehaklinik Bellikon eine vollumfängliche Zumutbarkeit bejahte, ergab das rheumatologische Konsilium anlässlich der MEDAS-Begutachtung lediglich eine 75 %ige Arbeitsfähigkeit. Diese wurde begründet mit den schmerzbedingt notwendigen längeren Pausen und dem langsameren Arbeitstempo. Dr. med. J. ___ legte im Einzelnen dar, die aktuelle rheumatologische Untersuchung führe zum Befund einer residuell erheblichen Funktionseinschränkung der dominanten rechten Hand mit Unmöglichkeit des Faustschlusses, nur knapp durchführbarem und wenig kräftigem Spitzgriff, Sensibilitätsstörung im Bereich des Zeigefingerendgliedes rechts und des Amputationsstumpfes DIG III rechts sowie zusätzlichem Verdacht auf ein Neurinom im Bereich des Amputationsstumpfes DIG III rechts. Für die Schmerzausweitung habe er keine hinreichende Erklärung. In der Untersuchungssituation sei eine Diskrepanz zwischen durchführbarem Nacken- und Schürzengriff im Sitzen und Stehen sowie einer erheblich und schmerzhaft eingeschränkten Schulterbeweglichkeit rechts in liegender Position bei unauffälliger Trochik des Schultergürtels und äussert auffälligem Schmerzverhalten mit Stöhnen, Grimassieren und Abwehrspannen aufgefallen. Demgegenüber sei keine Beeinträchtigung aufgefallen bei der Beobachtung, wie sich der Beschwerdeführer ent- und angekleidet habe. Der Residualzustand der rechten Hand mit erheblicher Funktionseinbusse erkläre hinreichend die Unmöglichkeit einer manuell kraftaufwändigen, feinmotorischen bzw. repetitiv-monotonen manuellen Berufsverrichtung. Anlässlich der jetzigen rheumatologischen Untersuchung habe der Beschwerdeführer eine extreme diffuse Gonalgie rechts aufgewiesen mit erheblich und schmerzhaft eingeschränkter Beweglichkeit ohne klinische Zeichen einer Überwärmung bzw. eines Kniegelenksergusses und bei bandstabilen Verhältnissen. Auch im Rahmen der Untersuchung des rechten Beines sei ein extremes und übertrieben anmutendes Schmerzverhalten aufgefallen. Eine radiologische Verlaufskontrolle des rechten Kniegelenks habe unveränderte Befunde gegenüber der Voruntersuchung im Februar 2008 mit Zeichen einer leichten medialen femuro-tibialen Arthrose und fraglich beginnender femuro-patellärer Arthrose ergeben. Die klinisch und bildgebend objektivierbaren Befunde am rechten Kniegelenk würden das Beschwerdeausmass bei weitem nicht erklären. Aufgrund des bisherigen Verlaufs und des auffälligen Schmerzverhaltens scheine eine zusätzliche funktionelle Komponente

vorzuliegen. Der MEDAS-Konsiliararzt empfahl im Übrigen aufgrund der erheblichen manuellen Einschränkung und der anhaltenden Kniebeschwerden hinsichtlich Verwertbarkeit der Arbeitsfähigkeit eine praktische Berufsabklärung in einer BEFAS (act. G 1.1/2 S. 18; rheumatologisches MEDAS-Konsilium S. 8-11). Die MEDAS-Gutachter erachteten bei der im Konsens festgestellten Arbeitsfähigkeit von 60 % vor allem - und somit nicht ausschliesslich - die psychischen Störungen als limitierend. Die Arbeitsunfähigkeit von 25 % aus rheumatologischer Sicht ging in der psychiatrisch begründeten Einschränkung von 40 % auf bzw. wurde durch diese "konsumiert". Insofern brachte die MEDAS-Begutachtung aus rheumatologischer Sicht im Vergleich zu früheren ärztlichen Berichten eine veränderte Einschätzung, wobei davon auszugehen ist, dass bei der Festlegung derselben die beim Beschwerdeführer bestehende erhebliche Symptomausweitung bzw. Selbstlimitierung berücksichtigt wurde (vgl. act. G 1.1.2 S. 20 oben; Bericht Dr. J.____, S. 3, act. G 1.1.2 Beilage). In der ärztlichen Beurteilung vom 18. November 2009 bestätigte Suva-Arzt Dr. med. G.____, Facharzt FMH für Chirurgie, die bisherige Einschätzung der Zumutbarkeit. Diese beruhe auf den fundierten Abklärungen der Rehaklinik Bellikon (UV-act. III/51), welche vom Kreisarzt bestätigt worden seien (UV-act. III/97). Es gebe keine rationale Grundlage für weitere zeitliche oder leistungsmässige Einschränkungen. Massgebend sei einzig der objektiv günstige Befund am Knie rechts. Bezüglich der Handverletzungen rechts von 1998 liege keine echte Verschlimmerung vor. Auch betreffend das Knie würden sich aus dem rheumatologischen Teilgutachten von Dr. J.____ keine neuen Erkenntnisse ergeben. Vielmehr weise auch der Experte darauf hin, dass die klinisch und radiologisch objektivierbaren Befunde das Beschwerdeausmass bei Weitem nicht erklären würden. Insbesondere beschreibe er ein groteskes Schon- und Entlastungshinken. Die angegebenen Druckdolenzen am Knie seien völlig diffus gewesen, ohne Nachweis von Entzündungszeichen. Entsprechend dem Auftraggeber (IV) sei durch den Rheumatologen eine ganzheitliche Beurteilung erfolgt. Von der Psyche habe er nicht ausreichend abstrahiert (wie die Suva). Seine Diagnose (chronische Gonalgie rechts) sei rein deskriptiv. Wenn er infolge schmerzbedingt längerer Pausen und langsamerem Arbeitstempo eine Leistungseinbusse von 25 % sogar bei angepassten Tätigkeiten postuliere, sei dies eine persönliche Meinung. Ein angemessenes orthopädisches Substrat gebe es dafür jedenfalls nicht (UV-act. III/143). Der Umstand, dass der Bericht von Dr. G.____ gestützt auf die Akten (ohne Untersuchung) erstellt wurde, vermag dessen Beweiswert noch nicht in Frage zu stellen. Andererseits ist zu beachten, dass dieser Arzt sich im Rahmen des laufenden Beschwerdeverfahrens zu streitigen Aspekten äusserte. Die Einholung einer Stellungnahme bei Dr. G.____ diene nicht nur der Abklärung des medizinischen Sachverhalts (Art. 43 Abs. 1 ATSG), sondern sollte auch den eigenen, beschwerdeweise bestrittenen Standpunkt untermauern, was eine gewisse Parteilichkeit nicht ausschliesst (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts vom 6. November 2009 i/S C. [9C_575/2009], Erw. 3.2.2.2 mit Hinweis). Die Einwände von Dr. G.____ gegen die Einschätzung von Dr. J.____ lassen sich inhaltlich dennoch nicht ohne Weiteres von der Hand weisen. Hinsichtlich der Einschätzung des MEDAS-Rheumatologen erscheint vorab in Frage gestellt, ob der Beschwerdeführer mit den bei ihm vorliegenden Verletzungen an der rechten Hand und am rechten Knie für eine leichte sitzende oder wechselbelastende Tätigkeit unter Beachtung der von Dr. F.____ angeführten Bedingungen (keine Vibrationen oder hämmernde Einflüsse, Vermeidung von Treppengehen und Besteigen von Leitern sowie von längeren Gehstrecken und von knienden und kauernden Stellungen, Beachtung der Gewichtslimiten; UV-act. II/49) effektiv zusätzlich um 25 % aus rein somatischen

Gründen eingeschränkt ist oder ob hier - im Sinn des Standpunktes von Dr. G.____ - psychiatrische bzw. andere unfallfremde Aspekte (Selbstlimitierung) Eingang in die rheumatologische Arbeitsfähigkeitsschätzung fanden. Andererseits erscheint nicht zum vornherein klar, ob neben rheumatologischen Befunden auch ein orthopädisches Substrat (vgl. UV-act. III/143 S. 2 am Schluss) vorliegen muss, damit eine Leistungseinschränkung als belegt gelten könnte. Die erwähnten medizinischen Fragen lassen sich vom Gericht nicht abschliessend beurteilen. Insbesondere vermag auch der Bericht der Rehaklinik Bellikon keine Grundlage für eine definitive Klärung zu bilden, zumal er rund zwei Jahre vor dem MEDAS-Gutachten erstellt wurde. Eine Rückweisung an die Beschwerdegegnerin zur Veranlassung einer weiteren medizinischen (rheumatologisch-orthopädischen) Abklärung lässt sich dementsprechend nicht umgehen.

E. 4

4.1 Suva-Arzt Dr. F.____ schätzte am 30. Juli 2007 den Integritätsschaden am rechten Knie auf 9 % (III/69). Dabei stützte er sich auf Suva-Tabelle 5. Eine femorotibiale Arthrose mässigen Ausmasses werde mit 5-15 % angegeben. Beim Patienten nehme er aus strukturellen Befunden den Mittelwert von 10 %. Dieser sei von der Restintegrität von 90 % zu berechnen, woraus sich ein Wert von 9 % ergebe. Eine weitergehende Verschlimmerung sei nicht berücksichtigt; die Rechte würden dem Patienten gewahrt bleiben (UV-act. III/69). Der Beschwerdeführer macht geltend, dass neben der femorotibialen Arthrose auch eine retropatelläre Arthrose vorliege, weshalb sich der Integritätsschaden auf 13.5 % erhöhe (act. G 1). Dr. G.____ hielt hierzu in der Stellungnahme vom 18. November 2009 fest, eine zusätzliche retropatelläre Arthrose liege eindeutig nicht vor. Die entsprechende Angabe in UV-act. III/97 S. 4 unten sei offenbar ein Versehen gewesen. Auch die Radiologin habe bezüglich der Bilder vom 25. Februar 2008 explizit geschrieben, dass keine Anhaltspunkte für eine Femuropatellar-Arthrose bei normal zentrierter Patella bestehe (UV-act. III/96). Eine Arthrose in diesem Bereich wäre durch die erfolgten Meniskektomien medial auch nicht erklärbar. Noch bei der Operation vom 31. August 2006 (UV-act. III/19) sei der Knorpel im femuro-patellaren Gelenk unauffällig gewesen, ebenso auf den Röntgenbildern vom 20. November 2006 (UV-act. III/24) und in der Szintigraphie vom 19. März 2007 (UV-act. III/33). Der Rheumatologe habe im MEDAS-Gutachten vom 9. April 2009 ebenfalls keine derartigen Veränderungen nachgewiesen. Bezüglich der Aufnahmen vom 7. Januar 2009 habe der Radiologe bloss eine fraglich beginnende femuro-patellare Arthrose erwähnt. Zudem sei gegenüber den Bildern vom Februar 2008 explizit keine Befundänderung erkennbar gewesen. Sonographisch habe sich auch kein Gelenkerguss gefunden. Auf den vorliegenden, noch aktuelleren Aufnahmen vom 14. Januar 2009 (MRI) und 7. August 2009 (Rx) könne eine retropatellare Arthrose zuverlässig ausgeschlossen werden. Für eine Erhöhung der Integritätsentschädigung von 9 % gebe es also keine objektive Grundlage. Eine zukünftige Verschlimmerung sei nur möglich und nicht vorhersehbar. Das Rückfallmelderecht bleibe aber prinzipiell gewährleistet (UV-act. III/143).

4.2 Hinsichtlich der hier streitigen Umstände steht fest, dass gemäss dem rheumatologischen Konsiliargutachten vom 16. Februar 2009 (S. 6 unten) eine für diese Begutachtung erstellte Röntgenaufnahme des rechten Knies vom 7. Januar 2009 unter anderem eine "fraglich beginnende Femuro-patellar-Arthrose mit leicht verschmälertem Gelenkspalt" ohne weitere Arthrosezeichen ergab, wobei im Vergleich zur Voraufnahme vom Februar 2008 eine Befundänderung verneint wurde. Die erwähnte vage bzw. unsichere Formulierung erlaubt für sich allein nicht den Schluss auf eine tatsächlich bestehende Femuro-patellar-Arthrose. Andererseits kann eine solche im Zeitpunkt des angefochtenen

Entscheid (14. August 2009) auch nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden. In diesem Zusammenhang bleibt die Feststellung von Dr. F.____ betreffend retropatellärer Arthrose (UV-act. III/97 S. 4) im Raum stehen, auch wenn Dr. G.____ diese offenbar als Versehen erachtet. Nachdem wie dargelegt die Zumutbarkeitsbeurteilung erneut vorzunehmen sein wird, erscheint es sachgerecht, in diesem Rahmen der medizinischen Abklärungsperson auch die Frage des Vorliegens einer Femuro-patellar-Arthrose zu unterbreiten.

E. 5

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Aufhebung des Einspracheentscheids vom 14. August 2009 in dem Sinn gutzuheissen, dass die Sache zur Durchführung von weiteren medizinischen Abklärungen und zu neuer Verfügung der Rente und des Integritätsschadens an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Bei diesem Verfahrensausgang hat der Beschwerdeführer Anspruch auf Parteientschädigung. Es rechtfertigt sich, diese auf pauschal Fr. 4'000.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzulegen. Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG entschieden: 1. Die Beschwerde wird unter Aufhebung des Einspracheentscheids vom 14. August 2009 in dem Sinn gutgeheissen, dass die Sache zur Durchführung von weiteren medizinischen Abklärungen und zu neuer Verfügung der Rente und des Integritätsschadens an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird. 2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben. 3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 4'000.-- auszurichten.

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