

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2003.00223 vom 26. August 2004

ZH Sozialversicherungsgericht, 2004-08-26, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2003.00223](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2003.00223)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2003.00223 du 26 août 2004

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2003.00223 del 26 agosto 2004

## Erwägungen

### E. 1

1.1. P. \_\_\_\_, geboren 1956, arbeitete seit dem 14. März 1990 als Bau-Hilfsarbeiter bei der Firma A. \_\_\_\_, und war in dieser Eigenschaft bei der SUVA obligatorisch gegen Unfälle versichert. Am 24. Juni 1990 erlitt er einen Unfall, als er beim Fussballspiel mit Kindern stürzte und auf das linke Knie fiel (Urk. 11/1). Der am nächsten Tag aufgesuchte Dr. med. B. \_\_\_\_, Allgemeine Medizin FMH, diagnostizierte am 28. Juni 1990 eine fragliche Meniskusläsion medial links (Urk. 11/2). Die SUVA trat auf den Schaden ein und gewährte Heilbehandlung und Taggeld (Urk. 11/3). Ab 7. September 1990 bestand wieder eine volle Arbeitsfähigkeit bei gleichzeitigem Behandlungsabschluss.

1.2. Auch nach dem Wechsel zur C. \_\_\_\_, AG, Bauunternehmung, D. \_\_\_\_, per 1. Juli 1991 war P. \_\_\_\_ bei der SUVA versichert. Die Arbeitgeberin meldete am 13. April 1993 einen Rückfall (Urk. 11/4). Der ab 2. April 1993 behandelnde Dr. med. E. \_\_\_\_, Spezialarzt FMH für Orthopädische Chirurgie (Urk. 11/5), führte am 6. Mai 1993 eine diagnostische Arthroskopie und Gelenksspülung des linken Knies durch (Urk. 11/7). Mit rechtskräftiger Verfügung vom 7. Juli 1993 verneinte die SUVA eine Rückfallkausalität und damit ihre Leistungspflicht. Mit Datum vom 17. August 1993 gingen ein weiterer Bericht von Dr. E. \_\_\_\_ (Urk. 11/11) und mit Datum vom 24. August 1993 ein solcher von Dr. med. F. \_\_\_\_, Allgemeine Medizin FMH, (Urk. 11/12) ein.

### E. 1.3

1.3.1. Ab 1. August 1997 war P. \_\_\_\_ als Speditionsmitarbeiter/Chauffeur bei der G. \_\_\_\_ AG, beschäftigt, und weiterhin bei der SUVA versichert. Am 6. April 2001 erlitt er erneut einen Unfall, als er beim Verschieben von Gütern mit dem linken Bein umknickte (Urk. 10/2). Der am nächsten Tag aufgesuchte Dr. F. \_\_\_\_ diagnostizierte eine Kniedistorsion links und attestierte eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit bis zum 16. April 2004 (Urk. 10/1). Die SUVA trat auf den Schaden ein und gewährte Heilbehandlung sowie Taggeld.

1.3.2. Dr. E. \_\_\_\_ reichte in der Folge Berichte vom 23. Mai 2001 (Urk. 10/4) und 11. Juni 2001 (Urk. 10/5) ein, diagnostizierte eine traumatisierte Gonarthrose links und erwähnte verschiedene Punktionen. Am 29. Juni 2001 liess er eine Kernspintomographie des linken Kniegelenks durch das Regionale MR-Zentrum, Wädenswil, durchführen (Urk. 10/7). Am 26. November 2001 operierte er den Versicherten, indem er eine partielle Synovektomie, eine partielle Menishektomie sowie ein Knorpelshaving links vornahm (Urk. 10/12). Nach Eingang weiterer Berichte vom 10. Dezember 2001 (Urk. 10/13) und 15. Februar 2002 (Urk. 10/17) von Dr. E. \_\_\_\_ wurde am 27. März 2002 ein Computertomogramm im Spital Zimmerberg erstellt (Urk. 10/67). Die SUVA holte sodann



Â 3.Â Â Â Es sei die Beschwerdegegnerin zur Erbringung der gesetzlichen Taggeldleistungen bis zum Abschluss der geschuldeten Ãrztlichen Behandlung zu verpflichten.

Â Â Â Â eventuell:

Â 4.Â Â Â Es sei die Beschwerdegegnerin zur Zahlung einer Rente nach Massgabe einer ErwerbsunfÃhigkeit von 70 % zu verpflichten.

Â 5.Â Â Â Es sei die Beschwerdegegnerin zur Erbringung einer IntegritÃtsentschÃdigung in gesetzlicher HÃhe zu verpflichten.

Â 6.Â Â Â Unter Kosten und EntschÃdigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin.Â■

Â Â Â Â Â Â Â Ferner ersuchte Rechtsanwalt Dr. Brusa um die Anordnung eines zweiten Schriftenwechsels sowie um eine mÃndliche Gerichtsverhandlung mit persÃnlicher Befragung des BeschwerdefÃhrers (Urk. 1 S. 4). Mit Vernehmlassung vom 16. Januar 2004 (Urk. 9) schloss die SUVA auf Abweisung der Beschwerde. Nachdem die Parteien am 11. Februar 2004 (Urk. 14) zur mÃndlichen Verhandlung auf den 30. MÃrz 2004 vorgeladen worden waren, liess der BeschwerdefÃhrer am 11. MÃrz 2004 (Urk. 19) mitteilen, er verzichte auf die DurchfÃhrung einer mÃndlichen Hauptverhandlung, sofern eine persÃnliche Befragung nicht stattfinden werde. Hierauf wurde den Parteien am 12. MÃrz 2004 die Ladung zur Hauptverhandlung abgenommen unter dem Hinweis, dass eine persÃnliche Befragung des Versicherten nicht als geboten erscheine (Urk. 21). Nachdem die Parteien im Rahmen des zweiten Schriftenwechsels an ihren AntrÃgen festgehalten hatten (Urk. 26 und Urk. 32), wurde der Schriftenwechsel mit VerfÃgung vom 6. August 2004 (Urk. 33) als geschlossen erklÃrt.

Â Â Â Â Â Â Â Auf die einzelnen Vorbringen der Parteien und die Akten wird, sofern fÃr die Entscheidungsfindung erforderlich, in den nachfolgenden ErwÃgungen eingegangen.

Das Gericht zieht in ErwÃgung:

1.Â Â Â Â Â Â Soweit der BeschwerdefÃhrer die gerichtliche Ablehnung seiner persÃnlichen Befragung als Verletzung der Justizgarantie verstehen will (Urk. 26 S. 4), ist er auf die jahrzehntealte, einschÃgige bundesgerichtliche Rechtsprechung zu verweisen, wonach das Gericht auf Unterlagen angewiesen ist, die der Arzt und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur VerfÃgung zu stellen haben, und es Aufgabe des Arztes ist, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezÃglich welcher TÃtigkeiten der Versicherte arbeitsunfÃhig ist (BGE 125 V 261 Erw. 4, 105 V 158 f. Erw. 1). Eine medizinisch andere EinschÃtzung durch den hierzu fachlich nicht kompetentenÂ SpruchkÃrper aufgrund einer persÃnlichen Befragung ist grundsÃtzlich ausgeschlossen. Ferner ist auf die jÃngere Rechtsprechung hinzuweisen, wonach das rechtliche GehÃr im Rahmen des Ãusserungsrechts keinen Anspruch auf mÃndliche AnhÃrung verleiht (BGE 127 V 494 Erw. 1b). Im Ãbrigen gehÃrt die persÃnliche Befragung einer Partei zum Beweisverfahren, und Ãber die Abnahme eines Beweises entscheidet das Gericht. Da von der Befragung des BeschwerdefÃhrers keine neuen Erkenntnisse Ãber die hier strittigen Fragen zu erwarten waren, durfte darauf ohne Verletzung des rechtlichen GehÃrs verzichtet werden (sog. antizipierte BeweiswÃrdigung). Schliesslich ist angesichts des doppelten Schriftenwechsels nicht ersichtlich, inwiefern die Parteirechte des BeschwerdefÃhrers verletzt sein kÃnnten.

## E. 2

### 2.1.1

Nach Art. 10 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu.

2.1.2 Anspruch auf Heilbehandlung und Taggeld, sofern eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 25 % vorliegt, hat die versicherte Person so lange, als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung eine namhafte Verbesserung ihres Gesundheitszustandes erwartet werden kann. Trifft dies nicht mehr zu und sind allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen, geht die Unfallversicherung zur Berentung über, wenn der Unfall eine Invalidität im Sinne von Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) hinterlässt (Art. 19 Abs. 1 UVG e contrario; BGE 116 V 44 Erw. 2c).

## E. 2.2

2.2.1 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 129 V 181 Erw. 3.1, 406 Erw. 4.3.1, 123 V 45 Erw. 2b, 119 V 337 Erw. 1, 118 V 289 Erw. 1b, je mit Hinweisen).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosses Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 181 Erw. 3.1, 119 V 338 Erw. 1, 118 V 289 Erw. 1b, je mit Hinweisen).

2.2.2 Wird durch den Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, fällt der natürliche Kausalzusammenhang dahin, wenn und sobald der Gesundheitsschaden nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (status quo sine), erreicht ist (RKUV 1992 Nr. U 142 S. 75 Erw. 4b mit Hinweisen; nicht publizierte Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes in Sachen A. vom 26. April 1995, U 172/94). Das Dahinfallen jeder

kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens muss mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 45; BGE 119 V 9 Erw. 3c/aa). Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt aber die entsprechende Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 f. Erw. 3b, 1992 Nr. U 142 S. 76).

2.3.3 Die Versicherungsleistungen werden auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt (Art. 11 der Verordnung über die Unfallversicherung [UVV]). Bei einem Rückfall handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit, so dass es zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise sogar zu (weiterer) Arbeitsunfähigkeit kommt; von Spätfolgen spricht man, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Verlaufe längerer Zeit organische oder auch psychische Veränderungen bewirkt, die zu einem anders gearteten Krankheitsbild führen können (BGE 118 V 296 Erw. 2c mit Hinweisen).

Die Rückfälle und Spätfolgen schliessen sich begrifflich an ein bestehendes Unfallereignis an. Entsprechend können sie eine Leistungspflicht der Unfallversicherung nur auslösen, wenn zwischen den erneut geltend gemachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 118 V 296 Erw. 2c in fine).

## **E. 2.4**

2.4.1 Für die Beurteilung des Gesundheitszustandes und der rechtlichen Folgen sind Versicherungsträger und Gerichte - wie bereits erwähnt - auf Angaben ärztlicher Expertinnen und Experten angewiesen. Diese Angaben bilden die ausschlaggebenden Beweismittel. Nach dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an formliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten.

### **E. 2.4.2**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c).

2.4.3 Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte und Ärztinnen kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt oder die befragte Ärztin in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht



Brücken-symptomatologie und fehlende Berichte über Reizzustände innerhalb der vergangenen 5 Jahre würden gegen einen solchen Zusammenhang sprechen (Urk. 10/22 S. 2 f.). Dr. I. \_\_\_ schloss sich dieser Ansicht an und wies ergänzend darauf hin, dass die im Mai 1993 arthroskopisch festgestellte Knorpelschädigung das laterale Kompartiment betraf, das Trauma vom 24. Juni 1990 aber eine Symptomatik medial zur Folge gehabt habe. Damit verneinte er einen Zusammenhang der nun festgestellten Knie Degeneration mit Chondromalazie Grad II-III des lateralen Tibiaplateaus sowie Chondromalazie Grad II des lateralen Femurkondylus sowie der Chondropathie im Bereich des Femoropatellargelenkes mit dem ursprünglichen Unfallereignis vom 24. Juni 1990 (Urk. 10/22 S. 2 f.).

Die neu geklagten Rückenbeschwerden, verursacht durch eine Diskushernie (signifikante Discopathie L5/S1 mit sowohl Nervenwurzelirritation L5 beidseits intraforaminal als auch S1 beidseits intraspinal gemäß Einschätzung von Dr. med. M. \_\_\_, Oberarzt am Spital Zimmerberg, anlässlich der Computertomographie-Untersuchung vom 25. März 2002, Urk. 10/67), sah Dr. I. \_\_\_ als nicht im Zusammenhang mit der Knieproblematik stehend (Urk. 10/22 S. 3).

Aufgrund der Therapiebedürftigkeit des Kniegelenks und der Stagnation des Heilverlaufs überwies Dr. I. \_\_\_ den Beschwerdeführer an die Rehaklinik Bellikon (Urk. 10/22 S. 3).

Am 23. April 2002 (Urk. 10/26) bestellte Dr. H. \_\_\_, der den Beschwerdeführer ab 2. April 2002 betreute, die Einschätzung von Dr. I. \_\_\_, nachdem er im Bericht vom 4. April 2002 noch auf einen Zusammenhang zwischen der eingeschränkten Gehfähigkeit und der Diskushernie geschlossen hatte (Urk. 10/20).

Die Ärzte der Rehaklinik Bellikon, wo der Beschwerdeführer vom 22. Mai bis 12. Juni 2002 hospitalisiert war, diagnostizierten Restschmerzen bei medial betonter Gonarthrose und Reizknie links sowie einen verkürzten Musculus piriformis und ein inadäquates Schmerzverhalten (Urk. 10/31 S. 1 f.). Sie erachteten die Distorsion des linken Kniegelenks vom 6. April 2001 auf die vorbestehende Arthrose als teilkausal für die aktuellen Kniebeschwerden, wobei ein Status quo sine noch nicht erreicht sei. Eine Wiederaufnahme der Arbeit als Hilfschauffeur und Speditionsmitarbeiter wurde ab dem 17. Juni 2002 im Umfang von 50 % mit sukzessiver Steigerung bis 100 % empfohlen (Urk. 10/31 S. 3).

### E. 3.7.1

Nachdem eine 3-Phasen-Skelettszintigrafie am 16. Juli 2002 im Stadtspital Waid, Zürich, eine posttraumatisch lateralbetonte Gonarthrose links mit zusätzlich entzündlicher Komponente in erster Linie im Rahmen einer Synovitis, eine diskrete laterale Gonarthrose rechts sowie degenerative Veränderungen im Grosszehengrundgelenk beidseits nebst einer älteren Rippenserienfraktur ventrobasal rechts ergeben hatte, verwies Kreisarzt Dr. I. \_\_\_ im Bericht vom 22. Juli 2002 (Urk. 10/35) über die gleichentags durchgeführte Untersuchung des Beschwerdeführers auf die auch damals noch chronische Ergussbildung und veranlasste im Hinblick auf den Behandlungsabschluss eine ergänzende kernspintomographische Abklärung, welche am 21. August 2002 eine beträchtliche Degeneration lateral femorotibial sowie femoropatellär vor allem medial ergab (Urk. 10/37).

Bei der nachfolgenden Abschlussuntersuchung durch Kreisarzt Dr. I. \_\_\_ am 30. September 2002 (Urk. 10/42) klagte der Beschwerdeführer nach wie vor über

Anlaufschmerzen am Morgen und Kniegelenksschmerzen bereits nach einer Gehstrecke von etwa 300 Metern. Das Knie sei auch immer noch geschwollen und hin und wieder habe er das Gefühl, es knicke ein.

Dr. I. \_\_\_ berichtete zusammenfassend über die Traumatisierung der vorbestehenden Gonarthrose im Rahmen der bekannten Kniedistorsion vom 6. April 2001, die Knieoperation vom 26. November 2001 und den komplikationslosen Verlauf, abgesehen von der rezidivierenden Ergussbildung. Die aufgetretenen Rückenschmerzen im Sinne einer Lumboischialgie links, verursacht durch eine lumbale Diskushernie, sah er wiederum als nicht im Zusammenhang mit dem Unfall stehend. Die konservativen Verbesserungsmöglichkeiten erachtete er nach der stationären Behandlung in der Rehaklinik Bellikon als ausgeschöpft und verneinte nach Einsicht in die kernspintomographischen Ergebnisse einen operationswürdigen Befund, weshalb er den Fallabschluss vorschlug, wobei die Abgabe eines nicht steroidalen Antirheumatikums sowie gelegentliche Gelenkpunktionen durch die Versicherung zu übernehmen seien.

Nach Erlass der Verfügung vom 20. Januar 2003 (Urk. 10/49) und des Einspracheentscheids vom 19. August 2003 (Urk. 2) reichte der Beschwerdeführer neue Arztberichte ein.

Dr. J. \_\_\_ diagnostizierte in seinem Bericht vom 17. September 2003 (Urk. 10/70) nach Einsicht in gleichentags gefertigte Röntgenbilder eine deutliche mediale Gonarthrose, eine Femoropatellar-Arthrose links mit Reizerguss und Bewegungseinschränkung sowie eine Lumboischialgie links. Er empfahl eine intraartikuläre Injektionskur unterstützt mit Antirheumatika sowie für die Lumboischialgie eine physikalische Therapie.

Dr. K. \_\_\_ empfahl in seinem Bericht vom 24. September 2003 (Urk. 10/71) bei bekannter Diagnose eine intraartikuläre Injektion mit Ostenil, nichtsteroidalen Antirheumatika und eventuell eine Infiltration des Nervus femoralis mit Corticosteroiden.

In seiner Stellungnahme vom 4. Dezember 2003 (Urk. 10/75) führte SUVA-Arzt Dr. L. \_\_\_ aus, die vorgeschlagene Injektionskur erschöpfe sich in einer schmerzlindernden Wirkung, wogegen kein mittel- bis langfristiger Einfluss auf die Arthrose und deren Weiterentwicklung zu erwarten sei. Er befand eine solche Behandlung aber durchaus als sinnvoll und empfahl die entsprechende Kostenübernahme. Von einer Behandlung mit Kortisonderivaten riet er dagegen ab.

Im Rahmen des zweiten Schriftenwechsels legte der Beschwerdeführer zwei weitere Arztzeugnisse auf.

Dr. med. N. \_\_\_, Oberarzt am Stadtspital Triemli, wo der Beschwerdeführer vom 16. bis 26. März 2004 hospitalisiert war, berichtete am 5. April 2004 über aktuell geklagte lumbale Schmerzen mit Ausstrahlung entlang der Hüfte links, über den lateralen und ventralen Oberschenkel links, entlang des ventralen und medialen Unterschenkels über den Fussrist bis zur Grosszehe links. Die Knieschmerzen seien dagegen eher zweitrangig (Urk. 27/2 S. 2).

Im März 2004 angefertigte Knie-Aufnahmen zeigten eine mässige, lateral betonte Gonarthrose sowie eine leichte Femoro-Patellargelenkarthrose ohne Meniskusverkalkung und eine leichte Verschmälerung des medialen Gelenkspaltes bei leichter Arthrose ohne osteophytäre Ausziehungen. Eine

Computertomographie-Untersuchung ergab eine deutlich erosive Osteochondrose auf Höhe L5/S1 in Kombination mit einer massigen Spondylarthrose, zu einer deutlichen Einengung der Neuroforaminae L5/S1 fñhrend, eine kleine mediolateral rechts gelegene Diskushernie auf Höhe L5/S1 ohne Tangierung der Nervenwurzeln sowie eine kleine mediane Diskushernie auf Höhe L4/5 ohne Kompression neuraler Strukturen.

Ein Zusammenhang zwischen den Rñckenschmerzen und den Knieschmerzen erachtete Dr. N.\_\_\_\_ ebenso wie eine seronegative Arthritis bzw. Spondylarthritis als möglich. Allerdings zeigten die Computertomographie-Bilder dann eine altersentsprechende Darstellung der Iliosakralgelenke ohne Hinweise für eine Spondylitis oder Arthritis.

In Bezug auf die Knieproblematik riet Konsiliararzt Dr. med. O.\_\_\_\_, FMH Orthopädische Chirurgie, von einem chirurgischen Eingriff ab, sei doch eine Verbesserung der Gesamtsituation nicht zu erwarten. Vielmehr würde durch die lange Rehabilitationszeit ein möglichst baldiger Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess weiter hinausgezögert (Urk. 27/2 S. 3).

3.10.2 Unter Bezugnahme auf die Einschätzung von Dr. N.\_\_\_\_ führte der einweisende Arzt Dr. Q.\_\_\_\_, welcher den Beschwerdefñhrer seit dem 9. März 2004 betreut, aus, die Rñckenschmerzen könnten neben der Knieschädigung auch im Zusammenhang mit einem in der Anamnese erwähnten Verhebeereignis mit Lumbago vom Mai 2001 stehen. Allerdings sei eine Exazerbation vorbestehender symptomloser loci minoris resistentiae nach Rückenverletzungen durch längere Fehllaltung und Dysbalance typisch (Urk. 27/3 S. 2).

#### **E. 4.1.1**

Angesichts der übereinstimmenden ärztlichen Einschätzungen ist erstellt, dass eine weitere Operation des linken Knies nicht in Frage kommt. So thematisierten die Ärzte der Rehaklinik Bellikon (Urk. 10/31 S. 4), Dr. J.\_\_\_\_ (Urk. 10/70) und Dr. K.\_\_\_\_ (Urk. 27/71) diese Frage mit keinem Wort und riet Dr. O.\_\_\_\_ im Rahmen des Konsiliums zu Händen des Stadspitals Triemli gar explizit davon ab (Urk. 27/2 S. 3).

4.1.2 Auch im Hinblick auf die konservativen Vorschläge herrscht grundsätzlich Einigkeit zwischen den Ärzten. Die explizit auf diese Frage angesprochenen Spezialisten der Rehaklinik Bellikon empfahlen keine ambulante Physiotherapie, sondern instruierten den Beschwerdefñhrer für ein Heimprogramm (Urk. 10/31 S. 4). Kreisarzt Dr. I.\_\_\_\_ erwartete ebenfalls keine wesentliche Besserung durch die Weiterführung der Physiotherapie mehr, empfahl aber - je nach Verlauf - die künftige Abgabe eines nicht steroidalen Antirheumatikums sowie die Durchführung von Gelenkpunktionen (Urk. 10/44 S. 2). Auch die vom Beschwerdefñhrer beauftragten Dres. J.\_\_\_\_ und K.\_\_\_\_ empfahlen im Wesentlichen eine identische Vorgehensweise (Urk. 10/70-71), wobei Dr. L.\_\_\_\_ festhielt, dass es sich dabei bloss um Schmerzlinderungsmaßnahmen handle, die keinen mittel- bis langfristigen Einfluss hätten (Urk. 10/75). Schliesslich empfahl auch Dr. O.\_\_\_\_ keine über die bereits erwähnten Massnahmen hinausgehenden Therapien unter dem Hinweis, dass das Knie mittel- und langfristig progredient arthrotisch sei (Urk. 2/27 S. 3).

4.1.3 In Bezug auf Therapiemöglichkeiten des Knies ist deshalb nicht verständlich, wenn der Beschwerdefñhrer beschwerdeweise die Feststellung beantragt, wonach von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung eine namhafte Besserung des

Gesundheitszustandes zu erwarten sei (Urk. 1 S. 2). Nachdem sämtliche Ärzte - gar die vom Beschwerdeführer selber beauftragten - die Möglichkeit einer namhaften Besserung des Gesundheitszustands ausdrücklich verneint haben, erübrigen sich weitere Ausführungen zum beschwerdeführerischen Antrag und insbesondere auch zur Zulässigkeit eines Feststellungsbegehrens.

#### **E. 4.2**

4.2.1 Auch in Bezug auf die Kausalität der Rückenbeschwerden zu dem das linke Knie betreffenden Unfall sind sich die Ärzte einig. Dr. I. sah bereits nach der erstmaligen Thematisierung der Rückenschmerzen und nach Einsicht in die Computertomographie-Bilder vom 25. März 2002 einen Zusammenhang zur Knieproblematik als nicht gegeben (Urk. 10/22 S. 3). Dr. H. schloss sich in der Folge dieser Ansicht an, obwohl er einen Zusammenhang nicht generell als unmöglich erachtete (Urk. 10/26). Dr. L. sprach gar von einem klar degenerativen Prozess ohne Zusammenhang zur Verletzung am linken Knie (Urk. 10/75), während Dr. N. einen Zusammenhang bloss für möglich erachtete, nicht aber für überwiegend wahrscheinlich. Die Dres. J. und K. enthielten sich einer diesbezüglichen Einschätzung (Urk. 10/70-71).

4.2.2 Der vom Beschwerdeführer beauftragte Dr. Q. stellte die Rückenbeschwerden nicht in einen Zusammenhang mit der Knieschädigung, sondern erachtete es als wahrscheinlich, dass die Rückenschmerzen Spätfolgen eines Verhebeereignisses mit Lumbago vom Mai 2001 seien (Urk. 27/3 S. 2). Abgesehen davon, dass ein Verhebetauma keinen Unfall im Rechtssinne darstellt, entspricht es im Bereich des Unfallversicherungsrechts einer medizinischen Erfahrungstatsache, dass praktisch alle Diskushernien bei Vorliegen degenerativer Bandscheibenveränderungen entstehen und ein Unfallereignis nur ausnahmsweise, unter besonderen Voraussetzungen, als eigentliche Ursache in Betracht fällt. Als weitgehend unfallbedingt kann eine Diskushernie betrachtet werden, wenn das Unfallereignis von besonderer Schwere und geeignet war, eine Schädigung der Bandscheibe herbeizuführen, und die Symptome der Diskushernie (vertebrales oder radikuläres Syndrom) unverzüglich und mit sofortiger Arbeitsunfähigkeit auftreten. Wird die Diskushernie durch den Unfall lediglich ausgelöst, nicht aber verursacht, übernimmt die Unfallversicherung den durch das Unfallereignis ausgelösten Beschwerdeschub, spätere Rezidive dagegen nur, wenn eindeutige Brückensymptome gegeben sind (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen E. vom 12. Februar 2004, U 185/03, Erw. 3.1 mit zahlreichen weiteren Hinweisen).

Weiter setzte sich Dr. Q. mit keinem Wort mit den begründeten Einschätzungen der übrigen Ärzte auseinander und wies gar nicht auf die Möglichkeit einer degenerativen Problematik hin. Schliesslich sprach auch er nicht von einer überwiegenden Wahrscheinlichkeit des Zusammenhangs eines Unfalls mit den Rückenproblemen.

#### **E. 4.2.3**

Angesichts dieser medizinischer Aktenlage - die Mehrheit der Ärzte schloss auf eine degenerative Problematik, ein Arzt erachtete die Knieproblematik als mögliche Ursache und ein Arzt befand die Diskushernie als durch ein Verhebetauma bedingt - kann nicht von einer überwiegenden Wahrscheinlichkeit eines Zusammenhanges des Unfalls vom 6.



Dokumentation über Arbeitsplätze (DAP) erfasst sind, (RKUV 1999 Nr. U 343 S. 412 Erw. 4) oder die Tabellenlöhne gemäss der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) herangezogen werden. Im letzteren Fall ist auf die im Anhang der LSE enthaltene Statistik der Lohnsätze, genauer auf die standardisierten Bruttolöhne der Tabellengruppe A, abzustellen. Dabei ist vom so genannten Medianwert auszugehen, der in der Regel tiefer liegt als das arithmetische Mittel, da er ausserordentlich hohe sowie ausserordentlich tiefe Werte nicht berücksichtigt. Massgebend sind in erster Linie die Lohnverhältnisse im privaten Sektor. Schliesslich gilt es zu berücksichtigen, dass dieser Statistik generell eine Arbeitszeit von 40 Wochenstunden zugrunde liegt, welcher Wert tiefer liegt als die betriebsübliche durchschnittliche Arbeitszeit der vergangenen Jahre. Daher ist der Medianlohn entsprechend der tatsächlichen Durchschnittszeit des fraglichen Jahres hochzurechnen (vgl. BGE 126 V 77 f. Erw. 3b/bb, 124 V 322 Erw. 3b/aa; RKUV 2001 Nr. U 439 S. 347).

## E. 6

6.1 Zur langfristigen Restarbeitsfähigkeit äusserten sich erstmals die Ärzte der Rehaklinik Bellikon im Bericht vom 26. Juni 2002 und führten aus, in einer Tätigkeit ohne repetitive lange Wegstrecken, Ersteigen von Leitern und Gerüsten sowie Arbeiten in kniender oder kauender Position sei von einer sofortigen 50%igen Arbeitsfähigkeit die Arbeitsleistung sukzessive bis zum ganztägigen Arbeitseinsatz zu steigern (Urk. 10/31 S. 3).

Auch Kreisarzt Dr. I. ging im Bericht über die Abschlussuntersuchung vom 30. September 2002 von einer vollumfänglichen Arbeitsfähigkeit aus in einer wechselbelastenden Tätigkeit mit grösserem Anteil sitzender Beschäftigung ohne ungünstige Stellungen (Knien, Hocke) und Treppensteigen sowie mit Gewichtslimiten von regelmässig 10 kg und sporadisch 15-20 kg (Urk. 10/42).

Schliesslich empfahl Dr. N. vom Stadtspital Triemli - gar unter Einbezug der Rückenschmerzen - die Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess in einer vorwiegend sitzenden Stellung (Urk. 27/2 S. 3).

6.2 Dr. J. schloss in seinem Bericht vom 17. September 2003 dagegen auf eine bloss noch 50%ige Arbeitsfähigkeit in einer leichten, vorwiegend sitzenden Tätigkeit ohne Heben und Tragen von schweren Lasten. Dabei schätzte Dr. J. die Restarbeitsfähigkeit nicht isoliert in Bezug auf die Knieproblematik, sondern unter Einschluss der Rückenschmerzen. Da die Beschwerdegegnerin für die Rückenproblematik aber nicht leistungspflichtig ist, verbietet sich eine solche Gesamtbeurteilung.

Auch Dr. Q. erachtete am 27. Mai 2004 eine ganztägige Tätigkeit selbst in angepasster Form als falsch und befürchtete dadurch die Herabsetzung der Chancen auf eine Rekonditionierung (Urk. 27/3 S. 2). Inwieweit eine Arbeitstätigkeit zumutbar ist, liess er aber offen.

6.3 Die medizinische Aktenlage gestaltet sich nach dem Gesagten derart, dass lediglich die vom Beschwerdeführer beauftragten Ärzte von einer ganztägigen Arbeit abrieten, ohne dies allerdings detailliert zu begründen. Dass eine Dauerbelastung des Knies nicht sinnvoll ist, bemerkten sämtliche Ärzte und rieten zu einer vorwiegend sitzenden Tätigkeit. Weshalb diese - mit Blick auf die von der Unfallversicherung zu

berücksichtigenden Kniebeschwerden - nicht ganztags sollte ausgeführt werden können, ist nicht ersichtlich. Damit ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer in einer wechselbelastenden Tätigkeit mit grösserem Anteil sitzender Beschäftigung ohne ungünstige Stellungen (Knien, Hocke) und Treppensteigen sowie mit Gewichtslimiten von regelmässig 10 kg und sporadisch 15-20 kg vollumfänglich arbeitsfähig ist.

## **E. 7**

7.1.1 Die Beschwerdegegnerin bemass das hypothetische Einkommen ohne Gesundheitsschädigung mit Fr. 57'200.-- (Urk. 10/49). Dabei ging sie von dem von der Arbeitgeberin deklarierten Monatslohn im Jahr 2001 von Fr. 4'400.-- aus (Urk. 10/45) und rechnete diesen zu Gunsten des Beschwerdeführers 13 Mal ein, obwohl die Gratifikation im Jahre 2000 nicht einem ganzen Monatslohn entsprochen hatte. Diese Grösse blieb beschwerdeweise unbestritten. Angesichts der bis zum Jahr des Rentenbeginns (2003) eingetretenen Lohnentwicklung (1,8 % und 1,4 %, vgl. Volkswirtschaft 7-2004 S. 91) ist von einem Valideneinkommen von Fr. 59'045.-- auszugehen.

### **E. 7.2.1**

Bezüglich des trotz der gesundheitsbedingten Behinderung in einer leidensangepassten Tätigkeit zumutbarerweise noch erzielbaren Verdienstes hat die Beschwerdegegnerin vorab auf die Dokumentation über Arbeitsplätze (DAP; vgl. hierzu RKUV 1999 Nr. U 343 S. 412) abgestellt. Sie ermittelte das Invalideneinkommen, indem sie auf Grund von fünf DAP-Unterlagen (Urk. 10/47) vom Durchschnitt der Löhne von gerundet Fr. 46'000.-- ausging (Urk. 10/49, effektiv: Fr. 46'010.--).

7.2.2 Eine Gegenüberstellung dieses Invalidenlohns von Fr. 46'654.-- (Fr. 46'010.-- per 2002 hochgerechnet auf das Jahr 2003) mit dem Validenlohn von Fr. 59'045.-- ergibt eine Erwerbseinbusse von 21 %.

7.2.3 Dabei ist aber zu beachten, dass gemäss neuester Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts (EVG) das Abstellen auf DAP-Löhne voraussetzt, dass nebst der Auflage von mindestens fünf DAP-Blattern Angaben gemacht werden über die Gesamtzahl der auf Grund der gegebenen Behinderung in Frage kommenden dokumentierten Arbeitsplätze, über den Höchst- und den Tiefstlohn sowie über den Durchschnittslohn der entsprechenden Gruppe (BGE 129 V 472). Die Angaben der Beschwerdegegnerin genügen diesen Anforderung nicht vollumfänglich, ist doch die Gesamtzahl der Arbeitsplätze nicht auf allen Dokumentationen ersichtlich. Damit kann nicht darauf abgestellt werden.

### **E. 7.3**

7.3.1 Lässt sich das Invalideneinkommen nicht konkret ermitteln, weil der Versicherte die restliche Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit zumutbarerweise nicht oder nicht voll ausnutzt, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne herangezogen werden. Wird im vorliegenden Fall auf die LSE abgestellt, ist jeweils vom Zentralwert (Median) der standardisierten Bruttolöhne (Tabellengruppe A) auszugehen (BGE 126 V 76 Erw. 3b/bb). Zum Ausgleich lohnmindernder Faktoren kann vom Tabellenlohn ein Abzug vorgenommen werden, welcher unter Berücksichtigung sämtlicher persönlicher und beruflicher Umstände (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad) nach

pflichtgemäßem Ermessen zu schätzen ist, wobei der Abzug höchstens 25 % beträgt (BGE 126 V 79 Erw. 5b/aa-cc).

7.3.2.1 Da dem Beschwerdeführer nur Hilfsarbeitertätigkeiten offen stehen, ist die Rubrik «einfache und repetitive Tätigkeiten» heranzuziehen. Laut der Tabelle TA1 der Lohnstrukturerhebung (LSE) 2002 belief sich der Zentralwert für einfache und repetitive Tätigkeiten im privaten Sektor bei einer wöchentlichen Arbeitszeit von 40 Stunden auf Fr. 4'557.--, was unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung bis 2003 von 1,4 % (vgl. Die Volkswirtschaft 7-2004 S. 91) und bei Annahme einer betriebsüblichen durchschnittlichen Arbeitszeit von 41,7 Stunden (Die Volkswirtschaft 7-2004 S. 90) pro Woche ein Gehalt von monatlich Fr. 4'817.-- oder (x 12) von Fr. 57'804.-- pro Jahr ergibt.

7.3.3.1 Der Beschwerdeführer ist auf dem Arbeitsmarkt in Konkurrenz mit einem Mitbewerber ohne physische Einschränkungen dadurch benachteiligt, dass er auf eine wechselbelastende Tätigkeit mit grösserem Anteil sitzender Beschäftigung ohne ungünstige Stellungen (Knien, Hocke) und Treppensteigen sowie mit Gewichtslimiten von regelmässig 10 kg und sporadisch 15-20 kg angewiesen ist. Dasselbe gilt - wenn auch in geringerem Masse - hinsichtlich des Umstandes, dass er (ohne entsprechende Erfahrung) in einem neuen Beruf (wieder) im ersten Dienstjahr starten muss. Kaum ins Gewicht fällt demgegenüber die ausländische Nationalität des Beschwerdeführers, werden doch die statistischen Löhne auf Grund der Erwerbseinkommen der schweizerischen und ausländischen Wohnbevölkerung erfasst (AHI 2002 S. 70) und arbeitet er seit vielen Jahren in der Schweiz. Auch der Umstand, dass der Beschwerdeführer grundsätzlich vollzeitig arbeiten kann, lässt einen Abzug nicht zu. Auf Grund der genannten Umstände erscheint eine Herabsetzung um insgesamt 15 % als angemessen.

7.3.4.1 Bei Abzug von 15 % resultiert ein Invalideneinkommen von Fr. 49'133.-- und im Vergleich mit dem Valideneinkommen von Fr. 59'045.-- eine Einbusse von Fr. 9'912.-- und damit ein Invaliditätsgrad von 16,8 %.

#### **E. 7.4**

Demgemäss ist der von der Beschwerdegegnerin ermittelte Invaliditätsgrad von 20 % nicht zu beanstanden.

#### **E. 8.1**

8.1.1.1 Nach Art. 24 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung, wenn sie durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen oder geistigen Integrität erleidet. Die Integritätsentschädigung wird in Form einer Kapitalleistung gewährt. Sie darf den am Unfalltag geltenden Höchstbetrag des versicherten Jahresverdienstes nicht übersteigen und wird entsprechend der Schwere des Integritätsschadens abgestuft (Art. 25 Abs. 1 UVG).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Gemäss Art. 25 Abs. 2 UVG regelt der Bundesrat die Bemessung der Entschädigung. Von dieser Befugnis hat er in Art. 36 UVV Gebrauch gemacht. Abs. 1 dieser Vorschrift 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 oder geistige Integrität, unabhängig von der Erwerbsfähigkeit, augenfällig oder stark beeinträchtigt wird. Gemäss Abs. 2 gelten

für die Bemessung der Integritätsschädigung die Richtlinien des Anhanges 3. Fallen mehrere körperliche oder geistige Integritätsschäden aus einem oder mehreren Unfällen zusammen, so wird die Integritätsschädigung nach der gesamten Beeinträchtigung festgesetzt (Abs. 3).

8.1.2. Im Anhang 3 zur UVV hat der Bundesrat Richtlinien für die Bemessung der Integritätsschäden aufgestellt und in einer als gesetzlich anerkannten, nicht abschliessenden Skala (BGE 124 V 32 Erw. 1b mit Hinweisen) wichtige 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). Die Entschädigung für spezielle oder nicht aufgeführte Integritätsschäden wird nach dem Grad der Schwere vom Skalenwert abgeleitet (Ziff. 1 Abs. 2). Integritätsschäden, die gemäss der Skala 5 Prozent nicht erreichen, geben keinen Anspruch auf Entschädigung (Ziff. 1 Abs. 3). Die völlige Gebrauchsunfähigkeit eines Organs wird dem Verlust gleichgestellt; bei teilweisem Verlust und teilweiser Gebrauchsunfähigkeit wird der Integritätsschaden entsprechend geringer, wobei die Entschädigung jedoch ganz entfällt, wenn der Integritätsschaden weniger als 5 Prozent des Höchstbetrages des versicherten Verdienstes ergäbe (Ziff. 2).

8.1.3. Die Medizinische Abteilung der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) hat in Weiterentwicklung der bundesrechtlichen Skala weitere Bemessungsgrundlagen in tabellarischer Form (sog. Feinraster) erarbeitet. Diese von der Verwaltung herausgegebenen Tabellen stellen zwar keine Rechtssätze dar und sind für die Parteien nicht verbindlich, umso mehr als Ziff. 1 von Anhang 3 zur UVV bestimmt, dass der in der Skala angegebene Prozentsatz des Integritätsschadens für den «Regelfall» gilt, welcher im Einzelfall Abweichungen nach unten wie nach oben ermöglicht. Soweit sie jedoch lediglich Richtwerte enthalten, mit denen die Gleichbehandlung aller Versicherten gewährleistet werden soll, sind sie mit dem Anhang 3 zur UVV vereinbar (BGE 124 V 32 Erw. 1c, 116 V 157 Erw. 3a).

## E. 8.2

8.2.1. In Bezug auf die Beurteilung des Integritätsschadens führte Kreisarzt Dr. I. am 30. September 2002 (Urk. 10/43) aus, es handle sich um eine Pangenarthrose des linken Kniegelenks mit bereits beträchtlichen kernspintomographisch dokumentierten Knorpelschäden und konventionell radiologisch allerdings noch relativ leichter Arthrose. Der klinische Befund sei gut, was die Beweglichkeit und Stabilität anbelange. Ungünstig sei der chronische Reizzustand, und es bestehe auch immer noch eine deutliche Muskelatrophie. Zusammenfassend bestehe eine mässig ausgeprägte Pangenarthrose, die nach Feinrastertabelle 5.2 mit 10 - 30 % entschädigt werde, wobei der noch recht günstige Röntgenbefund und auch die gute Kniefunktion eine Integritätsschadenschätzung im untersten Bereich des für eine mässig ausgeprägte Pangenarthrose vorgesehenen Schätzungsspielraumes zulasse. Wenn eine gewisse längerfristige Progredienz mitberücksichtigt werde, könne der Integritätsschaden auf 15 % geschätzt werden. Sollte dieser Verlauf eintreten, sei die Integritätsschadenschätzung dannzumal um 5 % zu erhöhen.

Dr. I. verwies sodann auf den Umstand, dass beim Unfall vom 6. April 2001 eine vorbestehende Arthrose traumatisiert worden und nur die Verschlimmerung

der Arthrose durch den Unfall zu entschädigen sei. Aus dem Vergleich der Röntgenbilder vom 23. Mai 2001 und 23. Mai 2002 lasse sich herauslesen, dass die Arthrose in diesem Zeitraum nur sehr wenig progredient gewesen sei. Bei wohlwollender Sicht könne die Verschlimmerung deshalb auf höchstens 50 % des Gesamtschadens geschätzt werden, was dann einen rein unfallbedingten Integritätsschaden von 7,5 % ergebe.

8.2.2. In diesem Sinne ging auch Prof. Dr. R. \_\_\_\_, Chefarzt an der Universitätsklinik Balgrist, am 21. August 2002 davon aus, dass beim Beschwerdeführer beträchtliche Degenerationen lateral femorotibial sowie femoropatellar vor allem medial vorliegen, und ging nicht von einer überwiegend unfallbedingten Schädigung aus (Urk. 10/37). Die übrigen Auskunft gebenden Ärzte enthielten sich einer Stellungnahme.

8.3. Damit wurde die detaillierte und überzeugende Einschätzung von Dr. I. \_\_\_\_, durch keinen Arzt in Zweifel gezogen. Einerseits ist mit Blick auf die Tabelle 5 der Integritätsschadenschätzung gemäss UVG und den eher diskreten Röntgenbefunden eine Quantifizierung des Integritätsschadens auf 15 % ebenso wenig zu beanstanden, wie andererseits die häufige Käzierung aufgrund der vorbestandenen, unfallunabhängigen Schäden.

Der Beschwerdeführer beschränkte sich denn auch darauf, mit Bezug auf den Knieschaden in gänzlich unsubstantiiertes Weise eine Erhöhung der Integritätsschadenschätzung zu verlangen (Urk. 1 S. 11).

8.4. Soweit der Beschwerdeführer einen Einbezug der Lendenwirbelsäulen-Beschwerden geltend macht, ist festzuhalten, dass diese nach der dargelegten medizinischen Aktenlage mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht unfallkausal sind und demnach nicht entschädigungsberechtigt.

8.5. Damit erweist sich die Festlegung der Integritätsschadenschätzung aufgrund einer unfallbedingten Integritätseinbusse von 7,5 % als rechtens.

## E. 9

Zusammenfassend hat die Beschwerdegegnerin die Invalidität des Beschwerdeführers zu Recht mit 20 % und die Integritätsschadenschätzung mit 7,5 % bemessen. Auf den Beizug weiterer medizinischer Unterlagen kann angesichts des hinreichend klaren Sachverhaltes verzichtet werden. Damit ist die Beschwerde vollumfänglich abzuweisen. An diesem Ausgang des Verfahrens vermögen sämtliche übrigen formellen und materiellen Einwendungen des Beschwerdeführers nichts zu ändern, weshalb darauf nicht näher einzutreten ist.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Verfahren ist kostenlos.
3. Zustellung gegen Empfangsschein an:
  - Rechtsanwalt Dr. Guido Brusa
  - Rechtsanwalt Mathias Birrer
  - Bundesamt für Gesundheit

