

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2003.00267 vom 9. Februar 2007

ZH Sozialversicherungsgericht, 2007-02-09, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2003.00267

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2003.00267 du 9 février 2007

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2003.00267 del 9 febbraio 2007

Erwägungen

E. 1

1.1 Der 1952 geborene A. arbeitete bei der B. AG als Gipser und war bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) im Rahmen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) versichert. Im Rahmen einer Nebenbeschäftigung arbeitete er abends bei der C. Reinigungen (Urk. 12/1, 12/27).

1.2 Am 8. Februar 2000 stürzte A. auf einem Baugerüst, worauf in der linken Kniekehle, die er am Gerüstlauf angeschlagen hatte, Schmerzen und eine schwarze Verblutung auftraten. Er behandelte diese Verletzung mit Hausmitteln und arbeitete weiter. Nach etwa einer Woche kam es jedoch im linken Bein zu einer Schwellung und einer Bewegungseinschränkung, weshalb er sich am 21. Februar 2000 in ärztliche Behandlung begab. Wegen einer Parvathrombose wurde ihm eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bescheinigt (Urk. 12/2, 12/45/7). Nach der Auflösung der Thrombose bestanden im linken Knie jedoch weiterhin Beschwerden. Bei einer Kniegelenks-Arthroskopie in der traumatologischen Abteilung der Chirurgischen Klinik des Spitals D. am 6. Juni 2000 zeigten sich ein Lappenriss am Hinterhorn des medialen Meniskus sowie ein Knorpelschaden am medialen Femurkondylus, weshalb eine Teilmeniskektomie medial durchgeführt wurde (Urk. 12/6, 12/8). Danach verstärkten sich jedoch die Schmerzen und hielten trotz ambulanter Behandlung mit Antirheumatika und Physiotherapie und trotz einer vom 9. Oktober bis 17. November 2000 dauernden Rehabilitation in der Klinik E. an (Urk. 12/11-14, 12/16). Aufgrund der MRI-Befunde vom 18. Januar 2001 folgte am 21. Mai 2001 in der Klinik F. eine Restmeniskusresektion des medialen Hinterhorns des linken Knies (Urk. 12/19-20, 12/34). Auch diese Operation führte jedoch zu keiner Linderung der Beschwerden (Urk. 12/39). Nach erneuter Physiotherapie setzten die F.-Ärzte am 3. September 2001 einen Arbeitsversuch an. Doch musste dieser sofort wieder abgebrochen werden (Urk. 12/41).

SUVA-Kreisarzt Dr. G., Spezialarzt FMH für Chirurgie, veranlasste am 5. November 2001 ein nochmaliges MRI des linken Knies und aufgrund inzwischen aufgetretener Schulterbeschwerden rechts eine sonographische Untersuchung der Schultern (Urk. 12/48-49). Gestützt auf die Abklärungsergebnisse und seine eigenen klinischen Untersuchungen nahm er am 30. November 2001 eine abschliessende Zumutbarkeitsbeurteilung vor (Urk. 12/52).

Nachdem die SUVA dem Versicherten am 7. August 2002 die definitive Einstellung der Taggeld- und Heilbehandlungsleistungen per Ende August 2002 angekündigt hatte (Urk. 12/79), informierte sie ihn am 11. Oktober 2002 über die Höhe der vorgesehenen Invalidenrente und Integritätsentschädigung (Urk. 12/90). Gleichzeitig lehnte sie die

Äbernahme der Kosten einer im Januar 2002 aufgenommenen psychotherapeutischen Behandlung bei Dr. phil. H.____, Fachpsychologin für Psychotherapie FSP, ab (Urk. 12/92).

Dr. med. I.____, Spezialarzt für Innere Medizin FMH, der den Versicherten seit Dezember 2002 als Hausarzt betreut, meldete der SUVA im Dezember 2002 Schulterbeschwerden an, die aufgrund der Stockentlastung aufgetreten seien (Urk. 12/101). Am 21. Januar 2003 teilte er ihr ausserdem mit, dass A.____ anlässlich der Konsultation vom 18. Januar 2003 gelegentlich auftretende stichartige Kopfbeschwerden im Sinne von Äblackout-mässigenÄ Attacken, die er auf die Narkosen zurÄckfÄhre, erwähnt und zudem geltend gemacht habe, beim Unfall vom 8. Februar 2000 auch auf die Schulter gefallen zu sein (Urk. 12/104).

1.3Ä Ä Ä Ä Am 29. Januar 2003 erliess die SUVA eine Verfügung, mit der sie A.____ rückwirkend per 1. September 2002 eine auf einem Invaliditätsgrad von 14 % beruhende Invalidenrente und eine 5%ige Integritätsentschädigung zusprach (Urk. 12/107). Dagegen liess dieser am 27. Februar 2003 Einsprache erheben (Urk. 12/115).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. I.____ veranlasste aufgrund der Schulterbeschwerden, eines chronischen lumbovertebralen Syndroms und der Attacken von Desorientiertheit Abklärungen in der Neurologischen Klinik und Poliklinik des Spitals D.____ sowie in der Klinik für Rheumatologie und Rehabilitation des Spitals J.____, die am 10. und 14. April 2003 statt fanden (Urk. 12/114, 12/122-123). Ferner wurde der Versicherte von Prof. Dr. med. K.____, FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation, im Auftrag seiner Rechtsvertreterin am 9. April und 5. Mai 2003 untersucht. Das entsprechende Gutachten erging am 3. Juli 2003 (Urk. 12/139).

1.4Ä Ä Ä Ä Am 20. Mai 2003 erlitt A.____ im Rahmen eines RAV-Arbeitsprogramms einen weiteren Unfall. Als er mit seinem BÄrodrehstuhl nach hinten rutschen wollte, brach dessen Fussteil und der BeschwerdefÄhrer kippte samt dem Stuhl mit der hohen Stuhllehne rückwärts auf den Boden. In der Folge klagte er über eine Zunahme der Kniebeschwerden und über Schmerzen im Bereich der Brust- und Halswirbelsäule (Urk. 40/8/1-2). Die SUVA erbrachte erneut Taggeld- und Heilbehandlungsleistungen und veranlasste am 16. Oktober 2003 eine Untersuchung durch Kreisarzt Dr. med. L.____, Facharzt FMH für Chirurgie (Urk. 12/144). Dr. I.____ liess am 12. und 21. November 2003 die obere Halswirbelsäule radiologisch abklären (Urk. 12/147, 12/150). Prof. K.____ verfasste am 16. Dezember 2003 ein ergänzendes Gutachten (Urk. 12/154), und am 16. Januar 2004 ordnete Dr. I.____ erneut Physiotherapie an (Urk. 40/8/25).

1.5Ä Ä Ä Ä Die gegen die Verfügung vom 29. Januar 2003 gerichtete Einsprache wies die SUVA am 22. September 2003 nach erwerblichen Abklärungen (Urk. 12/125, 12/127) ab und entzog einer allfälligen Beschwerde die aufschiebende Wirkung (Urk. 2). Am 3. März 2004 verfügte sie zudem per 7. März 2004 die Einstellung der Taggeld- und Heilbehandlungsleistungen im Zusammenhang mit dem Unfall vom 20. Mai 2003 (Urk. 40/8/27). Die dagegen gerichtete Einsprache des Versicherten vom 5. April 2004 (Urk. 40/8/28) wies sie am 20. Oktober 2005 ab, wobei sie einer allfälligen Beschwerde wiederum die aufschiebende Wirkung entzog und festhielt, dass der Antrag auf die Äbernahme der Kosten des Gutachtens von Prof. K.____ vom 16. Dezember 2003 abgelehnt werde (Urk. 40/8/40).

1.6. Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, hatte A. nach Einholung eines Gutachtens des Instituts M. (Urk. 12/146) mit Verfügung vom 30. November 2004 mit Wirkung ab 1. Februar 2001 eine halbe Invalidenrente zugesprochen (Urk. 12/8/35-36). Diese wurde auf die Einsprache des Versicherten hin mit Entscheid vom 24. Oktober 2005 per 1. Januar 2004 auf eine Dreiviertelrente erhöht (Urk. 12/8/39, 12/8/41).

2. Die Einsprache

2.1. Gegen den Einspracheentscheid der SUVA vom 22. September 2003 liess der Versicherte am 23. Dezember 2003 beim hiesigen Gericht Beschwerde mit folgendem Rechtsbegehren erheben (Urk. 1 S. 2):

1. Es sei in Aufhebung des angefochtenen Einsprache-Entscheidunges bzw. der Verfügung die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, die bleibenden Unfallfolgen medizinisch umfassend durch unabhängige Fachärzte abklären zu lassen und hernach über die Erwerbsunfähigkeit und die Integritätsentschädigung neu zu verfahren. Bis zum Vorliegen der neuen Leistungsverfügung seien dem Versicherten ab 1. September 2002 weiterhin die Taggelder auf der Basis einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit und Kostenersatz für medizinische Behandlung zu gewähren.

2. Die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, dem Beschwerdeführer die Kosten für das Privatgutachten vom 2. Juli 2003 im Betrage von Fr. 2'430.-- zu erstatten.

3. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

Anstelle einer Beschwerdeantwort reichte die SUVA am 16. Februar 2004 ein Sistierungsgesuch ein (Urk. 7). Dieses wurde mit Referentenverfügung vom 3. Mai 2004 (Urk. 8) abgelehnt, ebenso eine Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung. Innert der der SUVA erneut angesetzten Frist zur Beschwerdeantwort schloss diese mit Eingabe vom 4. Juni 2004 auf Beschwerdeabweisung (Urk. 11).

Das aufgrund der prozessleitenden Verfügung vom 3. Mai 2004 vom Beschwerdeführer am 17. Mai 2004 gestellte Ausstandsbegehren (Urk. 10) wurde mit Beschluss des Gesamtgerichts vom 18. Oktober 2004 (Urk. 24) abgewiesen. Das Eidgenössische Versicherungsgericht wies die gegen diesen Beschluss gerichtete Verwaltungsgerichtsbeschwerde mit Urteil vom 13. September 2005 (Urk. 28) ebenfalls ab.

Im Rahmen des daraufhin am 26. Oktober 2005 angeordneten zweiten Schriftenwechsels beziehungsweise in der Replik vom 18. Februar 2006 (Urk. 33) und der Duplik vom 1. März 2006 (Urk. 37) hielten die Parteien an ihren Anträgen fest, worauf der Schriftenwechsel am 2. März 2006 geschlossen wurde (Urk. 38).

2.2. Am 23. Januar 2006 hatte der Versicherte gegen den Einspracheentscheid der SUVA vom 20. Oktober 2005 ebenfalls Beschwerde einreichen und um Vereinigung mit dem bereits hängigen Verfahren ersuchen lassen. Diese Beschwerde enthält folgendes Rechtsbegehren (Urk. 40/1):

1. Es sei in Aufhebung des angefochtenen Einsprache-Entscheidunges bzw. der Verfügung die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, die bleibenden Unfallfolgen medizinisch umfassend durch unabhängige Fachärzte abklären zu lassen und hernach über die Erwerbsunfähigkeit und die Integritätsentschädigung neu zu verfahren.

2. Dem Beschwerdeführer seien die Kosten für das private Ergänzungsgutachten von Prof. Dr. med. E. K. ___ vom 16. Dezember 2003 in der Höhe von Fr. 1'620.-- zu ersetzen.

3. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin."

Mit Beschwerdeantwort vom 24. Februar 2006 schloss die SUVA auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 40/7). In der Replik vom 17. März 2006 wurde an den gestellten Anträgen festgehalten (Urk. 10). Die SUVA bestätigte in der Duplik vom 29. März 2006 ihre Anträge und verzichtete auf eine einlässliche Stellungnahme (Urk. 14), so dass der Schriftenwechsel am 31. März 2006 geschlossen werden konnte (Urk. 15).

Beide Verfahren erweisen sich als spruchreif. Auf die Parteivorbringen und die eingereichten Akten ist, soweit erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen einzugehen.

Das Gericht zieht in Erwägung:

Gegenstand der am 23. Dezember 2003 erhobenen und unter der Prozessnummer UV.2003.00267 angelegten Beschwerde bilden die im Einspracheentscheid vom 22. September 2003 behandelten Ansprüche des Versicherten auf eine Invalidenrente und Integritätsentschädigung. Gegenstand der unter der Prozessnummer UV.2006.00027 angelegten Beschwerde vom 20. Oktober 2005 bildet die per 7. März 2004 verfasste und im Einspracheentscheid vom 20. Oktober 2005 bestätigte Einstellung der im Zusammenhang mit dem Unfall vom 20. Mai 2003 erbrachten Taggeld- und Heilbehandlungsleistungen.

Da für die Beurteilung der Gesetzmässigkeit des ersten Einspracheentscheides grundsätzlich der Sachverhalt massgebend ist, der zur Zeit des Erlasses des angefochtenen Verwaltungsaktes gegeben war, und die Einstellung der Taggeld- und Heilbehandlungsleistungen im Zusammenhang mit dem Unfall vom 20. Mai 2003 erst nach dem Einspracheentscheid vom 22. September 2003 erfolgte, können die beiden Verfahren aufgrund des zeitlichen Ablaufs grundsätzlich je gesondert betrachtet werden (vgl. Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts vom 13. September 2005 i.S. des Beschwerdeführers, Erw. 5.1.2 mit Hinweisen; Urk. 28 S. 10). Es besteht zwischen ihnen jedoch insofern ein innerer Sachzusammenhang, als die Gegenstand des Beschwerdeverfahrens UV.2005.00027 bildende Leistungseinstellung allenfalls auch die Frage aufwirft, ob der Unfall vom 20. Mai 2003 zu einer Erhöhung der aufgrund des ersten Unfalls bestehenden Erwerbsunfähigkeit und zu einer Erhöhung des Integritätsschadens geführt habe. Die vom Beschwerdeführer beantragte Vereinigung der beiden Beschwerdeverfahren im Sinne von Art. 58 Abs. 2 der nach Art. 28 lit. a des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) anwendbaren Zivilprozessordnung (ZPO) erscheint daher im jetzigen Zeitpunkt als angebracht. Dementsprechend figurieren die Akten des Prozesses UV.2006.00027 im vorliegenden Verfahren nunmehr als Urk. 40/1-15.

E. 2

Da keine laufenden Leistungen im Sinne der Übergangsrechtlichen Ausnahmebestimmung des Art. 82 Abs. 1 des auf den 1. Januar 2003 in Kraft getretenen Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG), sondern Dauerleistungen im Streit stehen, über welche noch nicht rechtskräftig

verfÄ½gt worden ist, gelangen - den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln folgend - ab diesem Zeitpunkt, soweit massgebend, die neuen Bestimmungen des ATSG und dessen AusfÄ½hrungsverordnungen zur Anwendung (BGE 130 V 446 f. Erw. Ä 1.2.1 und 1.2.2 mit Hinweis). Diesen intertemporalrechtlichen Ä¼berlegungen kommt vorliegend insofern nur beschrÄ½nkte Tragweite zu, als die spezialgesetzlichen Grundlagen der Heilbehandlungsleistungen sowie der IntegritÄ½tsentschÄ½digung (Art. 10, 24 und 25 UVG) vom ATSG nicht berÄ½hrt werden und sich durch das In-Kraft-Treten des ATSG insbesondere am unfallversicherungsrechtlichen Begriff des natÄ½rlichen und adÄ½quaten Kausalzusammenhangs und dessen Bedeutung als eine Voraussetzung fÄ½r die Leistungspflicht nach UVG nichts geÄ½ndert hat. Zudem entsprechen die Begriffe der ArbeitsunfÄ½higkeit, ErwerbsunfÄ½higkeit und InvaliditÄ½t (Art. 6-8 ATSG) sowie die Bestimmung zur InvaliditÄ½tsbemessung (Art. 16 ATSG) den bisherigen, von der Rechtsprechung entwickelten Begriffen und GrundsÄ½tzen (vgl. BGE 130 V 343 ff. Erw. Ä 2 und 3).

2.2Ä Ä Ä Ä Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmÄ½ssige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfÄ½hig, so steht ihr gemÄ½ss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 Prozent invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der Ä½rztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann und allfÄ½llige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG). FÄ½r die Bestimmung des InvaliditÄ½tsgrades wird gemÄ½ss Art. 16 ATSG - beziehungsweise Art. 18 Abs. Ä 2 UVG in der bis Ende 2002 gÄ½ltig gewesenen Fassung - das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der InvaliditÄ½t und nach DurchfÄ½hrung der medizinischen Behandlung und allfÄ½lliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare TÄ½tigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen kÄ½nnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen kÄ½nnte, wenn sie nicht invalid geworden wÄ½re.

Nach Art. 17 Abs. 1 ATSG in Verbindung mit Art. 22 UVG wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin bis zum Monat, in dem MÄ½nner das 65. und Frauen das 62. Altersjahr vollendet haben, fÄ½r die Zukunft entsprechend erhÄ½ht, herabgesetzt oder aufgehoben, wenn der InvaliditÄ½tsgrad einer RentenbezÄ½gerin oder eines RentenbezÄ½gers erheblich geÄ½ndert hat.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Nach Art. 24 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf eine angemessene IntegritÄ½tsentschÄ½digung, wenn sie durch den Unfall eine dauernde erhebliche SchÄ½digung der kÄ½rperlichen oder geistigen IntegritÄ½t erleidet. Die IntegritÄ½tsentschÄ½digung wird in Form einer Kapitalleistung gewÄ½hrt. Sie darf den am Unfalltag geltenden HÄ½chstbetrag des versicherten Jahresverdienstes nicht Ä½bersteigen und wird entsprechend der Schwere des IntegritÄ½tsschadens abgestuft (Art. 25 Abs. 1 UVG). Aufgrund von Art. 17 Abs. 2 ATSG ist sie wie jede andere formell rechtskrÄ½ftig zugesprochene Dauerleistung zu erhÄ½hen, herabzusetzen oder aufzuheben, wenn sich der ihr zu Grunde liegende Sachverhalt nachtrÄ½glich erheblich verÄ½ndert hat.

2.3. 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 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 blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 119 V 338 Erw. 1, 118 V 289 Erw. 1b, je mit Hinweisen).

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).

2.4. Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 125 V 461 Erw. 5a, 123 V 103 Erw. 3d, 139 Erw. 3c, 122 V 416 Erw. 2a, 121 V 49 Erw. 3a mit Hinweisen; RKUV 1997 Nr. U 272 S. 172 Erw. 3a).

Bei organisch nachweisbaren Unfallfolgen spielt indessen die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der aus dem natürlichen Kausalzusammenhang sich ergebenden Haftung praktisch keine Rolle, indem die Unfallversicherung auch für seltenste, schwerwiegendste Komplikationen haftet, welche nach der unfallmedizinischen Erfahrung im Allgemeinen gerade nicht einzutreten pflegen (vgl. BGE 123 V 102 Erw. 3b, 118 V 291 Erw. 2a, vgl. auch BGE 117 V 365 Erw. 5d/bb, mit Hinweisen auf Lehre und Rechtsprechung).

Der Sozialversicherungsprozess ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach hat das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 125 V 195 Erw. 2, 122 V 158 Erw. 1a, je mit Hinweisen; vgl. BGE 130 I 183 Erw. 3.2).

Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne einer Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf Grund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 264 Erw. 3b mit Hinweisen).

Gemäss höchststrichterlicher Praxis muss der für die Beurteilung erhebliche Sachverhalt mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ausgewiesen sein (BGE 119 V 9 Erw. 3c/aa). Im Sozialversicherungsrecht besteht kein Rechtsgrundsatz des Inhalts, dass die Verwaltung oder das Gericht im Zweifelsfall zugunsten der versicherten Person zu entscheiden hätte (ARV 1990 Nr. 12).

Praxisgemäss stellen die Gerichte im Bereich des Sozialversicherungsrechts in der Regel auf die Aussagen der ersten Stunde ab, denen in beweisrechtlicher Hinsicht grösseres Gewicht zukommt als späteren Darstellungen, die bewusst oder unbewusst von nachträglichen Überlegungen versicherungsrechtlicher oder anderer Art beeinflusst sein können (BGE 121 V 47 Erw. 1a, 115 V 143 Erw. 8c mit Hinweis).

Nach dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung haben Versicherungssträger 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. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes 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 des Experten begründet sind (BGE 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c).

3. Bis zum zweiten Unfall vom Mai 2003 litt der Beschwerdeführer laut Bericht vom 15. April 2003 über die ambulante rheumatologische Untersuchung im Spital J. vom 14. April 2003, der von Assistenzarzt Dr. med. N. verfasst und vom leitenden Arzt Dr. med. O. visiert wurde, unter rechtsseitigen Schulterbeschwerden, Rückenbeschwerden im lumbalen Bereich, chronischen Knieschmerzen links und einer somatoformen Schmerzverarbeitungsstörung (Urk. 12/123). Dr. H., die den Versicherten seit Januar 2002 psychotherapeutisch betreut, stellte demgegenüber im Bericht vom 23. März 2003 (Urk. 12/138) die Diagnose einer Anpassungsstörung (ICD-10: F43.2), ebenso Prof. K. im Gutachten vom 3. Juli 2003 (Urk. 12/139), wobei dieser auch den Begriff Verarbeitungsstörung verwendete. Prof. K. berichtete ausserdem von Beschwerden im gesamten Schultergürtel und führte zusätzlich zu den von Dr. N. genannten Beschwerdekplexen Bewusstseinsstörungen und symmetrische temporoparietofrontale Kopfschmerzen an. Diese waren in der Neurologischen Klinik und Poliklinik des Spitals D. abgeklärt worden. Laut Bericht vom 10. April 2003 erwies sich dabei die Genese der Abwesenheitsepisoden, deren Frequenz abgenommen habe, mangels anamnestischer Hinweise für einen Narkosezwischenfall bei der Meniskusresektion vom Mai 2001 als unklar. Die allgemeine Verlangsamung und verminderte Aufmerksamkeit wurde mit der Anpassungsstörung in Zusammenhang gebracht (Urk. 12/122).

4. Während Dr. N. bezüglich des linken Knies die Diagnose 'Chronische Knieschmerzen bei Status nach traumatischer Meniskusverletzung am 8. Februar 2000 und Status nach zweimaliger arthroskopischer Teilmeniskektomie' und bezüglich der rechten Schulter eine 'Periarthropathia humeroscapularis tendinotica rechts ohne konventionell-radiologische Hinweise auf degenerative Veränderungen, jedoch mit sonographisch erhobener Bursitis subacromialis rechts bei erhaltener Rotatorenmanschette und bei Status nach Schultergelenksdistorsion am 8. Februar 2000' diagnostizierte (Urk. 12/123 S. 1), schloss Prof. K. einerseits auf eine schwere, chronische, deutlich belastungsabhängige Periarthropathia genu links und andererseits auf eine schwere kapsuläre Schultergelenkskontraktur rechts (Urk. 12/139 S. 5).

5. Nach dem Unfall vom 20. Mai 2003 hatten sich die Kniebeschwerden verstärkt, und die ganze Wirbelsäule war schmerzhaft und in der Beweglichkeit eingeschränkt. Im Vordergrund standen nun Schmerzen und Bewegungseinschränkungen im Bereich der Hals- und oberen Brustwirbelsäule. Es wurden ein cervicovertebrales Syndrom rechtsbetont und ein lumbovertebrales Syndrom beziehungsweise ein schwer schmerzhafter Irritations- und Dysfunktionszustand des cervikothorakalen Übergangs sowie der Brustwirbelsäule bis Th 6, wenig rechtsbetont diagnostiziert (Urk. 12/154 S. 5; Urk. 40/8/2, 40/8/7, 40/8/9, 40/8/12).

6. Gestützt auf die kreisärztlichen Berichte von Dr. G. vom 30. November 2001 und Dr. L. vom 10. Oktober 2002 anerkennt die SUVA einzig die im Bereich des linken Knies bestehende mässige Femorotibialarthrose als Folge des von ihr als banal eingestuften Unfalles vom 8. Februar 2000. Auch betrachtet sie die durch den Unfall vom 20. Mai 2003 bewirkte vorübergehende Verschlimmerung der Knie- und

Rückenbeschwerden als behoben. Eine unfallmässige Verursachung der Schulterbeschwerden hält sie nicht für überwiegend wahrscheinlich. Diese wie auch die Rückenbeschwerden stellen ihrer Auffassung nach keine unfalladäquate Folge der Gehstockbenützung dar. Denn eine solche wäre aufgrund der geringen somatischen Unfallfolgen am linken Knie keineswegs notwendig gewesen, sondern stehe mit der bereits bald nach dem Unfall festgestellten deutlichen Überlagerung in Zusammenhang. Diese psychische Störung bilde jedoch keine adäquate Unfallfolge (Urk. 2 S. 4 ff.; Urk. 11 S. 2 ff.; Urk. 12/52, 12/89, 40/2 S. 4 f.; Urk. 40/7 S. 3 ff.)

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Nach Auffassung des Beschwerdeführers handelt es sich bei all seinen Beschwerden, insbesondere bei der psychischen Störung, um Folgen des Unfalles vom 8. Februar 2000 und sind namentlich die Schulter- und Rückenbeschwerden auf die Gehstockbenützung zurückzuführen. Die vom Brustwirbelbereich ausgehenden quälenden Schmerzen betrachtet er als Folge des Unfalls vom 20. Mai 2003. Dabei beruft er sich auf die Gutachten von Prof. K. ___ vom 3. Juli und 16. Dezember 2003 und verlangt eine umfassende Abklärung seiner gesundheitlichen Störungen (Urk. 1 S. 3 ff.; Urk. 12/154-155, Urk. 33 S. 3 ff., 40/1 S. 3 ff., 8/10 S. 2 ff.).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Strittig ist somit in erster Linie die Unfallkausalität der einzelnen Beschwerden. Dabei fallen die nach der Meniskusresektion vom Mai 2001 aufgetretenen Bewusstseinsstörungen aufgrund des oben in Erw. 3 erwähnten Ergebnisses der neurologischen Abklärungen im Spital D. ___ vom April 2003 (Urk. 12/122) als Unfallfolgen von vornherein ausser Betracht. Bezüglich der übrigen Beschwerdekomplesse sind die massgeblichen medizinischen Akten im Folgenden näher zu prüfen.

E. 5

5.1 Ä Ä Ä Ä Laut Dr. G. ___s Bericht vom 30. November 2001 (Urk. 12/52) ist die kurz nach dem Unfall vom 8. Februar 2000 aufgetretene Parva-Thrombose abgeheilt. Ansonsten habe sich der Zustand im linken Knie nach der Re-Arthroskopie nicht mehr gebessert, und der Versicherte gehe immer noch an einem rechtsgeföhrteten Stock. Er klage diesbezüglich über Schulterschmerzen rechts. Auch sei er immer noch nicht in der Lage, wechselbeinig Treppen zu steigen, und die akzessorischen Gangarten könnten nicht gehalten werden. Das klinische Bild scheine zwar vom Patienten etwas akzentuiert zu werden, doch weise der Untersuch darauf hin, dass im medialen Femorotibialgelenk eine organische Ursache vorhanden sein könnte, welche die Schmerzen unterhalte. Ein kleines Narbenneurom werde hingegen deutlich überbewertet. Der aktuelle Zustand des medialen Femorotibialgelenkes lasse somit kaum Aussicht auf eine baldige Wiederaufnahme der Arbeit als Gipser erwarten. Für sitzende und leichte wechselbelastende Tätigkeiten - ohne Arbeiten auf unebener Unterlage, auf Leitern und Gerüsten, ohne Arbeiten, die in Kauerstellung verrichtet werden müssten oder repetitives Anheben von Gewichten aus Kauerstellung oder Tragen von Gewichten über Treppen erforderten - wäre der Versicherte jedoch zu 100 % einsatzfähig.

5.2 Ä Ä Ä Ä Prof. K. ___ kam im Gutachten vom 3. Juli 2003 (Urk. 12/155) aufgrund seiner Untersuchungen vom 9. April und 5. Mai 2003 zum Schluss, die Beschwerden und Belastungseinschränkungen des linken Knies würden wesentlich von den schwer schmerzhaften und damit schmerzreflektorisch geschwächten periartikulären Strukturen verursacht. Dabei spielten die beiden Gastroknemius-Köpfe als Teile des Musculus triceps

surae und mit einiger Wahrscheinlichkeit auch Musculus popliteus in der Kniekehle eine besondere Rolle, wobei eine derart charakteristische Ausprägung selten sei. Die primäre und bis heute konstant gebliebene Schmerzlokalisierung, das beobachtete Haematom der Kniekehle und sehr wahrscheinlich auch die anschliessende Thrombose deuteten auf die Weichteilstrukturen der Kniekehle als primären und wesentlichen Verletzungsort hin. Die Erfolglosigkeit der beiden arthroskopischen Revisionen und der eindeutige, heute noch tastbare Befund in der Poplitea würden beweisen, dass der Meniskusschaden ein Epiphenomen gewesen sei. Als Folge der langjährigen schmerzhaften Knieproblematik bestehe noch heute sowohl im Bereiche des Ober- als auch des Unterschenkels eine deutliche Muskelatrophie. Diese sei von einer eindrücklichen Verkürzung des Musculus quadriceps beziehungsweise triceps surae begleitet. Auch erhöhe sich bei Knieflexion und Dorsalflexion im oberen Sprunggelenk die Spannungserhöhung, was wiederum die Beschwerden verstärke und die Funktion limitiere. Die Analyse der Beschwerdesymptomatik des linken Knies ergebe jedenfalls keine Hinweise auf eine eigentliche, die Klinik dominierende Arthrose, obwohl eine solche arthroskopisch habe verifiziert werden können. Auch die subpatellaere Arthrose spiele in der belasteten Kniegelenksfunktion keine schmerzverursachende Rolle. Hinweise für eine Instabilität oder Ergussbildung lägen nicht vor. Auch fehlten sogenannte aktive Sudeckzeichen. Nur noch die etwas irritierte und straffe Gelenkskapsel, die das Gelenkspiel minimiere, weise auf einen im Sommer 2000 möglicherweise vorhanden gewesenen Morbus Sudeck hin. Bei fehlender Anlaufproblematik dominiere die Belastungssymptomatik, die unter fortgesetzter Belastung sukzessive zunehme.

Als Grund für die von ihm diagnostizierte schwere Schultergelenkskontraktur rechts nannte Prof. K. ___ eine schmerzhaft retrakte Kapsel, welche die Bewegungen endgradig äusserst schmerzhaft in alle Richtungen, hauptsächlich auch in die Aussenrotation einschränke. Die Kapselretraktion beziehungsweise Kapsulose sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine Reaktion auf die beim Unfall traumatisierten Weichteilgewebe der Schulter. Die begleitende Periarthropathie mit den myotendinotischen Befunden und Beschwerden im Schultergürtelbereich habe lediglich begleitenden Charakter, breite sich ebenfalls in den rechten Arm aus und habe allodynschen Schmerzcharakter. Obwohl der Arm funktionell kaum eingesetzt werde, habe der seit langem bestehende Schmerz- und Dysfunktionszustand bisher weder zu einer wesentlichen Oberarmatrophie noch zu einem Schulter-Hand-Syndrom geführt. Genauere Nachfragen hätten ergeben, dass bereits nach dem Unfall wesentliche Beschwerden bestanden hätten, die gegenüber der damaligen Kniegelenkssymptomatik allerdings im Hintergrund geblieben seien, sich aber im Verlaufe der Zeit zunehmend verstärkt und die Beweglichkeit eingeschränkt hätten. Aus heutiger Sicht stelle die dystroph-retrakte Gelenkskapsel das zentral verantwortliche Substrat dar. Diese sei - mangels anderer Pathologien wie beispielsweise radikuläre HWS-Symptomatik - auf die gleichzeitig mit dem Unfall aufgetretene Schultergelenksprellung zurückzuführen. Die in letzter Zeit deutlicher in den Vordergrund getretene Schultergelenksproblematik werde durch die stete Stockbenutzung auf der rechten Seite verschärft beziehungsweise unterhalten. Auch die Kyphose der Brust- und Halswirbelsäule die heute von einer Segmentsbewegungsstörung einschliesslich einer Hypomobilität beziehungsweise Blockierung der 1. Rippe beidseits begleitet werde, verstärke die Schulterbeschwerden und erschwere die Behandlung im Schultergürtelbereich. Die Intensität der Beschwerden und die weitgehende Erfolglosigkeit der bisherigen Therapien seien denn auch unter Berücksichtigung der

Fehlhaltung beziehungsweise -form der Wirbelsäule zu beurteilen, die einerseits durchaus eine praetraumatische Komponente enthalte, andererseits wohl auch eine Folge der Schmerzzustände und damit der Minderbelastung des linken Kniegelenkes darstelle.

Bezüglich der Verarbeitungs- beziehungsweise Anpassungsstellung und der damit zusammenhängenden täglichen Kopfschmerzen erklärte Prof. K.____, diese könnten besser verstanden werden, wenn man die Begeisterung und den Stolz des Versicherten bezüglich seines geliebten Gipserberufs kenne. Die heutige Situation mit der fehlenden finanziellen Sicherheit, dem Kampf um die sachgerechte Würdigung der posttraumatischen Primärschäden und reaktiven Entwicklungen sowie die fehlende Zukunftsperspektive erschwerten derzeit einen therapeutischen Zugang. Die heutige psychische Situation sei weniger auf den Unfall selbst als auf dessen Folgen zurückzuführen. Die beiden operativen Eingriffe mit dem zweimaligen Erlebnis der deutlichen Verschlechterung der Symptomatik hätten ein deutlich negatives, seelisch belastendes Erlebnis zurückgelassen. Aus heutiger Sicht stelle sich die Frage, ob die Weichteilproblematik in der Kniekehle von Anfang an medizinisch richtig beurteilt und ernst genommen worden sei. Außerdem weise nichts darauf hin, dass diese Schmerzursache im Kniegelenk physiotherapeutisch-manuell richtig behandelt worden sei.

Abschliessend erklärte Prof. K.____, die heutigen Beschwerden und Befunde liessen derzeit keine regelmässige, auch nicht teilzeitliche, Arbeitsbelastung zu. Die Kombination der Kniegelenks-Symptomatologie links mit der Schultergürtel- sowie rechtsseitigen schmerzhaften und funktionseinschränkenden Schulterproblematik schränkten sowohl das Stehen und Gehen als auch das Sitzen länger als beispielsweise eine halbe Stunde wesentlich ein. Der Versicherte bedürfte der stetig wechselnden Haltung zwischen Liegen, Sitzen und Gehen. Selbst der Schlaf werde pro Phase auf höchstens 1½ Stunden beschränkt, wobei der Beschwerdeführer mehrmals aufwache und häufig nicht wieder einschlafen könne. Derartige Schmerz-, Befindlichkeit- und Ermüdungszustände seien mit einer effektiven, im Trainingssinn aufbauenden Rehabilitationsarbeit unvereinbar. Da die invalidisierenden Zustände des linken Kniegelenkes und der rechten Schulter medizinisch gut fassbar seien und Therapiemöglichkeiten beständen, sei mit einer 50%igen Belastbarkeit in einem eher wechselbelastenden handwerklichen Beruf zu rechnen, wobei bei dieser Prognose die noch zu klärenden Bewusstseinsstörungen nicht berücksichtigt seien. Der Integritätsschaden des Schultergelenkes betrage aufgrund der noch möglichen Bewegungen, welche die Horizontale nicht mehr erreichten, sowie aufgrund der stark schmerzhaften Periarthropathie 30 %. Hinzu komme der Integritätsschaden des Kniegelenkes, der angesichts der dauerhaft eingeschränkten Beweglichkeit sowie des chronischen Schmerzzustandes mit 20 % zu bemessen sei. Ferner sei der noch zu bestimmende psychische Integritätsschaden im Zusammenhang mit der chronifizierten Anpassungsstellung und der noch zu klärenden intermittierenden Bewusstseinsstörung zu berücksichtigen.

5.3.3 Kreisarzt Dr. L.____ ging anlässlich der Untersuchung vom 16. Oktober 2003 davon aus, dass durch den Sturz vom 20. Mai 2003 die vorbestehenden Beschwerden vorübergehend verstärkt worden seien. Er erhob nebst den bereits bekannten Kniebefunden ein cervicovertebrales Syndrom, rechtsbetont, und ein lumbovertebrales Syndrom. Auch er konstatierte die von Dr. N.____ und Prof. K.____ beschriebene Fehlhaltung und -form der gesamten Wirbelsäule mit Hyperkyphose in der

Brustwirbelsäule und verkürzter, vertiefter Lendenlordose. Er hielt fest, dass das cervico- und lumbovertebrale Syndrom mit dem einfachen Unfallereignis vor vier Monaten medizinisch-natürlich-kausal nicht mehr erklärt werden könne, zumal sich das klinische Bild vom früheren Zustand nicht wesentlich unterscheide. Insbesondere beständen Inkonsistenzen der Befunde: die angegebenen Sensibilitätsstörungen bezögen sich nicht auf vorgegebene Dermatome, die zunehmenden Bewegungseinschränkungen und vor allem die Schmerzintensität seien nicht mehr mit dem Unfallereignis zu erklären. Andererseits hätten die Röntgenabklärungen massive vorbestehende degenerative Veränderungen in der Hals- und erhebliche Veränderungen im Bereich der Lendenwirbelsäule ergeben. Diese und die ungünstigen statischen Verhältnisse mit Rundrücken und wenig ausgeprägter paravertebraler Muskulatur könnten die Symptomatik und Beschwerden per se erklären. Die radiologischen Untersuchungen der Wirbelsäule hätten keine posttraumatischen Zustände ergeben. Wenn das klinische Bild des Patienten auch eindrücklich und vermutlich multifaktoriell bedingte sei, so sei es doch im Rahmen des Unfallgeschehens nicht einzuordnen. Angesichts des heute gezeigten komplexen Schmerzbildes in verschiedenen Körperregionen sei eine Tätigkeit nicht vorstellbar. Unfallbedingt sei jedoch nur die Einschränkung im Bereich des linken Kniegelenkes nachvollziehbar (Urk. 40/8/13).

5.4.4 Prof. K. kam in seinem Ergözungsgutachten vom 16. Dezember 2003 zum Schluss, der erneute Sturz vom 20. Mai 2003 habe das vorbestandene Befund- und Beschwerdebild zu Teilen aktiviert und insbesondere die mittlere und obere Brustwirbelsäule einschliesslich des cervikothorakalen Übergangs mit in das Befund- und Erkrankungsbild integriert. Die Entwicklung der Befunde und Beschwerden nach dem neuen Sturz auf den Rücken sei pathophysiologisch problemlos verstehbar. Die schmerzhaften Dysfunktionsprobleme des linken Kniegelenkes und der rechten Schulter seien jedoch nach einer vorübergegangenen Verschlechterung gegenüber dem Befund vom 9. April 2003 qualitativ und quantitativ mehr oder weniger gleich geblieben. Die auffällig Haltung mit der stark eingeschränkten Beweglichkeit der Wirbelsäule, insbesondere der Hals- und Brustwirbelsäule, die Überempfindlichkeit der Weichteile, insbesondere auch der Haut, sowie die Schlafstörungen hätten wenig, aber eindeutig zugenommen. Als neu bezeichnete Prof. K. den schwer schmerzhaften Irritations- und Dysfunktionszustand des cervikothorakalen Übergangs sowie der Brustwirbelsäule. Diese Beschwerden seien hauptsächlich bewegungs-, teils auch haltungsabhängig und betont ligamentär; damit verbunden seien Atmungsbeschwerden, ein tendenziell zu Boden gerichteter Blick und die stete Notwendigkeit, durch einen Links-Tilt die rechte Flankenseite - betont im Sitzen - zu entlasten. Die zur Darstellung gelangenden ausgedehnten degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule bedingten direkt keine der spezifischen Symptome, schon gar keine, die das Befund- und Beschwerdebild charakterisieren würden. Doch würden sie mit Wahrscheinlichkeit zur bisher verhinderten Rückgewinnung der Haltungs- und Bewegungskompetenz der Wirbelsäule beitragen. Auch zeige das klinische Befund- und Beschwerdebild eine ausgedehnte regionale Ausbreitung, wobei keines der Symptome segmentaler oder radikulärer Art sei. Namentlich die Symptome des rechten Armes liessen sich nicht auf eine Wurzelpathologie C7 reduzieren. Angesichts der begrenzten Ausbreitung der weichteilrheumatischen Befunde und Beschwerden mit auffällig beschwerdefreien Körperregionen seien die Kriterien einer generalisierten Myotendoperiostose

beziehungsweise Fibromyalgie nach wie vor nicht erfüllt. Das depressive Zustandsbild sei nicht dominierend. Es imponiere die ernste, um Anerkennung ringende Verständnislosigkeit gegenüber der eigenen gesundheitlichen Entwicklung und der therapierefraktären Situation. Die wesentlich schmerzbedingte Fehlhaltung und -form habe zusammen mit der Bewegungseinschränkung weiter Teile der Wirbelsäule ein derartiges Ausmass angenommen, dass jede Haltungsbelastung zu einer Chronifizierung des heutigen Befund- und Beschwerdebildes führen müsse. Die ausgeprägtesten Schlafstörungen verhinderten mit Sicherheit und seit langer Zeit die notwendige Erholung und Regeneration der Gewebe. Der Vergleich der Beschwerden und Befunde vom 9. April 2003 mit denjenigen vom 9. Dezember 2003 bestärke die Konsistenz der Angaben und Befunde. Da die Sensibilitätsstörungen nicht neurologisch bedingt, sondern Folge der Schmerzen und Missempfindungen in der Haut und in den Weichteilgeweben seien, variere deren Ausbreitung je nach Belastung und Tagesform. Eine Inkonsistenz werde damit nicht belegt. Aufgrund der wesentlichen Verschlechterung der Situation der Wirbelsäule habe die berufliche Belastbarkeit auch für eine sitzende Tätigkeit weiter deutlich abgenommen und erreiche den Grad von 30 % kaum mehr. Schmerz und Dysfunktionen wirkten gleichermassen invalidisierend (Urk. 8/154 S. 5, 7 f.).

E. 6

6.1 Es ist der SUVA allgemein darin beizupflichten, dass Prof. K. die Angaben des Versicherten zu Schmerzen und Anamnese nicht hinterfragt, sondern diese unbesehen seiner Beurteilung zugrunde legt (Urk. 11 S. 8 ff.). Auch lässt er - abgesehen von den Hinweisen auf die Konsistenz der Schmerzangaben und der Befunde - eine Auseinandersetzung mit den Kausalitätsbeurteilungen der übrigen Ärzte vermissen. Aus seinem ersten Gutachten geht zudem nicht hervor, auf welche Referenzwerte er sich bei der Integritätschadensbemessung stützt. Insofern stellt sein Gutachten von vornherein keine zuverlässige Entscheidungsgrundlage dar.

Damit soll Prof. K.'s fachliche Qualifikation, die der Beschwerdeführer betont (Urk. 40/1 S. 7 f.; Urk. 40/3/6-7), in keiner Weise in Frage gestellt werden. Doch scheint es diesem Arzt bei den beiden Gutachten in erster Linie darum gegangen zu sein, die Angaben zu den Schmerzen und Einschränkungen anhand der aktuellen Befunde pathophysiologisch nachzuvollziehen und bis zu einem gewissen Grad zu objektivieren, was in therapeutischer Hinsicht durchaus von Nutzen sein mag. Für die Kausalitätsbeurteilung lassen sich daraus jedoch keine neuen Erkenntnisse gewinnen. Denn selbst wenn sich bezüglich des aktuellen Beschwerdebildes aus der nach Meinung Prof. K.'s bereits von Anfang an im Vordergrund gestandenen Weichteilproblematik ein Ursache-Wirkungszusammenhang herleiten liesse, so bedeutet dies nicht, dass die aktuellen Beschwerden anhand objektiv feststellbarer direkter Verletzungsfolgen noch ausreichend erklärt werden können und ihnen insoweit noch organische Unfallfolgen zugrunde liegen. Der zeitliche Zusammenhang zum Unfall, auf den Prof. K. verschiedentlich verweist, vermag im übrigen die Unfallkausalität der einzelnen Beschwerdekompexe nicht zu belegen. Dass einzelne Symptomkreise durch die vorhandenen degenerativen Befunde nicht ausreichend erklärt werden können, lässt im übrigen keineswegs zwingend auf deren Unfallkausalität schliessen.

Wie sich aus der nachstehenden Würdigung der einzelnen Beschwerdekompexe ergeben wird, enthalten Prof. K.'s Gutachten zudem keine Gesichtspunkte, welche die Beurteilungen der SUVA-Kreisärzte ernsthaft in Frage stellen

oder zur Klärung der zu beurteilenden Rechtsfragen beitragen könnten. Es besteht daher kein Grund für eine weitere, umfassende Abklärung, wie dies der Beschwerdeführer beantragt. Es liegt denn auch kein Verstoß gegen das rechtliche Gehör vor, wenn nach dem Grundsatz der antizipierten Beweiswürdigung auf die Abnahme weiterer Beweise verzichtet wird, weil die Verwaltung oder das Gericht aufgrund pflichtgemässer Würdigung der vorhandenen Arztberichte zur Überzeugung gelangen, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und weitere Beweismassnahmen könnten an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern (vgl. BGE 122 V 162 Erw. 1d und 164 f. Erw. 2c mit Hinweisen).

6.2.1.1 Namentlich bezüglich des schmerzhaften Irritations- und Dysfunktionszustandes in cervikothorakalem Übergang und Brustwirbelsäule ist ein Zusammenhang zum Sturz vom 20. Mai 2003 auszuschliessen. Auch wenn dieses Beschwerdebild nach Aussage von Prof. K. ___ für die am 12. und 21. November 2003 erhobenen ausgedehnten degenerativen Veränderungen im Bereich der Hals- und oberen Brustwirbelsäule nicht charakteristisch ist, so belegt dies doch in erster Linie, dass die Symptomatik eines eigentlichen organischen Substrats entbehrt. Um so weniger kann daraus abgeleitet werden, dass die Beschwerden im cervikothorakalen Übergang durch den Sturz vom 20. Mai 2003 ausgelöst und aufrechterhalten wurden. Bei den besagten Röntgen- und MRI-Abklärungen (Urk. 8/40/15, 8/40/18) waren denn auch keine direkten unfallbedingten Auffälligkeiten wie Frakturen oder Verschiebungen zur Darstellung gelangt.

6.2.1.2 Ob die Brust- oder Halswirbelsäule vom zweiten Unfall überhaupt direkt betroffen worden ist, bleibt im Übrigen unklar. Während Hausarzt Dr. I. ___ im Zeugnis vom 21. Juni 2006 lediglich eine Fehlbewegung beziehungsweise eine fragliche Distorsion der Halswirbelsäule erwähnte, führte er in der Physiotherapieverordnung vom 5. Juni 2003 eine HWS-Prellung an (Urk. 40/8/2, 40/8/4). Sieben Monate später schilderte Prof. K. ___ im Gutachten vom 16. Dezember 2003 den Unfallhergang dahingehend, dass der Beschwerdeführer beim Sturz mit dem Bierodrehstuhl nach rückwärts mit dem Hinterhaupt und der oberen Brustwirbelsäule auf der starren Rückenlehne aufgeschlagen sei (Urk. 12/154 S. 1). Selbst wenn dies als erwiesen anzunehmen wäre, ist nicht nachvollziehbar, dass dadurch der Vorzustand im Bereich von Brust- und Halswirbelsäule, wie er bereits in Prof. K. ___s erstem Gutachten und in Dr. N. ___s Bericht beschrieben worden ist, dauernd verschlimmert wurde. Dies umso weniger, als sich die Übrigen, nach dem erneuten Sturz verstärkten Wirbelsäulenbeschwerden bereits anlässlich der Abklärung bei Prof. K. ___ am 9. Dezember 2003 - trotz ebenfalls vorhandener degenerativer Veränderungen in der Lendenwirbelsäule (vgl. Urk. 12/124, 12/155 S. 3, 6) - wieder zurückgebildet hatten und dementsprechend nicht mehr speziell erwähnt wurden.

6.3.1.1 Bezüglich der durch den ursprünglichen Unfall ausgelösten und durch den zweiten Unfall vorübergehend verstärkten linksseitigen Schmerzen und Funktionseinschränkungen im linken Knie legt Prof. K. ___ zwar differenziert und anschaulich dar, dass diese aufgrund der Art und Lokalisation der Schmerzpunkte, aufgrund des anfänglichen, ein Haematom der Kniekehle und die anschliessende Thrombose umfassenden Verlaufs sowie aufgrund der aktuellen Befunde - schmerzreflektorisch geschwächte periartikuläre Strukturen, Muskelatrophien in Ober- und Unterschenkel, Verkürzung des Musculus quadriceps beziehungsweise triceps surae und damit

einhergehende Spannungserhöhung - mit einer Weichteilverletzung vereinbar seien. Damit allein ist jedoch das Vorhandensein direkter organischer Unfallfolgen nicht erbracht, zumal Prof. K. ___ nicht darlegt, inwiefern in den Weichteilen des linken Kniegelenks noch direkte organische Verletzungsfolgen bestehen.

Demnach gibt Prof. K. ___s Gutachten keinen näheren Aufschluss zur Kausalität der Kniebeschwerden und vermag die Beurteilungen der SUVA-Kreisärzte nicht in Frage zu stellen. Dies umso weniger, als Prof. K. ___ sich mit den innerhalb des Kniegelenks vorhandenen pathologischen Befunden nicht auseinandersetzt und dem von der SUVA als Unfallfolge anerkannten Meniskusschaden, den er als Epiphänomen betrachtet, keinen besonderen Stellenwert zumisst.

Was die Schulterbeschwerden rechts anbelangt, so weist die SUVA zu Recht darauf hin, dass diese erstmals anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung vom 5. November 2001, mithin mehr als eineinhalb Jahre nach dem Unfall, erwähnt wurden und der Versicherte selber im Gespräch auf der zuständigen Agentur am 4. April 2000 ausdrücklich erklärt hatte, sich beim Unfall nur an der Kniekehle verletzt zu haben (Urk. 12/4). Die in der Replik enthaltene Sachdarstellung, wonach er mit der rechten Schulter auf dem Gerüstbrett aufgeschlagen sei (Urk. 33 S. 3), ist somit in keiner Weise belegt. Daran vermögen die Vorbringen des Beschwerdeführers, wonach ihn die zuständige SUVA-Mitarbeiterin wegen seiner ungenügenden Deutschkenntnisse nicht richtig verstanden und er den Bericht weder gelesen noch unterzeichnet habe (Urk. 1 S. 11; Urk. 33 S. 4), nichts zu ändern, und es besteht kein Grund auf seine drei Jahre später, am 22. Februar 2003, gegenüber Dr. I. ___ erfolgten Angaben abzustellen und anzunehmen, er habe sich beim Unfall vom 8. Februar 2000 eine Schulterkontusion beziehungsweise Schultergelenksprellung zugezogen (Urk. 12/104, 12/114, 12/121). Soweit Prof. K. ___ im Gutachten vom 3. Juli seiner Diagnose eine beim ersten Unfall erlittene Schulterkontusion zugrunde legt (Urk. 12/155 S. 6), beruht dies demnach auf einem Sachverhalt, der nicht nachgewiesen ist.

Immerhin ist der ersten detaillierten Unfallbeschreibung vom 4. April 2000 (Urk. 12/4) zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer beim Sturz versucht hatte, sich mit der rechten Hand am Gerüst festzuhalten, aber wegen feuchter Hände abgerutscht war, daher mit der linken Kniekehle auf dem eisernen Gerüstlauf und anschliessend mit etwas abgedrehtem Körper auf dem zirka 90 cm tiefer liegenden Gerüstbrett aufgeschlagen war. Mit dieser Unfallbeschreibung ist an sich zu vereinbaren, dass Dr. N. ___ im rheumatologischen Untersuchungsbericht vom 15. April 2003 von einer durch das Festhalten am Metallrohr ausgelösten Hyperextensionbewegung des Schultergelenkes ausging (Urk. 12/123 S. 1), und dass Prof. K. ___ allgemein eine Traumatisierung des Weichteilgewebes der Schulter annahm beziehungsweise die Kapselretraktion als Reaktion darauf bezeichnete. Dies ändert jedoch nichts daran, dass sich bis zur kreisärztlichen Untersuchung vom 5. November 2001 keine Hinweise auf Schulterbeschwerden ergeben hatten. Die nachträglich und teilweise nur auf genauere Nachfragen hin am 21. Januar 2003 gegenüber Hausarzt Dr. I. ___ sowie gegenüber Prof. K. ___ anlässlich der Konsultationen vom 9. April und 5. Mai 2003 gemachten Angaben zum Auftreten wesentlicher beziehungsweise anfänglich leichter Schulterbeschwerden unmittelbar nach dem Unfall, die gegenüber der damaligen Kniegelenkssymptomatik, namentlich aufgrund der verabreichten Schmerzmedikamente, im Hintergrund geblieben und von Dr. P. ___ trotz eines entsprechenden Hinweises nicht

beachtet worden seien (Urk. 12/114, 12/121, 12/139 S. 9), stellen keinen echtzeitlichen Nachweis von Brückensymptomen dar, zumal der Versicherte gegenüber Dr. N. ___ am 15. April 2003 den Beginn der zunehmenden Schulterschmerzen zunächst noch auf den Sommer 2000 datiert hatte (Urk. 12/123 S. 2).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ist somit davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer erstmals gegenüber Kreisarzt Dr. G. ___ im Zusammenhang mit der Stockbenützung über Schulterschmerzen geklagt und dieser umgehend ein Sonogramm des Schultergelenks rechts veranlasst hatte (Urk. 12/52 S. 2 f.), so bestand für die vorbehandelnden Ärzte kein Anlass, die Schulter von Anfang an in die Behandlung miteinzubeziehen, und erweist sich der Vorwurf des Beschwerdeführers, die Schulterverletzung sei übersehen worden (Urk. 1 S. 4 f., 8, 10. 13; Urk. 33 S. 6), als unbegründet.

6.5 Ä Ä Ä Ä Dass Prof. K. ___ die stete Gehstockbenützung auf der rechten Seite für die Zunahme und Aufrechterhaltung der Schultergelenksproblematik und teilweise auch für die Fehlhaltung beziehungsweise -form der Wirbelsäule verantwortlich macht, die sich ihrerseits ungünstig auf Schultergelenk und -gürtel auswirke, wird von der SUVA zumindest bezüglich der Schulterbeschwerden grundsätzlich nicht in Frage gestellt. Prof. K. ___s diesbezügliche Beurteilung steht zudem im Einklang mit der im Bericht vom 22. Februar 2003 geäußerten Auffassung Dr. I. ___s, wonach das rechte Schultergelenk durch das dauernde Benützen einer Krücke offenbar chronisch überbeansprucht worden sei (Urk. 12/114 S. 1), und der von SUVA-Arzt Dr. L. ___ am 20. Dezember 2002 der SUVA abgegebenen Empfehlung, die von Dr. I. ___ vorgeschlagene kurze Schulterbehandlung zu übernehmen (Urk. 12/101).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Allerdings sprechen die medizinischen Akten nicht für eine anhaltende Schädigung der rechten Schulter, die durch die mit der Gehstockbenützung verbundene einseitige Belastung hervorgerufen worden wäre. Die Schultersonographie vom 6. November 2001 (Urk. 12/116) ergab beidseits intakte Rotatorenmanschetten, ein symmetrisches Zustandsbild, altersentsprechende, eher geringfügige tendinotische Veränderungen ohne relevante Verkalkungen. Auf der rechten Seite bestand einzig eine mässige bis erhebliche chronische Bursitis subacromialis. Diese erwähnte Prof. K. ___ in seinen beiden Gutachten nicht mehr, und die von ihm erhobene schmerzhaft-kontrakte Gelenkscapsel der rechten Schulter brachte er nicht mit der Stockbelastung in Verbindung, sondern, wie bereits dargelegt, mit der von ihm angenommenen Weichteilverletzung beim ersten Unfall (Urk. 12/154 S. 5; Urk. 12/155 S. 5 f.).

6.6 Ä Ä Ä Ä Wenn Prof. K. ___ im übrigen festhält, die Wirbelsäulenbeschwerden seien unter anderem "wohl" auch eine Folge der Schmerzzustände und damit der Minderbelastung des linken Kniegelenkes, so wird damit der Kausalzusammenhang nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen. Dies gilt namentlich auch für das von Dr. I. ___ am 22. Februar 2003 der SUVA angemeldete und nach dem Unfall vom Mai 2003 auch von Kreisarzt Dr. L. ___ konstatierte Lumbovertebralsyndrom (Urk. 12/114, 40/8/13). Dieses hatte sich offenbar bis zu den Untersuchungen bei Prof. K. ___ jeweils wieder zurückgebildet. Denn bezüglich des Lendenwirbelsäulenbereichs beschränkten sich die pathologischen Befunde bei seinen Untersuchungen in erster Linie auf eine Myotendinose des Beckengürtels und einzelne druckschmerzhafte Zonen (Urk. 12/155 S. 3, 5 f.; Urk. 12/155 S. 1). Auch hatte die Röntgenabklärung vom 12. November 2003 bezüglich dieses Wirbelsäulenabschnitts lediglich eine leichte S-förmige Lordose ergeben (Urk. 12/147).

Dementsprechend wird weder von Seiten von Prof. K. ___ noch von Seiten der Ä1/4brigen Ärzte geltend gemacht, die Fehlbelastung habe im Lumbalbereich eine dauernde Schädigung bewirkt.

6.7 Ä Ä Ä Ä Im Ä1/4brigen ist der SUVA darin beizupflichten, dass aufgrund der Kniebeschwerden die Benutzung eines Gehstockes nicht durchgehend erforderlich war (Urk. 2 S. 5; Urk. 11 S. 6). Die von Prof. K. ___ erhobenen Befunde, aber auch die bereits nach der Teilmeniskektomie vom 6. Juni 2000 beschriebene Dystrophie im femoropatellären Gleitlager und die starke Atrophie der Muskulatur mit ossärer Mitbeteiligung, die bereits Dr. med. Q. ___, Spezialarzt FMH für Orthopädische Chirurgie, im Bericht vom 21. August 2000 (Urk. 12/11) für die starken Schmerzen verantwortlich machte, werfen sogar die Frage auf, ob nicht gerade die mit der Stockbenutzung einhergehende Schonung zur Verstärkung und Aufrechterhaltung der Kniebeschwerden führte. Wenn im Austrittsbericht der Klinik E. ___ vom 11. Dezember 2000 (Urk. 12/16) von der erfolgreich durchgeführten Stockentwöhnung innerhalb des Hauses berichtet wird, so zeigt dies jedenfalls, dass dem Beschwerdeführer das Gehen ohne Stock an sich möglich war. Nach der arthroskopischen Restmeniskusresektion vom 21. Mai 2001 wurde ihm zwar für sechs Wochen wieder die beidseitige Stockbenutzung verordnet. Doch erschien er am 6. September und 30. November 2001 immer noch mit einem Stock zu den ärztlichen Untersuchungen (Urk. 12/34, 12/38-39, 12/43, 12/52). Ob und allenfalls wie lange er diesen dann weiter benutzte, ist unklar. Nach Prof. K. ___s Gutachten vom 3. Juli 2003 (Urk. 12/139 S. 2) war dies auch noch bei den Konsultationen vom 9. April und 5. Mai 2003 der Fall gewesen. Demgegenüber hatte Dr. I. ___ bereits am 20. Dezember 2002 berichtet, der Versicherte gehe nun seit vier Monaten ohne Stütze (Urk. 12/101), und hatte auch dieser selber bei der kreisärztlichen Untersuchung vom 16. Oktober 2003 angegeben, erst seit dem neuen Unfall vom 20. Mai 2003 brauche er wieder einen Stock zum Gehen, vorher sei dies nicht mehr nötig gewesen (Urk. 12/144). Diese Äusserung steht wiederum im Widerspruch zu Dr. I. ___s Zeugnis vom 21. Juni 2003 (Urk. 40/8/2), nach dem der Beschwerdeführer schon vor dem neuen Unfall an einer Krücke gegangen sei.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die medizinische Notwendigkeit eines Gehstockes ist somit nur für die Zeit unmittelbar nach den beiden Operationen erstellt. Wenn der Beschwerdeführer trotzdem nicht darauf verzichtete, so kann dies allenfalls als Ausdruck seiner psychischen Reaktion auf die somatischen Unfallfolgen verstanden werden. Doch erweist sich die nunmehr vorhandene psychische Störung, wie sich aus der nachstehenden Erwägung ergeben wird, nicht als adäquate Unfallfolge. Auch unter diesem Gesichtspunkt hat die SUVA somit weder für die Schulter- noch für die Rückenbeschwerden einzustehen.

6.8 Ä Ä Ä Ä Der natürliche Kausalzusammenhang zwischen der psychischen Störung, welche die Psychotherapeutin Dr. H. ___ als depressiv geprägte Anpassungsstörung (ICD-10: F43.2) interpretiert und mit der laut Bericht der Neurologischen Klinik und Poliklinik des Spitals D. ___ vom 10. April 2003 eine allgemeine Verlangsamung und verminderte Aufmerksamkeit einhergeht (Urk. 12/138), und dem Unfall vom 8. Februar 2000 ist unumstritten. Uneins sind sich die Parteien jedoch über die Adäquanz dieses Zusammenhangs, namentlich über die vom augenälligen Geschehensablauf ausgehende Gewichtung des Unfalls als leicht oder mittelschwer im Sinne der für psychische Unfallfolgen in BGE 115 V 133 entwickelten Rechtsprechung (Urk. 2 S. 7; Urk. 33 S. 2, 6 f.).

Entgegen der Auffassung der SUVA beschränkte sich der Unfallhergang nicht auf das Ausgleiten oder einen gewöhnlichen Sturz, weshalb dieser nicht als leichtes Ereignis eingestuft werden kann. Vielmehr ist aufgrund der ursprünglichen, oben in Erwägung 4.3 wiedergegebenen Unfallbeschreibung vom 4. April 2004 (Urk. 12/4) davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer beim Klettern über eine Abschränkung zunächst ausgerutscht und beim erfolglosen Versuch, sich am Gerüst festzuhalten, auf ein tiefer liegendes Gerüstbrett gestürzt war, was für einen mittelschweren Unfall spricht. Aufgrund des angegebenen Höhenunterschiedes von nur 90 cm ist dieser aber unter Berücksichtigung der diesbezüglichen Kasuistik (vgl. RKUV 1998 Nr. U 307 S. 449 Erw. 3a) im unteren, an der Grenze zu den leichten Unfällen liegenden Bereich anzusiedeln. Damit die Anpassungsleistung und die damit zusammenhängende allgemeine Verlangsamung und verminderte Aufmerksamkeit als adäquate Unfallfolge gelten kann, wären somit weitere unfallbezogene Kriterien erforderlich, und diese müssten, namentlich aufgrund ihrer physischen Komponenten, gehäuft oder in auffälliger Weise erfüllt sein (vgl. RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff., 1999 Nr. U 341 S. 409 Erw. 3b, 1998 Nr. U 272 S. 173 Erw. 4a; BGE 117 V 363 Erw. 5d/aa und 367 Erw. 6a).

Der

Unfall vom 8. Februar 2000, in dessen Folge die psychische Störung aufgetreten ist, kann nicht als besonders eindrücklich bezeichnet werden, und die Begleitumstände waren nicht besonders dramatisch. Auch wenn sich die Kniekehle in der Folge schwarz verfärbte, war die erlittene Verletzung nicht schwer oder von besonderer Art und insofern nicht geeignet, eine psychische Fehlentwicklungen auszulösen. Die ärztliche Behandlung und die Arbeitsunfähigkeit dauerten zwar ungewöhnlich lang, und der Versicherte litt unter Dauerschmerzen. Doch weist die SUVA zu Recht darauf hin, dass diese unfallbezogenen Kriterien spätestens seit dem Rehabilitationsaufenthalt in der Klinik E. ___ vom Oktober/November 2000 in erster Linie von der schon damals festgestellten Schmerzfixierung und Aggravation bestimmt waren (vgl. Urk. 12/16 S. 1, 6), weshalb diese Kriterien bei der Adäquanzprüfung nicht berücksichtigt werden können.

Soweit der Beschwerdeführer gestützt auf Dr. K. ___s Gutachten vom 3. Juli 2003 eine ärztliche Fehlbehandlung geltend macht, so ist ihm entgegen zu halten, dass eine solche sich nicht bereits aus der Erfolglosigkeit der beiden arthroskopischen Kniegelenkseingriffe herleiten lässt. Wenn Prof. K. ___ nun im Nach-hinein die Frage aufwirft, ob die Weichteilproblematik beziehungsweise die Poplitea-Verletzung innerhalb der Kniekehle von Anfang an medizinisch richtig beurteilt und ernst genommen und physiotherapeutisch-manuell richtig behandelt worden sei, so ist damit eine ärztliche Fehlbehandlung nicht nachgewiesen. Prof. K. ___ tut denn auch nicht dar, welche Behandlung angebracht oder erfolgsversprechender gewesen wäre oder inwiefern die den beiden Operationen zugrunde liegende Indikation (vgl. Urk. 12/8, 12/19-20, 19/34, 12/45/3 S. 2) unrichtig gewesen sei. Wie bereits dargelegt (vgl. oben, Erw. 6.4), bestehen auch keine Anhaltspunkte dafür, dass die Ärzte eine beim ersten Unfall erlittene Schulterverletzung übersehen hatten. Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 11, 13; Urk. 33 S. 4 f., 7) kann folglich weder von einer ärztlichen Fehlbehandlung noch von einer im Rahmen der Heilbehandlung erfolgten Schädigung im Sinne von Art. 6 Abs. 3 UVG ausgegangen werden.

Da somit keines der für die Bejahung der Adäquanz massgebenden Kriterien erfüllt ist, hat die SUVA für die psychische Störung und die sich daraus ergebenden Aufmerksamkeitsstörungen sowie Beschwerden auf der somatischen Ebene nicht einzustehen.

E. 7

7.1 Nach der Rückbildung der meisten der durch den Unfall vom 20. Mai 2003 ausgelassen oder verstärkten Beschwerden stellen demnach einzig die vom ersten Unfall herrührenden Beschwerden im linken Kniegelenk noch adäquate Unfallfolgen dar.

Nachdem Kreisarzt Dr. G. bereits Ende November 2001 den Fallabschluss empfohlen (Urk. 12/52) und Hausarzt Dr. I. schliesslich am 20. Dezember 2002 davon berichtet hatte, der Versicherte benützte seit vier Monaten keine Stütze mehr (Urk. 12/101), kann davon ausgegangen werden, dass aufgrund der effektiv erfolgten ärztlichen Behandlung spätestens Anfangs September 2002 bezüglich des linken Knies ein stabiler Zustand erreicht worden war. Von der von Dr. I. am 8. Januar 2003 aufgrund der chronischen Kniebeschwerden links und der Beschwerden in der unteren Lendenwirbelsäule verordneten Physiotherapie (Urk. 12/102) war denn auch höchstens eine Linderung der aktuellen Beschwerden, nicht aber eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes zu erwarten. Sie wurde jedenfalls laut Bericht Dr. N. vom 14. April 2003 (Urk. 12/123) Ende Februar 2003 abgebrochen, und dieser Arzt versprach sich von einer Wiederaufnahme keinen Therapiegewinn mehr. Folglich ist der auf den 1. September 2002 festgelegte Rentenbeginn nicht zu beanstanden und daher ein über Ende August 2002 hinausgehender Taggeld- und Heilbehandlungsanspruch nicht ausgewiesen.

Auch die auf den 7. März 2004 erfolgte Einstellung der nach dem Unfall vom 20. Mai 2003 ausgerichteten Taggeld- und Heilbehandlungsleistungen erweist sich als rechtmässig. Nach der von Dr. I. am 30. September 2003 und 16. Januar 2004 verordneten und Prof. K. empfohlenen Physiotherapie (Urk. 40/8/11, 40/8/25) standen keine weiteren Behandlungen mehr zur Diskussion.

7.2 Dass der Beschwerdeführer aufgrund der Unfallfolgen im linken Knie entsprechend der Beurteilungen von Kreisarzt Dr. G. und Kreisarztstellvertreter Dr. med. R., Spezialarzt FMH für orthopädische Chirurgie, vom 30. November 2001 und 24. Juli 2002 (Urk. 12/52, 12/76) hinsichtlich kniebelastender Tätigkeiten eingeschränkt, in sitzenden und leichten wechselbelastenden Tätigkeiten hingegen zu 100 % einsetzefähig wäre, wird von ihm nicht in Frage gestellt.

Dementsprechend hat die SUVA bei der Invaliditätsermittlung, die Nebenbeschäftigung, die leichte Reinigungsarbeiten umfasst (vgl. Urk. 12/38) und dem Beschwerdeführer somit aufgrund der Kniebeschwerden weiterhin möglich wäre, zurecht unberücksichtigt gelassen. Auch ist der von ihr bezüglich der Hauptbeschäftigung vorgenommene Einkommensvergleich, der sich richtigerweise auf das Jahr 2002, das Jahr des Rentenbeginns, bezieht (vgl. BGE 129 V 223 f. Erw. 4.2 in fine), im Ergebnis nicht zu beanstanden. Aufgrund des beim ersten Unfall geltenden Stundenlohnes von Fr. 27.50, der per 2002 betriebsüblichen 2088 Jahresstunden (Urk. 12/1, 12/71) und der seitherigen Nominallohnentwicklung im Baugewerbe von 106,5 auf 111,2 Indexpunkte (Bundesamt für Statistik, Lohnentwicklung 2004, Tabelle T1.1.93 Nominallohnindex Männer 2000-2004) erweist sich das von ihr angenommene Valideneinkommen von Fr. 62'770.-- (Urk. 2 S. 11) jedenfalls als grosszügig. Nach der

vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnstrukturerhebung 2002 belief sich der für Männer in einfachen und repetitiven Tätigkeiten bei 40-Stundenwoche erhobene Zentralwert auf Fr. 4'557.--, womit sich unter Berücksichtigung der im Jahr 2002 betrieblichen Arbeitszeit von 41,7 Wochenstunden (vgl. Die Volkswirtschaft, 10-2006, Tabelle B9.2) ein Jahreseinkommen von Fr. 57'008.-- ergibt. Nimmt man davon rechtsprechungsgemäss (vgl. BGE 126 V 75 ff.) einen leidensbedingten Abzug von 5 % vor, resultiert ein Invalideneinkommen von rund Fr. 54'158.-- und damit ein Invaliditätsgrad von rund 14 %.

7.3 Die für die Unfallfolgen im linken Kniegelenk zugesprochene 5%ige Integritätsentschädigung beruht auf der mit den übrigen medizinischen Akten im Einklang stehenden Beurteilung von Kreisarzt Dr. L.____ vom 10. Oktober 2002 (Urk. 12/89), wonach sich der Befund als geringfügig erweise. Wenn Dr. L.____ - ausgehend von der mit dem Anhang 3 zur Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) grundsätzlich zu vereinbarenden (vgl. BGE 124 V 32 Erw. 1c) Tabelle 5 "Integritätsschaden bei Arthrosen", welche die Medizinische Abteilung der SUVA in Weiterentwicklung der bundesrätlichen Skala von Anhang 3 zur UVV erarbeitet hat und die für mässige Femorotibial-Arthrosen Richtwerte von 5 bis 15 % vorsieht - dem Beschwerdeführer trotzdem einen die Erheblichkeitsgrenze von 5 % erreichenden Integritätsschaden zugestand (vgl. Anhang 3 Verordnung über die Unfallversicherung, UVV, Ziff. 1 Abs. 3), so erklärt sich dies damit, dass er die zu erwartende Zunahme der degenerativen Veränderungen richtigerweise berücksichtigte. Die Höhe der Integritätsentschädigung ist folglich nicht zu beanstanden. Sie wird namentlich von der diesbezüglichen, sich auf 20 % belaufenden Schätzung Prof. K.____s im Gutachten vom 3. Juli 2003 (Urk. 12/155 S. 3) nicht in Frage gestellt. Diesen Wert erreichen nach der SUVA-Tabelle 5 lediglich schwere Arthrosen. Auch belegen Prof. K.____s spätere Angaben zu den im linken Kniegelenk vorhandenen Bewegungseinschränkungen (Urk. 12/155 S. 4) nicht, dass diese die in der SUVA-Tabelle 2 "Integritätsschaden bei Funktionsstörungen an den unteren Extremitäten" festgelegten Werte erreichen oder gar überschreiten und ihnen zudem dieselbe organische Verletzungsfolgen zugrunde liegen.

7.4 Da die vom ersten Unfall herrührenden, durch den Unfall vom 20. Mai 2003 verstärkten Beschwerden am 7. März 2004, dem Zeitpunkt der Einstellung der erneut ausgerichteten Taggeld- und Heilbehandlungsleistungen, seit längerer Zeit wieder auf das frühere Ausmass zurückgegangen waren und die neuen beziehungsweise nach dem Unfall vom 20. Mai 2003 verstärkten Beschwerden im cervicothoracalen Übergang keine überwiegend wahrscheinliche Folge dieses Unfalls darstellen, fehlt es an einem Revisionsgrund, der Anlass gäbe, ab der per 8. März 2004 erfolgten Taggeldeinstellung die ab September 2002 zugesprochene 14%ige Invalidenrente und die Integritätsentschädigung zu erhöhen.

8. Bei diesem Verfahrensausgang hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf Ersatz seiner Vertretungskosten. Auch der obsiegenden SUVA ist keine Prozessentschädigung zuzusprechen (vgl. BGE 128 V 133 Erw. 5 b mit Hinweisen).

Bezüglich der beantragten Übernahme der Kosten der beiden Gutachten Prof. K.____s durch die SUVA ist festzuhalten, dass diese bereits im Rahmen der Einspracheverfahren erstellt wurden und die Kosten somit nicht unter den prozessualen Aufwand fallen. Davon abgesehen haben die Gutachten nichts Wesentliches zur Aufklärung des rechtserheblichen Sachverhalts beigetragen. Weder waren sie für die

Entscheidfindung notwendig, noch konnte massgebend darauf abgestellt werden. Bei den dadurch entstandenen Auslagen handelt es sich daher nicht um durch den Rechtsstreit verursachte notwendige Kosten, die dem Beschwerdeführer zu vergüten wären (vgl. BGE 115 V 62, Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen D. vom 5. Juli 2005, U 93/05, Erw. 6). Bei dieser Sachlage hat die SUVA im Einspracheentscheid vom 20. Oktober 2005 denn auch zu Recht und auch unter Bezugnahme auf Art. 45 Abs. 1 ATSG festgehalten, dass sie die Kosten des Gutachtens vom 16. Dezember nicht zu tragen habe.

Das Gericht beschliesst:

Prozess Nr. UV.2006.00027 in Sachen der Parteien wird mit dem vorliegenden Prozess Nr. UV.2003.00267 vereinigt und unter dieser Prozessnummer erledigt.

Prozess Nr. UV.2006.00027 wird als dadurch erledigt abgeschrieben.

Sodann erkennt das Gericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Verfahren ist kostenlos.
3. Keiner Partei wird eine Prozessentschädigung zugesprochen
4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwältin Elda Bugada Aebli

- Schweizerische Unfallversicherungsanstalt

- Bundesamt für Gesundheit

5. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 90 und 100 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 zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

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