

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2006.00246 vom 28. November 2007

ZH Sozialversicherungsgericht, 2007-11-28, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2006.00246](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2006.00246)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2006.00246 du 28 novembre 2007

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2006.00246 del 28 novembre 2007

## Erwägungen

### E. 3

3.1. Streitig und zu präzisieren ist, ob die nach dem 31. August 2004 (Zeitpunkt der Leistungseinstellung) noch vorhandenen somatischen und psychischen Beschwerden auf die Unfälle vom 14. August 2002 und vom 7. Mai 2004 zurückzuführen sind, diese sich durch weitere medizinische Behandlung wesentlich verbessern lassen und den Beschwerdeführer in seiner Arbeits- und allenfalls Erwerbsfähigkeit einschränken. Davon hängt ab, ob der Beschwerdeführer über den Zeitpunkt der von der Beschwerdegegnerin festgesetzten Leistungseinstellung hinaus Anspruch auf weitere Leistungen hat.

3.2. Die Beschwerdegegnerin stützte ihre Leistungseinstellung im Wesentlichen auf die kreisärztlichen Berichte vom 13. April 2004 (Urk. 8/I/50) und vom 25. Juni 2004 (Urk. 8/I/55). Danach seien die jetzt noch im Vordergrund stehenden organischen Beschwerden am rechten Knie als Folgen dieser Unfälle nicht mehr erklärbar, mithin sei diesbezüglich die natürliche Unfallkausalität dahingefallen. Zwischen den Schmerzen im linken Knie und im Rücken bestehe kein natürlicher Kausalzusammenhang zu den Unfällen vom 14. August 2002 sowie vom 7. Mai 2004. Für die noch geklagten somatischen Beschwerden seien psychische Gründe verantwortlich. Mangels eines adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen den Unfällen, welche als mittelschwer bis leicht zu qualifizieren seien, und der psychischen Gesundheitsstörung sei eine diesbezügliche weitere Leistungspflicht jedoch zu verneinen (Urk. 8/I/63, Urk. 2 und Urk. 7).

3.3. Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt, anlässlich der Ereignisse vom 14. August 2002 habe er sich am rechten Knie sowie an der Wirbelsäule verletzt. Dies gehe aus dem Bericht von Dr. G. \_\_\_ vom 13. Juni 2006 hervor. Auch habe Dr. G. \_\_\_ im nämlichen Bericht festgestellt, dass der Beschwerdeführer daneben auch noch an einem gerissenen vorderen Kreuzband und Gonarthrose links leide, was zu einer massiven Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führe. Anlässlich des zweiten Unfalles vom 7. Mai 2004 habe sich der Beschwerdeführer erneut am rechten Knie verletzt, weshalb dieses nunmehr dauerhaft geschädigt sei. Dass auch das linke Knie durch diesen Unfall geschädigt worden sei, habe ein Assistenzarzt der Klinik M. \_\_\_ bestätigt. Auf Druck des Chefarztes habe dieser seine Aussage aber wieder zurückgezogen. Der SUVA-Kreisarzt bagatellisiere die Unfälle. Insbesondere anerkenne er nicht, dass der Beschwerdeführer sich beim Unfall auch den Rücken und das linke Knie geschädigt habe. Aus psychischen Gründen sei der Beschwerdeführer bloss zu 30 % arbeitsfähig. Dies sei sowohl vom Psychiater Dr. J. \_\_\_ wie auch vom Institut für Medizinisch-Psychiatrische Expertensysteme L. \_\_\_, Zürich, festgestellt

worden (Bericht von Dr. J. \_\_\_ zuhanden des Rechtsvertreters vom 9. September 2005 [Urk. 3/7] und Bericht des L. \_\_\_ zuhanden der ZÃ¼rich Versicherung vom 25. Juni 2005 [Urk. 3/4]).

#### 4.ÃÃÃÃÃ

4.1ÃÃÃÃÃ SUVA-Kreisarzt Dr. N. \_\_\_ meinte nach der Untersuchung des BeschwerdefÃ¼hrers am 30. September 2003, aufgrund des prÃsentierten Beschwerdebilds kÃ¶nne am ehesten ein therapierefraktes femoropatellares Schmerzsyndrom vermutet werden (Urk. 8/I/34). Hinweisend dafÃ¼r sei die Umfangdifferenz der Oberschenkelmuskulatur. Ein entsprechendes Korrelat sei jedoch nicht nachweisbar. Es gelte nun, Beschwerdefreiheit herbeizufÃ¼hren, zunÃchst durch entsprechende medikamentÃ¶se Behandlung. Durch die Beigabe eines niedrig dosierten Antidepressivums kÃ¶nne die Schmerzverarbeitung ebenso gÃ¼nstig beeinflusst werden. Zudem sei ein intensives Aufbautraining der Quadrizepssehnenmuskulatur voranzutreiben, um die StabilitÃt am rechten Kniegelenk zu gewÃhrleisten. Ferner seien berufliche Wiedereingliederungsmassnahmen zu prÃfen. Eine TeilarbeitsfÃhigkeit fÃ¼r sitzende oder weitgehend sitzende TÃtigkeiten wÃre dem BeschwerdefÃ¼hrer durchaus zumutbar. Weitere diagnostische insbesondere invasive Massnahmen drÃngten sich zur Zeit nicht auf. Die bereits vorhandenen bildgebenden Mittel zeigten keine unfallrelevanten VerÃnderungen, welche fÃ¼r die Beschwerdesymptomatik verantwortlich gemacht werden kÃ¶nnten. Die vollstÃndige ArbeitsunfÃhigkeit werde vorerst einmal belassen. Sollte eine Steigerung der ArbeitsfÃhigkeit in den nÃchsten sechs Wochen nicht zu erreichen sein, so wÃre eine erneute kreisÃrztliche Untersuchung vorzusehen.

4.2ÃÃÃÃÃ AnlÃsslich der in der Folge durchgefÃ¼hrten kreisÃrztlichen Untersuchung vom 4. Dezember 2003 (Urk. 8/I/42) stellte Dr. X. \_\_\_ beim BeschwerdefÃ¼hrer ein frei bewegliches Knie fest. Jedoch komme es wiederholt zu Blockaden in der Beugung von 40Ã°. Diese liessen sich aber ohne Weiteres lÃ¶sen und seien am ehesten durch Synoviazotten bedingt. Eine Meniskuspathologie erscheine wenig wahrscheinlich. Die Schmerzreaktionen des BeschwerdefÃ¼hrers seien sehr ausgeprÃgt. Da sich das Kniegelenk ohne klinischen Reizzustand zeige, sei diesÃ nicht ohne Weiteres zu erklÃren. Die ArbeitsunfÃhigkeit werde bestÃtigt.

4.3ÃÃÃÃÃ Dres. U. \_\_\_ und V. \_\_\_ gingen in ihrem Bericht vom 3. MÃrz 2004 (Urk. 8/I/48) davon aus, dass der BeschwerdefÃ¼hrer an unklaren Knieschmerzen rechts anteromedial bei einem Status nach Kniearthroskopie und arthrotischer Lavage am 11. Dezember 2002 bei therapieresistenten Knieschmerzen rechts und nach einem Trauma vom 14. August 2002 leide. Dazu fÃ¼hrten sie im Weiteren aus, dass es anhand der klinischen Untersuchung keine Indikation fÃ¼r eine erneute arthroskopische Behandlung gebe. Die Beschwerden seien nicht klar reproduzierbar und es gebe kein klares strukturelles Korrelat, das mit den Schmerzen einhergehe. MÃ¶glicherweise sei eine Zuweisung zu einem Rheumatologen sinnvoll. Dies werde vom BeschwerdefÃ¼hrer auch ausdrÃ¼cklich gewÃ¼nscht. Die ArbeitsfÃhigkeit sei von Dres. AA. \_\_\_ und X. \_\_\_ festzulegen.

4.4ÃÃÃÃÃ Aus dem kreisÃrztlichen Bericht von Dr. X. \_\_\_ vom 13. April 2004 (Urk. 8/I/50) geht hervor, dass der BeschwerdefÃ¼hrer Ã¼ber Dauerschmerzen im rechten Knie, welche sich bei Belastungen noch intensivieren wÃ¼rden, geklagt habe. Bisweilen habe er das GefÃ¼hl, das rechte Knie sei leicht ausgeÃngt. In jÃ¼ngster Zeit habe er auch zunehmend Beschwerden im linken Knie. Vor Kurzem sei von diesem Knie ein MRI

gemacht worden. Zudem habe er Schmerzen im Kreuz, vor allem, wenn er sich vornüber beuge. Zu Hause werde die Atmosphäre zunehmend gespannt. Seine Frau sei den ganzen Tag berufstätig. Im Haushalt mache er wenig. Dr. X.\_\_\_\_ vermochte die diskreten Blockierungserscheinungen, wie sie im Dezember 2003 noch vorhanden gewesen seien, nicht mehr auszulösen. Das Knie sei unauffällig. Der marginal verschlechterten Beugefähigkeit messe er keine Bedeutung bei. Zudem seien beide Knie am 31. März 2004 nochmals mittels MRI abgeklärt worden. Auch so hätten sich keine auffälligen Befunde ergeben. Auf somatischer Ebene könne dem Beschwerdeführer nichts mehr geboten werden. Das rechte Knie zeige keinen Reizzustand und sei gut belastbar. Der Beschwerdeführer könne einbeinig rechts humpfen. Es seien weder muskuläre noch wesentliche anatomische Defizite vorhanden. Hinsichtlich der nunmehr geklagten Beschwerden im linken Knie sei die Klinik im MRI unauffällig. Auch bezüglich der vermehrten Rückenbeschwerden bestehe eine unauffällige Situation, weshalb keine Indikation für bildgebende Abklärungen gegeben sei. Zudem seien die Knie- und Rückenbeschwerden als unfallfremd zu bezeichnen. Rein aufgrund des Befundes am rechten Knie sei eine Arbeitsfähigkeit in naher Zukunft zu postulieren. Um die ganze Entwicklung besser zu verstehen, könne eine psychiatrische Einschätzung hilfreich sein. Da die Situation daher noch nicht ganz geklärt sei, werde die Arbeitsunfähigkeit bestätigt.

4.5. Prof. G.\_\_\_\_ diagnostizierte in seinem Bericht vom 8. Mai 2004 (Urk. 8/II/2) aufgrund der Befunderhebungen anlässlich der an diesem Tag durchgeführten Arthroskopie am rechten Knie des Beschwerdeführers eine rezidivierende Distorsion, je eine alte Verletzung des vorderen sowie des mittleren Kreuzbandes, eine anterolaterale Instabilität, eine Chondromalazie am mittleren und seitlichen Tibiaplateau und eine chronische Synovitis sowie eine Gonarthrose zweiten Grades.

4.6. Der Psychiater Dr. J.\_\_\_\_ stellte in seinem Bericht vom 28. Mai 2004 (Urk. 8/I/53) fest, dass der Beschwerdeführer an einer mittelgradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom bei einer sensitiven Persönlichkeitsstruktur mit einem Schmerzsyndrom nach (erneutem) Kniegelenkstrauma rechts leide. Beim Beschwerdeführer seien Zeichen einer unklaren Fixierung vorhanden. Das bedeute, dass Symptome einer körperlichen Krankheit oder Unfallfolgen durch psychische Vorgänge - Konflikte, Ansprüche, Anliegen - verstärkt oder aufrechterhalten würden. Dem Beschwerdeführer sei die Verwertung seiner Arbeitsfähigkeit nur im geringen Masse (oder überhaupt nicht) zumutbar. Durch medizinische Massnahmen sei die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit vermutlich nicht zu verbessern. Die therapeutischen Möglichkeiten seien erschöpft. Es erscheine sinnvoll, nach einer alternativen, leichten und teilzeitlichen Tätigkeit zu suchen.

4.7. Aus dem Bericht von Dr. H.\_\_\_\_ an Dr. C.\_\_\_\_ vom 9. Juni 2004 (Urk. 8/II/9) über das MRI des linken Knies vom 8. Juni 2004 geht hervor, dass er keine Hinweise für eine signifikante Kniebandläsion bei weitgehend unauffälligen Verhältnissen finden konnte. Am medialen Kompartiment seien leichte Meniskusveränderungen, jedoch keine Rissbildungen vorhanden. Das Seitenband sei schlank und durchgängig. Der Knorpelüberzug sei intakt und die ossären Verhältnisse regelrecht. Am lateralen Kompartiment seien nur unauffällige Verhältnisse vorhanden. Interkondylär bestehe ein leicht erhöhtes Signal des vorderen Kreuzbandes, welches insgesamt jedoch durchgängig sei. Das hintere Kreuzband sei schlank und durchgängig.

Femoro-patellär sei keine wesentliche Ergussbildung vorhanden und der retropatelläre Knorpel sei intakt. Eine Bakerzyste sei nicht vorhanden.

4.8. In seiner ärztlichen Beurteilung vom 25. Juni 2004 nahm SUVA-Kreisarzt Dr. X. Stellung zu den vom Beschwerdeführer eingereichten Videoaufnahmen der Arthroskopie des rechten Knies vom 8. Mai 2004 (Urk. 8/I/55). Zusammenfassend führte er darin aus, dass maximal eine zweigradige Chondromalazie an beiden Tibiaplateaus und eine erstgradige am Femurkondylus vorhanden sei. Die Patella und der laterale Kondylus wiesen einen schmalen Knorpel auf. Die Menisken seien intakt. Die Insertion des vorderen Kreuzbandes sei proximal gelockert, das Band selber aber mit kräftigen Strukturen erhalten. Die im Bericht von Prof. G. erwähnten Osteophyten medial an den Kondylen seien nicht so ausgeprägt, dass sie das vordere Kreuzband gefährdeten. Die Chondromalazie schätze er aufgrund der Videoaufnahme einen Grad tiefer als Prof. G.. Die Diagnose einer Gonarthrose dürfte nicht gestellt werden, vielmehr handle es sich lediglich um eine Chondromalazie zweiten Grades. Klinisch sei eine lockere Gelenksführung bekannt, was sich auch bei Testung unter Narkose zeige. Im April 2004 sei die klinische Situation günstig gewesen. Die arthroskopisch gefundenen Veränderungen seien damit kompatibel. Theoretisch könne eine leicht verminderte Belastbarkeit des rechten Knies postuliert werden. Diese Einschränkung beziehe sich aber auf den Bereich von sportlichen Höchstleistungen und weniger auf denjenigen einer belastenden beruflichen Tätigkeit. In Anbetracht der klinisch günstigen Situation erscheine eine Arbeit als Elektromonteur im Bereich des Möglichen. Sehr ungünstig sei die psychiatrische Situation. Aus rein somatischer Sicht beurteile er den Beschwerdeführer für vollstündig arbeitsfähig, würde aber empfehlen, während eines Monats noch von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Angesichts der psychischen Situation sei dies aber nicht durchzusetzen. Eine Weiterbehandlung auf somatischer Ebene dränge sich nicht auf. Die Prognose sei offen. Zu erwähnen sei, dass sich der Beschwerdeführer am 7. Mai 2004 nochmals eine Distorsion des rechten Knies zugezogen habe. Anlässlich der am nächsten Tag durchgeführten Arthroskopie seien aber weder eine frische Läsion noch ein Hämatros ersichtlich gewesen. Es sei daher nicht anzunehmen, dass die erneute Distorsion des rechten Knies eine wesentliche Verletzung bewirkt habe.

4.9. Im Bericht vom 31. August 2004, welcher vom Beschwerdeführer ebenfalls im Rahmen des Einspracheverfahrens eingereicht wurde (Urk. 8/I/65), hielt Prof. G. an seinen anlässlich der Arthroskopie vom 8. Mai 2004 gestellten Diagnosen fest. Im Weiteren führte er hinsichtlich des Zustandes des rechten Knies des Beschwerdeführers aus, dass der postoperative Verlauf ordentlich sei, die Eingangswunde und das Knie seien ohne Auslässe. Der Beschwerdeführer beklagte sich aber über Schmerzen und ein Instabilitäts- und Überwärmungsgefühl. Die Beschwerden seien ausgeprägt beim Laufen und Stehen, beim Laufen über Treppen, bei der Belastung des rechten Knies und beim Sitzen. Von Zeit zu Zeit könne er überhaupt nicht gehen. Das rechte Knie weise einen ausgeprägteren Valgus ( $3^{\circ}$  bis  $5^{\circ}$ ) als das linke auf. In Bewegung seien am rechten Knie umfangreiche und schmerzhaftes Krepitationen feststellbar. Zudem weise es eine Hypertrophie auf und sei eine Hypotonie des Unterschenkels vorhanden. Der Schubladen- und der Lachmantest seien zweifach und der Pivot-Shift-Test einfach positiv. Zudem bestehe ein mediales Defizit. Diese Befunde würden eine frühere Verletzung des vorderen und des medialen kolateralen

Kreuzbandes als Folgen des Unfalles vom 14. August 2002 bestÄtigen. Der BeschwerdefÄhrer brauche regelmÄssig Physiotherapie und kÄnne nicht mehr lÄnger als eine halbe Stunde Stehen oder Gehen. Auch grÄssere Belastungen des rechten Knies, insbesondere Treppen- und Leiternsteigen, seien ihm nicht mehr mÄglich. Die Arbeits- und LeistungsfÄhigkeit des BeschwerdefÄhrers seien stark eingeschrÄnkt.

4.10Ä Ä Aus dem mit der Einsprache vom 23. September 2004 (Urk. 8/I/65) eingereichten Bericht von Dr. Q.\_\_\_\_ vom 23. August 2004 geht hervor, dass der BeschwerdefÄhrer an einem chronischen Reizknie rechts bei diskreter anteromedialer InstabilitÄt nach einer Zerrung und partieller Ruptur des vorderen Kreuzbandes sowie medialen Seitenbandes, einer Chondromalattia medial und lateral sowie an der lateralen Tibia, einer beginnenden Gonarthrose sowie einem Status nach einer Kniearthroskopie vom 11. Dezember 2002 sowie vom 8. Mai 2004 leidet. Die anÄsslich der Arthroskopie vom 8. Mai 2004 beschriebene beginnende Gonarthrose dÄrfte als SpÄtfolge des Unfalles vom August 2002 zu qualifizieren sein. Der BeschwerdefÄhrer sei in seiner beruflichen TÄtigkeit als Elektromonteur durch seine Knieschmerzen reduziert belastbar. Dies gelte insbesondere fÄr Arbeiten auf unebenem GelÄnde oder auf einer Leiter.

4.11Ä Ä GemÄss Bericht von PD Dr. CC.\_\_\_\_ vom 26. November 2004 (Urk. 8/I/77) leidet der BeschwerdefÄhrer hinsichtlich der HalswirbelsÄule (HWS) an degenerativen VerÄnderungen. AuffÄllig seien vor allem die deutliche Osteochondrose, die Uncarthrose, die Spondylarthrose sowie die Protrusion auf der HÄhe C6/C7. Zudem bestÄnden Chondrosen C3/C4 und C5/C6 sowie eine zirkulÄre Protrusion C5/C6. Eine fokale Hernie sei nicht vorhanden. In Bezug auf die LendenwirbelsÄule (LWS) weise der BeschwerdefÄhrer geringe Osteochondrosen auf der HÄhe L4/L5 und L5/S1, zirkulÄre Protrusionen auf der HÄhe L4/L5 und L5/S1 auf. Zudem seien kleine fokale Diskushernien L5/S1 median und paramedian beidseits sowie sehr kleine fokale Hernien median auf der HÄhe L4/L5 vorhanden. Beide Hernien wiesen keine Wurzelkompression auf. Der Spinalkanal sei nicht eng.

4.12Ä Ä Aus dem Bericht vom Prof. G.\_\_\_\_ vom 28. Dezember 2004 (Urk. 8/I/73) geht hervor, dass ihn der BeschwerdefÄhrer wegen Beschwerden im linken Knie aufgesucht hatte. Er habe Äber eine InstabilitÄt und eine Erschwerung beim Gehen geklagt. Die Schmerzen im linken Knie bestÄnden seit dem Unfall vom 7. Mai 2004 und hÄtten sich in den letzten Monaten verstÄrkt. Aufgrund der klinischen und bildgebenden (MRI vom 8. Juni 2004) Befunderhebung erstellte Prof. G.\_\_\_\_ die Diagnose eines Status' nach einer Distorsion des linken Knies bei einer Verletzung des medialen Meniskus' und des vorderen Kreuzbandes sowie einer Äberdehnung des hinteren Kreuzbandes.

4.13Ä Ä AnÄsslich der Arthroskopie des linken Knies des BeschwerdefÄhrers vom 22. Januar 2005 stellte Prof. G.\_\_\_\_ fest, dass der Lachmann-, der Valgus-Stress-, der Schublade- und der Pivot-Shift-Test einfach positiv waren (Urk. 8/I/74). Vor dem Kreuzband sei ein alter vollstÄndiger Unterbruch vorhanden. Es bestehe nur noch eine femorale Verbindung mit der sinovialen HÄlle. Bei der Testung habe keine ligamentÄre Struktur festgestellt werden kÄnnen. Im hinteren Horn des lateralen Meniskus sei ein Bruch festzustellen.

4.14Ä Ä Dr. med. Dr. phil. K.\_\_\_\_, Facharzt FMH fÄr Psychiatrie und Psychotherapie, forensisch-versicherungsmedizinische Psychiatrie, klinisch-neurokognitive Leistungsdiagnostik, L.\_\_\_\_, diagnostizierte in seinem Teilgutachten zur Evaluation des

neuropsychischen Funktionspotentials zuhanden der Zürich Versicherungsgesellschaft vom 25. Juni 2005 (Urk. 3/4) eine prolongierte gemischte Anpassungsstörung mit Störung der Gefühle und des Sozialverhaltens (F43.25) und eine andauernde Persönlichkeitsveränderung nach psychischer Erkrankung (F62.1). Bei einem gesicherten Ausschluss von hauptsächlich organisch bedingten Krankheitsfaktoren könne differentialdiagnostisch auch von einer anhaltenden somatoformen (undifferenzierten) Schmerzverarbeitungsstörung (F45.4) ausgegangen werden. Zudem bestehe beim Beschwerdeführer auch eine relevante Störung der Aufmerksamkeit sowie der Konzentrationsleistung unter Arbeitsbelastung. Sein Arbeitstempo sei deutlich vermindert. Dies sei vereinbar mit einer relevanten, "unspezifischen neuronalen, multimodalen Netzwerkdysfunktion", welche im Ausprägungsgrad vergleichbar mit einer "mittelschweren depressiven Episode" sei. Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit kam Dr. K.\_\_\_\_ zum Schluss, dass der Beschwerdeführer langfristig 70 % bis 80 % arbeitsunfähig sei, sehr wahrscheinlich sei eine Arbeitsfähigkeit von 20 % bis 30 %. Berufliche Massnahmen seien nicht zweckmässig.

4.15. Der Psychiater Dr. J.\_\_\_\_ gab in seinem Bericht zuhanden des Rechtsvertreters des Versicherten vom 9. September 2005 (Urk. 3/7) dieselben Diagnosen wie in seinem Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 28. Mai 2004 (Urk. 8/I/53) an. Dazu führte er erläuternd aus, dank der psychopharmako- und psychotherapeutischen Bemühungen habe eine weitere Verschlechterung verhindert und eine gewisse Stabilisierung erreicht werden können. Die chronischen körperlichen Beschwerden, insbesondere die Schmerzsyndrome, bewirkten unter anderem eine Chronifizierung (zeitweise) sowie eine Verschlechterung der psychischen Beschwerden. Aus psychiatrischer Sicht würden gegenwärtig weitere Bemühungen daran scheitern, dass die Schmerzen persistierten und die versicherungsrechtlichen Fragen noch pendent seien. Dr. J.\_\_\_\_ beurteilte den Beschwerdeführer höchstens für 30 % arbeitsfähig. Zur Begründung führte er dasselbe wie bereits im Mai 2004 an (Urk. 8/I/53).

4.16. In seinem Bericht vom 13. September 2005 (Urk. 8/I/89) hat Prof. G.\_\_\_\_ hinsichtlich der beiden Knie an den bereits in anderen Berichten gestellten Diagnosen festgehalten. Zusätzlich dazu diagnostizierte er beim Beschwerdeführer in Bezug auf dessen Wirbelsäule dieselben Krankheitsbilder wie Dr. CC.\_\_\_\_ (Urk. 8/I/77). Im Weiteren führte er darin aus, dass sämtliche Beschwerden in beiden Knien sowie der Wirbelsäule als Folgen der Unfälle vom 14. August 2002 und vom 7. Mai 2004 zu qualifizieren seien. Die Arbeits- und Erwerbstätigkeit des Beschwerdeführers seien schwer eingeschränkt. Schwere Arbeiten, bei welcher er mehr als fünf Kilogramm tragen müsse, seien ihm nicht mehr zumutbar. Im Weiteren könne er weder Treppensteigen noch auf steilen Ebenen gehen. Ebenso wenig sei ihm langes Sitzen möglich. Er benötige stets Medikamente und Physiotherapie.

4.17. Laut Dr. med. C.\_\_\_\_, FMH Allgemeine Medizin, Oberengstringen, (Bericht vom 23. September 2005, Urk. 3/6) hat der Beschwerdeführer am 14. August 2002 einen Sturz von einer Leiter erlitten. Dabei habe er sich Verletzungen am rechten Knie zugezogen. Ebenso sei er mit dem Rücken aufgeschlagen. Trotz mehreren Behandlungen und Interventionen habe sich sein Zustand überhaupt nicht gebessert. Am 7. Mai 2004 sei der Beschwerdeführer eine Treppe hinunter gestürzt. Dabei habe er sich abermals am rechten und auch am linken Knie verletzt. Der Beschwerdeführer leide nunmehr an einer alten Läsion im rechten Knie mit Instabilität und einer Chondromalatie des lateralen

und medialen Kondylus Tibiae, einer chronischen Synovitis und einer Gonarthrose. Ebenso bestanden beim Beschwerdeführer Diskusprotrusionen C6/C7, L3/L4, L4/L5 und L5/S1 mit Spondylose, Spondylarthrose und Unkarthrose, am linken Knie eine vordere Kreuzbandläsion und eine Hinterhornmeniskusläsion sowie eine Gonarthrose.

4.18. In seinem Bericht vom 13. Juni 2006 (Urk. 3/2) hat Prof. G. \_\_\_ sowohl hinsichtlich der Diagnosen und Befunderhebungen als auch in Bezug auf seine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit an seinen Ausführungen gemäss Bericht vom 13. September 2005 (Urk. 8/I/89) festgehalten.

4.19. Hinsichtlich der Wirbelsäule hat Prof. G. \_\_\_ in einem weiteren Bericht vom 13. Juni 2006 (Urk. 3/3) angegeben, die Beschwerden im Bereich der Lendenwirbelsäule hätten sich seit einem Jahr und insbesondere seit drei Monaten verstärkt. Die Schmerzen seien seit dem Unfall vom 14. August 2002 vorhanden und würden bis in die Beine ausstrahlen, mehr ins linke als ins rechte. Daraus ergäben sich Störungen beim Gehen und Stehen sowie auch beim Versuch, die Wirbelsäule zu belasten. Der Beschwerdeführer klagt zudem über eine Schwäche in den Füssen, ausgeprägter im linken als im rechten. Er könne nicht länger in der gleichen Position sitzen und habe Mühe mit dem Aufstehen. Die Beschwerden im Kreuz hätten nach dem Unfall vom 14. August 2002 begonnen. Durch klinische Untersuchungen sei denn auch eine Verletzung der Wirbelsäule festgestellt worden. Jedoch seien keine Bildaufnahmen gemacht worden. Mit der Zeit hätten sich die Schmerzen verstärkt, und seit letztem Jahr, insbesondere seit drei Monaten habe sich die Situation verschlechtert. Der erhobene Befund sei Folge des Unfalles vom 14. August 2002.

4.20. Dr. med. O. \_\_\_, Facharzt für Neurologie, Schweizerische Gesellschaft für klinische Neurologie (SGKN), hat in seinem Bericht vom 9. Juli 2007 (Urk. 20) zuhanden von Dr. P. \_\_\_, "\_\_\_", angegeben, dass der Beschwerdeführer an einem chronifizierten, sensomotorischen, axonalen und demyelinisierenden Reiz- und Ausfallsyndrom L5 links, einer Läsion der Wurzel S1 rechts, bilateralen Zervicobrachialgien, Kopfschmerzen vom Drucktyp mit Übergang zu einer Migräne, rezidivierenden Drehschwindelattacken und rezidivierenden Stürzen mit Bewusstlosigkeit sowie einer Depression leidet.

4.21. Gemäss dem Bericht von Dr. Q. \_\_\_ vom 6. August 2007 (Urk. 19) steht der Beschwerdeführer wegen seiner Unfall- und Rheumaleiden seit 2004 bei ihr in Behandlung. Sie stellte bei ihm folgende Diagnosen:

- Chronisches Reizknie rechts bei anteromedialer Instabilität nach Zerrung und partieller Ruptur des vorderen Kreuzbandes und medialen Seitenbandes, Chondromalazia medial und lateral, Gonarthrose, Status nach Arthroskopie 2002 und 2004

- Gonarthrose links bei lateraler Instabilität und Status nach lateraler Menishektomie 2005

- Chronisches sensomotorisches Reiz- und Ausfallsyndrom L5 links bei Oestochondrosen L4/S1, Discushernie L5/S1 sowie L4/5, elektromyographische Läsion der Wurzel S1 rechts

- Chronisches cervicospondylogenes Syndrom bei degenerativen Veränderungen der HWS, deutliche Osteochondrosen, Unkarthrose, Spondylarthrose und Protrusion C6/7 sowie C5/6, intermittierend cervicoradikuläres Reizsyndrom C7 links, Foraminalstenose C6/7

-Â Kopfschmerzen vom Drucktyp mit Âbergang zu einer Migräne

-Â Rezidivierender Drehschwindel mit Stürzen

-Â Depressive Entwicklung".

Â Â Â Â Â Â Â Â In letzter Zeit seien immer öfter Schwindelattacken mit wiederholten Stürzen aufgetreten, wobei eine Epilepsie ausgeschlossen worden sei. Er fühle sich unsicher und klage über Orientierungsprobleme nach den Schwindelattacken sowie zunehmende Kopfschmerzen, die tagelang anhielten. In Anbetracht der gesamten Situation ging Dr. Q. davon aus, dass der Beschwerdeführer in einer adaptierten Tätigkeit ohne Belastung der unteren Extremitäten sowie des Rückens für 40 % arbeitsfähig sei. Demnach sei der Beschwerdeführer zu 60 % invalid.

4.22 Â Â Dr. P. ging in ihrem Bericht vom 31. August 2007 an den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers (Urk. 25) im Wesentlichen von denselben Diagnosen wie Dr. Q. (Urk. 19) aus. Dazu führte sie aus, dass der Beschwerdeführer am 14. August 2002 einen Arbeitsunfall erlitten habe, als er von einer Leiter gestürzt sei. Dabei habe er sich am Rücken und am rechten Knie Verletzungen zugezogen. Seitdem habe er chronisch zunehmende Rückenschmerzen mit funktionellen Ausfällen. Das rechte Kniegelenk sei schon drei Mal operativ und arthroskopisch behandelt worden. Am 7. Mai 2004 habe der Beschwerdeführer einen weiteren Unfall erlitten und sich dabei eine Verletzung am linken Knie zugezogen, welche arthroskopisch behandelt worden sei. Der Beschwerdeführer sei seit dem 14. August 2002 arbeitsunfähig und in kontinuierlicher ärztlicher Behandlung. Die bestehenden ausgeprägten Beschwerden ständen im Zusammenhang mit den Unfällen aus dem Jahre 2002 und 2004. Infolgedessen leide der Beschwerdeführer heute unter funktionellen Einschränkungen.

Â

## E. 5

5.1 Â Â Â Â Betreffend die somatischen Beschwerden ist zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin sich zu Recht auf die Einschätzungen des SUVA-Kreisarztes Dr. X. vom 13. April 2004 (Urk. 8/I/50) und vom 25. Juni 2004 (Urk. 8/I/55) gestützt hat sowie entsprechend davon ausging, dass beim Beschwerdeführer per 1. September 2004 nur noch eine leicht verminderte Belastbarkeit des rechten Knies besteht, welche sich höchstens im Bereich von sportlichen Höchstleistungen, weniger aber bei belastender beruflicher Tätigkeit auswirkt, mithin der status quo sine erreicht war.

Â Â Â Â Â Â Â Â SUVA-Kreisarzt Dr. X. äusserte sich in seinen Berichten vom 13. April und 25. Juni 2004 umfassend zur Kausalität der Unfälle vom 14. August 2002 und vom 7. Mai 2004 in Bezug auf die beim Beschwerdeführer vorhandene Beschwerdesituation an beiden Knien sowie der Wirbelsäule (Urk. 8/I/50 S. 3 f. und Urk. 8/I/55). Insbesondere derjenige vom 13. April 2004 beruht auf seiner eingehenden klinischen Untersuchung (Urk. 8/I/50 S. 2 f.) und berücksichtigt die geklagten Beschwerden (Urk. 8/I/50 S. 1 f.). Beide Berichte ergingen in Kenntnis und Übereinstimmung sämtlicher relevanter Akten (Urk. 8/I/50 S. 3 f. und Urk. 8/I/55). Die Einschätzungen von Dr. X. leuchten im Weiteren in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein und enthalten begründete Schlussfolgerungen (Urk. 8/I/50 S. 3 f.). Damit sind sie grundsätzlich als taugliche Beweismittel zu qualifizieren. Im Folgenden ist nun zu prüfen, ob die



Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nicht erstellen, dass der Beschwerdeführer anlässlich des Unfalles vom 14. August 2002 einen Riss am rechten vorderen Kreuzband erlitten hat.

Im Weiteren kann - entgegen der Vorbringen des Beschwerdeführers (Urk. 1) - die Diagnose einer Gonarthrose rechts nicht als erstellt gelten. Zum einen kann den Berichten von Prof. G.\_\_\_\_ vom 8. Mai 2005 (Urk. 8/I/65) und vom 31. August 2004 (Urk. 8/I/65) nicht entnommen werden, auf welche Befunde er seine Diagnose stützt. Zum anderen steht seiner Einschätzung diejenige von Dr. Y.\_\_\_\_ entgegen, welcher im Rahmen der Untersuchung des rechten Knies des Beschwerdeführers Ende März 2004 mittels MRI nicht einmal eine beginnende arthrotische Veränderung festzustellen vermochte (Urk. 8/I/46). Vor diesem Hintergrund ist auch die Einschätzung von SUVA-Kreisarzt Dr. X.\_\_\_\_, welcher in seiner Stellungnahme vom 25. Juni 2004 über die Videoaufnahme der Arthroskopie vom 8. Mai 2004 (Urk. 8/I/55) die von Prof. G.\_\_\_\_ gestellte Diagnose einer Gonarthrose rechts ausdrücklich verworfen hat, nachvollziehbar. Gemäss diesem Arzt sind maximal eine zweitgradige Chondromalazie beider Tibiaplateaus und eine erstgradige am medialen Femurkondylus sowie eine proximal gelockerte Insertion des vorderen Kreuzbandes vorhanden. Die Patella und der laterale Kondylus zeigten schne Knorpel. Dass beim Beschwerdeführer unter anderen eine Chondromalazie am medialen und lateralen Kondylus vorhanden ist, entspricht denn auch der Meinung von Prof. G.\_\_\_\_. Auch wenn die vom Beschwerdeführer im Rahmen des vorliegenden Beschwerdeverfahrens eingereichten Arztberichte allesamt vom Vorliegen einer Gonarthrose rechts ausgingen (Urk. 3/6, Urk. 19 und Urk. 25), ändert dies nichts am Umstand, dass bis zum vorliegend relevanten Zeitpunkt des Erlasses des Einspracheentscheides am 28. April 2006, bis zu welchem Veränderungen des Sachverhalts noch zu berücksichtigen sind (BGE 130 V 140 Erw. 2.1 mit Hinweis), die Diagnose einer Gonarthrose rechts nicht als erstellt gelten kann. Denn so können die genannten nachgereichten Berichte - gleich wie diejenigen von Prof. G.\_\_\_\_ - nicht als beweistauglich bezeichnet werden. Insbesondere fehlen ihnen Angaben über Befunderhebungen, welche die gestellte Diagnose nachvollziehbar erscheinen liessen.

Zusammenfassend ist demnach davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer anlässlich des Unfalles vom 14. August 2002 keine vordere Kreuzbandruptur am rechten Knie, sondern höchstens eine entsprechende Zerrung erlitten und sich in der Zwischenzeit auch keine Gonarthrose rechts gebildet hat. Da Prof. G.\_\_\_\_ in seinem Bericht über die Arthroskopie des rechten Knies vom 8. Mai 2004 (Urk. 8/II/2) nicht angibt, dass sich der Beschwerdeführer durch die Ereignisse vom 7. Mai 2004 eine frische Läsion am rechten Knie zugezogen habe, und auch er kein Hämarthros vorgefunden hat, ist die Schlussfolgerung in der Stellungnahme von SUVA-Kreisarzt Dr. X.\_\_\_\_ vom 25. Juni 2004, wonach die erneute Distorsion des rechten Knies keine wesentliche Verletzung verursacht hat (Urk. 8/I/55), schlüssig und nachvollziehbar.

Nach dem Gesagten ist demnach gestützt auf den Bericht von SUVA-Kreisarzt Dr. X.\_\_\_\_ vom 25. Juni 2004 (Urk. 8/I/55) davon auszugehen, dass die vom Beschwerdeführer über den 31. August 2004 hinaus geklagten Beschwerden am rechten Knie mit den arthroskopisch und damit den objektiv erhobenen Veränderungen (Chondromalazie zweiten Grades an beiden Tibiaplateaus und Chondromalazie ersten Grades am Femurkondylus sowie proximal gelockerte Insertion des vorderen Kreuzbandes) nicht erklärt werden können, diese mithin nicht in einem überwiegend

wahrscheinlichen Kausalzusammenhang zu den Unfällen vom 14. August 2002 sowie vom 7. Mai 2004 stehen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Vor diesem Hintergrund erscheint denn auch die kreisärztliche Einschätzung über die beim Beschwerdeführer noch vorhandene Arbeitsfähigkeit vom 25. Juni 2004, wonach die klinische Situation vom April 2004 mit den arthroskopisch gefundenen Veränderungen kompatibel und der Beschwerdeführer daher in seiner anstammten Tätigkeit als Elektromonteur vollumfänglich arbeitsfähig ist (Urk. 8/I/55 S. 2), schlüssig und nachvollziehbar. So hat der Beschwerdeführer gemäß den Angaben seines Arbeitgebers vornehmlich Installationen (Steckdosen, Lichtanschlüsse etc.), Spitz-, Fräs- und Bohrarbeiten sowie Kabeltrasse- und Kabeleinziehmontagen zu verrichten. Diese Arbeiten arbe er etwa zu 80 % im Stehen aus. Die restliche Zeit arbeite der Beschwerdeführer im Gehen. Kniende Arbeiten habe er nur selten auszuführen. Er müsse Gewichte bis 10 Kilogramm und nur selten solche bis zu 50 Kilogramm heben und tragen (Urk. 8/I/14). Ein solches Stellenprofil ist nicht mit sportlichen Höchstleistungen zu vergleichen, für welche Dr. X. beim Beschwerdeführer eine leicht verminderte Belastbarkeit postuliert, weshalb davon auszugehen ist, dass der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit als Elektromonteur bei der A. AG, Zürich, nach wie vor vollumfänglich arbeitsfähig ist. Anzumerken ist, dass der Orthopäde Dr. F. aufgrund seiner arthroskopischen Befunderhebung bereits schon im Juni 2003 zum gleichen Schluss gekommen ist (Urk. 8/I/26).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Auf die anderweitigen Einschätzungen von Prof. G. vom 31. August 2004 (Urk. 8/I/65) und vom 13. September 2005 (Urk. 8/I/89) sowie diejenige von Dr. Q. vom 23. August 2004 (Urk. 3/5) und vom 6. August 2007 (Urk. 19), wonach der Beschwerdeführer unter anderem durch die Beeinträchtigungen am rechten Knie in seiner Arbeits- und Leistungsfähigkeit dauerhaft eingeschränkt ist, ist nicht abzustellen. Dies zum einen deshalb, weil beide von falschen Diagnose einer Gonarthrose beziehungsweise einer Ruptur des vorderen Kreuzbandes ausgehen. Zum anderen enthalten sie auch keine neuen Erkenntnisse, wodurch die Einschätzung des SUVA-Kreisarztes in Frage zu stellen wäre. Im Weiteren ist insbesondere den Berichten von Dr. Q. neben den Angaben zur Arbeitsunfähigkeit einzig eine Beschreibung der geklagten Beschwerden und damit keine Ausführungen zu den eigenen Befunderhebungen zu entnehmen, weshalb sie nicht als beweistauglich zu qualifizieren sind. Ferner ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen ist, dass behandelnde Spezialärzte gleich wie Hausärzte im Hinblick auf ihre Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen und deren Berichte daher mit Zurückhaltung zu würdigen sind (BGE 125 V 353 Erw. 3b/cc und Urteil des EVG in Sachen J. vom 12. Juli 2004, I 80/04, mit Hinweis).

5.3 Ä Ä Ä Strittig ist im Weiteren, ob die Beschwerden am linken Knie sowie an der Wirbelsäule mit den Unfällen vom 14. August 2002 beziehungsweise vom 7. Mai 2004 in einem ursächlichen Zusammenhang stehen.

5.3.1 Ä Zur Begründung der Unfallkausalität zwischen den Wirbelsäulenbeschwerden und dem Unfall vom 14. August 2002 führte der Beschwerdeführer in der Beschwerde zum Unfallhergang aus (Urk. 1 S. 3): "Er fiel ca. 2.5 Meter von der Leiter hinunter, drehte sich und verletzte dabei das rechte Knie und die Wirbelsäule". Der Beschwerdeführer habe beim Sturz den ganzen Körper gedreht, was für die Beschädigung der Wirbelsäule genügt habe. Aus den eingereichten

Skizzen zum Unfallhergang (Urk. 3/1) geht hervor und steht in Übereinstimmung mit den Angaben in der Beschwerde, dass der Beschwerdeführer sich beim Sturz von der Leiter an einem oberhalb des Podestes befestigten Kabeltrasse festhalten und damit einen Aufprall auf den Boden habe verhindern können. Dass sich der Beschwerdeführer durch das Festhalten am Kabeltrasse beziehungsweise durch die damit einhergehende seitlich schwingende Drehbewegung des Rumpfes an der Wirbelsäule verletzt haben soll, ist mangels entsprechender Angaben in den echtzeitlichen Akten unwahrscheinlich. So findet sich in diesen Akten nirgends eine so detaillierte Unfallbeschreibung, weshalb nur schon aus diesem Grund nicht davon auszugehen ist, dass sich der Beschwerdeführer dadurch die nunmehr geltend gemachten Wirbelsäulenbeschwerden zugezogen hat. Andernfalls wäre doch zu erwarten gewesen, dass er unmittelbar nach dem Unfall Rückenschmerzen angegeben hätte, was er aber offenbar nicht getan hat. Vielmehr hat er einzig über Schmerzen im rechten Knie geklagt, und beschränkten sich denn auch die durchgeführten Untersuchungen sowie Therapien einzig auf die Beschwerdesituation am rechten Knie (Urk. 8/I/1 und Urk.8/I/2-41). Erst anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung vom 4. Dezember 2003 hat der Beschwerdeführer über Schmerzen in der Wirbelsäule geklagt (Urk. 8/I/42). Jedoch ging Dr. X.\_\_\_\_ weder am 4. Dezember 2003 noch am 13. April 2004 (Urk. 8/I/50) davon aus, dass diese mit dem Unfall vom 14. August 2002 in Zusammenhang stehen könnten. Dieser Schluss ist nur schon aufgrund der vorliegenden Latenzzeit von mehr als einem Jahr nachvollziehbar und wird sowohl durch die Angaben des Beschwerdeführers, welcher erst im Dezember 2003 über stetig zunehmende Schmerzen in der Wirbelsäule geklagt hat (Urk. 8/I/43 S. 1), als auch die bildgebenden Befunderhebungen vom November 2004 gestützt. So gingen sowohl Dr. CC.\_\_\_\_ als auch Dr. Q.\_\_\_\_ und Dr. P.\_\_\_\_ davon aus, dass die Veränderungen an der Wirbelsäule degenerativen Ursprungs sind (Urk. 8/I/77, Urk. 19 und Urk. 25), womit eine unfallbedingte Ursache ausgeschlossen ist. Auch wenn Prof. G.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 13. Juni 2006 (Urk. 3/3) den Befund im Bereich der Lendenwirbelsäule des Beschwerdeführers einzig als Folge des Unfalles vom 14. August 2002 qualifizierte, ist auf dessen Einschätzung mangels schlüssiger Begründung, weshalb der Beschwerdeführer nicht bereits im August 2002 über entsprechende Beschwerden geklagt hat, nicht abzustellen. Dies zumal von der medizinischen Erfahrungstatsache im Bereich des Unfallversicherungsrechts auszugehen ist, 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 ein Bandscheibenvorfall 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 aufgetreten sind (Urteil des EVG vom 12. Februar 2004 in Sachen E., U 185/03; RKUV 2000 Nr. U 378 S. 190 und Nr. U 379 S. 192; vgl. auch Debrunner/Ramseier, Die Begutachtung von Rückenschäden, Bern 1990, S. 54 ff., insbesondere S. 56; Baur/Nigst, Versicherungsmedizin, 2. Aufl., Bern 1985, S. 162 ff.; Mollowitz, Der Unfallmann, 11. Aufl., Berlin 1993, S. 164 ff.). Ein Unfall ist somit nur in Ausnahmefällen geeignet, eine Bandscheibenverletzung hervorzurufen, zumal eine gesunde Bandscheibe derart widerstandsfähig ist, dass unter Gewalteinwirkung eher die Wirbelknochen brechen, als dass die Bandscheibe verletzt würde (Urteile des EVG vom 13. Juni 2005 in Sachen F., U 441/04, Erw. 3.1, und vom 3. Januar 2005 in Sachen K., U 332/03, Erw. 2 mit Hinweis).

Bezüglich der Verschlimmerung eines vorbestehenden Gesundheitsschadens gilt dasselbe, was dazu führt, dass eine Unfallkausalität nur ausnahmsweise und insbesondere nur dann in Frage kommt, wenn der Unfall auch geeignet gewesen wäre, eine gesunde Bandscheibe zu verletzen (Urteil des EVG vom 13. Juni 2005 in Sachen F., U 441/04, Erw. 3.1 in fine; zum Ganzen vgl. Urteil des EVG vom 3. Oktober 2005 in Sachen R., U 163/05, Erw. 3.1, und Urteil des EVG vom 6. September 2006 in Sachen Z., U 3/06, Erw. 1.2 mit Hinweisen).

Im Weiteren ist auch nicht davon auszugehen, dass die Beschwerdesituation an der Wirbelsäule durch den zweiten Unfall vom 7. Mai 2004 verursacht oder verschlimmert wurde. Nur schon der vom Beschwerdeführer geschilderte Unfallhergang, wonach ihm beim Hinuntersteigen der Treppe das rechte Knie blockiert und er in der Folge darauf gestürzt sei, lässt diesen Schluss nicht zu (Urk. 8/II/2 und Urk. 8/II/3). Ebenso liess sich der Beschwerdeführer am Unfalltag sowie am Tag danach von Prof. G. \_\_\_ einzig am rechten Knie untersuchen und stellte dieser Arzt in der Folge bloss das rechte Knie betreffende Diagnosen (Urk. 8/II/4 und Urk. 8/II/2).

Vor diesem Hintergrund ist es überwiegend wahrscheinlich, dass die Beschwerden an der Wirbelsäule weder auf den Unfall vom 14. August 2002 noch auf denjenigen vom 7. Mai 2004 zurückzuführen sind.

Der Beschwerdeführer bringt nicht vor, bei welchem Unfall das linke Knie beschädigt worden sein soll. Dies ergibt sich denn auch nicht aus den medizinischen Akten.

Weder in der Unfallmeldung vom 15. August 2002 (Urk. 8/I/1) werden Kniebeschwerden links erwähnt noch hat der Beschwerdeführer gegenüber den erst- und weiterbehandelnden Ärzten oder der Beschwerdegegnerin solche angegeben (Urk. 8/I/4-41). Erstmals über mässige Kniebeschwerden links hat der Beschwerdeführer anlässlich der Untersuchung durch Dr. F. \_\_\_ im August 2003 geklagt (Urk. 8/I/32). Im Weiteren hat er am 4. Dezember 2003 gegenüber dem SUVA-Kreisarzt angegeben (Urk. 8/I/42), zunehmend an Beschwerden im linken Knie zu leiden. Wie bereits hinsichtlich der Wirbelsäulenbeschwerden ausgeführt, erscheint es nur schon aufgrund der grossen Latenzzeit von mehr als einem Jahr unwahrscheinlich, dass der Beschwerdeführer sich anlässlich der Ereignisse vom 14. August 2002 auch am linken Knie verletzt hatte.

Hinsichtlich der Frage nach der Unfallkausalität zwischen den Kniebeschwerden links und dem Unfall vom 7. Mai 2004 kann festgehalten werden, dass der Beschwerdeführer anlässlich der Erstbehandlung durch Prof. G. \_\_\_ am 7. Mai 2004 nur über Kniebeschwerden rechts geklagt hat (Urk. 8/II/4). Entsprechend hat Prof. G. \_\_\_ am folgenden Tag auch nur am rechten Knie eine weitere Arthroskopie durchgeführt und finden sich im nämlichen Bericht bloss Diagnosen, welche sich auf das rechte Knie beziehen (Urk. 8/II/2). Gegenüber der Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführer am 1. Juni 2004 angegeben, dass er am 7. Mai 2004 erneut auf das rechte Knie gestürzt sei. Vom Aufprall her schmerze ihn aber auch das linke Knie. Er habe das Gefühl es sei etwas gerissen (Urk. 8/II/6). Aus der Unfallmeldung der A. \_\_\_ AG vom 2. Juni 2004 (Urk. 8/II/1) geht alsdann hervor, dass sich der Beschwerdeführer am 7. Mai 2004 sowohl am rechten wie auch am linken Knie verletzt habe. Demgegenüber hat sich der Beschwerdeführer gemäss der entsprechenden Meldung der B. \_\_\_ AG vom 21. Juni 2004 (Urk. 8/II/3) nur am rechten Knie verletzt. Von einer einheitlichen Schilderung des

Unfallhergangs kann demnach nicht die Rede sein. Auch wenn der Beschwerdeführer beim erneuten Unfall vom 7. Mai 2004 auch auf das linke Knie gestürzt sein sollte, kann aufgrund des am 8. Juni 2004 durchgeführten MRIs ausgeschlossen werden, dass er sich dabei wesentliche Bandläsion oder sonstige Äußerliche Verletzungen zugezogen hat (Urk. 8/II/9). Diese Schlussfolgerung korreliert mit seinen Angaben gegenüber der Beschwerdegegnerin zum Unfallhergang (Urk. 8/II/6). Ist es doch nur schwer vorstellbar, dass der Beschwerdeführer durch einen blossen Aufprall, ohne sich das linke Knie verdreht zu haben, eine Bandläsion erlitten haben soll. Aus dem Bericht von Dr. Q. \_\_\_ vom 23. August 2004 (Urk. 8/I/65) geht zwar hervor, dass der Beschwerdeführer wegen beidseitiger Kniebeschwerden bei ihr in Behandlung stehe, eine entsprechende Diagnose hat aber auch sie nicht angegeben. Im Weiteren hat der Beschwerdeführer erstmals anlässlich der Untersuchung vom 28. Dezember 2004 gegenüber Prof. G. \_\_\_ Kniebeschwerden links angegeben. Bei der Konsultation am 28. August 2004 hat er gegenüber Prof. G. \_\_\_ nichts von Knieschmerzen links erwähnt (Urk. 8/I/65). Auch wenn Prof. G. \_\_\_ im Bericht über die Arthroskopie des linken Knies vom 22. Januar 2005 eine Läsion des lateralen Meniskushinterhorns (Bruch) und eine vollständige Ruptur des vorderen Kreuzbandes festgestellt hat und er diese ohne Begründung auf die Ereignisse vom 7. Mai 2004 zurückführt (Urk. 8/I/74), steht es dennoch insbesondere aufgrund des MRIs vom 8. Juni 2004 nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit fest, dass die angegebenen Verletzungen am linken Knie auf den Unfall vom 7. Mai 2004 zurückzuführen sind. Weder im nämlichen Bericht von Prof. G. \_\_\_ noch in den weiteren vom Beschwerdeführer eingereichten Berichten (Urk. 8/I/89, Urk. 3/6, Urk. 19 und Urk. 25) finden sich zudem neue Erkenntnisse oder eine Erklärung dafür, weshalb nicht auf die Ergebnisse des MRIs vom 8. Juni 2004 abgestellt werden kann. Zudem enthalten diese jeweils einzig eine Beschreibung der geklagten Beschwerden und weder Angaben zu den eigenen Befunderhebungen noch nachvollziehbare Ausführungen zur Unfallkausalität, weshalb sie nicht beweistauglich sind.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Demnach gelingt es dem Beschwerdeführer auch hinsichtlich der Schmerzen am linken Knie nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit, eine Kausalität zum Unfall vom 14. August 2002 oder vom 7. Mai 2004 herzustellen.

5.4 Ä Ä Ä Ä Aufgrund des Gesagten ist davon auszugehen, dass die organisch bedingten Unfallfolgen am rechten Knie des Beschwerdeführers mit überwiegender Wahrscheinlichkeit spätestens am 31. August 2004 abgeklungen waren und ab diesem Zeitpunkt aus somatischer Sicht wieder eine volle Arbeitsfähigkeit bestand (Urk. 8/I/50 und Urk. 8/I/55) . Im Weiteren sind die objektiven Befunde im linken Knie sowie der Wirbelsäule des Beschwerdeführers nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auf die Unfälle vom 14. August 2002 und vom 7. Mai 2004 zurückzuführen. In Bezug auf die körperlichen Unfallfolgen ist die Leistungseinstellung der Beschwerdegegnerin demnach nicht zu beanstanden.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Was die psychosomatische Entwicklung beziehungsweise die diesbezüglich von Dres. K. \_\_\_ und J. \_\_\_ bescheinigte Arbeitsunfähigkeit von 70 % (Urk. 3/4 und Urk. 3/7) betrifft, ist der Sturz vom Podest vom 14. August 2002 und der Sturz auf der Treppe vom 7. Mai 2004 als Auslöser beziehungsweise Verstärker dieser Gesundheitsstörung zu betrachten. Dies anerkannte auch die Beschwerdegegnerin in der Verfügung vom 27. August 2004 (Urk. 8/I/63) und im Einspracheentscheid vom 28.

April 2006 (Urk. 2). Die natürliche Kausalität der psychischen Beschwerden kann indes, wie die nachfolgenden Erwertungen aufzeigen, offen bleiben. Zu präfen bleibt daher, ob zwischen den psychischen Unfallfolgen und den beiden Stärzen ein adäquater Kausalzusammenhang besteht.

## E. 5.5

5.5.1 Das Unfallereignis vom 14. August 2002, bei dem sich der Beschwerdeführer beim Absteigen von einem 2,5 Meter hohen Podest auf eine Leiter das rechte Knie verdrehte, weil die Leiter unter seinem linken Fuss wegrutschte, er einen Sturz auf den Boden durch das Festhalten an einem Kabeltrasse jedoch verhindern konnte, ist höchstens - auch angesichts der dabei entstandenen Verletzungen - als mittelschwerer im Grenzbereich zu den leichten Unfällen zu qualifizieren. Von einer besonderen Eindringlichkeit im Sinne der Rechtsprechung kann aufgrund der konkreten Umstände bei diesem Ereignis nicht ausgegangen werden (vgl. RKUV 1999 Nr. U 335, S. 207 ff.). Der Beschwerdeführer zog sich keine schweren Verletzungen zu, die sich geeignet hätten, eine psychische Symptomatik hervorzurufen. In Bezug auf die organisch nachweisbaren Unfallfolgen (Schädigung am medialen Seitenband des rechten Knies und Überdehnung des vorderen Kreuzbandes, hernach Bildung von etwas Synovitis mit arthroskopischer Entfernung am 20. Juni 2003, vgl. Urk. 8/I/42) wurde der Beschwerdeführer bis zum 4. Dezember 2003 behandelt. Von einer langen ärztlichen Behandlung kann damit nicht die Rede sein. Was die späteren Therapien und Arztkonsultationen betrifft, sind diese - soweit überhaupt unfallbedingt - vor dem Hintergrund der massiven psychischen Fehlentwicklung zu sehen und entsprechend vorliegend nicht von Relevanz. Dasselbe gilt auch für das Kriterium der körperlichen Dauerschmerzen und dasjenige des schwierigen Heilungsverlaufs beziehungsweise der erheblichen Komplikationen. Hinweise für eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hätte, gibt es - trotz unsubstanziierter gegenteiliger Behauptung in der Beschwerde (Urk. 1 S. 2, S. 4 und S. 6) - nicht. Schliesslich ist auch das Merkmal des Grades und der Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit nicht erfüllt. So attestierte SUVA-Kreisarzt Dr. N. dem Beschwerdeführer bereits Ende September 2003 aus somatischen Gründen zumindest eine teilweise Arbeitsfähigkeit für eine weitgehend sitzende Tätigkeit (Urk. 8/I/34), und hielt ihn SUVA-Kreisarzt Dr. X. am 13. April 2004 (Urk. 8/I/50) diesbezüglich in naher Zukunft für vollstündig arbeitsfähig. Die darüber hinaus attestierte Arbeitsunfähigkeit ist mit bei der vorliegenden Adäquanzprüfung unbeachtlichen psychischen Ursachen zu erklären. Da damit keines der unfallbezogenen Kriterien erfüllt ist, ist das Ereignis vom 14. August 2002 nicht adäquat kausal für die über den 30. August 2004 hinaus geltend gemachten Beschwerden.

5.5.2 Das Unfallereignis vom 7. Mai 2004, bei dem das rechte Knie des Beschwerdeführers beim Hinuntergehen einer Treppe blockierte und er in der Folge auf beide Knie gestürzt ist (Urk. 8/II/6), ist ohne weiteres als leicht zu qualifizieren. Zwar kann auch ein leichter Unfall die adäquate Ursache psychisch bedingter Erwerbsunfähigkeit sein. Erforderlich ist allerdings, dass die unmittelbaren Unfallfolgen geeignet sind, psychische Störungen hervorzurufen. Zudem müssen die bei Unfällen mittleren Grades herangezogenen Kriterien kumuliert oder in besonderer Schwere auftreten (Rumo-Jungo, Rechtsprechung des Bundesgerichtes zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Zürich Basel Genf 2003, S. 54 f., mit

Hinweisen). Diesbezüglich ist festzuhalten, dass sich der Beschwerdeführer beim Sturz auf die Treppe weder am linken noch am rechten Knie eine wesentliche Verletzung zugezogen hat (Urk. 8/I/55 und Urk. 8/II/9). Damit hat er durch den Aufprall auf die Treppe höchstens jeweils eine Kniekontusion erlitten. Eine solche ist aufgrund der allgemeinen Lebenserfahrung nicht als Ursache für eine psychische Fehlentwicklung, wie sie bei der Beschwerdeführerin eingetreten ist, geeignet.

Damit fehlt es auch an einem adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 7. Mai 2004 und der psychischen Symptomatik. Der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 28. April 2006 (Urk. 2) ist daher auch in Bezug auf die psychische Störung nicht zu beanstanden.

Ä

6. Zusammenfassend ergibt es sich, dass beim Beschwerdeführer über den Zeitpunkt der Leistungseinstellung per 1. September 2004 hinaus keine unfallbedingten Gesundheitsstörungen (mehr) vorlagen und er bezüglich der Unfallfolgen in seiner angestammten Tätigkeit als Elektromonteur seither wieder vollumfänglich arbeitsfähig ist. Die Beschwerde ist demnach abzuweisen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Verfahren ist kostenlos.
3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Schweizerische Unfallversicherungsanstalt
- Milosav Milovanovic
- Bundesamt für Gesundheit

4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift 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.