

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2006.00321 vom 11. Juli 2007

ZH Sozialversicherungsgericht, 2007-07-11, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2006.00321

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2006.00321 du 11 juillet 2007

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2006.00321 del 11 luglio 2007

Erwägungen

E. 1

1.1. Ist die versicherte Person infolge des Unfalles zu mindestens 10 Prozent invalid (Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]), so hat sie gemäss Art. 18 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) Anspruch auf eine Invalidenrente. Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 ATSG). Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG; vgl. BGE 130 V 121).

Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird gemäss Art. 16 ATSG das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre.

1.2. Gemäss Art. 15 UVG werden Taggelder und Renten nach dem versicherten Verdienst bemessen (Abs. 1). Als versicherter Verdienst gilt für die Bemessung der Taggelder der letzte vor dem Unfall bezogene Lohn, für die Bemessung der Renten der innerhalb eines Jahres vor dem Unfall bezogene Lohn (Abs. 2).

E. 1.3

1.3.1. Nach Art. 24 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung, wenn sie durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen oder geistigen Integrität erleidet. Die Integritätsentschädigung wird in Form einer Kapitalleistung gewährt. Sie darf den am Unfalltag geltenden Höchstbetrag des versicherten Jahresverdienstes nicht übersteigen und wird entsprechend der Schwere des Integritätsschadens abgestuft (Art. 25 Abs. 1 UVG). Gemäss Art. 25 Abs. 2 UVG regelt der Bundesrat die Bemessung der Entschädigung. Von dieser Befugnis hat er in Art. 36 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) Gebrauch gemacht. Abs. 1 dieser Vorschrift bestimmt, dass ein Integritätsschaden als dauernd gilt, wenn er voraussichtlich während des ganzen Lebens mindestens in gleichem Umfang besteht. Er ist erheblich, wenn die körperliche oder

geistige Integrität, unabhängig von der Erwerbsfähigkeit, augenfällig oder stark beeinträchtigt wird. Gemäss Abs. 2 gelten für die Bemessung der Integritätsschädigung die Richtlinien des Anhanges 3. Fallen mehrere körperliche oder geistige Integritätsschäden aus einem oder mehreren Unfällen zusammen, so wird die Integritätsschädigung nach der gesamten Beeinträchtigung festgesetzt (Abs. 3).

1.3.2 Die Bemessung der Integritätsschädigung richtet sich laut Art. 25 Abs. 1 UVG nach der Schwere des Integritätsschadens. Diese beurteilt sich nach dem medizinischen Befund. Bei gleichem medizinischen Befund ist der Integritätsschaden für alle Versicherten gleich; er wird abstrakt und egalitär bemessen. Die Integritätsschädigung der Unfallversicherung unterscheidet sich daher von der privatrechtlichen Genugtuung, mit welcher der immaterielle Nachteil individuell unter Würdigung der besonderen Umstände bemessen wird. Es lassen sich im Gegensatz zur Bemessung der Genugtuungssumme im Zivilrecht (vgl. BGE 112 II 133 Erw. 2) ähnliche Unfallfolgen miteinander vergleichen und auf medizinischer Grundlage allgemein gültige Regeln zur Bemessung des Integritätsschadens aufstellen; spezielle Behinderungen der Betroffenen durch den Integritätsschaden bleiben dabei unberücksichtigt. Die Bemessung des Integritätsschadens hängt somit nicht von den besonderen Umständen des Einzelfalles ab; auch geht es bei ihr nicht um die Schätzung erlittener Unbill, sondern um die medizinisch-theoretische Ermittlung der Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Integrität, wobei subjektive Faktoren ausser Acht zu lassen sind (BGE 115 V 147 Erw. 1, 113 V 221 Erw. 4b mit Hinweisen; RKUV 2001 Nr. U 445 S. 555 ff.).

1.3.3 Im Anhang 3 zur UVV hat der Bundesrat Richtlinien für die Bemessung der Integritätsschäden aufgestellt und in einer als gesetzlich anerkannten, nicht abschliessenden Skala (BGE 124 V 32 Erw. 1b mit Hinweisen) wichtige und typische Schäden prozentual gewichtet (RKUV 2004 Nr. U 514 S. 416). Für die darin genannten Integritätsschäden entspricht die Entschädigung im Regelfall dem angegebenen Prozentsatz des Höchstbetrages des versicherten Verdienstes (Ziff. 1 Abs. 1). Die Entschädigung für spezielle oder nicht aufgeführte Integritätsschäden wird nach dem Grad der Schwere vom Skalenwert abgeleitet (Ziff. 1 Abs. 2). Integritätsschäden, die gemäss der Skala 5 Prozent nicht erreichen, geben keinen Anspruch auf Entschädigung (Ziff. 1 Abs. 3). Die vorübergehende Gebrauchsunfähigkeit eines Organs wird dem Verlust gleichgestellt; bei teilweisem Verlust und teilweiser Gebrauchsunfähigkeit wird der Integritätsschaden entsprechend geringer, wobei die Entschädigung jedoch ganz entfällt, wenn der Integritätsschaden weniger als 5 Prozent des Höchstbetrages des versicherten Verdienstes ergäbe (Ziff. 2).

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

1.4. 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 bzw. 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 entfiel (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 bzw. 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).

1.5. 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).

Für die Beurteilung der Frage, ob ein Unfall nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und der allgemeinen Lebenserfahrung geeignet ist, eine psychische Gesundheitsschädigung herbeizuführen, ist nach der in BGE 115 V 133 ergangenen Rechtsprechung auf eine weite Bandbreite von Versicherten abzustellen. Dazu gehören auch jene Versicherten, die aufgrund ihrer Veranlagung für psychische Störungen anfälliger sind und einen Unfall seelisch weniger gut verkraften als Gesunde, somit im Hinblick auf die erlebnismässige Verarbeitung des Unfalles zu einer Gruppe mit erhöhtem Risiko gehören, weil sie aus versicherungsmässiger Sicht auf einen Unfall nicht optimal reagieren (BGE 115 V 135 Erw. 4b).

Für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfall und psychischen Gesundheitsschädigungen ist im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall für die Entstehung der Arbeits- beziehungsweise Erwerbsunfähigkeit eine massgebende Bedeutung zukommt. Dies trifft dann zu, wenn er objektiv eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt (vgl. RKUV 1996 Nr. U 264 S. 288 Erw. 3b; BGE 115 V 141 Erw. 7 mit Hinweisen). Für die Beurteilung dieser Frage ist an das Unfallereignis anzuknüpfen, wobei - ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf - folgende Einteilung vorgenommen wurde: banale

beziehungsweise leichte Unfälle einerseits, schwere Unfälle andererseits und schliesslich der dazwischen liegende mittlere Bereich (BGE 115 V 139 Erw. 6; vgl. auch BGE 120 V 355 Erw. 5b/aa; SVR 1999 UV Nr. 10 Erw. 2).

Bei der Einteilung der Unfälle mit psychischen Folgeschäden in leichte, mittelschwere und schwere Unfälle ist nicht das Unfallereignis des Betroffenen massgebend, sondern das objektiv erfassbare Unfallereignis (vgl. BGE 120 V 355 Erw. 5b/aa, 115 V 139 Erw. 6; SVR 1999 UV Nr. 10 Erw. 2; RKUV 1995 Nr. U 215 S. 91).

Bei banalen Unfällen wie z.B. bei geringfügigem Anschlagen des Kopfes oder Überbetreten des Fusses und bei leichten Unfällen wie z.B. einem gewöhnlichen Sturz oder Ausrutschen kann der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychischen Gesundheitsstörungen in der Regel ohne weiteres verneint werden, weil aufgrund der allgemeinen Lebenserfahrung aber auch unter Einbezug unfallmedizinischer Erkenntnisse davon ausgegangen werden darf, dass ein solcher Unfall nicht geeignet ist, einen erheblichen Gesundheitsschaden zu verursachen (BGE 120 V 355 Erw. 5b/aa, 115 V 139 Erw. 6a).

Bei Unfällen aus dem mittleren Bereich lässt sich die Frage, ob zwischen Unfall und Folgen ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht aufgrund des Unfalles allein schlüssig beantworten. Es sind daher weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte beziehungsweise indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Als wichtigste Kriterien sind zu nennen:

- besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindringlichkeit des Unfalls;
- die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen;
- ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung;
- körperliche Dauerschmerzen;
- ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert;
- schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen;
- Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit (BGE 115 V 140 Erw. 6c/aa).

Der Einbezug sämtlicher objektiver Kriterien in die Gesamtwürdigung ist nicht in jedem Fall erforderlich. Je nach den konkreten Umständen kann für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs ein einziges Kriterium genügen. Dies trifft einerseits dann zu, wenn es sich um einen Unfall handelt, welcher zu den schwereren Fällen im mittleren Bereich zu zählen oder sogar als Grenzfall zu einem schweren Unfall zu qualifizieren ist (vgl. RKUV 1999 Nr. U 346 S. 428, 1999 Nr. U 335 S. 207 ff.; 1999 Nr. U 330 S. 122 ff.; SVR 1996 UV Nr. 58). Andererseits kann im gesamten mittleren Bereich ein einziges Kriterium genügen, wenn es in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist, wie z.B. eine auffallend lange Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit infolge schwierigen Heilungsverlaufes. Kommt keinem Einzelkriterium besonderes beziehungsweise ausschlaggebendes Gewicht zu, so müssen mehrere unfallbezogene Kriterien herangezogen werden. Dies gilt umso mehr, je leichter der Unfall ist. Handelt es sich beispielsweise um einen Unfall im mittleren Bereich, der aber dem Grenzbereich zu

den leichten Unfällen zuzuordnen ist, müssen die weiteren zu berücksichtigenden Kriterien in gehäuft oder auffallender Weise erfüllt sein, damit die Adäquanz bejaht werden kann. Diese Würdigung des Unfalles zusammen mit den objektiven Kriterien führt zur Bejahung oder Verneinung der Adäquanz. Damit entfällt die Notwendigkeit, nach anderen Ursachen zu forschen, die möglicherweise die psychisch bedingte Erwerbsunfähigkeit mitbegünstigt haben könnten (BGE 115 V 140 Erw. 6c/bb, vgl. auch BGE 120 V 355 Erw. 5b/aa; RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff., Nr. U 449 S. 53 ff., 1998 Nr. U 307 S. 448 ff., 1996 Nr. U 256 S. 215 ff.; SVR 1999 UV Nr. 10 Erw. 2).

E. 2

2.1 Die SUVA begründete ihren Einspracheentscheid (Urk. 2) unter Verweis auf den Bericht von Kreisarzt Dr. med. D. ____, Facharzt FMH für Chirurgie, vom 24. Januar 2005 (Urk. 11/51) im Wesentlichen damit, dass der Beschwerdeführer in einer leidensangepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig sei. Da bei der Ermittlung des Invalideneinkommens aufgrund der anwendbaren LSE-Tabelle TA1 für Männer im privaten Sektor, Anforderungsniveau 4, ein den Validenlohn übersteigender Jahreslohn resultiere, sei bei der Berechnung der Invalidenrente auf den tieferen Invalidenlohn abzustellen. Unter Berücksichtigung der leidensbedingten Einschränkung und des Alters des Beschwerdeführers rechtfertige es sich, davon einen Abzug von 10 % vorzunehmen. Entsprechend resultiere eine Erwerbseinbusse beziehungsweise ein Invaliditätsgrad von 10 % (vgl. Urk. 2 S. 4 f.). Aufgrund der entsprechenden Abklärungen habe sich ergeben, dass der Beschwerdeführer im April, Mai und Juni 2003 mit einem Pensum vom 150 % gearbeitet und dabei ein Einkommen von durchschnittlich rund Fr. 5'700.-- pro Monat erzielt habe. Der versicherte Verdienst erhöhe sich daher von Fr. 7'946.-- um Fr. 17'100.-- auf Fr. 25'046.--. Da keinerlei Anhaltspunkte für weitere Arbeitsbemühungen beständen, falle eine Aufrechnung des versicherten Verdienstes wegen Arbeitslosigkeit ausser Betracht (vgl. Urk. 2 S. 5 f.).

2.2 Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber im Wesentlichen auf den Standpunkt, aufgrund der verschiedenen andauernden unfallbedingten Beschwerden sei er in seiner Arbeitsfähigkeit erheblich eingeschränkt (vgl. Urk. 1 S. 2). Die zugesprochenen Versicherungsleistungen seien zu tief ausgefallen, richte die SUVA bei vergleichbaren Knieverletzungen doch regelmässig Invalidenrenten von 35 % beziehungsweise Integritätsentschädigungen von 20 % aus (vgl. Urk. 1 S. 2 f.). Sodann sei die SUVA zu Unrecht von einem versicherten Jahresverdienst von Fr. 25'046.-- ausgegangen; korrekterweise betrage dieser mindestens Fr. 60'000.-- (vgl. Urk. 1 S. 3).

E. 3

3.1 Der medizinische Sachverhalt stellt sich wie folgt dar:

Dr. med. E. ____, Fachärztin FMH für Allgemeine Medizin, stellte am 1. Dezember 2003 die Diagnose einer Commotio cerebri und einer Prellung der rechten Schulter. Das MRI des linken Knies vom 4. November 2003 (Urk. 11/5) habe folgende Befunde ergeben:

1. Signifikante Meniskusläsion medial
2. Ausgeprägte Knochenkontusion im lateralen Femurkondylus
3. Zerrung/Teilruptur des VKB

Seit dem 30. Oktober 2003 bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (vgl. Urk. 11/6).

Die Ärzte des Spitals Y.____ stellten im Operationsbericht vom 14. Januar 2004 (Urk. 11/13) folgende Diagnosen:

- Chondrokalzinose
- Mediale Meniskusläsion links

Am 13. Januar 2004 sei eine Arthroskopie des linken Knies mit partieller Resektion des medialen Meniskushinterhorns und - korpusanteils durchgeführt worden.

Dem Beschwerdeführer wurde ab dem 15. Januar 2004, dem Datum des Spitalaustritts, noch für 14 Tage eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (vgl. Urk. 11/22).

In ihrem Bericht vom 20. Februar 2004 (Urk. 11/18) gab Dr. E.____ an, der Verlauf sei komplikationslos. Der Patient klage über persistierende Schmerzen in der Schulterregion; diesbezüglich sei von einem bleibenden Nachteil auszugehen. Es würden eine physikalische und eine medikamentöse Therapie durchgeführt.

PD Dr. med. F.____ gab gestützt auf das MRI vom 27. Februar 2004 in seiner Beurteilung vom gleichen Datum (Urk. 11/25) an, beim Patienten seien diskrete Verkalkungen im Bereich des Tuberculum infraglenoidale feststellbar, wobei in der Elevationsaufnahme möglicherweise eine kleine Abrissfraktur in der Region des Bankarts ersichtlich sei. Allenfalls sei es anlässlich des Unfalls zu einer Schulterluxation gekommen. Das AC-Gelenk zeige ebenfalls eine diskrete Arthrose.

Dr. med. G.____, Facharzt FMH für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, stellte am 25. März 2004 die Diagnose einer Chondrokalzinose des linken Knies sowie die Verdachtsdiagnose eines Risses der Rotatorenmanschette rechts. Trotz der Knieoperation klage der Beschwerdeführer weiterhin über Schmerzen; solche beständen auch in der rechten Schulter. Er gebe an, nicht mehr arbeiten zu können (vgl. Urk. 11/28 S. 1). Die Röntgenbilder hätten eine Chondrokalzinose medial und lateral gezeigt; die Schulter sei - mit Ausnahme einer kleinen Unregelmässigkeit der Pfanne kaudal - in Ordnung. Subjektiv bestehe ein schwer wiegender Leidensdruck, objektiv könne die Situation nicht klar beurteilt werden (vgl. Urk. 11/28 S. 2). Um die Schmerzen objektivieren zu können, sei die Durchführung einer Szintigraphie empfehlenswert. Eine Stellungnahme betreffend Arbeitsunfähigkeit sei nicht möglich (vgl. Urk. 11/28 S. 3).

Die Ärzte der Klinik X.____, Ambulatorium Orthopädie, stellten am 21. April 2004 folgende Diagnose (vgl. Urk. 11/33 S. 1):

Verdacht auf subacromiale Impingementproblematik,
Differentialdiagnose: Kapsulitis Schulter rechts
- Status nach Schultertrauma mit sekundärem Schulerschmerz rechts
- Status nach medialer Meniskusläsion links

Die Symptomatik sei an sich vereinbar mit einer Impingementproblematik, die diesbezüglich durchgeführten Tests seien aber nicht eindeutig positiv ausgefallen. Die vom Patienten geschilderten Schulterschmerzen

stärken allenfalls im Zusammenhang mit einer Kapsulitis, für welche auch auf den mitgebrachten Röntgenbildern gewisse Hinweise in Form der dort ersichtlichen möglichen kaudalen Labrum-/Bankartläsion bestanden (vgl. Urk. 11/33 S. 1).

3.7 Dr. G. gab am 25. November 2004 an, beim Beschwerdeführer spielten auch unfallfremde Faktoren im Heilungsverlauf mit (vgl. Urk. 11/43).

3.8 In ihrem Bericht vom 30. November 2004 (Urk. 11/44) diagnostizierte Dr. E. multiple Prellungen, eine Meniskusläsion, eine Commotio cerebri sowie einen Status nach Meniskusoperation. Den Verlauf bezeichnete die genannte Ärztin als komplikationslos. Postoperativ persistierten Schmerzen im linken Knie. Unfallfremde Faktoren spielten im Heilungsverlauf nicht mit. Der Patient sei zu 100 % arbeitsunfähig. Es sei ein bleibender Nachteil in Form von Schmerzen beziehungsweise einer Schwäche im linken Bein zu erwarten.

3.9 Die Ärzte der Klinik X., Ambulatorium Orthopädie, stellten in ihrem Bericht vom 23. Dezember 2004 (Urk. 11/50) folgende Diagnosen:

- Myofasziales Schmerzsyndrom trapezoidal und auf Höhe der Supraspinatus-Muskulatur rechts bei Verdacht auf Spondylose der HWS und der oberen BWS
- Status nach retraktiver Kapsulitis Schulter rechts, derzeit völlig abgeklingen
- Status nach Teilmeniskektomie arthroskopisch Knie links mit derzeit femoropatellarem und femorotibialen medialem Schmerzsyndrom Knie links

Im Bereich der rechten Schulter sei die Beweglichkeit wieder weitgehend hergestellt. Der Patient sei noch wegen eines myofaszialen Schmerzsyndroms mit Myogelosen im Bereich der Trapezius- und Supraspinatusmuskulatur rechts eingeschränkt. Auch die HWS-Beweglichkeit sei schmerzhaft eingeschränkt. Im Weiteren bestehe ein ausgeprägter Knieschmerz anterior links, wobei es sich sehr wahrscheinlich um eine beginnende Femoropatellar-Arthrose handle (vgl. Urk. 11/50 S. 2).

In einer sitzenden Tätigkeit sei der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsfähig. Es kämen nur leichte körperliche Tätigkeiten ohne wesentliche Anstrengung (Tragen von Lasten) in Frage (vgl. Urk. 11/50 S. 2).

3.10 Der Röntgenbefund vom 13. Januar 2005 ergab eine kräftige Lordosierung der LWS mit einer leichten Chondrose und Spondylarthrose am lumbo-sakralen Übergang und eine beginnende Spondylose auf den Etagen L4 und L5 (Bildung von ventralen Randspondylophyten). Es zeigten sich eine normale Funktion der lumbalen Segmente ohne Anhaltspunkte für eine Instabilität, eine normale Skelettmineralisation und -struktur sowie eine partielle Sklerose der Aorta thoracica (vgl. Bericht Dr. med. H., Facharzt FMH für medizinische Radiologie, Institut W., vom 13. Januar 2005 [Urk. 11/46]).

3.11 Nachdem der Beschwerdeführer am 21. Januar 2005 von SUVA-Kreisarzt Dr. med. D., Facharzt FMH für Chirurgie, untersucht worden war, hielt dieser in seinem Bericht vom 24. Januar 2005 (Urk. 11/51) fest, am linken Kniegelenk persistierten eine Belastungsintoleranz und - vor allem im retropatellaren distalen Anteil - Schmerzen, welche sich trotz adäquat durchgeführter physiotherapeutischer Massnahmen nicht

gebessert hätten. Zwar seien degenerative posttraumatische Veränderungen ersichtlich, da es daneben aber an einem Korrelat beziehungsweise einem klinischen Befund für die geklagten Beschwerden fehle, gebe es keinen Anlass für eine invasive Behandlung. Bei Belastung sei die Beugung des Knies nicht möglich, ansonsten bestehe keine Bewegungseinschränkung bei Belastung (vgl. Urk. 11/51 S. 4). Eine Verbesserung der Situation betreffend das linke Kniegelenk sei nicht zu erreichen; die regelmässige Physiotherapie könne in den nächsten Wochen abgeschlossen werden (vgl. Urk. 11/51 S. 5).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä An der kontusierten rechten Schulter habe sich bei retraktiver Kapsulitis eine schmerzhafte Bewegungseinschränkung entwickelt, betreffend welche durch konservative Massnahmen (Physiotherapie, Schmerzmittel und intraartikuläre Injektionen) ein sehr günstiges Resultat habe erreicht werden können. Aktuell bestehe bei blanden klinischen Verhältnissen eine freie Beweglichkeit ohne Krafteinbusse (vgl. Urk. 11/51 S. 4). Die Therapie sei abgeschlossen (vgl. Urk. 11/51 S. 5).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Schädelprellung sei vollständig abgeheilt. Was das im Verlauf geklagte zervikovertebrale Syndrom mit Nackenmuskelverspannungen und Bewegungseinschränkung beziehungsweise das gemäss dem Beschwerdeführer seit einigen Wochen bestehende lumbovertebrale Syndrom mit massiven Schmerzen im unteren lumbalen Bereich betreffe, seien diese Beeinträchtigungen der Wirbelsäule nach dem Unfallereignis nicht dokumentiert worden. Da die Symptomatik erst Monate nach dem fraglichen Sturz aufgetreten sei, müsse sie als unfallfremd gewertet werden (vgl. Urk. 11/51 S. 4 f.).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In der angestammten Tätigkeit als Elektromonteur bestehe unfallbedingt eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Wechselbelastende, leichte bis mittelschwere Tätigkeiten mit vereinzelt Zusatzbelastungen von 10 bis 15 Kilogramm, welche stehend ohne ausschliessliche Belastung des linken Beines, gehend mehrere Male pro Arbeitszeit (Strecken von 100 bis 200 Metern), vorwiegend sitzend mit der Möglichkeit, aufzustehen und herumzugehen, bei freier Arbeitsposition ausgeübt werden könnten, seien dem Beschwerdeführer - ohne Berücksichtigung von Alter, Sprache, Ausbildung, Konstitution und Arbeitsmarkt - grundsätzlich bereits seit Monaten, zumindest aber ab sofort, vollzeitlich und vollschichtig zumutbar. Nicht zumutbar seien ihm repetitives Treppensteigen, Gerüstarbeit, Leiternarbeit, Gehen ausschliesslich auf unebenem Boden, kniende beziehungsweise kauende Bodenarbeit, schwere Arbeiten (beispielsweise Pickeln, Schaufeln, Bohren), Arbeiten, bei denen es zu Vibrationen komme, sowie kräftige Stoss- und Drehbewegungen mit dem linken Bein oder Zwangshaltungen für das linke Bein. Am ehesten vorstellbar seien Montagearbeiten auf tischhoher Oberfläche bei freier Arbeitsposition, vorwiegend sitzend, leichte Lagerarbeiten oder Überwachungstätigkeiten. Unabhängig vom Unfall sei die Arbeitsfähigkeit zusätzlich durch das lumbo- und zervikovertebrale Syndrom und die inconstante Hypertension beeinträchtigt (vgl. Urk. 11/51 S. 5). Aus unfallmedizinischer Sicht ständen dem Versicherten keine therapeutischen Optionen zur Verfügung (vgl. Urk. 11/51 S. 6).

3.12 Ä Ä Dr. med. A.____, Facharzt FMH für Chirurgie, Wirbelsäulenleiden, Schleudertrauma und orthopädische Traumatologie, stellte am 24. November 2005 folgende Diagnosen (vgl. Urk. 3/1):

- Lumbovertebrales Syndrom mit Ausstrahlung links
- Status nach LWS-Kontusion
- Status nach Kniekontusion links
- Status nach Arthroskopie Knie links mit partieller Resektion des media-
len Meniskushinterhorns und der Korpusanteile
- PHS rechts bei Status nach Schulterkontusion

Der Patient habe sich beim Unfall eine Kniekontusion links, eine LWS-Kontusion sowie eine Schulterkontusion rechts zugezogen. Seit dem Unfall bestanden deutliche Restbeschwerden im Bereich des Kniegelenkes, der LWS und der rechten Schulter. Die bildgebenden Untersuchungen hätten degenerative Veränderungen der LWS mit Diskopathie L5/S1 bei Haltungsinsuffizienz und muskulärer Dysbalance der LWS ergeben. Betreffend die rechte Schulter bestehe Verdacht auf eine Bankartluxation bei Status nach fraglicher Schulterluxation rechts. In Bezug auf das Ausmass der unfallbedingten Restbeschwerden beziehungsweise die damit in Zusammenhang stehende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit könne aufgrund der Tatsache, dass die letzte Konsultation über ein halbes Jahr zurückliege, keine Angaben gemacht werden (vgl. Urk. 3/1 S. 2).

In seinem Bericht vom 4. Mai 2006 verneinte Dr. A. das Vorliegen sich auf den Heilungsverlauf auswirkender unfallfremder Faktoren (vgl. Urk. 11/90 S. 2).

Am 16. November 2006 gab Dr. A. an, es sei im weiteren Verlauf zu einer depressiven Entwicklung mit mittelgradig depressiver Episode und anhaltender somatoformer Schmerzstörung gekommen. Aus physischen (vor allem belastungsabhängige Beschwerden) und psychischen Gründen (mittelgradig depressive Episode und anhaltende somatoforme Schmerzstörung) sei der Patient in der angestammten Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig. Aus den genannten Gründen könne dem Patienten aktuell und bis auf weiteres generell keine Tätigkeit zugemutet werden. Betreffend die Frage, inwieweit aus physischen Gründen wieder eine Arbeitsfähigkeit bestehe, sei eine Abklärung in einer Wiedereingliederungsstätte erforderlich (vgl. Urk. 14 S. 2).

In seinem Bericht vom 21. März 2007 (Urk. 19) stellte Dr. A. - zusätzlich zu den bereits in der Beurteilung vom 24. November 2005 erwähnten (vgl. Urk. 3/1) - folgende Diagnosen:

- Status nach Sakraldermoidoperation (2004)
- AC-Gelenksarthrose rechts
- anhaltende somatoforme Schmerzstörung
- mittelgradig depressive Episode
- Tabakmissbrauch
- Kardiopulmonale Beschwerden bei unbekannter Diagnose

Inzwischen sei zu den weiterhin vorhandenen physischen und psychischen Gesundheitsstörungen noch eine psychosoziale Belastungssituation im Zusammenhang mit dem Tod des Sohnes hinzugetreten. Das Gesamtbild werde vor allem durch die psychischen Beschwerden dominiert. Es sei eine Begutachtung angezeigt, um die Arbeitsfähigkeit aus psychischer Sicht abzuklären. Aus somatischer Sicht bestehe in einer leidensangepassten Tätigkeit (leichte, wechselbelastende Tätigkeit mit

wahlweisem Sitzen oder Stehen, kein Heben schwerer Lasten, keine Arbeiten über Kopf oder in vornüber geneigter Haltung, keine Arbeit mit Stressbelastung) eine 50%ige Arbeitsfähigkeit.

3.13 Dr. med. C. ____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte in seinem Bericht vom 24. April 2007 (Urk. 23) folgende Diagnosen:

Nichtorganische Insomnie im Rahmen einer anhaltenden depressiven Episode mit somatischem Syndrom bei Verdacht auf Persönlichkeitsveränderung mit dissozialen und emotional instabilen Zügen (ICD-10 F51.0, F32.01, F60.8) mit/bei (gemäss Röntgeninstitut) - Fortgeschrittener AC-Gelenkarthrose sowie einem verdicktem Ligamentum coraco-acromiale und dorso-lateralem Humeruskopf sowie kurzstreckiger Tendinose/Partialruptur der Supraspinatussehne im intervallnahen Anteil (subacromiales Impingement?)

Es werde eine supportive Einzelpsychotherapie in der Muttersprache des Patienten sowie eine Behandlung mit Psychopharmaka durchgeführt (vgl. Urk. 23 S. 2). Aus psychiatrischer und somatischer Sicht bestehe insgesamt eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (vgl. Urk. 23 S. 3).

E. 4

4.1 Aus den zitierten medizinischen Akten geht hervor, dass der Beschwerdeführer noch über den 31. März 2004 hinaus durch unfallbedingte Gesundheitsstörungen in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt war, wobei vom Beschwerdeführer nicht bestritten wurde, dass über dieses Datum hinaus mit einer namhaften Besserung des Gesundheitszustandes nicht mehr gerechnet werden konnte und entsprechend der Zeitpunkt der Prüfung des Anspruchs auf Rentenleistungen gekommen war (vgl. Urk. 1). Zwar gingen die Parteien übereinstimmend von einer verbleibenden unfallbedingten somatischen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus, Uneinigkeit besteht allerdings betreffend deren Ausmass. Ebenfalls umstritten ist, ob nebst der organisch bedingten auch eine unfallkausale psychische Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit besteht.

4.2 Die SUVA stützte sich in ihrem Einspracheentscheid vom 20. Juli 2006 (Urk. 2) im Wesentlichen auf den Bericht von Kreisarzt Dr. D. ____, vom 24. Januar 2005 (Urk. 11/51). Dieser äusserte sich umfassend zur Frage der verbleibenden unfallbedingten somatischen Beschwerden beziehungsweise zu deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers (vgl. Urk. 11/51 S. 4 ff.), stützte sich in seiner Beurteilung auf die Ergebnisse eingehender Untersuchungen (vgl. Urk. 11/51 S. 3 f.) und berücksichtigte die von B. ____, geklagten Beschwerden (vgl. Urk. 11/51 S. 2 f.). Da der fragliche Bericht zudem in Kenntnis der relevanten Vorakten (vgl. Urk. 11/51 S. 1 f.) erging, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und begründete Schlussfolgerungen (vgl. Urk. 11/51 S. 4 ff.) enthält, kann grundsätzlich darauf abgestellt werden (vgl. BGE 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c).

Zu prüfen ist, ob die weiteren medizinischen Akten, welche vor der kreisärztlichen Untersuchung vom 21. Januar 2005 ergingen, beziehungsweise die erst später erstatteten Arztberichte, insbesondere die von der SUVA vor Erlass des Einspracheentscheides eingeholte Beurteilung von Dr. A. ____, vom 4. Mai 2006 (Urk.

11/90), die Einschätzung von Dr. D.____ in Frage zu stellen vermögen.

E. 4.3

4.3.1.1. Dass die beim Unfall zugezogene Commotio cerebri spätestens am 31. März 2004 wieder vollständig abgeheilt war, wurde nicht nur von Kreisarzt Dr. D.____ festgestellt (vgl. Urk. 11/51 S. 4), sondern geht auch aus den weiteren medizinischen Akten implizite hervor. So wurde die fragliche Diagnose lediglich von Dr. E.____ überhaupt gestellt (vgl. Urk. 11/5, Urk. 11/44), wobei die genannte Ärztin in ihren Berichten keine entsprechenden Beeinträchtigungen erwähnte, nie weitere diesbezügliche Abklärungen veranlasste und sowohl am 20. Februar 2004 (vgl. Urk. 11/18) als auch am 30. November 2004 (vgl. Urk. 11/44) auf einen komplikationslosen Verlauf hinwies. Im Übrigen machte auch der Beschwerdeführer selbst nicht geltend, er leide noch unter im Zusammenhang mit der Commotio cerebri stehenden Beschwerden (vgl. Urk. 1).

4.3.2. Was das einzig von den Ärzten der Klinik X.____, Ambulatorium Orthopädie, festgestellte myofasziale Schmerzsyndrom betrifft (vgl. Bericht vom 23. Dezember 2004 [Urk. 11/50]), geben weder die zahlreichen weiteren medizinischen Akten noch die vom Beschwerdeführer selbst gemachten Angaben (vgl. Urk. 1) Anlass zur Annahme, dass dieser tatsächlich unter der fraglichen Gesundheitsstörung gelitten hätte beziehungsweise weiterhin leide.

4.3.3. In Bezug auf das zerviko- beziehungsweise lumbovertebrale Syndrom wies Kreisarzt Dr. D.____ in seinem Bericht vom 24. Januar 2005 zu Recht darauf hin, dass diese Beeinträchtigungen der Wirbelsäule nach dem Unfallereignis nicht dokumentiert worden und erst Monate nach dem Sturz aufgetreten seien (vgl. Urk. 11/51 S. 4). So ist aktenkundig, dass sich der Beschwerdeführer beim Unfall vom 29. Oktober 2003 Verletzungen am linken Knie, an der rechten Schulter und am Kopf zuzog (vgl. Urk. 11/1, Urk. 11/5, Urk. 11/6, Urk. 11/11, Urk. 11/12, Urk. 11/13, Urk. 11/14, Urk. 11/18, Urk. 11/27, Urk. 11/33, Urk. 11/44, Urk. 11/45). Nachdem der Beschwerdeführer - entsprechend den zitierten Arztberichten - im Anschluss an den Unfall nie über Beeinträchtigungen im Bereich von Hals/Nacken beziehungsweise Brust- und Beckenregion geklagt hatte, wurden im Bericht der Klinik X.____ vom 23. Dezember 2004 (Urk. 11/50) - über ein Jahr nach dem fraglichen Unfallereignis - erstmals Beschwerden betreffend die Brust- und Halswirbelsäule erwähnt. Die Röntgenbilder vom 13. Januar 2005 ergaben sodann - bis dahin ebenfalls nicht dokumentierte - Beeinträchtigungen in Bezug auf die Lendenwirbelsäule (vgl. Urk. 11/46). Während sich die Ärzte der Klinik X.____ nicht zur Unfallkausalität der von ihnen gestellten Verdachtsdiagnose einer Spondylose der HWS und oberen BWS äusserten (vgl. Urk. 11/50), hielt Dr. A.____ in seinem ersten aktenkundigen Bericht vom 24. November 2005 (Urk. 3/1) - im Widerspruch zu sämtlichen zuvor ergangenen ärztlichen Beurteilungen - fest, der Beschwerdeführer habe sich beim Unfall vom 29. Oktober 2003 eine LWS-Kontusion zugezogen. Angesichts der gesamten medizinischen Akten erscheint es nicht als überwiegend wahrscheinlich, dass die erst über ein Jahr später aufgetretenen Wirbelsäulenbeschwerden des Beschwerdeführers auf dessen Sturz zurückzuführen sind. Anzumerken bleibt diesbezüglich, dass der Beschwerdeführer selbst zwar ausführte, er verspüre seit dem Unfall Schmerzen im Wirbelbereich, er einen Renten- beziehungsweise Integritätsentschädigungsanspruch allerdings ausschliesslich im Zusammenhang mit seinem Knieleiden geltend machte (vgl. Urk. 1 S. 2).

4.3.4.1.1. Was die beim Unfall zugezogene Schulterkontusion anbetrifft, ging Kreisarzt Dr. D. ___ am 24. Januar 2005 davon aus, dass - nach Abschluss der entsprechenden Therapie (vgl. Urk. 11/51 S. 5) - wieder eine freie Beweglichkeit der Schulter und blande klinische Verhältnisse bestanden (vgl. Urk. 11/51 S. 4). Übereinstimmend mit dieser Beurteilung hatte Dr. G. ___ bereits am 25. März 2004 festgehalten, die Schulter sei - abgesehen von einer kleinen Unregelmässigkeit der Pfanne kaudal - in Ordnung; die vom Beschwerdeführer geklagten Schmerzen liessen sich nicht objektivieren (vgl. Urk. 11/28 S. 2). Dr. E. ___ wies sodann in ihrem Bericht vom 30. November 2004 (Urk. 11/44) auf einen komplikationslosen Verlauf hin. Als aktuelle Beschwerden gab sie nur noch Schmerzen im linken Knie an. Die Ärzte der Klinik X. ___ hielten am 23. Dezember 2004 gar explizit fest, die retraktile Kapsulitis der rechten Schulter sei völlig abgeklungen (vgl. Urk. 11/50). Dr. A. ___ diagnostizierte am 24. November 2005 zwar noch ein PHS rechts bei Status nach Schulterkontusion (vgl. Urk. 3/1), relativierte diese Angabe am 21. März 2007 selber wieder, indem er darauf hinwies, dass das Gesamtbild vor allem durch die psychischen Beschwerden dominiert werde (vgl. Urk. 19). Aufgrund der zitierten medizinischen Berichte ist nicht davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer über den 31. März 2004 hinaus unter sich auf seine Arbeitsfähigkeit auswirkenden unfallkausalen Schulterbeschwerden litt.

4.3.5.1.1. Wie sämtliche behandelnden Ärzte gelangte auch Kreisarzt Dr. D. ___ zum Schluss, dass dem Beschwerdeführer betreffend das linke Knie unfallbedingt eine gesundheitliche Beeinträchtigung verbleiben werde (vgl. Urk. 11/51 S. 4 f.). Aufgrund der entsprechenden Einschränkungen ging Dr. D. ___ von einer vollumfänglichen Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Elektromonteur aus. Eine leidensangepasste Arbeit hielt er dem Beschwerdeführer dagegen - ohne Berücksichtigung des, wie bereits dargelegt, als unfallfremd zu qualifizierenden lumbo-beziehungsweise zervikovertebralen Syndroms sowie der ebenfalls nicht im Zusammenhang mit dem Unfall stehenden inkonstanten Hypertension - für zu 100 % zumutbar (vgl. Urk. 11/51 S. 5). Zum gleichen Schluss waren am 23. Dezember 2004 bereits die Ärzte der Klinik X. ___ gelangt (vgl. Urk. 11/50 S. 2). Abweichend von dieser Einschätzung attestierte Dr. A. ___ dem Beschwerdeführer zwar in seinem Bericht vom 21. März 2007 (Urk. 19) aus somatischer Sicht in einer leidensangepassten Tätigkeit eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit, allerdings berücksichtigte er in dieser Beurteilung auch das nicht als unfallkausal zu taxierende lumbovertebrale Syndrom beziehungsweise die ebenfalls unfallfremden kardiopulmonalen Beschwerden. Zudem wies Dr. A. ___ auf eine neu bestehende psychosoziale Belastungssituation hin und bezeichnete das Gesamtbild als durch die psychischen Beschwerden (somatoforme Schmerzstörung, depressive Episode) dominiert. Insofern vermögen die Angaben von Dr. A. ___ zum Ausmass der organisch bedingten Arbeitsunfähigkeit die Beurteilung der Ärzte der Klinik X. ___ und insbesondere diejenige von Kreisarzt Dr. D. ___, der seine entsprechenden Schlussfolgerungen ausführlich und einleuchtend begründete (vgl. Urk. 11/51 S. 5), nicht in Frage zu stellen. Es ist demnach davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer ab dem 1. April 2004 in einer leidensangepassten Tätigkeit aus somatischer Sicht wieder zu 100 % arbeitsfähig war.

E. 4.4

4.4.1.1. Den medizinischen Akten ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer inzwischen an einer psychischen Gesundheitsstörung leidet, welche ihn in seiner

von 2080 und unter Berücksichtigung einer Nominallohnentwicklung von 0.9 % im Jahr 2004 (vgl. Die Volkswirtschaft 5/2007, S. 87, Tabelle B 10.2) ergibt sich für das Jahr 2004 ein Valideneinkommen von Fr. 46'508.--.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zieht man die im Jahr 2004 im privaten Sektor geltenden monatlichen BruttoLöhne (Zentralwert) sämtlicher Branchen gemäss der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) heran (LSE 2004, S. 53, Tabelle TA1, Männer, Anforderungsniveau 4 [einfache und repetitive Tätigkeiten]: Fr. 4'588.-- monatlich beziehungsweise Fr. 55'056.-- jährlich), so ergibt sich - unter Berücksichtigung einer betriebsüblichen wöchentlichen Arbeitszeit von 41.6 Stunden (Die Volkswirtschaft, 5-2007, S. 86, Tabelle B9.2, Total) - ein durchschnittliches Einkommen von Fr. 57'258.--. Anzumerken ist, dass die SUVA zutreffenderweise auf die Löhne gemäss Anforderungsniveau 4 und nicht auf diejenigen gemäss Anforderungsniveau 3 abstellte. Zwar hat der Beschwerdeführer gemäss eigenen Angaben in Serbien nach der obligatorischen Schulzeit im Jahr 1968 die Ausbildung zum Elektromonteur abgeschlossen (vgl. Urk. 11/80 S. 1); allerdings geht sowohl aus der Unfallmeldung vom 11. November 2003 (Urk. 11/1) als auch aus dem Einsatzvertrag vom 10. Oktober 2003 (Urk. 11/61 S. 4) hervor, dass sein Arbeitgeber ihn als angelernt betrachtete. Dass der Beschwerdeführer als Hilfsarbeiter angestellt war, ist im Übrigen auch aus dem - für die Baubranche niedrigen - vereinbarten Stundenlohn von Fr. 25.-- (inklusive Ferien- und Feiertagsentschädigung beziehungsweise Anteil 13. Monatslohn [vgl. Urk. 11/61 S. 4]) zu schliessen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Stellt man den Durchschnittswert gemäss LSE dem errechneten Validenlohn gegenüber, zeigt sich, dass Letzterer deutlich (rund 19 %) unter dem statistischen Durchschnittswert liegt. Sind - wie im vorliegend zu beurteilenden Fall - keine Hinweise dafür vorhanden, dass sich die versicherte Person aus freien Stücken mit einem bescheideneren Einkommen begnügen wollte, als sie hätte erzielen können, und ist ferner anzunehmen, dass das unter den branchenüblichen Ansätzen liegende Gehalt zumindest teilweise auf invaliditätsfremden Gründen beruht, sind diese Faktoren, sofern eine erhebliche Abweichung vorliegt, praxisgemäss entweder sowohl beim Validen- als auch beim Invalideneinkommen oder überhaupt nicht zu berücksichtigen. Nur dadurch ist der Grundsatz gewahrt, dass die Invalidenversicherung nicht für die auf invaliditätsfremde Gesichtspunkte zurückzuführenden Lohneinbussen aufzukommen hat (vgl. BGE 129 V 225 Erw. 4.4 mit Hinweisen; vgl. etwa Urteil des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen A. vom 1. Mai 2006, I 854/05 Erw. 4.1.2).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Anstelle des Lohnes von Fr. 46'508.-- sind dem Einkommensvergleich daher die ermittelten Tabellenwerte zu Grunde zu legen; das massgebliche Valideneinkommen beläuft sich demnach auf Fr. 57'258.--.

5.2 Ä Ä Ä Ä Bei der Festsetzung des Invalideneinkommens stützte sich die SUVA zu Recht auf den hypothetischen Lohn gemäss LSE, welchen der Beschwerdeführer, der seit dem Unfallereignis nicht mehr arbeitstätig ist (vgl. Urk. 11/51 S. 5), bei Ausübung einer ihm zumutbaren Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte. Aufgrund der Zumutbarkeitsbeurteilung von Kreisarzt Dr. D.____ (vgl. Urk. 11/51 S. 5), auf welche - wie bereits dargelegt (vgl. Erw. 4.11, Erw. 5.3.5) - abgestellt werden kann, ging die SUVA zu Recht erneut vom monatlichen Brutto Lohn (Zentralwert) gemäss LSE 2004 für Männer im privaten Sektor, einfache und repetitive Tätigkeiten

(Anforderungsniveau 4), und damit - unter Berücksichtigung der im Jahr 2004 betrieblichen wöchentlichen Arbeitszeit von 41.6 Stunden (Die Volkswirtschaft, 5-2007, S. 86 Tabelle B 9.2) - von einem Jahreslohn von Fr. 57'258.-- aus.

Unter Berücksichtigung des von der SUVA ermessensweise auf 10 % geschätzten und nicht zu beanstandenden (vgl. BGE 126 V 75 S. 81 Erw. 6) leistungsbedingten Abzuges von 10 % ergibt sich für das Jahr 2004 ein Invalideneinkommen von Fr. 51'532.--. Stellt man dieses dem Valideneinkommen von Fr. 57'258.-- gegenüber, resultiert ein Invaliditätsgrad von 10 %.

Bei der Ermittlung des versicherten Verdienstes stützte sich die SUVA einerseits auf den IK-Auszug (Urk. 11/65), der für die Zeit vom 31. Juli 2003 bis zum 17. Oktober 2003 (vgl. Urk. 11/61, Urk. 11/62, Urk. 11/77) einen Betrag von Fr. 7'946.-- ausweist. Dafür, dass dieses Einkommen tiefer als das in der fraglichen Zeitspanne tatsächlich erzielte wäre (vgl. Urk. 1 S. 3), ist mangels entsprechender Anhaltspunkte nicht auszugehen. Andererseits legte die Beschwerdegegnerin - da keine einschlägigen Belege vorhanden waren - ihren Berechnungen die vom Versicherten anlässlich der Besprechung vom 5. April 2006 gemachten Angaben (vgl. Urk. 11/80) beziehungsweise die entsprechenden Ausführungen des Bauleiters, mit welchem der Beschwerdeführer bis Juli 2003 gearbeitet hatte (vgl. Urk. 11/83, Urk. 11/91), zugrunde. Entsprechend den Angaben des Bauleiters ging die SUVA von einer dreimonatigen Einsatzdauer (vgl. Urk. 11/91, Urk. 11/83) und entsprechend der Erklärung des Beschwerdeführers von einem - bei einem Pensum von 150 % - dabei durchschnittlich erzielten Monatseinkommen von Fr. 5'700.-- beziehungsweise einem in der Zeit von April bis Juni 2003 erzielten Lohn von Fr. 17'100.-- aus (vgl. Urk. 2 S. 5 f.). Dafür, dass der Beschwerdeführer im Jahr 2003 effektiv ein Einkommen von mindestens 60'000.-- erzielt hätte, geben die Akten keine Hinweise. Der Beschwerdeführer konnte ein entsprechendes Einkommen weder belegen noch glaubhaft machen (vgl. Urk. 1 S. 3). Nicht zu beanstanden ist, dass die SUVA eine Aufrechnung des versicherten Verdienstes wegen Arbeitslosigkeit abgelehnt hat (vgl. Urk. 2 S. 6). So sind entsprechend erforderliche Arbeitsbemühungen des Beschwerdeführers weder dokumentiert, noch wurden sie von diesem behauptet (vgl. Urk. 1). Die SUVA ging demnach für das Jahr 2003 zu Recht von einem versicherten Verdienst von Fr. 25'046.-- (Fr. 7'946.-- + Fr. 17'100.--) aus.

Der Beschwerdeführer beantragte in seiner Einsprache vom 14. Juli 2005 (Urk. 11/68) die Zusprechung einer - auf einem Jahresverdienst von Fr. 52'800.-- basierenden - Integritätsentschädigung von 10 %. Die SUVA hatte B. ___ in der damals angefochtenen Verfügung vom 14. Juni 2005 (Urk. 8/67) aufgrund des am Unfalltag geltenden Höchstbetrags des versicherten Jahresverdienstes (vgl. Art. 25 Abs. 1 UVG) von Fr. 106'800.-- eine Integritätsentschädigung von 10 % zugesprochen. Insofern ist nicht klar, was der Beschwerdeführer mit seinem entsprechenden Antrag bezwecken wollte. In Bezug auf den beschwerdeweise gestellten Antrag des Beschwerdeführers auf Zusprechung einer Integritätsentschädigung von - nunmehr - 20 % ist festzuhalten, dass den medizinischen Akten nicht zu entnehmen ist - und vom Beschwerdeführer auch gar nicht geltend gemacht wurde (vgl. Urk. 1 S. 2) -, dass zwischen verfügungsweiser Zusprechung der Integritätsentschädigung von 10 % am 14. Juni 2005 (vgl. Urk. 8/67) und Erlass des Einspracheentscheides vom 20. Juli 2006 (Urk. 2) eine gesundheitliche Verschlechterung eingetreten wäre, welche eine Integritätseinbusse von mehr als 10 % bedeutete.

Die SUVA stützte sich bei der Beurteilung des Integritätsschadens auf die Einschätzung ihres Kreisarztes Dr. D.____ (Urk. 11/52), welcher den Beschwerdeführer am 21. Januar 2005 selbst untersucht hatte (vgl. Urk. 11/51), beziehungsweise auf SUVA-Tabelle 5 betreffend Integritätsentschädigungen bei Arthrosen. Die aufgrund der entsprechenden Tabellenwerte für eine Femoropatellararthrose (5 bis 10 %) beziehungsweise eine massive Femorotibialarthrose (5 bis 15 %) festgesetzte Integritätsentschädigung von 10 % erscheint aufgrund der dem Beschwerdeführer gemäss den medizinischen Akten verbleibenden gesundheitlichen Einschränkungen als angemessen. Die SUVA hat den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine höher als 10 % liegende Integritätsentschädigung daher zu Recht verneint (vgl. Urk. 2 S. 7).

Nach dem Gesagten ergibt sich, dass der Einspracheentscheid der SUVA vom 20. Juli 2006 (Urk. 2) weder betreffend Höhe der Invalidenrente beziehungsweise des versicherten Verdienstes noch bezüglich Höhe der Integritätsentschädigung zu beanstanden ist.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Milosav Milovanovic unter Beilage eines Doppels von Urk. 24

- Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (SUVA) unter Beilage je einer Kopie von Urk. 22 und Urk. 23

- Bundesamt für Gesundheit

4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (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.