

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00023 vom 29. Februar 2008

ZH Sozialversicherungsgericht, 2008-02-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2007.00023

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00023 du 29 février 2008

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00023 del 29 febbraio 2008

Erwägungen

E. 1

1.1 Nach Art. 10 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Den gesetzlich umschriebenen Anspruch auf Heilbehandlung hat die versicherte Person so lange, als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung eine namhafte Verbesserung ihres Gesundheitszustandes erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV) abgeschlossen sind (Art. 19 Abs. 1 UVG e contrario).

Ist sie infolge des Unfalls voll oder teilweise arbeitsunfähig, so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird sie infolge des Unfalls invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG in der bis Ende 2002 gältig gewesenen Fassung). Wenn die versicherte Person durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität erleidet, steht ihr nach Art. 24 Abs. 1 UVG eine angemessene Integritätsentschädigung zu.

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

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

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 schweren Unfällen ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychisch bedingter Arbeitsunfähigkeit in der Regel zu bejahen. Denn nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung sind solche Unfälle geeignet, invalidisierende psychische Gesundheitsschäden zu bewirken (BGE 120 V 355 Erw. 5b/aa, 115 V 140 Erw. 6b; RKUV 1995 Nr. U 215 S. 90 Erw. 3b).

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 zum Beispiel 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 andern Ursachen zu forschen, die möglicherweise die psychisch bedingte

Erwerbsunfähigkeit mit begründet 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).

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

E. 2

2.1 Die Beschwerdeführerin stellte die Versicherungsleistungen per 10. Oktober 2005 im Wesentlichen mit der Begründung ein, dass beim Beschwerdeführer keine unfallkausalen organischen Restfolgen mehr beständen, die durch eine Fortsetzung der medizinischen Behandlung namhaft gebessert werden könnten. In Bezug auf die vorliegende psychische Gesundheitsbeeinträchtigung könne offen bleiben, ob diese in einem natürlichen Kausalzusammenhang mit den erlittenen Unfällen stehe. Selbst wenn ein solcher Zusammenhang bestehen sollte, wäre die Adäquanz zu verneinen, weshalb die Leistungspflicht der Beschwerdeführerin von vornherein entfalle. Da der Beschwerdeführer unfallbedingt als voll arbeitsfähig anzusehen sei, habe er auch keinen Anspruch auf eine Invalidenrente. Schliesslich sei gestützt auf die Akten auch der Anspruch auf eine Integritätsentschädigung zu verneinen (Urk. 2). Im Übrigen sei die Beschwerdeführerin - wie sie im vorliegenden Prozess ergäben liess (vgl. Urk. 5 S. 4 f. und Urk. 16 S. 1 f.) - auch im Zusammenhang mit der bestehenden Opiat- und Benzodiazepinabhängigkeit des Beschwerdeführers nicht leistungspflichtig.

2.2 Demgegenüber liess der Beschwerdeführer im Wesentlichen vortragen, dass die medizinische Situation die Ausübung seiner angestammten Tätigkeit als Hilfsgipser nicht mehr zulasse. Gemäss orthopädischer Beurteilung im MEDAS-Gutachten bestehe als Hilfsgipser eine Leistungsverminderung von 20 %. Als Hilfsgipser auf dem Bau müsse der Beschwerdeführer häufig Treppen besteigen und dabei Gerätschaften und Material tragen, was unangenehm sei. Da dem Beschwerdeführer unfallbedingt Schmerzmittel abgegeben worden seien und er in der Folge eine Medikamentenabhängigkeit entwickelt habe, sei die Beschwerdeführerin auch dafür leistungspflichtig (Art. 6 Abs. 3 UVG). Insgesamt habe der Beschwerdeführer, der infolge der Medikamentenabhängigkeit vollständig arbeitsunfähig sei, Anspruch auf eine Invalidenrente von 100 %. Bezüglich Integritätsentschädigung liess der Beschwerdeführer geltend machen, dass allein aufgrund der orthopädischen Befunde eine Integritätseinbusse von 5 % vorliege. Bei Berücksichtigung der Folgen der Medikamentenabhängigkeit sei eine wesentlich höhere Integritätsentschädigung geschuldet (Urk. 1). Replicando liess der Beschwerdeführer ergäben, dass ihm alle Medikamente, die er eingenommen habe, von Ärzten im Rahmen der Behandlung der Unfallfolgen verschrieben worden seien. Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin sei es unwesentlich, von wem genau diese Medikamente abgegeben worden seien. Die versicherte Person habe der Unfallversicherung gegenüber im Grundsatz Anspruch auf Heilbehandlung in natura. Somit gelte die Schmerzbehandlung als von der Beschwerdeführerin selbst durchgeführt. Sie habe daher für die Folgen der

medikamentösen Schmerzbehandlung einzustehen (Urk. 13).

E. 3

3.1. Strittig und zu präzisieren ist, ob die Beschwerdegegnerin die Versicherungsleistungen zu Recht per 10. Oktober 2005 einstellte, weil ab diesem Zeitpunkt keine behandlungsbedürftigen somatischen Unfallfolgen mehr vorlagen, keine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit mehr gegeben war und zwischen den psychischen Beschwerden und den erlittenen Unfällen kein adäquater Kausalzusammenhang besteht.

3.2. Der Leitende Arzt Dr. med. E. ____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, von der Rehaklinik B. ____, hielt in seinem Bericht vom 28. Januar 2005 (orthopädisches Konsilium [Urk. 6/23]) fest, dass ein multipel vorkontusioniertes und voroperiertes Kniegelenk vorliege. Damit habe der Beschwerdeführer jedoch bis März 2004 weitgehend beschwerdefrei als Gipser arbeiten können. Die Angaben in den Akten sowie die jetzige Befragung und Untersuchung wiesen auf eine psychosomatische Überlagerung hin. Das Knie sei reizlos. Obwohl eine ausgeprägte Patella barcha sowie Verkalkungen im Rezessus suprapatellaris vorliegen, sei zu berücksichtigen, dass diese vor dem Unfall genau gleich bestanden hätten und der Beschwerdeführer damit zu 100 % und weitgehend beschwerdefrei habe arbeiten können. Es gebe keine Anhaltspunkte dafür, dass sich diese Situation intraartikulär geändert haben sollte. Diagnostisch seien aus diversen Gründen vergleichende Kniegelenksaufnahmen zu empfehlen. Aus rein orthopädischer Sicht gebe es keinen Grund für die in der heutigen Untersuchungen erhobenen Befunde (ziemlich ausgeprägte Pathologie mit einer Knieflexion von nur 30° und einem so langsamen Gang). Diese Phänomene könnten somatisch nicht erklärt werden.

Der Psychiater F. ____, Oberarzt, und der Leitende Arzt Dr. med. G. ____, Spezialarzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, von der Rehaklinik B. ____, führten in ihrem Bericht vom 28. Januar 2005 (psychosomatisches Konsilium [Urk. 6/22]) aus, dass rein von den psychiatrischen Befunden her zum Untersuchungszeitpunkt keine Störung mit Krankheitswert vorliege. Das besonders in der medizinischen Untersuchung beschriebene Schmerzverhalten (etwa Stromschmerz in der linken Hand, den er mit den Rückenbeschwerden in Verbindung bringe) sei auffällig und spreche für ein Symptomausweitungs-Verhalten, das möglicherweise durch die Angst des Beschwerdeführers, der schon viele Knieeingriffe hinter sich habe, hervorgerufen werde. Wesentliche psychosoziale Belastungsfaktoren, die über den Migrationshintergrund hinausgingen, seien nicht festzustellen.

Oberassistentärztin Dr. med. H. ____, und der Leitende Arzt Dr. med. I. ____, Spezialarzt FMH für Physikalische Medizin, von der Rehaklinik B. ____, äusserten sich in ihrem Bericht vom 21. März 2005 (Urk. 6/24) dahingehend, dass beim Beschwerdeführer aktuell folgende Probleme vorliegen:

1. Chronisches Lumbovertebralsyndrom mit vorwiegend Aufrichteschmerz
2. Chronische Knieschmerzsymptomatik links mit ausgesprochen schmerzhafter Funktionseinschränkung (Flexion mehr als Extension)
3. Erhebliche Quadrizepsinsuffizienz und -atrophie links
4. Reduzierter Ernährungszustand (anamnestisch Gewichtsabnahme von 14 kg seit 03/2004)

5.5 Psychiatrische Diagnose: Keine psychiatrische Störung nach ICD-10 F41.1

Der Beschwerdeführer habe vor einem Jahr nach einem Treppensturz eine LWS-Kontusion und eine Kniekontusion links (bei mehrfach traumatisiertem und operiertem linken Knie) erlitten. Im Bereich der Lendenwirbelsäule hätten posttraumatische Veränderungen mittels MRI ausgeschlossen werden können. Am linken Knie sei eine traumatisierte Bursitis praepatellaris festgestellt worden; und etwa drei Monate später seien eine Bursektomie und Osteosynthesematerialentfernung durchgeführt worden. Histologisch sei eine chronische fibrosierende und fibrinöse Bursitis praepatellaris bestätigt worden. Aktuell stehe eine unter stationärer Physiotherapie nicht wesentlich gebesserte chronische Knieschmerzproblematik links mit verminderter Belastbarkeit und erheblich schmerzhafter Funktionseinschränkung im Vordergrund (bei konventionell radiologisch im Vergleich zu den Voraufnahmen von 2002 unverändertem Kniebefund links sowie ohne Hinweis auf ein entzündliches Geschehen). Des Weiteren bestehe ein chronisches Lumbovertebralsyndrom ohne pathologisch-anatomisches Korrelat. Aus psychosomatischer Sicht habe eine funktionelle Überlagerung ausgeschlossen werden können. Betreffend Funktionsfähigkeit und Behinderung wurde Folgendes festgehalten: Verminderte Kniebelastbarkeit links mit schmerzhafter erheblicher Funktionseinschränkung. Verminderter Steh- und Gehfähigkeit vor allem auf unebenen Böden. Trotz keiner psychiatrischen Störung mögliche Selbstlimitierung nicht ausgeschlossen. Schmerzbedingt verminderte LWS-Belastbarkeit bei fehlendem organischem Korrelat. Der Beschwerdeführer sei als Gipser weiterhin arbeitsunfähig. Aufgrund der aktuellen klinischen Befunde könne aber mit einer Verbesserung der Knieschmerzproblematik gerechnet werden. Zu berücksichtigen sei, dass es sich um ein mehrfach traumatisiertes und operiertes Knie handle und die Erholung wahrscheinlich entsprechend verzögert sei.

Dr. med. J. ____, Spezialärztin FMH für Neurologie, diagnostizierte in ihrem Bericht vom 6. Juli 2005 (Urk. 6/32) massive Schmerzen der linken Körperseite und des ganzen Rückens bei Status nach mehreren Knieverletzungen links und Operationen sowie Sensibilitätsstörungen der ganzen linken Körperseite und wiederholte Zuckungen des Körpers, was vordergründig als Somatisierungsstörung zu interpretieren sei. Sie empfahl den Einsatz einer zentral schmerzdistanzierenden Substanz (falls bis anhin nicht eingesetzt), beispielsweise eines SSRI oder von Exefor. Eventuell sei auch ein Aufenthalt in einer psychosomatischen Klinik zu empfehlen.

Dr. C. ____, führte in seinem Bericht vom 22. Juli 2005 (Urk. 6/37) aus, der Beschwerdeführer habe darüber geklagt, dass es um seine Gesundheit immer schlechter stehe. Er könne das linke Kniegelenk nicht mehr beugen, und im Rücken habe er zunehmende Schmerzen. Seit dem letzten Unfallereignis habe er 14 kg abgenommen; dabei esse er ganz normal. Er nehme verschiedene Medikamente: MSD, Mydocalm, Spiralgin und Dalmadorm. Beim achtundzwanzigjährigen, ehemaligen Gipser - so Dr. C. ____, weiter - bestehe eine somatisch und psychosomatisch desolante Entwicklung. Die heutige Untersuchung der zur Diskussion stehenden Regionen (untere Lendenwirbelsäule und linkes Kniegelenk) sei zwar zuverlässig durchzuführen, aber der Beschwerdeführer sei insgesamt massiv verändert: somatisch extreme Abmagerung und psychisch depressiv erscheinendes Zustandsbild mit Verlangsamung, Erschöpfung markierend, körperliche Schwäche markierend. Er sei knapp imstande, einige Dutzend Meter zu gehen. Während der Untersuchung habe er über massive Schmerzen (auch

ohne Berührung der betroffenen Regionen) und zudem über Sensibilitätsstörungen auf der gesamten linken Körperseite geklagt. Im unteren Lendenwirbelsäulenbereich bestanden eine leichte Belastungsintoleranz, eine Bewegungseinschränkung und paravertebrale Muskelverspannungen. Es bestehe eine Druckdolenz der Dornfortsätze der gesamten Lendenwirbelsäule bis auf das Sakrum. Bildgebend seien weder degenerative Veränderungen noch posttraumatische Veränderungen nachgewiesen worden. Am linken Kniegelenk liege ein Zustand nach Quadrizepssehnenruptur, Reinsertion, erneuter Ruptur und Reinsertion mit bleibender Dehiszenz sowie dreimaliger Burssectomie vor, wobei die präpatelläre Weichteilsituation nach Burssectomie kompensiert sei und der gesamte Kniegelenkspalt bildgebend und klinisch keine wesentlichen Veränderungen zeige, aber die Situation oberhalb der Patella eine Dellenbildung und Verkalkung am freiliegenden Sehnenansatz zeige. Es bestehe eine massive Berührungs- und Druckdolenz, die Weichteile seien aber klinisch weder entzündlich noch trophisch auffällig. Zur Kausalitätsfrage führte Dr. C. ___ aus, dass die Schmerzsituation nach dem letzten Unfallereignis im März 2004 aufgrund der Befunde, des Unfallmechanismus und des Verlaufs nicht erklärbar sei. Es seien auch keine pathologisch-anatomischen Substrate, die diese Symptomatologie und Beschwerden erklären könnten, fassbar. Die Kontusion der Lendenwirbelsäule habe klinisch primär unbedeutende Befunde ergeben. Die Schmerzausweitung in den letzten Monaten sei unerklärlich. Bildgebend seien keine traumatischen Läsionen nachweisbar und auch keine wesentlichen degenerativen vorbestehenden Veränderungen. Einengungen der neurogenen Strukturen seien ausgeschlossen worden. Die Erweiterung der Symptomatik mit der sensiblen Hemisymptomatik der gesamten linken Körperhälfte und den angegebenen linksseitigen Augensymptomen sowie die psychischen Veränderungen seien mit den erlittenen Unfällen nicht zu erklären und nicht zu vereinen. Insbesondere seien sie nicht organischen Strukturen zuzuordnen, sondern rein funktioneller Art. Die eindrückliche und desolante Entwicklung nach dem letzten Unfallereignis sei medizinisch unerklärlich. Das Ereignis und die Verletzungen seien grundsätzlich eher bagatellär. Solche Verletzungen heilten nach medizinischen Kriterien spätestens über wenige Wochen ab und würden in der Symptomatik nicht wie beim Beschwerdeführer zunehmen. Die klinischen und die bildgebenden Untersuchungen sowie die spezialärztlichen Verlaufsuntersuchungen während der Rehabilitation in der Rehaklinik B. ___ liessen den eindeutigen Schluss zu, dass keine fassbaren Unfallresiduen mehr vorhanden seien, welche die Symptomatik und die volle Arbeitsunfähigkeit erklären könnten. Nach medizinischen Kriterien sei in der angestammten Arbeitstätigkeit keine Arbeitsunfähigkeit mehr zu begründen. Allenfalls bestehe eine leichte Belastungsverminderung des linken Kniegelenks, wobei zu berücksichtigen sei, dass der Beschwerdeführer vor dem letzten Ereignis vollumfänglich über mehrere Jahre bei gleichem Zustand als Gipser gearbeitet habe. Andere Einschränkungen des Zumutbarkeitsprofils bestanden nicht. Allerdings lasse es die Gesamtsituation des Beschwerdeführers, die jedoch - was die Untersuchungen bewiesen hätten - nicht unfallbedingt seien, kaum zu, dass er einer Arbeit nachgehe. Unfallbedingt seien keine Behandlungen notwendig. Unfallbedingte Restfolgen seien nicht vorhanden. Die bestehenden Symptome, Beschwerden und Befunde seien funktionell bedingt und mit den Unfallereignissen nicht zu erklären.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. med. K. ___, Spezialarzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte in seinem psychiatrischen MEDAS-Teilgutachten vom 14.

November 2006 (Urk. 6/83/3) eine somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), eine dissoziative Störung (ICD-10 F44.7) und eine Opiat- und Benzodiazepin-Abhängigkeit (ICD-10 F11.2 und F13.2). Der Beschwerdeführer sei durch die vorliegende Symptomatik zu 100 % arbeitsunfähig. Eine mehrmonatige stationäre Therapie (Pharmako-, Psycho- und Soziotherapie) sei dringend angezeigt. Dies sei umso mehr erforderlich, als der Beschwerdeführer aus der ebenfalls mit starken Gesundheitseinschränkungen einhergehenden Opiat- und Benzodiazepin-Abhängigkeit nur über eine mehrmonatige vollstationäre Entzugsbehandlung herausfinden werde. Der Rückzug von den Opiaten werde insofern schmerztherapeutisch zu rechtfertigen sein, als die gegenwärtige Dosis von 180 mg pro Tag zu einem völlig unbefriedigenden Ergebnis führe, und zwar sowohl auf der Wirkungsebene als auch auf der Nebenwirkungsebene. Zudem habe man auch mit höheren Dosen bisher keine besseren Erfahrungen gemacht. Allein die Opiat- und Benzodiazepin-Abhängigkeit führe beim Beschwerdeführer gegenwärtig und bis auf Weiteres zu einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit im bisher ausgeübten Beruf.

Dr. med. L. ____, Spezialarzt FMH für Orthopädie, von der MEDAS D. ____, führte im Rahmen der MEDAS-Abklärung in seinem orthopädischen Teilgutachten vom 15. November 2006 (Urk. 6/83/4) aus, dass er nicht beurteilen könne, ob die verschwommene Sprache, das unklare Artikulieren und die Schläfrigkeit Folgen des vom Beschwerdeführer betriebenen Medikamentenabusus seien oder ob es eine Demonstration sei. Diese Beurteilung sei dem Psychiater überlassen. Für die vom Beschwerdeführer geklagten Rückenschmerzen, die von den Knien bis zur Halswirbelsäule bestehen sollten, sei bislang von keinem der beigezogenen orthopädischen und Wirbelsäulen-Spezialisten ein entsprechendes pathologisches Substrat gefunden worden. Der Unfall vom 15. März 2004 sei nicht derart gewesen, dass eine schwere Verletzung zu erwarten gewesen sei. Die Röntgenbilder hätten keine traumatischen Läsionen gezeigt. Und auch im MRI der Lendenwirbelsäule vom 9. November 2004 seien keine Pathologien feststellbar gewesen. Das linke Knie zeige einen Status nach zweimaliger Quadrizepssehnenruptur mit einer Delle im Zentrum oberhalb der Patella und einer etwa nussgrossen Verknöcherung im Bereich des abgerissenen Zügels der Quadrizepssehne. Diese Situation erkläre zum Teil die Atrophie der Muskulatur am linken Knie, die zweifellos mit einer gewissen Kraftreduktion einhergehe. Die seitlichen Zügel im Bereich des Vastus lateralis und des Vastus medialis der Quadrizepssehnen seien intakt, weshalb das Bein auch gestreckt gehoben werden könne. Eine Verschlimmerung gegenüber dem Zustand vor dem zur Diskussion stehenden Unfall könne nicht nachgewiesen werden. Es könne daher auch nicht erklärt werden, weshalb er mit diesem Zustand vorher als Hilfsgipser vollumfänglich arbeitsfähig gewesen sei und plötzlich - schmerzbedingt - arbeitsunfähig sein sollte. Das Knie zeige weder eine Schwellung noch irgendeine Irritation. Eine gewisse Schwäche im linken Knie beim bestehenden zentralen Defekt der Quadrizepssehne sei zweifellos vorhanden; diese Schwäche könne den Beschwerdeführer beim Tragen von schweren Lasten über Treppen behindern. Als Hilfsgipser bestehe eine Leistungsverminderung von 20 %. Eigentlich sei ja durch den letzten Unfall keine nachweisbare neue Verletzung dazugekommen. Umso erstaunlicher sei, dass er vorher noch voll gearbeitet habe. Für leichtere angepasste Arbeiten (beispielsweise an einer Maschine in einer Fabrik) bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. med. M.____, Facharzt FMH für innere Medizin sowie für psychosomatische Medizin, Dr. med. N.____, Spezialarzt FMH für Innere Medizin und klinische Pharmakologie, Dr. K.____ und Dr. L.____ erhoben in ihrem MEDAS-Gutachten vom 14. November 2006 (Urk. 6/83/2) folgende Diagnosen:

■ Anhaltende somatoforme Schmerzstörung F45.4

Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen) gemischt F44.7

Opiat- und Benzodiazepinabhängigkeit F11.2 u. F13.2

St.n. Quadrizepssehnenrupturen und -naht mit persistierendem Defekt T93.5■

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Der Beschwerdeführer sei im Rahmen der MEDAS-Begutachtung allgemein-internistisch, orthopädisch und psychiatrisch exploriert und untersucht worden. Bei allen Untersuchungsterminen seien Klagen über seine ständigen Schmerzen im Rücken, in der linken Schulter und der ganzen linken Körperseite (insbesondere im linken Bein) im Vordergrund gestanden. Bei sämtlichen Untersuchungen sei das Verhalten des Beschwerdeführers auffällig gewesen. Er habe benommen und zeitweise schlaff gewirkt; er habe sich massiv eingeschränkt gezeigt und beim Gehen, Stehen und bei einfachen Verrichtungen die Hilfe seiner Frau benötigt. Dramatisch seien die Befunddarstellung und das Verhalten des Beschwerdeführers bei der psychiatrischen und der orthopädischen Untersuchung gewesen. Im orthopädischen Teilgutachten seien der Status nach Quadrizepssehnenruptur links mit persistierendem Defekt oberhalb der Patella, die Verknöcherung am Sehnenansatz, die Quadrizepsatrophie des linken Beines und die aus orthopädischer Sicht ursächlich nicht erklärbaren Bewegungseinschränkungen im linken Kniegelenk sowie die ausgeprägten Rückenschmerzen und die linksseitigen Sensibilitätsstörungen festgestellt worden. Eine gewisse Kraftreduktion des linken Beines sei orthopädisch verständlich, für die anderen Beschwerden fehlten auch anhand der bildgebenden Untersuchungen allerdings die Erklärungen. Insbesondere könne aus orthopädischer Sicht nicht erklärt werden, warum bei vorher voller Arbeitsfähigkeit als Hilfsgipser nach dem letzten Unfall plötzlich schmerzbedingt eine vollständige Arbeitsunfähigkeit eingetreten sei. Aus orthopädischer Sicht bestehe demnach auch für die angestammte Tätigkeit keine quantitative Beeinträchtigung; qualitativ könne aber beim Tragen von schweren Lasten über Treppen eine Beeinträchtigung vorliegen. Der wesentliche Gesundheitsschaden, der die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers reduziere, sei psychisch bedingt. Die neben den Schmerzen bestehenden kurzzeitigen Bewusstseinsveränderungen, Gang-, Bewegungs- und Sensibilitätsstörungen liessen sich als Konversionsstörungen zusammenfassen. Des Weiteren müsse anhand der Anamnese und des klinischen Bildes von einer Opiat- und Benzodiazepin-Abhängigkeit ausgegangen werden, die sich mit den Konversionssymptomen mische beziehungsweise diese verstärke (Bewusstseinsstörung, Verlangsamung, kognitive Einschränkungen, Geh- und Stehunsicherheit). Das Störungsbild sei so ausgeprägt, dass medizinische Massnahmen im Sinne einer intensiven stationären psychiatrischen Behandlung (inklusive Entwöhnungsbehandlung) ganz im Vordergrund ständen. Es sei von einer langen Behandlungsdauer auszugehen; eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit sei erst mittelfristig vorstellbar. Gegenwärtig sei an eine Wiedereingliederung durch berufliche Massnahmen nicht zu denken. Bezüglich Arbeitsfähigkeit hielten die Gutachter fest, dass sich auf körperlicher Ebene die ausgeprägte Schwäche und die

Bewegungsstörungen beeinträchtigt auswirkten. Aktuell wäre der Beschwerdeführer deshalb - abgesehen von der psychisch-geistigen Beeinträchtigung - nicht in der Lage, einer Arbeitstätigkeit nachzugehen. In sozialer Hinsicht wirkten sich ein ängstlich-depressives Vermeiden im Rahmen einer dissoziativen Störung und die Auswirkungen der Medikamente negativ aus. Relativierend müsste man anmerken, dass sich der Beschwerdeführer gegenüber den verschiedenen Gutachtern unterschiedlich stark eingeschränkt dargestellt habe. Im Rahmen der Konversionsstörung mit theatralisch und demonstrativ wirkendem Verhalten könne eine mindestens teilweise willentliche Steuerung des auffallenden Symptom- und Krankheitsverhaltens angenommen werden. Die Gutachter kamen schliesslich zu folgendem Fazit: Der Beschwerdeführer kann in seinem aktuellen körperlichen und geistigen Zustand eine Arbeit als Hilfspolier nicht mehr ausführen. Abgesehen vom aktuellen Untergewicht und der allgemeinen Schwäche spielen hier weniger die körperlichen Befunde eine Rolle als vielmehr die wechselnd ausgeprägten Missempfindungen, Sensibilitätsstörungen, Bewusstseins- und Bewegungsstörungen im Rahmen der dissoziativen Störung. Retrospektiv müsste von einer negativen psychischen Entwicklung nach dem Unfall vom März 2004 und erneuter Operation am linken Kniegelenk im Juni 2004 ausgegangen werden, in deren Rahmen es auch zu einem unkritischen und schliesslich zur Abhängigkeit führenden Medikamentengebrauch gekommen sei. Seither müsste von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werden. Prinzipiell sei bei einer Besserung oder eines Wegfalls der psychischen Störung auch die angestammte Tätigkeit wieder ausführbar. Allenfalls ist eine Leistungsminderung wegen des zu vermeidenden Tragens für schwere Lasten über Treppen zu bescheinigen.

E. 3.3

3.3.1.1. Aus den wiedergegebenen medizinischen Berichten und Gutachten ergibt sich zweifelsfrei, dass beim Beschwerdeführer nach wie vor erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigungen vorliegen und dass er deshalb nicht fähig ist, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen. Fraglich ist aber, ob beziehungsweise inwieweit die bestehende 100%ige Arbeits- beziehungsweise Erwerbsunfähigkeit unfallbedingt ist oder nicht.

3.3.2.1. Soweit sich die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Einspracheentscheid auf den Standpunkt stellte, dass die Arbeits- beziehungsweise Erwerbsfähigkeit des Beschwerdeführers ausschliesslich durch psychische Faktoren reduziert werde und dass keine unfallkausalen organischen Restfolgen mehr vorlägen, kann ihr nicht gefolgt werden. Aus dem MEDAS-Gutachten geht nämlich ausdrücklich hervor, dass eine gewisse Kraftreduktion des linken Beines orthopädisch festgestellt sei und dass der Beschwerdeführer beim Tragen von schweren Lasten über Treppen beeinträchtigt sei (Urk. 6/83/2 S. 26). Die MEDAS-Gutachter kamen zwar nachvollziehbar (und durchaus in Übereinstimmung mit der übrigen medizinischen Aktenlage) zum Schluss, dass der Beschwerdeführer im Wesentlichen aus psychischen Gründen arbeitsunfähig sei. Das bedeutet aber - entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin - nicht, dass die im MEDAS-Gutachten beschriebenen Einschränkungen somatischer Natur unbeachtlich wären. Aus den Erkundigungen der Beschwerdegegnerin bei der Arbeitgeberin des Beschwerdeführers vom 1. April 2005 (Urk. 6/25) geht hervor, dass es sich bei der Tätigkeit eines Gipsers um eine körperlich schwere Tätigkeit handelt, was im Übrigen auch gerichtsnotorisch ist: Ein Arbeitseinsatz ist nur möglich, wenn der

Arbeitnehmer zu 100 % einsatzfähig ist. Als Gipser muss man Gipssacke [und] Materialien bis zu 25-30 kg in obere Gebäudestricke tragen. Angesichts dessen, dass der Beschwerdeführer gemäss überzeugender Beurteilung der MEDAS-Gutachter aus orthopädischen Gründen, nämlich wegen der Beschwerden am linken Knie, beim Tragen von schweren Lasten über Treppen beeinträchtigt ist, erweist sich der angefochtene Einspracheentscheid, in dem die Beschwerdegegnerin aus organischer Sicht von einer vollständigen Arbeitsfähigkeit als Gipser ausging, als nicht haltbar. Aufgrund der Aktenlage ist vielmehr ausgewiesen, dass der Beschwerdeführer infolge seiner Knieverletzung nicht mehr (jedenfalls nicht mehr zu 100 %) als Hilfgipser arbeiten kann, da bei dieser Tätigkeit in der Praxis offensichtlich das Besteigen von Treppen mit schweren Gewichten notwendig ist (vgl. dazu etwa auch die Auffassung des Orthopäden Dr. L. ____, der von einer organisch bedingten Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit als Gipser von 20 % ausgeht [Urk. 6/83/4 S. 6 und oben Erw. 3.2]).

3.3.3.1 Aufgrund des erwähnten MEDAS-Gutachtens steht überdies die Frage im Raum, ob die Beschwerdegegnerin für die Folgen der beim Beschwerdeführer offenbar bestehende Opiat- und Benzodiazepinabhängigkeit leistungspflichtig ist. Nach Art. 6 Abs. 3 UVG ist der Unfallversicherer auch für Schädigungen leistungspflichtig, die dem Verunfallten bei der Heilbehandlung zugefügt werden.

Insoweit liess der Beschwerdeführer vortragen, dass er stets nur die Medikamente genommen habe, die ihm von den behandelnden Ärzten verschrieben worden seien (Urk. 13). Den medizinischen Akten lassen sich tatsächlich einige Hinweise entnehmen, dass der Beschwerdeführer auf ärztliche Verschreibung hin mit diversen Medikamenten versorgt wurde (vgl. etwa Urk. 6/32, 6/37, 6/83/3-4). Der Medikamentenkonsum des Beschwerdeführers war auch dem Kreisarzt bekannt (vgl. Urk. 6/37). Aufgrund der herrschenden Aktenlage kann nicht entschieden werden, ob die bestehende Medikamentenabhängigkeit eine (unerwünschte) Folge der Verschreibungspraxis der behandelnden Ärzte ist (und somit eine Folge der Heilbehandlung) oder vielmehr entstanden ist, weil der Beschwerdeführer die Medikamente zweckwidrig und entgegen der ärztlichen Verordnung eingenommen hat. Falls sich der Beschwerdeführer jedoch an die ärztliche Verordnung gehalten haben sollte, stünde die Haftung der Beschwerdegegnerin gestützt auf Art. 6 Abs. 3 UVG ausser Frage. Es ginge nämlich nicht an, einem Hilfgipser, der gemäss einer ärztlichen Empfehlung beziehungsweise Anordnung Medikamente einnimmt, in rechtlich relevanter Weise vorzuwerfen, er habe die Medikamente unkritisch eingenommen (vgl. aber Urk. 6/83/2 S. 28).

Dementsprechend ist auch noch offen, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf weitere Heilbehandlungsmassnahmen (etwa den von den MEDAS-Gutachtern vorgeschlagenen stationären Medikamentenentzug) hat.

3.3.4.1 Angesichts dessen, dass die Aktenlage hinsichtlich der bestehenden Medikamentenabhängigkeit beziehungsweise der entsprechenden Leistungspflicht nicht spruchreif ist, erweist sich in Bezug auf die (weiteren) psychischen Gesundheitsbeeinträchtigungen die Adäquanzprüfung als verfrüht. Solange nicht geklärt ist, ob es im vorliegenden Fall zu einer erheblichen ärztlichen Fehlbehandlung und/oder einer erheblichen Komplikation im Heilungsverlauf (Verschreibung von Medikamenten, die im Ergebnis zu einer Opiat- und Benzodiazepinabhängigkeit geführt haben) gekommen ist, kann nicht entschieden werden, welche der in Erw. 1.3.3

wiedergegebenen Adäquanzkriterien erfüllt sind.

3.4. Nach dem Gesagten ist die Beschwerde in dem Sinne gutzuheissen, dass der angefochtene Einspracheentscheid vom 26. Januar 2007 aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist, damit sie nach Durchführung der erforderlichen Abklärungen über ihre Leistungspflicht ab 11. Oktober 2005 neu verfährt. Die Beschwerdegegnerin wird dabei zu klären haben, wie es zum Medikamentenabusus des Beschwerdeführers gekommen und weshalb niemand dagegen eingeschritten ist. In jedem Fall wird die Beschwerdegegnerin die erwerblichen Auswirkungen der somatischen Beeinträchtigungen am linken Knie zu beziffern haben und einen Einkommensvergleich durchführen müssen. Im Weiteren ist die Integritätseinbusse zu schätzen.

4. Nach § 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 3 GSVGer). Als Obsiegen gilt insoweit auch die Rückweisung an den Versicherungsträger zur weiteren Abklärung (BGE 110 V 57 Erw. 3a). Vorliegend ist weiter zu berücksichtigen, dass der Beschwerdeführer durch eine Rechtsschutzversicherung vertreten wird, weshalb von einem leicht reduzierten Stundenansatz von Fr. 170.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) auszugehen ist. Insgesamt erscheint vorliegend eine Prozessentschädigung von Fr. 2'700.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) als angemessen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass der Einspracheentscheid vom 26. Januar 2007 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird, damit sie nach Durchführung der erforderlichen Abklärungen über ihre Leistungspflicht ab 11. Oktober 2005 neu verfährt.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 2'700.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- DAS Rechtsschutz-Versicherungs-AG
- Rechtsanwalt Dr. Beat Frischkopf
- Bundesamt für Gesundheit

5. 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 des Beschwerdeführers oder seines Vertreters 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.