

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00071

vom 3. September 2007

ZH Sozialversicherungsgericht, 2007-09-03, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2007.00071

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00071 du 3 septembre 2007

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00071 del 3 settembre 2007

Erwägungen

E. 1

1.1. M. ____, geboren 1964, war seit dem 24. März 1992 als Bauarbeiter bei der A. ____, B. ____, beschäftigt und damit bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) gegen Unfälle versichert. Am 31. Juli 1992 kniete er beim Rohrzusammenschieben auf einen Stein und verspürte ein Knacken im linken Kniegelenk (Unfallmeldung vom 3. August 1992 [Urk. 8/1] und Bericht des Regionalspitals C. ____, vom 17. August 1992 [Urk. 8/5]). Die am 6. August 1992 erstbehandelnden Ärzte des Regionalspitals C. ____, diagnostizierten eine partielle Ruptur des vorderen Kreuzbandes links (Bericht vom 26. August 1992, Urk. 8/2). Die SUVA trat auf den Schaden ein und gewährte Heilbehandlung sowie Taggeld. Am 7. August 1992 (Urk. 8/4) wurden eine Kniearthroskopie links mit Shaving von Faserresten des vorderen Kreuzbandes und des Lig. mucosum durchgeführt und eine Physiotherapie eingeleitet. Am 7. November 1992 konnte er die Arbeit - abgesehen von einer schmerzbedingten Unterbrechung vom 30. November bis 6. Dezember 1992 (Urk. 8/10-11) - wieder aufnehmen (Bericht von Kreisarzt Dr. med. D. ____, vom 2. Dezember 1992, Urk. 8/8).

1.2. Nachdem M. ____, am 17. Mai 1993 eine neue Stelle als Gerüstmonteur bei der E. ____, F. ____, angetreten hatte, beklagte er nach knapp einem Monat erneut Beschwerden im linken Knie mit Instabilität (Bericht von Dr. med. G. ____, Allgemeine Medizin FMH, vom 15. Juni 1993, Urk. 8/17). Am 25. Februar 1994 (Urk. 8/28-29) erfolgten im Kreisspital J. ____, eine diagnostische Arthroskopie, eine partielle arthroskopische Meniskusresektion medial links sowie eine Kreuzbandplastik. Am 18. Juli 1994 nahm der Versicherte die Arbeit wieder im Umfang von 50 % auf (Urk. 8/33). Da er in der Folge über zunehmende Belastungsschmerzen beim halbtägigen Arbeitseinsatz als Gerüstbauer klagte und sich trotz gutem Behandlungsergebnis Ergüsse bildeten (Bericht von Kreisarzt Dr. med. H. ____, vom 15. November 1994, Urk. 8/37), wurde er vom 14. Dezember 1994 bis 3. Februar 1995 in der Rehaklinik I. ____, rehabilitativ behandelt. Die Ärzte erachteten die angestammte Tätigkeit als nurmehr im Umfang von 50 % zumutbar und attestierten in einer behinderungskonformen (leichten, wechselbelastenden, überwiegend sitzenden) Tätigkeit eine vollumfängliche Arbeitsfähigkeit (Austrittsbericht vom 14. Februar 1995, Urk. 8/44). Die bisherige Arbeitsstelle war ihm während des Rehabilitationsaufenthalts per 31. Dezember 1994 gekündigt worden (Urk. 8/39 und Urk. 8/42). Darauf bezog er - neben den Unfalltaggeldern - im Umfang von 50 % Tagelder der Arbeitslosenversicherung (Urk. 8/49).

Am 12. Juli 1995 (Urk. 8/65) wurde im Kreisspital J. ____, erneut eine Arthroskopie des linken Kniegelenks mit arthroskopischem Débridement der Transplantathypertrophie durchgeführt, wobei eine ausgedehnte nekrotische

Knorpelschuppe an der PatellarhäckflÄsche festgestellt wurde. Kreisarzt Dr. H. ___ verwies anÄsslich der Abschlussuntersuchung vom 6. Oktober 1995 (Bericht vom 17. Oktober 1995, Urk. 8/72) auf die festgestellte Chondromalazie der PatellarÄckflÄsche Grad II-III und befand den Zustand als nicht mehr besserungsfÄhig. Er attestierte eine vollumfÄngliche ArbeitsfÄhigkeit nurmehr in einer Arbeit ohne hÄufiges Heben und Tragen von Gewichten von 20 kg und mehr, ohne lÄngerdauernde TÄtigkeiten in ungÄnstiger Stellung und ohne hÄufiges Treppensteigen. MÄglich sei ein vorwiegend stehender Arbeitseinsatz, wenn es sich um eine kÄrperlich leichte Arbeit handle und alle zwei Stunden ein zehninÄtliches Sitzen mÄglich sei. Den IntegritÄtsschaden schÄtzte Dr. H. ___ auf 7,5 % (Urk. 8/71).

1.3ÄÄÄÄ In der Folge fÄhrte die EidgenÄssische Invalidenversicherung vom 1. Februar bis 30. April 1996 eine berufliche AbklÄrung bei der Stiftung K. ___ durch. Dabei wurde festgestellt, dass dem Versicherten leicht zu erledigende Arbeiten in den Bereichen Mechanik und Elektrotechnik vollzeitlich zumutbar sind (Bericht vom 21. April 1996, Urk. 8/84). Mit VerfÄgung vom 12. September 1996 (Urk. 8/93) lehnte die Invalidenversicherung weitere Leistungen im Rahmen beruflicher Massnahmen ab.

ÄÄÄÄÄÄ Die SUVA ihrerseits sprach M. ___ mit VerfÄgung vom 30. September 1996 (Urk. 8/106) mit Wirkung ab 1. Dezember 1995 gestÄtzt auf eine ErwerbsunfÄhigkeit von 20 % eine Invalidenrente von Fr. 488.-- monatlich sowie fÄr eine IntegritÄtseinbusse von 7,5 % eine EntschÄdigung in der HÄhe von Fr. 7'290.-- zu. Auf die dagegen erhobene Einsprache vom 31. Oktober 1996 (Urk. 8/107) trat die SUVA mangels BegrÄndung innert erstreckter Frist mit Entscheid vom 28. Mai 1997 (Urk. 8/111) nicht ein. Die gewÄhrte Rente wurde am 25. November 1999 (Urk. 8/115) revisionsweise bestÄtigt.

E. 1.3

1.3.1ÄÄ 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 gewÄhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizufÄhren, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begÄnstigt 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).

1.3.2ÄÄ FÄr die Bejahung des adÄquaten Kausalzusammenhanges zwischen dem Unfall und psychischen GesundheitsschÄdigungen ist im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall fÄr 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). FÄr die Beurteilung dieser Frage ist an das Unfallereignis anzuknÄpfen, wobei - ausgehend vom augenfÄlligen Geschehensablauf - von der Rechtsprechung 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).

1.3.3. Bei banalen Unfällen wie z.B. bei geringfügigem Anschlagen des Kopfes oder Übertreten 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).

E. 1.4

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

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

1.4.3. Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte und Ärztinnen kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt oder die befragte Ärztin in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters oder der Gutachterin allerdings ein strenger Massstab anzulegen (RKUV 1999 Nr. U 356 S. 572; BGE 122 V 161/2 Erw. 1c; vgl. auch 123 V 334 Erw. 1c).

E. 2

2.1. Nach der letzten Knieoperation vom 2. März 2005 (vordere Kreuzband-Ersatzplastik mit vierfach Semitendinosus-/Grazilis-Transplantat rechts, Rigid-Fix, transarthroskopisch, Urk. 9/88) an der Q. Klinik berichtete der Operateur Dr. med. S., Leitender Arzt Orthopädie, am 8. Juli 2005 (Urk. 9/105) über einen frustrierten Verlauf. Der Beschwerdeführer habe eine Kniestellung vor einem Monat wegen Schwäche und Schmerzen nicht durchführen können. Der Beschwerdeführer gebe an, dass eine bloss 15- bis 20-minütige schmerzlose

Gefährlichkeit vorhanden sei. Dann komme eine ausgeprägte Mäßigkeit beider unteren Extremitäten. Auch habe er das Gefühl, die Beine schliefen ein. Mäßig sei vor allem die Nacht, während der er wegen der diffusen Beinschmerzen beidseits kaum schlafen könne. Angegeben würden auch diffuse Knieschmerzen rechts mehr als links. Dr. S. ___ führte aus, falls überhaupt an eine Reintegration in eine Arbeitstätigkeit gedacht werde, sei von einer körperlich belastenden Arbeit in Anbetracht des Verlaufs und auch der Problematik abzusehen. Er attestierte weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit.

E. 2.2

2.2.1. Anlässlich des Aufenthalts in der Rehaklinik I. ___ vom 22. August bis 14. September 2005 klagte der Beschwerdeführer über deutlich geringere Schmerzen im Bereich der Tuberositas tibiae seit der letzten Operation vor ungefähr einfeinhalb Monaten. Beide Knie würden aber oft schmerzen, es entstehe ein Hitzegefühl, ohne dass das äußerlich spürbar wäre, welches von den Kniekehlen bis ins Gesäß hinauf ziehe. Diese Beschwerden seien nach Aufhalten am Meer jeweils etwas geringer. Zudem fühle er sich in den Beinen kraftlos. Schmerzfreiheit erreiche er mit der Hochlagerung der Beine. Nach Anlaufschmerzen morgens (30 bis 60 Minuten) könne er für 20 bis 25 Minuten gehen. Dann nähmen Schmerzen, Mäßigkeit und Hitzegefühl wieder zu. Treppensteigen sei nur schlecht möglich. Die Beschwerden im linken Knie seien seit 13 Jahren gleich. Zeitweise habe er ein Gefühl des Ameisenlaufens im Bereich des Nervus peroneus superior rechts (Urk. 9/118 S. 7).

Beim Eintritt waren weder links noch rechts eine Überwärmung, Rötung oder ein Erguss festzustellen. Beim Austritt fand sich ein Kniegelenkserguss beidseits. Auf den neu angefertigten Röntgenbildern waren eine leichte Gonarthrose beidseits, links vor allem femoropatellar, sowie eine Unschärfe der Eminentia tibiae rechts zu sehen. Eine Progredienz des Befundes seit den Aufnahmen im Jahr 2003 wurde verneint (Urk. 9/118 S. 8). Klinisch erkannten die Ärzte eine Laxizität in beiden Knien, jedoch ein beidseitiger satter Anschlag beim Lachmann-Test, eine Schublade links von 6 und rechts von 10 mm (Urk. 9/118 S. 2).

2.2.2. Im neurologischen Konsilium vom 29. August 2005 (Urk. 9/117) hielt Dr. med. T. ___, Facharzt FMH für Neurologie und Physikalische Medizin und Rehabilitation, fest, es fänden sich in der Untersuchung sehr gut entwickelte untere Extremitäten, welche mit der angegebenen Schonmotorik mit 20 Minuten maximaler Gehstrecke nicht ganz kompatibel seien. Neurologisch finde sich nicht eine Spur einer Störung, dies gelte sowohl für die Peripherie wie auch für die Kontrolle der zentralen Funktionen. Bei der angegebenen Hitze könne es sich um eine etwas besondere Schmerzempfindung handeln.

2.2.3. Im Bericht über die psychosomatische Untersuchung vom 6. September 2005 (Urk. 9/116) diagnostizierten Dr. med. U. ___, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, sowie lic. phil. V. ___, Klinische Psychologin, eine Dysthymie und hielten fest, es lasse sich eine deutliche Schmerzfixierung feststellen. Dabei beständen Stimmungsschwankungen, eine erhöhte Reizbarkeit, Nervosität, eine innere Unruhe sowie ein erhöhter Arousal (Grad der Aktivierung des zentralen Nervensystems). Dies im Zusammenhang mit den andauernden quälenden Schmerzen. Der Beschwerdeführer zeige unter multiplen psychosozialen Belastungsfaktoren (anhaltender Schmerz, Arbeitsverlust, Verlust des mäßig erarbeiteten Hauses in der Heimat durch den Krieg) einen psychischen

Leidensdruck im Rahmen einer dysthymen Stimmungslage, welche durch ungerichtete aggressive Impulse (Reizbarkeit/Rückzug) in Erscheinung trete und einzelne depressive Symptome aufweise (Störung der Vitalgefühl, Anhedonie, Antriebsreduktion, Schlafstörungen). Eine somatoforme Komponente erscheine wahrscheinlich im Zusammenhang mit Überforderungs- und Überlastungsgefühlen sowie mit existentiellen Fragen. Es habe sich eine passiv-abwartende Haltung eingestellt.

2.2.4 Zusammenfassend diagnostizierten die Ärzte der Rehaklinik I. (1) eine Laxizität im rechten Knie mit beginnender medialer und femoropatellarer Arthrose bei Status nach vollständiger Ruptur des vorderen Kreuzbandes rechts, Ruptur des vorderen Anteils des medialen Kollateralbandes, Status nach Teilruptur des lateralen Kollateralbandes sowie Riss im lateralen Drittel des Hinterhorns des lateralen Meniskus, (2) einen Status nach partieller, später vollständiger Ruptur des vorderen Kreuzbandes im linken Knie im Rahmen eines Sturzes 1992 sowie eines erneuten Knie Traumas 1993 bei Status nach verschiedenen Operationen und (3) eine Dysthymie bei andauernd gedrückter Stimmungslage, von Nervosität und innerer Unruhe begleitet, bei chronischem Schmerzsyndrom (Urk. 9/118 S. 1).

Die Ärzte befanden eine leichte bis mittelschwere Arbeit ohne Zwangshaltungen für die Knie und ohne repetitives Treppensteigen mit zusätzlichen Pausen von insgesamt einer Stunde pro Tag als ganztags zumutbar (Urk. 9/118 S. 2).

E. 2.3

2.3.1 Dr. P. verwies in seinem Bericht vom 26. September 2005 (Urk. 9/113) auf die Einschätzung der Rehaklinik I. und regte an, zu Beginn nicht eine ganztagige Arbeit auszuführen, sondern bloss eine halbtägige mit sukzessiver Steigerung.

2.3.2 Am 24. November 2005 (Urk. 9/135 Beilage 3) berichtete Dr. P. über eine am 23. September 2005 festgestellte leichte Überwärmung (37,5° und 37°) insbesondere des rechten Kniegelenks sowie einen leichten Erguss und führte aus, der Beschwerdeführer klagte weiterhin über ein sehr unangenehmes Hitzegefühl. Auch bei der Konsultation vom 17. Oktober 2005 habe er eine leichte Schwellung der Kniegelenke festgestellt. Am 21. Oktober 2005 sei bei einem deutlichen Erguss im rechten Kniegelenk 36 ml abpunktiert worden. Am 22. November 2005 sei erneut ein leichter Erguss beidseits festgestellt worden.

2.3.3 Am 15. Juni 2006 (Urk. 3/7) hielt Dr. P. sodann fest, subjektiv bestehe eine grössere Schwäche im rechten Bein, im linken hingegen grössere Schmerzen und Instabilität im Knie. Ebenfalls persistierten die bekannten Beschwerden mit Hitzegefühl und konsekutiver Schlafstörung. Aktuell beständen keine sicheren Hinweise für einen Kniegelenkserguss. Die Umfangsmessungen an den Oberschenkeln ergäben rechts 51,5 cm und links 52 cm. Aus den Testergebnissen der Q. Klinik (Urk. 3/8) seien ein deutliches Kraftdefizit auf der rechten Seite von ca. 50 % sowie eine allgemein sehr geringe Beinkraft zu entnehmen.

2.4 Am 9. Februar 2007 (Urk. 3/9) berichtete Dr. S. ergänzend zu Händen der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers und hielt fest, anlässlich der beidseits durchgeführten arthroskopischen Evaluation der Kniegelenke hätten sich beidseits beginnende Arthrosen gezeigt. In Anbetracht der Befunde scheine eine Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit von 50 % durchaus vertretbar zu sein. Den Integritätsschaden bei Arthrosen des Femorotibialgelenkes bewertete er mit 15 %

(mäßige Arthrose).

2.5 Die Ärzte des R. ___ hatten am 12. Oktober 2006 (Urk. 9/140) über die seit 9. Februar 2005 dauernde Behandlung (vierzehntägliche Sitzungen) berichtet und eine rezidivierende depressive Störung, zur Zeit mittelgradige bis schwere Episode nach mehrfachem Knie Trauma mit neun Knieoperationen, mit chronischen körperlichen Schmerzen und Bewegungseinschränkungen diagnostiziert. Das Vorliegen einer somatoformen Schmerzstörung wurde explizit ausgeschlossen.

Betreffend Affektivität schilderten sie einen deprimierten, niedergeschlagenen, überempfindlichen, gereizten, emotional kaum belastbaren, freud- und interessenlosen Beschwerdeführer. Die kognitiven Funktionen Konzentrations- und Aufmerksamkeitsfähigkeit bezeichneten sie als vermindert und verwiesen dazu auf eine Vergesslichkeit bei intaktem Auffassungsvermögen und unauffälligem formalem Gedankengang. Die Ärzte erwähnten weiter einen sozialen Rückzug. Abgesehen von den Kontakten zur Herkunftsfamilie habe er kaum mehr soziale Kontakte, früher sei er ein sehr geselliger Mensch gewesen. Das Vorliegen von Ängsten und Befürchtungen im psychopathologischen Sinn wurde ebenso verneint wie eine zwanghafte und psychotische Symptomatik. Indes leide der Beschwerdeführer an Durchschlafstörungen, er werde dauernd geweckt wegen Hitzegefühl, beginnend in den Knien und ausstrahlend in die Beine. Seitens der Impulskontrolle habe der Beschwerdeführer eine zunehmende Gereiztheit, selten auch mit unkontrollierten aggressiven Reaktionen, beklagt. Eine gereizte aggressive Symptomatik und Schwierigkeiten, aggressive Reaktionen zu kontrollieren, hätten früher nie bestanden. Diese Symptomatik habe sich parallel zur depressiven Störung entwickelt.

Die Ärzte hielten fest, es bestehe ein unmittelbarer kausaler Zusammenhang zwischen den körperlichen Unfallfolgen sowie dem aktuellen psychopathologischen Zustandsbild, und attestierten eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit als Bauarbeiter/Lagerist aus psychischen Gründen seit Mitte 2004. Voraussichtlich könne mit einer Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit nicht gerechnet werden. Bestenfalls könne eine Stabilisierung des jetzigen Zustandsbildes aufrecht erhalten werden. Weitere psychopharmakologische Therapiemöglichkeiten und damit Aussicht auf eine essentielle Besserung des Befindens beständen nicht.

E. 3

3.1 Den medizinischen Akten ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer als Folge seiner beiden Stürze derart eingeschränkt ist, dass er seine bisherige Tätigkeit als Bauarbeiter und Gerüstmonteur nicht mehr ausüben kann. Anlässlich der letzten kreisärztlichen Untersuchung vom 17. Juni 2005 (Urk. 9/100 in Verbindung mit dem Nachtrag von Kreisarzt Dr. X. ___ vom 19. Juli 2005, Urk. 9/108) wurden folgende Befunde erhoben: links ein ausgedehntes elongiertes vorderes Kreuzbandtransplantat mit geringen narbigen Veränderungen sowie ein verkürzter medialer Meniskus und rechts ein hypertropher vorderer Kreuzbandersatz mit Umgebungsveränderungen narbiger Art sowie ein verkürzter medialer Meniskus. Angesichts dieser Befunde und dem über Jahre dauernden Heilungsverlauf sind sich die Ärzte einig, dass bloss noch eine behinderungsangepasste Tätigkeit möglich ist.

3.2 Zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ist vorwegzuschicken, dass der Austrittsbericht der Rehaklinik I. ___ vom 5. Oktober 2005 (Urk. 9/118) den

praxisgemässen Anforderungen an den Beweiswert einer ärztlichen Einschätzung entspricht. So sind die Antworten für die zentrale Frage nach der verbleibenden Arbeitsfähigkeit umfassend. In der Klinik wurden sodann allseitige Untersuchungen durchgeführt und der Beschwerdeführer - neben einer neurologischen sowie neuropsychologischen Abklärung - anlässlich seines dreieinhalbwöchigen Aufenthaltes verschiedenen praktischen Tests unterzogen. Die Ärzte berücksichtigten weiter die geklagten Beschwerden und setzten sich mit diesen sowie dem Verhalten des Beschwerdeführers auseinander. Sie nahmen detailliert Kenntnis von den Klagen des Beschwerdeführers und wärdigten diese entsprechend. Den Ärzten waren ferner die Vorakten bekannt, auf welche sie sich in der Diagnosestellung abstützten. Die Einschätzung leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge ein, und die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten sind in einer Weise begründet, dass die rechtsanwendende Person sie prägend nachvollziehen kann. In diesem Sinne leuchtet es durchaus ein, dass der Beschwerdeführer keiner schweren oder kniebelastenden Tätigkeit mehr nachgehen kann, in einer leichten bis mittelschweren Arbeit ohne Zwangshaltungen für die Knie und ohne repetitives Treppensteigen mit zusätzlichen Pausen von insgesamt einer Stunde pro Tag jedoch ganztags arbeitsfähig ist.

3.3.3 Die Einschätzungen des Operateurs Dr. S. sind demgegenüber - soweit sie von den Angaben der Rehaklinik I. abweichen - gar nicht begründet. Im Bericht vom 8. Juli 2005 (Urk. 9/105) verwies er einzig auf die subjektiven Schilderungen des Beschwerdeführers und schloss immerhin die Ausübung einer angepassten Tätigkeit nicht aus. Auch der am 9. Februar 2007 (Urk. 3/9) auf Ersuchen der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers erstellte Bericht mit der Äusserung, eine 50%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit sei zu vertreten, lässt eine kritische Würdigung der Umstände und namentlich eine Auseinandersetzung mit den detaillierten Untersuchungsergebnissen der Rehaklinik I. in praktischer Hinsicht vermissen. Selbst wenn der Beschwerdeführer aktenkundig und bildgebend dokumentiert an erheblichen Knieproblemen beidseits leidet, so ist doch nicht ersichtlich, aus welchem Grund er eine Tätigkeit, welche ja gerade auf sein Leiden Rücksicht nimmt, trotz erweiterten Pausen nicht vollzeitlich sollte ausüben können. Dies umso mehr, als seine sonstigen körperlichen Funktionen nicht eingeschränkt sind. Anzuführen bleibt, dass aus den Schilderungen Dr. S. auch nicht zwingend zu schliessen ist, dass er den Beschwerdeführer bloss noch als zu 50 % arbeitsfähig erachtet, sondern seine Ausführungen auch eine weitergehende Arbeitsfähigkeit nicht ausschliessen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aus den Berichten des Dr. P. ist nichts anderes zu schliessen. Am 26. September 2005 (Urk. 9/113) bestätigte er implizit eine vollumfängliche Arbeitsfähigkeit gemäss Bericht der Rehaklinik I. mit dem Hinweis, dass vorerst ein halbtägiger Einsatz mit sukzessiver Steigerung stattfinden sollte. In der Folge musste Dr. P. einmalig am 21. Oktober 2005 einen Erguss abpunktieren (Urk. 9/135 Beilage 3). Indessen ist auch aus der dokumentierten verminderten Kraft in den Beinen (Urk. 3/7) nicht auf eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit zu schliessen, da diese ja gerade auf die Kniebeschwerden Rücksicht zu nehmen hat und entsprechend ausgestaltet sein muss.

4.1.1 Was die psychischen Störungen betrifft, gingen die Ärzte der Rehaklinik I. ___ davon aus, dass der Beschwerdeführer an einer Dysthymie leidet, diese indes ohne wesentliche Auswirkung auf seine Arbeitsfähigkeit bleibt (Urk. 9/118 S. 1). Eine gänzlich andere Auffassung vertreten dagegen die Ärzte des R. ___, welche das Vollbild einer depressiven Störung als gegeben erachteten und einräumen mussten, dass trotz der seit über eineinhalb Jahren dauernden Therapie keine Arbeitsfähigkeit mehr vorliege (Urk. 9/140).

4.2.1 Wie es sich damit verhält, kann vorliegend offen bleiben. Denn eine allfällige psychische Beeinträchtigung kann bloss dann eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin begründen, wenn diese in einer natürlichen und adäquaten Kausalität zu den beiden Unfallereignissen vom 31. Juli 1992 und 10. Februar 2001 steht.

4.2.2 Die natürliche Kausalität kann - zumindest im Sinne einer Teilursache - ohne weiteres bejaht werden, nachdem die Ärzte der Rehaklinik I. ___ die als Dysthymie interpretierte psychische Symptomatik im Zusammenhang mit den andauernden (Knie)-Schmerzen sahen (Urk. 9/116). Die R. ___-Ärzte bejahten sodann ausdrücklich einen unmittelbaren kausalen Zusammenhang zwischen den körperlichen Unfallfolgen und dem aktuellen psychopathologischen Zustandsbild (Urk. 9/140).

E. 4.3

4.3.1 Nach der Rechtsprechung ist für die Beurteilung der Schwere an das Unfallereignis selbst anzuknüpfen. Dabei setzt der adäquate Kausalzusammenhang grundsätzlich voraus, dass dem Unfallereignis für die Entstehung einer psychisch bedingten Erwerbsunfähigkeit eine massgebende Bedeutung zukommt. Dies trifft dann zu, wenn es objektiv eine gewisse Schwere aufweist oder mit andern Worten ernsthaft ins Gewicht fällt. Andernfalls ist eine so weitreichende psychische Störung wie eine längerdauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit zum Unfallereignis nicht mehr adäquat, d.h. auch in einem weiten Sinne nicht mehr angemessen und "einigermaßen typisch" (BGE 115 V 141 Erw. 7).

4.3.2 Beim ersten Ereignis vom 31. Juli 1992 versäzte der Beschwerdeführer, als er beim Rohrzusammenschieben auf einen Stein kniete, ein Knacken im linken Kniegelenk (Urk. 8/2 und Urk. 8/5). Beim zweiten Unfall vom 10. Februar 2001 knickte er an einem Palettenrand mit dem Fuss ein und spürte einen stichartigen Schmerz im rechten Knie, als er vom Palett herunterkletterte und dachte, schon am Boden zu sein (Urk. 9/3).

4.3.3 Diese beiden zu beurteilenden Unfälle sind ohne weiteres als banal zu qualifizieren und nicht zu vergleichen mit denjenigen, welche die Rechtsprechung dem mittleren Bereich zuordnet (vgl. die Beispiele aus dem mittleren Bereich bei Rumo-Jungo, Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts zum Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 3. Auflage, Zürich 2003, S. 57 f.). Die vom Beschwerdeführer beschwerdeweise vorgetragene dramatisierenden Schilderungen (Urk. 1 S. 8) sind nicht zu hören, widersprechen sie doch seinen eigenen Angaben (Urk. 9/3) bzw. den echtzeitlichen Berichten. So ist namentlich nicht erkennbar, aus welchem Grund der erstbehandelnde Arzt des Regionalspitals C. ___ am 26. August 1992 (Urk. 8/2) eine falsche Schilderung hätte machen (Beim In-die-Hocke-Gehen ein Knacken im linken Kniegelenk gehört, zwei Tage später zunehmende Schwellung, Dolenz und Flexionseinschränkung) und nicht bloss die Ausführungen des Beschwerdeführers wiedergeben sollen. Jedenfalls hätte sicherlich ein Sturz aus eineinhalb Metern (erstmalig geschildert gegenüber den Ärzten

auf eine mässig ausgeprägte Femoropatellararthrose bereits eine Entschädigung von 7,5 % ausbezahlt worden. Wenn heute die Arthrose noch als leicht bezeichnet werde, könne sicher nicht von einer erheblichen Verschlimmerung gesprochen werden, die eine zusätzliche Integritätsentschädigung begründen würde. Nun aber bestehe auch links eine leichte Pangenarthrose, nicht nur eine femoropatellare Arthrose. Wenn hier der längerfristige Verlauf der nur knapp mässig ausgeprägten Pangenarthrose bei der Integritätsschadensschätzung mitberücksichtigt werde, dann könne der Integritätsschaden nunmehr auf (insgesamt) 10 % geschätzt werden. Deshalb betrage die zusätzliche Integritätsentschädigung unter Berücksichtigung des zu erwartenden Verlaufs 2,5 % für das linke Kniegelenk.

Ähnliche Überlegungen stellte Dr. H. für das rechte Kniegelenk an, indem er festhielt, dass eine leichte femoropatellare betonte Pangenarthrose vorliege, die keinen Integritätsschaden begründe. Eine längerfristige Progredienz bis hin zu einer mässig ausgeprägten Pangenarthrose berücksichtigend könne der Integritätsschaden auf 10 % geschätzt werden.

Gestützt auf diese Einschätzung gewährte die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer eine Integritätsentschädigung von 10 % (neben der bereits früher ausgerichteten Entschädigung von 7,5 % für das linke Kniegelenk).

6.3 Der Beschwerdeführer beantragte in seiner Beschwerde vom 19. Februar 2007 (Urk. 1 S. 10) eine Integritätsentschädigung von 15 % pro Knie und verwies auf die Einschätzung des Dr. S. vom 9. Februar 2007 (Urk. 3/9), welcher von einer mässigen Arthrose des Femorotibialgelenkes ausging. Zudem verwies der Beschwerdeführer auf die psychische Problematik und beantragte deshalb gesamthaft die Zusprache einer Integritätsentschädigung von 50 %.

E. 6.4

6.4.1 Aus der Tabelle 6.2 der SUVA-Tabellen geht hervor, dass für mässige Instabilitäten des Knies bei einem oder zwei betroffenen Kreuzbändern eine Entschädigung von 0 bis 5 % geschuldet ist, bei gleichzeitigem Vorliegen einer Arthrose die höhere Schätzung zum Tragen kommt und keine Kumulation erfolgt.

Die Tabelle 5.2 beziffert eine mässige Femoropatellararthrose mit 5-10 % und eine mässige Pangenarthrose mit 10-30 %.

6.4.2 Die von der Beschwerdegegnerin ermittelten Integritätsentschädigungen (10 % für das linke und 10 % für das rechte Knie) entspricht vollumfänglich den Tabellenwerten und liegen im Mittelbereich einer mässigen Femorotibialarthrose bzw. im untersten Bereich einer Pangenarthrose. Dies ist nicht zu beanstanden. Die von Dr. S. geäusserte Schätzung von 15 % stützt sich bloss auf die Diagnose einer mässigen Femorotibialgelenks-Arthrose (Urk. 3/9) und es ist nicht ersichtlich, aus welchen Gründen diese am obersten Limit des Schweregrades sein sollte.

6.5 Damit erweist sich die Festlegung der Integritätsentschädigung entsprechend einer Einbusse der Integrität des rechten Knies von 10 % als rechtens. Die Zunahme der Integritätseinbusse am linken Knie um 2,5 % führt nicht zu einer zusätzlichen Entschädigung in diesem Umfang, da die Verschlimmerung die anspruchsbegründende Erheblichkeitsschwelle von 5 % nicht erreicht, wie die

Beschwerdegegnerin im angefochtenen Entscheid auf Seite 11 zutreffend ausgeführt hat.

Zusammenfassend hat die Beschwerdegegnerin zu Recht die Invalidität des Beschwerdeführers mit 36 % bemessen und die Integritätseinbusse mit 10 % entschädigt. Auf den Beizug weiterer medizinischer Unterlagen kann angesichts des klar erstellten Sachverhaltes verzichtet werden. Damit ist die Beschwerde vollumfänglich abzuweisen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwältin Dr. Kathrin Hässig

- Rechtsanwalt Dr. Beat Frischkopf

- 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.