

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00177 vom 30. Juli 2009

ZH Sozialversicherungsgericht, 2009-07-30, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2007.00177](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2007.00177)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00177 du 30 juillet 2009

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00177 del 30 luglio 2009

## Erwägungen

### E. 1.1

1.1.1.1. Der 1950 geborene X. war seit dem 1. Juli 1998 als Network Operation Engineer bei der W. angestellt und damit bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) obligatorisch versichert (vgl. Urk. 17/1).

Nachdem er sich - damals als selbständig Erwerbender ebenfalls bei der SUVA versichert - bereits bei einem im Jahr 1989 erlittenen Unfall am rechten Knie verletzt (vgl. Urk. 18/7) und anlässlich eines weiteren Unfallereignisses am 5. März 1990 eine linksseitige Kniearthrose zugezogen hatte (vgl. Urk. 18/1), verletzte der Versicherte sich, als er am 5. Oktober 2001 beim Überqueren eines Fussgängerstreifens wegen eines nicht abbremsenden Autos abrupt anhalten und zurückschreiten musste, erneut am rechten Knie (vgl. Urk. 17/1, Urk. 17/8, Urk. 17/20 S. 1). Infolge des letztgenannten Ereignisses wurden eine Distorsion des rechten Kniegelenks (vgl. Urk. 17/2) beziehungsweise eine traumatisierte mediale Gonarthrose und Chondrokalzinose Kniegelenk rechts (vgl. Urk. 17/11) diagnostiziert. Nachdem der Versicherte die Arbeit am 16. Oktober 2001 wieder zu 100 % aufgenommen hatte (vgl. Urk. 17/2), wurde ihm ab dem 29. Oktober 2001 wieder eine 25%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (vgl. Urk. 17/12). Unter Hinweis auf interne Umstrukturierungen kündigte die Arbeitgeberin das Arbeitsverhältnis mit X. per 31. Januar 2002 beziehungsweise per 28. Februar 2002, wobei sie diesen ab 11. Dezember 2001 freistellte (vgl. Urk. 19/1, Urk. 17/4, Urk. 17/6, Urk. 17/13 S. 1, Urk. 17/240.25); tatsächlich endete das Arbeitsverhältnis am 30. April 2002 (vgl. Urk. 17/240.24).

Nachdem sie am 25. März 2002 eine Stellungnahme ihres Medizinischen Dienstes (Urk. 17/22) eingeholt hatte, teilte die SUVA X. am 2. April 2002 - unter Hinweis darauf, dass der status quo sine seit dem 16. Oktober 2001 wieder erreicht sei - die Leistungseinstellung per 2. April 2002 mit (vgl. Urk. 17/25 S. 1). Daran hielt sie - auf Opponieren des Versicherten hin (vgl. Urk. 17/26) - mit Verfügung vom 10. April 2002 (Urk. 17/28) fest. Dagegen erhob dieser am 5. Mai 2002 Einsprache (vgl. Urk. 17/33).

Am 15. Juli 2002 glitt X., der weiterhin bei der SUVA obligatorisch versichert war (vgl. Urk. 19/1), während eines Auslandsaufenthalts auf nassem Linoleumboden aus, stürzte und zog sich dabei Verletzungen im Bereich von Kopf und Rücken zu (vgl. Urk. 19/1, Urk. 17/40). In der Folge wurde eine Kontusion/Distorsion von Kopf, Halswirbelsäule (HWS) und (teilweise) Brustwirbelsäule (BWS) diagnostiziert (vgl. Urk. 19/3).

Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Nachdem die SUVA mit Schreiben vom 17. September 2002 (Urk. 17/44) auf ihre Verfǘgung vom 10. April 2002 (Urk. 17/28) zurǘckgekommen war und ihre weitere Leistungspflicht anerkannt hatte, teilte der Versicherte ihr am 19. September 2002 mit, dass er am 1. Oktober 2002 eine Stelle bei der V.\_\_\_\_ antreten werde (vgl. Urk. 17/43, Urk. 17/45 S. 2, Urk. 17/68).

Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Am 22. Mai 2003 liess die SUVA den Versicherten durch ihren Kreisarzt Dr. med. Y.\_\_\_\_, Facharzt FMH fǘr Orthopä́dische Chirurgie, untersuchen (vgl. Urk. 17/74). Aufgrund einer stark schmerzhaften Varusgonarthrose rechts wurden am 15. September 2003 eine valgisierende Osteotomie und eine Osteosynthese durchgefö́hrt (vgl. Operationsbericht, Urk. 17/94); am 4. Juni 2004 wurde das Metall am Tibiakopf rechts wieder entfernt (vgl. Operationsbericht, Urk. 17/124). Vom 26. Juli bis 25. August 2005 liess sich der Versicherte, dem die Stelle bei der V.\_\_\_\_ am 31. März 2005 - unter sofortiger Freistellung - per 31. Mai 2005 gekǘndigt worden war (vgl. Urk. 17/240.92), stationä́r in der Rheumaklinik U.\_\_\_\_ behandeln (vgl. Urk. 17/187). Nach erneuten kreisä́rztlichen Untersuchungen durch Dr. Y.\_\_\_\_ am 3. Februar 2006 (vgl. Urk. 17/202) sowie am 19. Juni 2006 (vgl. Urk. 17/220, Urk. 17/221) und nach einer - im Auftrag der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zǘrich, IV-Stelle, erfolgten - psychiatrischen Begutachtung am 30. Mai 2006 (vgl. Urk. 17/222), sprach die SUVA dem Versicherten mit Verfǘgung vom 3. Juli 2006 (Urk. 17/227) eine auf einer Integritä́tseinbusse von 30 % beruhende Entschä́digung zu (20 % fǘr die Folgen des Unfalls vom 5. Oktober 2001 und 10 % fǘr die Folgen des Sturzes vom 15. Juli 2002). Die dagegen von X.\_\_\_\_ am 31. Juli 2006 mit dem Antrag, es sei ihm eine Integritä́tsentschä́digung von 70 % zuzusprechen, erhobene Einsprache (vgl. Urk. 17/242) wies die SUVA, die zwischenzeitlich die Akten der IV-Stelle (Urk. 17/240/1-109) zugezogen hatte, am 27. Dezember 2006 ab (vgl. Urk. 2).

1.1.2.Â Â Â Mit Verfǘgung vom 9. Februar 2007 (Urk. 17/279) sprach die SUVA dem Versicherten mit Wirkung ab 1. Januar 2007 unter Hinweis darauf, dass aus den unfallbedingten somatischen Beschwerden in einer leidensangepassten Tä́tigkeit in zeitlicher Hinsicht keine Einschrä́nkung der Arbeitsfä́higkeit resultiere und die psychische Symptomatik in keinem adä́quaten Kausalzusammenhang zu den versicherten Unfä́llen stehe, eine auf einem Invaliditä́tsgrad von 11 % beruhende Rente zu. X.\_\_\_\_s dagegen erhobene Einsprache (Urk. 17/288, Urk. 17/293) wies die SUVA, nachdem sie Dr. Y.\_\_\_\_ am 7. Mai 2007 zum zumutbaren Arbeitspensum hatte Stellung nehmen lassen (vgl. Urk. 31/13/296, Urk. 31/13/297 = Urk. 17/294), am 15. Juni 2007 ab (vgl. Urk. 29/2).

1.1.3.Â Â Â Mit Verfǘgung vom 10. August 2007 (Urk. 31/13/324) verrechnete die SUVA - unter Hinweis auf eine Ä́berentschä́digung in diesem Umfang - den Betrag von Fr. 65'445.35 mit einer Rentennachzahlung der Invalidenversicherung. Die dagegen vom Versicherten erhobene Einsprache (Urk. 31/13/329) wies die SUVA am 17. März 2008 ab (vgl. Urk. 31/2).

1.2.Â Â Â Â Die Eidgenä́ssische Invalidenversicherung (IV), IV-Stelle fǘr Versicherte im Ausland, hatte dem Versicherten mit Verfǘgungen vom 31. Januar 2007 fǘr die Monate Oktober und November 2003 eine Viertelsrente (vgl. Urk. 17/273.3), fǘr den Monat Dezember 2003 eine halbe Rente (vgl. Urk. 17/273.8), fǘr die Zeit von Januar bis 30. September 2004 eine ganze Rente (vgl. Urk. 17/273.11 und Urk. 17/273.17) und ab Oktober 2004 eine bis Ende Dezember 2004 befristete halbe Rente zugesprochen (vgl. Urk. 17/273.21). Ab Juni 2005 gewä́hrte sie X.\_\_\_\_ eine auf einem Invaliditä́tsgrad von 100

% beruhende unbefristete ganze Invalidenrente (vgl. Urk. 17/273.24).

## E. 1.2

1.2.1.1. Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss Bundesgesetz über die Unfallversicherung (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 blosses 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).

1.2.2. Wird durch den Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, fällt der natürliche Kausalzusammenhang dahin, wenn und sobald der Gesundheitsschaden nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalssässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (status quo sine), erreicht ist (RKUV 1992 Nr. U 142 S. 75 Erw. 4b mit Hinweisen; nicht publiziertes Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes in Sachen A. vom 26. April 1995, U 172/94). Das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens muss mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 45; BGE 119 V 9 Erw. 3c/aa). Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt aber die entsprechende Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 f. Erw. 3b, 1992 Nr. U 142 S. 76).

1.2.3. 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 129 V 181 Erw. 3.2, 405 Erw. 2.2, 125 V 461 Erw. 5a).

1.2.4. Bei organisch nachweisbaren Unfallfolgen spielt indessen die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der aus dem natürlichen Kausalzusammenhang sich ergebenden Haftung praktisch keine Rolle, indem die Unfallversicherung auch für seltenste, schwerwiegendste Komplikationen haftet, welche nach der unfallmedizinischen Erfahrung im Allgemeinen gerade nicht eintreten pflegen (vgl. BGE 128 V 172 Erw. 1c, 123 V 102 Erw. 3b, 118 V 291 Erw. 3a, 117 V 365 Erw. 5d/bb mit Hinweisen auf Lehre und Rechtsprechung; RKUV 2004 Nr. U 505 S. 249 Erw. 2.1).

1.2.5. 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 Kausalzusammenhanges 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).

1.2.6. Bei der Einteilung der Unfälle mit psychischen Folgeschäden in leichte, mittelschwere und schwere Unfälle ist nicht das Unfallerlebnis 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).

1.2.7. 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).

Unter Umständen ist eine Adäquanzbeurteilung jedoch auch bei leichten Unfällen vorzunehmen, wie die Rechtsprechung schon wiederholt entschieden hat: Ergeben sich aus einem als leicht zu qualifizierenden Unfall unmittelbare Folgen, die

eine psychische Fehlentwicklung nicht mehr als offensichtlich unfallunabhängig erscheinen lassen (z.B. Komplikationen durch die besondere Art der erlittenen Verletzung, verzögelter Heilungsverlauf, langdauernde Arbeitsunfähigkeit), ist die Adäquanzfrage als Ausnahme der Regel auch bei solchen Unfällen zu prüfen; dabei sind die Kriterien, die für Unfälle im mittleren Bereich gelten, heranzuziehen (RKUV 1998 Nr. U 297 S. 244 Erw. 3b).

1.2.8.1 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 Eindrücklichkeit 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).

1.3. 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 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).

Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggelderleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG).

#### E. 1.4

1.4.1. Nach Art. 24 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (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 Integritätsentschädigung die Richtlinien des Anhanges 3. Fallen mehrere körperliche oder geistige Integritätsschäden aus einem oder mehreren Unfällen zusammen, so wird die Integritätsentschädigung nach der gesamten Beeinträchtigung festgesetzt (Abs. 3).

1.4.2. Die Bemessung der Integritätsentschädigung 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 Integritätsentschädigung 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 allgemeine 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.).

1.4.3.1 Im Anhang 3 zur UVV hat der Bundesrat Richtlinien für die Bemessung der Integritätsschäden aufgestellt und in einer als gesetzmässig erkannten, 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).

1.4.4.1 Die Medizinische Abteilung der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) hat in Weiterentwicklung der bundesrätlichen Skala weitere Bemessungsgrundlagen in tabellarischer Form (sog. Feinraster) erarbeitet. Diese von der Verwaltung herausgegebenen Tabellen stellen zwar keine Rechtsätze 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).

1.4.5.1 Fallen mehrere körperliche oder geistige Integritätsschäden aus einem oder mehreren Unfällen zusammen, so wird die Integritätsentschädigung nach der gesamten Beeinträchtigung festgesetzt (Art. 36 Abs. 3 Satz 1 UVV). Dabei werden die einzelnen Prozentzahlen zusammengezählt, selbst wenn keine Schädigung den Grenzwert von 5 Prozent erreicht. Die Entschädigung ist geschuldet, sobald die Summe der addierten Prozentzahlen den Wert von 5 Prozent oder mehr ergibt (RKUV 1989 Nr. U 78 S. 361). Die Bestimmung regelt grundsätzlich nur das Zusammentreffen von Integritätsschäden, die nach dem UVG als solche versichert sind (BGE 113 V 58).

## E. 2

2.1.1.1.1 Gegen den Einspracheentscheid der SUVA vom 27. Dezember 2006 (Urk. 2) betreffend Integritätsentschädigung liess der Versicherte am 29. März 2007 mit folgenden Anträgen Beschwerde erheben (vgl. Urk. 1 S. 2):

1.1.1.1.1 In teilweiser Aufhebung des Einspracheentscheids der SUVA vom 27. Dezember 2006 sei dem Beschwerdeführer eine Integritätsentschädigung von mindestens 15 % an das rechte Knie sowie von 25 %

an den RÄckchen zuzusprechen.

2. Es sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, dem Beschwerdeführer die Kosten des Gutachtens von Dr. Z.\_\_\_\_ vom 13. Februar 2007 in Höhe von Fr. 1'017.65 zu vergüten.

Alles unter Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

Mit Beschwerdeantwort vom 23. August 2007 (Urk. 16) beantragte die SUVA Abweisung der Beschwerde und reichte eine am 6. Juli 2007 verfasste versicherungsmedizinische Beurteilung ihres Chirurgen Dr. med. A.\_\_\_\_ (vgl. Urk. 20) ein. Der Beschwerdeführer erstatte am 3. Oktober 2007 die Replik (Urk. 23), die SUVA am 10. Dezember 2007 die Duplik (Urk. 27).

Mit Eingabe vom 20. August 2007 (Urk. 29/1) erhob X.\_\_\_\_ im Prozess Nr. UV.2007.00354 auch gegen den Einspracheentscheid der SUVA vom 15. Juni 2007 (Urk. 29/2) betreffend Invalidenrente Beschwerde und stellte folgende Anträge (vgl. Urk. 29/1 S. 1):

1. In Aufhebung des Einspracheentscheids vom 15. Juni 2007 sei dem Beschwerdeführer weiterhin das Taggeld zuzusprechen.

2. Eventualiter sei dem Beschwerdeführer in Aufhebung des Einspracheentscheids vom 15. Juni 2007 mit Wirkung ab 1. Juni 2007, subeventualiter ab 1. März 2007, eine Rente basierend auf einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % zuzusprechen.

3. Die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, den Beschwerdeführer mit Fr. 710.90 (für das Einspracheverfahren) zu entschädigen.

Alles unter Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

Nachdem die SUVA mit Beschwerdeantwort vom 26. November 2007 (Urk. 29/11) Abweisung der Beschwerde beantragt hatte, wurde der Prozess Nr. UV.2007.00354 mit Verfüung vom 31. Dezember 2007 (Urk. 30) mit dem Prozess Nr. UV.2007.00177 vereinigt und unter dieser Prozessnummer weitergeführt; das Verfahren Nr. UV.2007.00354 wurde als dadurch erledigt abgeschlossen (vgl. Urk. 29/12), wobei dessen Akten im vorliegenden Prozess als Urk. 29/0-12 geführt werden.

Am 28. April 2008 erhob der Versicherte schliesslich im Prozess Nr. UV.2008.00138 auch gegen den Einspracheentscheid der SUVA vom 17. März 2008 (Urk. 31/2) betreffend die Verrechnung von seitens dieser erbrachter Leistungen mit solchen der Eidgenössischen Invalidenversicherung Beschwerde und stellte nachstehende Anträge (vgl. Urk. 31/1 S. 2):

In Aufhebung des Einspracheentscheids vom 17. März 2008 sei die SUVA zu verpflichten, dem Beschwerdeführer Fr. 65'445.35 zu zahlen, zuzüglich 5 % Zins seit wann rechtens.

Alles unter Entschädigungsfolgen zuzüglich MWSt. zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

Die SUVA schloss am 8. September 2008 auf Abweisung auch dieser Beschwerde (vgl. Urk. 31/12). In der Folge wurde am 12. September 2008 - unter Abschluss des Schriftenwechsels - die Vereinigung des Prozesses Nr. UV.2008.00138 mit dem vorliegenden Prozess Nr. UV.2007.00177 verfährt und Ersterer als dadurch erledigt abgeschrieben (vgl. Urk. 32).

Auf die Ausführungen der Parteien und die eingereichten Unterlagen ist, soweit für die Entscheidungsfindung erforderlich, in den nachstehenden Erwägungen einzugehen.

Das Gericht zieht in Erwägung:

1.

1.1 Strittig sind die Höhe des Integritätsentschädigungsanspruchs, die Rechtmässigkeit der Einstellung der Taggeldleistungen per 31. Dezember 2006 beziehungsweise die Höhe der in der Folge mit Wirkung ab 1. Januar 2007 zugesprochenen Invalidenrente, die Frage, ob die Verrechnung von Fr. 65'445.35 mit einer Rentennachzahlung der IV seitens der SUVA rechtmässig war, sowie der Anspruch des Beschwerdeführers einerseits auf Vergütung der Kosten des Gutachtens von Dr. Z. \_\_\_ vom 13. Februar 2007 (Urk. 3/3) und andererseits auf eine Parteientschädigung für die die Verfügungen der SUVA vom 3. Juli 2006 (Urk. 17/227) und vom 9. Februar 2007 (Urk. 17/279) betreffenden Einspracheverfahren.

## E. 2.1

2.1.1 Die auf 30 % festgesetzte Höhe der zugesprochenen Integritätsentschädigung begründete die SUVA im Wesentlichen unter Hinweis auf die Beurteilung Dr. Y. \_\_\_s vom 19. Juni 2006 (Urk. 17/221) damit, dass die auf den Unfall vom 5. März 1990 zurückzuführende Gonarthrose am linken Knie mässiggradig sei und der Eintritt einer (quantifizierbaren) Verschlimmerung nicht überwiegend wahrscheinlich erscheine. Angesichts dieser günstigen Situation sei die entsprechende Integritätseinbusse am unteren Rand der in SUVA-Tabelle 5 vorgegebenen Bandbreite und damit bei einem Wert von 10 % einzustufen (vgl. Urk. 2 S. 6 f.). Betragsmässig sei bei der Ermittlung der Entschädigung auf den zum Zeitpunkt des fraglichen Unfalls geltenden Höchstbetrag des versicherten Verdienstes von Fr. 81'600.-- abzustellen, weshalb der Anspruch des Beschwerdeführers Fr. 8'160.-- betrage (vgl. Urk. 2 S. 7).

Im Hinblick darauf, dass eine Langzeitprognose ebenfalls nicht möglich sei, stelle die rechtsseitig bestehende Gonarthrose mit leichtem Reizerguss, soweit sie auf die am 5. Oktober 2001 erfolgte Traumatisierung und die dadurch hervorgerufene richtunggebende Verschlimmerung des - bereits damals arthrotischen und einen Knorpelschaden aufweisenden - Knies zurückzuführen sei, bei einem insgesamt bestehenden Schaden von 20 % eine Integritätseinbusse von 10 % dar (vgl. Urk. 2 S. 7), wobei die Entschädigung gestützt auf den zum Unfallzeitpunkt geltenden maximal versicherten Jahresverdienst von Fr. 106'800.-- ermittelt und entsprechend zu Recht auf Fr. 10'680.-- festgesetzt worden sei (vgl. Urk. 2 S. 8).

Die auf den Unfall vom 15. Juli 2002 zurückzuführende vermehrte Kyphosierung im Bereich der oberen BWS von gut 10° rechtfertigt schliesslich - angesichts der gut konsolidierten Fraktur, der unfallfremden weiteren Veränderungen und der nur minimalen funktionellen Beeinträchtigung durch den durch den Unfall aus dem

Gleichgewicht gebrachten Hohl-Rund-Rücken und die geringe damit im Zusammenhang stehende Verspannung der Muskulatur - unter Berücksichtigung eines Werts im Bereich zwischen + und ++ auf der Schmerzfunktionsskala der Tabelle 7 und der darin aufgeführten Position 1, 2. Zeile, eine Integritätsentschädigung im Umfang von 10 % beziehungsweise - bei einem massgebenden Höchstbetrag des versicherten Jahresverdienstes von Fr. 106'800.-- von Fr. 10'680.-- (vgl. Urk. 2 S. 8 f.).

2.1.2. Demgegenüber stellte sich der Beschwerdeführer auf den Standpunkt, die SUVA habe die im Zusammenhang mit der am 5. Oktober 2001 zugezogenen rechtsseitigen Knieverletzung stehende Integritätsentschädigung zu Unrecht wegen eines Vorzustands gestützt auf Art. 36 Abs. 2 UVG um 50 % gekürzt (vgl. Urk. 1 S. 3), habe die vorbestehende arthrotische Veränderung doch vor dem fraglichen Ereignis weder Beschwerden verursacht noch eine Arbeitsunfähigkeit gezeitigt (vgl. Urk. 1 S. 5). Unfallbedingt sei es zu einer richtungsweisenden Verschlimmerung des Vorzustands beziehungsweise einer Aktivierung der Arthrose gekommen, die sich mittlerweile erheblich auf die Leistungsfähigkeit auswirke. Zwar wäre es möglicherweise im Laufe der Zeit auch ohne das Geschehnis vom 5. Oktober 2001 zu den nun bestehenden Beschwerden gekommen, eine derartige Entwicklung habe sich aber im Unfallzeitpunkt in keiner Weise abgezeichnet (vgl. Urk. 1 S. 5). Gestützt auf die Beurteilung von Dr. med. Z.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Rheumatologie, Rehabilitation (Urk. 3/3), sei davon auszugehen, dass betreffend das rechte Knie eine unfallbedingte Integritätsentbusse von 15 % und eine krankheitsbedingte entsprechende Schädigung von 5 % beständen (vgl. Urk. 1 S. 6).

In Bezug auf die infolge des Unfalls vom 15. Juli 2002 bestehenden Rückenbeschwerden sei bei der Anwendung der entsprechenden SUVA-Tabelle 7 auf das - subjektive - Schmerzempfinden der versicherten Person abzustellen. Er - der Beschwerdeführer - leide an einer Involutionsdepression, die mit einer stärkeren Empfindlichkeit hinsichtlich organisch bedingter Schmerzen einhergehe. Aufgrund der tatsächlich empfundenen - wenn wohl auch angesichts der radiologischen und klinischen Untersuchungsbefunde in dieser Intensität nicht zu erwartenden - Schmerzen gelange die in Tabelle 7 angeführte Kategorie +++, +/- starke Dauerschmerzen, Zusatzbelastung nicht möglich, auch nachts und in Ruhe zur Anwendung. Unter Berücksichtigung der Kyphosierung von 10° bestehe daher Anspruch auf eine Integritätsentschädigung von 25 % (vgl. Urk. 1 S. 6 f.).

Da sich der medizinische Sachverhalt erst aufgrund der Ergebnisse der selbst veranlassten Begutachtung durch Dr. Z.\_\_\_\_ (vgl. Urk. 3/3) habe schlüssig feststellen lassen, seien die Kosten dessen Expertise der SUVA aufzuerlegen (vgl. Urk. 1 S. 8).

## E. 2.2

2.2.1. Die Zusprechung einer auf einem Invaliditätsgrad von 11 % beruhenden Rente mit Wirkung ab 1. Januar 2007 begründete die SUVA im Wesentlichen damit, dass für die psychische Gesundheitsstörung, sofern und soweit diese überhaupt auf die versicherten, als leicht zu qualifizierenden Unfälle zurückzuführen sei, mangels eines adäquaten Kausalzusammenhangs keine Leistungspflicht bestehe (vgl. Urk. 29/2 S. 3 f.). Angesichts der Tatsache, dass eine Fortsetzung der ärztlichen Behandlung nach dem 1. Januar 2007 gemäss den medizinischen Akten in Bezug auf die Kniebeschwerden und

betreffend die Beeinträchtigungen im Bereich der oberen BWS noch eine namhafte Besserung habe erwarten lassen, seien der Fallabschluss und die damit verbundene Einstellung der Taggeldleistungen beziehungsweise die Prüfung der Rentenfrage nicht verfrüht erfolgt (vgl. Urk. 29/2 S. 6 f.). Gestützt auf die Beurteilungen von Dr. Y. \_\_\_ vom 19. Juni 2006 (Urk. 17/220) und vom 7. Mai 2007 (Urk. 17/294) sei davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer in einer seinen Knie- und BWS-Beschwerden angemessen Rechnung tragenden Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig und - unter Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzugs von 10 % - in der Lage sei, auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt ein 11 % unter dem Valideneinkommen liegendes Salär zu erzielen (vgl. Urk. 29/2 S. 7 ff.).

2.2.2. Der Beschwerdeführer machte demgegenüber geltend, der Fallabschluss per 31. Dezember 2006 sei verfrüht erfolgt, sei doch gestützt auf das Gutachten von Dr. Z. \_\_\_ vom 13. Februar 2007 (Urk. 3/3) davon auszugehen, dass die Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine wesentliche Besserung des Gesundheitszustandes bringen werde (vgl. Urk. 29/1 S. 7 f.). Sofern dennoch angenommen werde, der Endzustand sei Ende 2006 erreicht gewesen, sei der Rentenbeginn frühestens auf den 1. März 2007 festzusetzen, habe die SUVA doch keinen Anlass gehabt, die Taggeldleistungen am 9. Februar 2007 rückwirkend per Ende 2006 statt ex nunc et pro futuro einzustellen (vgl. Urk. 29/1 S. 8).

Die SUVA sei überdies zu Unrecht von der Zumutbarkeit einer leidensangepassten Tätigkeit in zeitlich uneingeschränktem Umfang ausgegangen. Tatsächlich bestehe in einer geeigneten Tätigkeit lediglich eine Restarbeitsfähigkeit von 70 %; zu berücksichtigen seien in diesem Zusammenhang einerseits die durch die Involutionen beziehungsweise deren Auswirkung auf das Schmerzempfinden bedingte erhebliche Verstärkung der unfallbedingten somatischen Beschwerden und andererseits die in einer Wechselwirkung mit den unfallbedingten Einschränkungen stehende depressive Stimmung (vgl. Urk. 29/1 S. 12).

Bei der Ermittlung des Invalideneinkommens sei sodann auf das vor dem - tatsächlich unfallbedingten und nicht durch eine Restrukturierung begründeten - Stellenverlust bei der W. \_\_\_ AG im Jahr 2001 erzielte und auch Schichtzulagen umfassende Einkommen abzustellen (vgl. Urk. 29/1 S. 12 ff.). Was das Valideneinkommen anbelange, lasse sich dieses angesichts der spezifischen Ausbildung nicht gestützt auf Tabellenlöhne ermitteln. Vielmehr sei zu eruieren, welche konkreten Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt vorhanden seien, in denen die Restarbeitsfähigkeit - unter Berücksichtigung der vorhandenen Qualifikationen (vgl. Urk. 29/1 S. 15) - auch tatsächlich verwertet werden könnte (vgl. Urk. 29/1 S. 14 f.). Vom entsprechenden Salär sei ein - angesichts des Zumutbarkeitsprofils und des noch möglichen Teilzeitpensums - als angemessen erscheinender Abzug von 25 % vorzunehmen (vgl. Urk. 29/1 S. 15 f.). Korrekterweise gelange man so zu einem Invaliditätsgrad von 65 % (vgl. Urk. 29/1 S. 16).

Durch das Verhalten der SUVA, die im Rahmen des Einspracheverfahrens mangelhaft informiert habe, seien zusätzliche Anwaltskosten in der Höhe von Fr. 710.90 entstanden, bezüglich welcher die Beschwerdegegnerin gestützt auf Art. 19 Abs. 1 lit. a des Verantwortlichkeitsgesetzes (VG) in Verbindung mit Art. 3 VG eine Entschädigungspflicht treffe (vgl. Urk. 29/1 S. 16 f.) beziehungsweise die unter dem Titel einer Prozessentschädigung für das Einspracheverfahren im Hinblick auf die

seitens der SUVA erfolgte Verletzung des rechtlichen Gehörs abzugelten seien (vgl. Urk. 29/1 S. 18).

### **E. 2.3**

2.3.1.1 Was schliesslich die von der SUVA - unter Hinweis auf eine Überentschädigung - vorgenommene Verrechnung des Betrags von Fr. 65'445.35 mit Rentenzahlungen der IV anbelangt, führte die Beschwerdegegnerin dazu aus, dass der Beschwerdeführer für die Zeit zwischen dem 8. Oktober 2001 und dem 31. Dezember 2006 Sozialversicherungsleistungen erhalten habe, die den entgangenen Lohn effektiv nicht nur im verrechneten, sondern gar im Betrag von Fr. 74'566.20 überstiegen hätten (vgl. Urk. 31/2 S. 4 ff.). Angesichts der Tatsache, dass die in der fraglichen Periode geleisteten UVG-Taggelder teilweise auch für die psychischen Beeinträchtigungen geleistet worden seien und den Renten der IV nicht nur eine psychisch, sondern auch eine physisch bedingte Leistungseinbusse zugrunde liege beziehungsweise gelegen habe, sei der Grundsatz der ereignisbezogenen Kongruenz bei der Überentschädigungsberechnung nicht verletzt worden (vgl. Urk. 31/2 S. 4 f.).

2.3.2.1 Hiegegen brachte der Beschwerdeführer im Wesentlichen vor, betreffend die Periode vom 5. Oktober 2001 bis 31. Dezember 2004 habe die SUVA die - damals rein unfallbedingt ausgerichtete - Rente der IV zu Unrecht bereits für die Zeit vor dem 5. Oktober 2001 angerechnet. Zudem sei die Beschwerdegegnerin für die Monate Februar, März und April 2004 fälschlicherweise von Rentenbeträgen in der Höhe von Fr. 3'190.-- statt von Fr. 3'140.-- ausgegangen. Die ab Juni 2005 ausgerichteten IV-Leistungen hätten ausschliesslich im Zusammenhang mit dem - unfallfremden - psychischen Leiden gestanden; mangels einer ereignisbezogenen Kongruenz könnten die seit diesem Zeitpunkt von der IV erbrachten Rentenzahlungen daher nicht mehr - beziehungsweise maximal noch im Umfang von 11 % (vgl. Urk. 31/1 S. 6) - in die Überentschädigungsberechnung miteinbezogen werden (vgl. Urk. 31/1 S. 5 ff.). Sofern die IV-Renten ab 1. Juni 2005 dennoch vollumfänglich berücksichtigt würden, sei der Überentschädigungsberechnung auch der gesamte mutmasslich entgangene Verdienst ab Januar 2005 zugrunde zu legen (vgl. Urk. 31/1 S. 7), wobei dieser - auch für die Zeit ab 2002 - gestützt auf das bei der W. \_\_\_ erzielte Einkommen und nicht das - nach dem unfallbedingt erfolgten Stellenwechsel - bei der V. \_\_\_ generierte Salär zugrunde zu legen sei (vgl. Urk. 31/1 S. 7, S. 3 f., S. 8 ff.). Eine Überentschädigung liege demnach nicht vor (vgl. Urk. 31/1 S. 10).

### **E. 3.1**

3.1.1.1 Aus den medizinischen Akten geht im Wesentlichen Folgendes hervor:

Dr. med. B. \_\_\_, Facharzt FMH für Chirurgie, stellte am 15. Februar 1990 nachstehende Diagnosen (vgl. Urk. 17/15.4 S. 1):

- Mediale Meniskusläsion rechts bei Chondrokalzinose
- Retropatellarer Knorpelschaden Grad II nach Outerbridge

Der Patient leide seit etwa zehn Jahren unter - belastungsabhängigen, retropatellar lokalisierten - rechtsseitigen Kniebeschwerden, die sich seit Mai 1989 noch intensiviert hätten. Am 15. Februar 1990 seien daher eine Arthroskopie des rechten Kniegelenks und eine Teilmenispektomie medial durchgeführt worden (vgl. Urk. 17/15.4 S. 1).

3.1.2.1.1. In seinem Arthroskopiebericht vom 11. Juli 1990 (Urk. 18/5) stellte Dr. B.\_\_\_\_ folgende Diagnosen:

- Mediale Meniskusläsion links bei Kristallarthropathie
- Retropatellärer Knorpelschaden Grad II nach Outerbridge

Es bestehe ein Status nach arthroskopischer Teilmenisektomie medial rechts am 15. Februar 1990; das Resultat des Eingriffs sei gut. Da sich zwischenzeitlich auf der Gegenseite eine analoge Schmerzsymptomatik eingestellt habe, seien am 10. Juli 1990 eine Arthroskopie des linken Kniegelenks und eine Teilmenisektomie medial erfolgt. Nebst einem im dorsalen Segment vollständig zerschlissenen medialen Meniskus habe sich auch ein oberflächlicher, aber ausgedehnter, den gesamten kaudalen medialen Quadranten der retropatellären Gelenkfläche einnehmender Knorpelschaden gezeigt. Der übrige Binnenstatus habe sich unauffällig präsentiert (vgl. Urk. 18/5).

Am 7. September 1990 berichtete Dr. B.\_\_\_\_, der Beschwerdeführer klinge insbesondere über Subluxations- beziehungsweise Einklemmungserscheinungen im Kniegelenk, die bei bruschem Richtungswechsel respektive Drehbewegungen des Femurs gegenüber der Tibia auftreten (vgl. Urk. 18/10).

In seinem Zwischenbericht vom 17. September 1990 (Urk. 18/13) diagnostizierte Dr. B.\_\_\_\_ Restbeschwerden im linken Kniegelenk bei Status nach arthroskopischer Teilmenisektomie am 10. Juli 1990. Ein Spätinfekt habe ausgeschlossen werden können. Mit dem Hausarzt sei vereinbart worden, dass dem Patienten wieder eine Arbeitsfähigkeit bescheinigt werden solle, sobald dessen Klagen über Schmerzen etwas abnehmen. Die derzeitige Behandlung bestehe in einer Selbstrehabilitation.

3.1.3.1. Dr. med. C.\_\_\_\_, praktizierender Arzt, berichtete am 2. Oktober 1990 über deutlich regrediente Schmerzen. Am 17. September 1990 habe der Patient die Arbeit wieder zu 50 % aufgenommen; in sechs Wochen könne voraussichtlich der Behandlungsabschluss erfolgen (vgl. Urk. 18/14).

Am 16. November 1990 gab Dr. C.\_\_\_\_ an, nach der Wiederaufnahme der Arbeit in vollem Pensum am 1. November 1990 hätten sich die Beschwerden verstärkt. Die Untersuchung habe weder einen Gelenkserguss noch eine Oberschenkelumfangdifferenz ergeben (vgl. Urk. 18/15).

3.1.4.1. Nachdem er den Beschwerdeführer am 18. März 1991 kreisärztlich untersucht hatte, hielt Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Chirurgie, in seinem Bericht vom 19. März 1991 (Urk. 18/18) fest, die persistierenden Beschwerden im linken Knie seien wahrscheinlich auf einen - wohl vor allem im Hinterhorngebiet und bei starker Belastung - stehenden Meniskusrest zurückzuführen. Es seien weitere Abklärungen indiziert. Sofern sich eine erneute Arthroskopie als erforderlich erweise, sei dabei den Stabilitätsverhältnissen des Knies besondere Aufmerksamkeit zu schenken. Offenbar sei bereits eine Kreuzbandinsuffizienz diagnostiziert worden; in diesem Zusammenhang sei anzumerken, dass auch das rechte Knie etwas locker sei.

3.1.5.1. Nach ambulanter Durchführung einer diagnostischen Kniegelenksarthroskopie links sowie erneuter Knorpeltoilette am Femurkondylus medialis links am 11. Juni 1991 (vgl. Urk. 18/26 S. 1 f.) stellten die Ärzte des Kreisspitals T.\_\_\_\_ am 21. Juni 1991 nachstehende Diagnosen (vgl. Urk. 18/26 S. 1):

- Knorpelschaden an der medialen Femurkondylenrolle links
- Status nach arthroskopisch partieller Menishektomie medial links
- Chondrokalzinose

3.1.6 Nachdem er den Beschwerdeführer am 24. Juli 1991 erneut untersucht hatte, stellte der Kreisarzt Dr. med. D. \_\_\_ folgende Diagnosen (vgl. Urk. 18/30):

- Status nach zweimaliger Arthroskopie des linken Knies, zuletzt im Juni 1991 mit Knorpelabridement wegen Läsionen des medialen Femurkondylus
- Verdacht auf Restmeniskusläsion medial rechts, auch nach Arthroskopie
- Beginnende Gonarthrose, besonders rechts medial

Der aktuelle Gesundheitszustand sei ordentlich, am 29. Juli 1991 sei die Wiederaufnahme der Arbeit in vollem Pensum geplant. Es sei durchaus denkbar, dass - insbesondere rechtsseitig - abermals Probleme (Blockierungen und Schmerzen) auftreten würden. Eine erneute Untersuchung durch die Ärzte des Kreispitals T. \_\_\_ erscheine als angezeigt. Hinzuweisen sei auf die erhebliche berufliche Beanspruchung des Beschwerdeführers.

Dr. C. \_\_\_ gab am 9. beziehungsweise 10. September 1991 an, nach einem etwas verzögerten postoperativen Heilungsverlauf berichte der Patient, der seit einigen Jahren unter Kniegelenksbeschwerden leide (vgl. Urk. 17/15.2), nun linksseitig über eine deutliche Besserung. Im rechten Knie verspüre der Beschwerdeführer - wetterabhängig - noch ein "Krosen"; auch bekunde er Mühe mit dem Treppensteigen. Im Heilungsverlauf wirke - in Form eines Knorpelschadens - ein unfallfremder Faktor mit. Während die Behandlung des linken Knies abgeschlossen worden sei, sei betreffend das rechte Knie - bei Verdacht auf Restmeniskusläsion medial rechts (vgl. Urk. 17/15.2) - eine Arthroskopie geplant (vgl. Urk. 18/31).

Die Ärzte des Kreispitals T. \_\_\_ stellten am 19. November 1991 folgende Diagnosen (vgl. Urk. 17/15.1 S. 1):

- Chondromalazia patellae Grad II bis III
- Beginnende Gonarthrose medial bei Status nach partieller arthroskopischer Menishektomie
- Chondrokalzinose
- Neuauftretende Kniebeschwerden rechts bei Status nach Teilmenishektomie im Februar 1990
- Status nach zweimaliger Arthroskopie links, letztmals im Juni 1991 mit einem Knorpelabridement am Femurkondylus medialis

Am 19. November 1991 seien eine diagnostische Kniegelenksarthroskopie sowie ein Knorpelabridement an der Patella und am Femurkondylus medialis rechts durchgeführt worden (vgl. Urk. 17/15.1 S. 1).

Nachdem der Beschwerdeführer am 6. Oktober 1996 von einer Leiter gestürzt war und sich dabei am rechten Knie verletzt hatte, wurde er am 22. August 1997 erneut von Dr. D. \_\_\_ kreisärztlich untersucht. Dieser stellte in seinem Bericht folgende Diagnosen (vgl. Urk. 18/33 S. 3):

- Status nach Kniekontusion links am 6. Oktober 1996 bei
- Status nach partieller Meniskektomie bei
- vorbestehenden Knorpelschäden und Chondrokalzinose der Menisken
- Beginnende Arthrose femorotibial und femoropatellar
- Beschwerden unklarer Genese im oberen Sprunggelenk (OSG) rechts
- Deutliches Übergewicht

Das rechte und insbesondere das linke Knie sowie der rechte Fuss verursachten gemäss den Angaben des Patienten Beschwerden bei der Arbeit. Hinweise auf eine gravierende Läsion fanden sich keine. Ein MRI des linken Kniegelenks erscheine zur genaueren Untersuchung der Menisken und des Knorpelzustands als indiziert. Im Übrigen sei davon auszugehen, dass derzeit keine behandlungsbedürftigen Unfallfolgen bestanden. Zur Verbesserung des Gesundheitszustands sei allerdings dringend eine Gewichtsreduktion angezeigt.

### E. 3.3

3.3.1 Nach dem Unfall vom 5. Oktober 2001 (vgl. Urk. 17/1) diagnostizierte der erstbehandelnde Arzt Dr. med. E. \_\_\_\_, Facharzt FMH für Allgemeine Medizin, am 24. Oktober 2001 eine Distorsion des Kniegelenks rechts, vor allem des SB-Apparates. Seit dem 16. Oktober 2001 bestehe wieder eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit; in drei Wochen könne die Behandlung voraussichtlich abgeschlossen werden (vgl. Urk. 17/2).

3.3.2 Dr. med. F. \_\_\_\_, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, stellte am 13. Dezember 2001 die Diagnose einer traumatisierten medialen Gonarthrose und Chondrokalzinose des Kniegelenks rechts. Ein arthroskopisches Gelenkdebridement erscheine derzeit nicht als sinnvoll. Im Vordergrund stehe die Symptomatik einer aktivierten medialen und einer femoropatellaren Arthrose im rechten Knie. Eine gewisse entzündliche Komponente lasse sich durch die bestehende Chondrokalzinose erklären, welche erfahrungsgemäss - auch bei kleineren Traumata - zu einem verschleppten, länger dauernden Verlauf führen könne (vgl. Urk. 17/11 = Urk. 17/15.3).

3.3.3 Am 29. November 2001 berichtete Dr. E. \_\_\_\_ über eine Exazerbation bekannter Kniebeschwerden bei Chondrokalzinose, fortgeschrittenen degenerativen Veränderungen und Status nach Distorsion am 8. [richtig: 5.] Oktober 2001. Der Patient, der derzeit freigestellt sei, wünsche eine Revision des Kniegelenks. Es bestanden folgende Diagnosen (vgl. Urk. 17/13 S. 1):

- Chondrokalzinose
- Depression (auf Wunsch des Patienten mit Entspannungsdrages behandelt, daneben Psychotherapie)
- Adipositas (Patient nehme zur Zeit ab)
- Arterielle Hypertonie (medikamentös behandelt)
- Migräne (gelegentlich medikamentös behandelt)

3.3.4 Dr. E. \_\_\_\_ gab am 18. Dezember 2001 an, der Patient weise vorgeschädigte Knie mit Status nach Eingriffen beidseits auf. Bis zum Unfall vom 5. Oktober 2001 habe jedoch eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit bestanden. Nach dem fraglichen Ereignis

sei versucht worden, das Arbeitspensum rasch wieder auf 100 % zu steigern, bei voller Arbeitsleistung seien jedoch permanent Schmerzen und Schwellungszustände mit Gelenkerguss aufgetreten. Der Arbeitsfähigkeitgrad habe daher per 29. Oktober 2001 wieder auf 75 % reduziert werden müssen, damit der Patient das Arbeitstempo reduzieren könne und eine Heilung möglich werde (vgl. Urk. 17/12).

3.3.5 Am 20. Februar 2002 bescheinigte Dr. E. dem Beschwerdeführer eine seit dem 29. Oktober 2001 bestehende unfallbedingte 25%ige Arbeitsunfähigkeit. Nachdem vom 12. Dezember 2001 bis 13. Januar 2002 krankheitsbedingt eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestanden habe, sei der Patient seit dem 14. Januar 2002 und auf unbestimmte Dauer krankheitshalber noch zu 50 % arbeitsunfähig (vgl. Urk. 17/19.3).

3.3.6 Der orthopädische Chirurg Dr. F. gab am 21. März 2002 an, aus der beidseitigen Gonarthrose resultiere betreffend eine Bänderlockerheit, wie sie der Patient ausübe, keine Arbeitsunfähigkeit. Eine Einschränkung bestehe ausschliesslich für Tätigkeiten, die ganztägiges Umhergehen erforderten (vgl. Urk. 17/240.37).

3.3.7 Am 27. Juni 2002 attestierte Dr. E. dem Beschwerdeführer weiterhin und noch bis mindestens 31. Juli 2002 eine 25%ige Arbeitsunfähigkeit wegen Unfalls (vgl. Urk. 17/37.3). Krankheitsbedingt sei der Patient ab dem 1. Juli 2002 wieder uneingeschränkt arbeitsfähig (vgl. Urk. 17/37.2).

3.3.8 Nach dem der Beschwerdeführer am 15. Juli 2002 während eines Auslandsaufenthalts gestürzt war, diagnostizierte Dr. E. am 28. August 2002 eine Kontusion/Distorsion des Kopfs, der HWS und teilweise auch der BWS. Im Zusammenhang mit diesem Unfallereignis habe bis am 2. August 2002 eine 100%ige und vom 3. August bis zum Wiedereintritt der vollen Arbeitsfähigkeit und dem gleichzeitigen Behandlungsabschluss am 23. August 2002 eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Aufgrund des zuvor erlittenen Unfalls sei der Patient allerdings weiterhin zu 25 % arbeitsunfähig (vgl. Urk. 19/3).

3.3.9 In seinem Bericht vom 8. Oktober 2002 hielt Dr. E. präzisierend fest, die unfallbedingt bescheinigte Arbeitsunfähigkeit beziehe sich auf die aktuelle Tätigkeit als Monteur im Telecombereich, die zahlreiche Belastungen (wie etwa Gehen über längere Strecken, Treppen- und Leiternsteigen, Arbeiten in unphysiologischen Positionen) mit sich bringe. Derartige Belastungen lösten seit dem Unfallereignis Schmerzzustände und gelegentlich einen leichten Reizerguss aus (vgl. Urk. 17/50).

### **E. 3.3.10**

Am 28. Januar 2003 diagnostizierte Dr. E. eine traumatisch aktivierte mediale und retropatellare Gonarthrose rechts und berichtete über einen sehr wechselhaften Verlauf. In den letzten Monaten sei es aufgrund der erheblichen Arbeits- und damit verbundenen Gehleistung zu einer deutlichen Schmerzzunahme gekommen. Als unfallfremde Faktoren wirkten sich auch die bekannte Chondrokalzinose und die Arthrose auf den Heilungsverlauf aus. Seit dem 1. April 2002 sei der Patient wieder zu 50 % arbeitsfähig. Unfallbedingt sei langfristig kein Nachteil zu erwarten; die bleibenden Schäden seien vorbestehend (vgl. Urk. 17/53 = Urk. 17/78.2).

Am 2. April 2003 hielt Dr. E. fest, es sei insofern zu einer erneuten leichten Verschlechterung des Gesundheitszustands gekommen, als das Knie nun erhebliche Schmerzen auslöse. Der Arbeitsfähigkeitgrad sei auf 25 % belassen





- Status nach zweimaliger Arthroskopie links mit Knorpeldeckungsplastik bis 1991

Bei Eintritt habe der Patient auch über eine Thorakalgie und eine Lumbalgie nach einem Sturz direkt auf den Rücken vor einigen Wochen berichtet. Anlässlich der Eintrittsuntersuchung hätten keine diesbezüglichen Auffälligkeiten festgestellt werden können; in diesem Zusammenhang sei eine radiologische Abklärung im Stehen geplant (vgl. Urk. 17/125 S. 1).

### **E. 3.3.17**

Am 15. Juni 2004 gaben die Ärzte der Klinik S.\_\_\_\_, Orthopädische Chirurgie, an, insgesamt sei die Situation betreffend das rechte Knie deutlich besser seit der Metallentfernung. Die noch bestehenden Schmerzen ständen wahrscheinlich im Zusammenhang mit der aufgetretenen Wundheilungsstörung (vgl. Urk. 17/133, Urk. 17/131). Per 28. Juni 2004 könne der Beschwerdeführer, der auch über lumbale Beschwerden klage, die Arbeit wieder im Umfang von 50 % aufnehmen (vgl. Urk. 17/133).

### **E. 3.3.18**

Die am 5. August 2004 im Zusammenhang mit den Rückenbeschwerden konsultierten Ärzte der Klinik S.\_\_\_\_, Rheumatologie, stellten im gleichentags verfassten Bericht (Urk. 17/143 = Urk. 19/9) nachstehende Diagnosen (vgl. Urk. 17/143 S. 1):

- Thorakovertebrales Schmerzsyndrom bei Kontusion durch Sturz im September 2002, Verdacht auf Impressionsfraktur Brustwirbelkörper (BWK) 3

- Restbeschwerden bei Status nach valgusierender Tibiakopf-Osteotomie rechts am 15. September 2003 und Metallentfernung am 4. Juni 2004

- Status nach wiederholten Meniskus-Eingriffen Kniegelenke beidseits zwischen 1989 und 1994

- Diabetes mellitus Typ II

In Bezug auf die Wirbelsäule stehe eine Schmerzsymptomatik im Bereich der oberen Brustwirbelsäule (BWS) im Vordergrund. Radiologisch falle eine Deformation BWK 3 auf; möglicherweise bestehe auf dieser Höhe eine durchgemachte Fraktur. Auswirkung auf die Beschwerden habe auch die Fehlform der Wirbelsäule mit verstärkter BWS-Kyphose und akzentuierter LWS-Lordose bei durchgemachtem Morbus Scheuermann (vgl. Urk. 17/143 S. 2).

Betreffend das rechte Kniegelenk klage der Beschwerdeführer noch über - insbesondere bei längerem Sitzen auftretende - Restbeschwerden (vgl. Urk. 17/143 S. 1). Die Leistungsfähigkeit werde Ende August 2004 durch den Hausarzt des Patienten beurteilt; je nach Befund sei eine Steigerung auf einen Arbeitsfähigkeitsgrad von 70 %, wenn nicht gar 100 %, zu empfehlen (vgl. Urk. 17/143 S. 2).

### **E. 3.3.19**

Dr. E.\_\_\_\_ bescheinigte dem Beschwerdeführer am 23. August 2004 für die Zeit ab dem 1. September 2004 wieder eine 70%ige Arbeitsfähigkeit (vgl. Urk. 17/145).

### **E. 3.3.20**

Am 15. September 2004 hielten die Ärzte der Klinik S.\_\_\_\_ fest, aus den Beschwerden im rechten Knie resultiere in der bisherigen (Bäuro-)Tätigkeit keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (vgl. Urk. 17/240.82 S. 2).

### E. 3.3.21

In ihrem Bericht vom 29. September 2004 (Urk. 17/147 = Urk. 19/10) stellten die Ärzte der Klinik S. \_\_\_\_, Rheumatologie, folgende Diagnosen (vgl. Urk. 17/147 S. 1):

- Thorakoverbrales Schmerzsyndrom bei Kontusion durch Sturz im September 2002, Fraktur Th2 mit Deckplatteneinbruch (Sturz Herbst 2002)
- Status nach Morbus Scheuermann
- Hämangiomtypische Wirbelkörperveränderungen, vor allem Th3
- Restbeschwerden bei Status nach valgisierender Tibiakopf-Osteotomie rechts am 15. September 2003 und Metallentfernung am 4. Juni 2004
- Status nach wiederholten Meniskus-Eingriffen Kniegelenke beidseits zwischen 1989 und 1994
- Diabetes mellitus Typ II

Das MRI habe eine ältere Fraktur mit Keildeformation des Wirbelkörpers Th2 gezeigt; es sei anzunehmen, dass diese durch das Sturzereignis im Herbst 2002 verursacht worden sei. In Bezug auf die Hyperkyphose trage auch der Status nach Morbus Scheuermann zur Fehlform bei. Von einer aufrichtenden Operation sei - trotz der stark störenden Beschwerden - eher abzuraten; indiziert sei dagegen eine medizinische Trainingstherapie (MTT) zur Verbesserung der Haltung. Die aktuelle, vorwiegend sitzende Tätigkeit am PC sei angesichts der Wirbelsäulenfehlform und der Haltungsproblematik eher ungeeignet; günstiger wäre eine Arbeit, bei welcher sich der Patient immer wieder kurz bewegen und aufrichten könne (vgl. Urk. 17/147 S. 2).

### E. 3.3.22

In seinem Zwischenzeugnis UVG vom 6. Oktober 2004 (Urk. 17/148 = Urk. 19/11) gab Dr. E. \_\_\_\_, bezüglich des Kniegelenks bestanden beim Gehen und Treppensteigen wie auch bei längerem Sitzen Restbeschwerden. Beim Sitzen bestanden derzeit allerdings Beschwerden seitens des Rückens (zervikothorakaler Übergang, obere BWS, thorakolumbaler Übergang) im Vordergrund. Seit dem 1. September 2003 betrage die Arbeitsunfähigkeit 30 %. Im Zusammenhang mit dem Rücken sei keine dauernde Behinderung zu erwarten; betreffend das Knie sei die Prognose unklar.

Am 15. November 2004 teilte Dr. E. \_\_\_\_, mit, ab dem genannten Datum arbeite der Beschwerdeführer mit einem in einer Bandbreite von 50 bis 100 % flexibel gestaltbarem Arbeitspensum (vgl. Urk. 17/152).

Am 2. Januar 2005 gab Dr. E. \_\_\_\_, an, aufgrund der durch die Knieverletzung bedingten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit habe der Patient seine Restarbeitsfähigkeit von 70 % im Herbst 2004 in einer sitzenden Tätigkeit verwertet. Dies habe wiederum zu einer Exazerbation der Beschwerden im Zusammenhang mit der unfallbedingten Impressionsfraktur Th2 geführt. Längeres Sitzen erweise sich überdies insofern als ungünstig, als es dabei auch - vor allem im medialen Bereich - zu einer Exazerbation der Kniebeschwerden komme (vgl. Urk. 17/154).

### E. 3.3.23

Die Ärzte der Klinik S. \_\_\_\_, Rheumatologie, stellten am 22. Februar 2005 folgende Diagnosen (vgl. Urk. 17/159 S. 1):

- Thorakovertebrales Schmerzsyndrom bei Kontusion durch Sturz im September 2002, Fraktur Th2 mit Deckplatteneinbruch (Sturz Herbst 2002)
- Status nach Morbus Scheuermann
- Hämangiomtypische Wirbelkörperveränderungen, vor allem Th3
- Sekundäre Gonarthrose beidseits bei
- Status nach valgisierender Tibiakopfeosteotomie rechts am 15. September 2003 und Metallentfernung am 4. Juni 2004
- Status nach wiederholten Meniskus-Eingriffen Kniegelenke beidseits zwischen 1989 und 1994
- Zervikospondylogenes Syndrom bei Hyperlordose der unteren HWS durch Fehlhaltung und fixierter Hyperkyphose der oberen BWS

Beim Patienten bestanden sowohl Wirbelsäulen- als auch Kniegelenksbeschwerden posttraumatischer Natur. Die neu aufgetretenen Beschwerden im Becken-/Hüftbereich entsprechen einem myofaszialen Schmerzsyndrom, das wohl durch die Kompensation des im Zusammenhang mit dem schmerzhaften rechten Kniegelenk stehenden Entlastungshinkens verursacht werde (vgl. Urk. 17/159 S. 2). Angesichts der Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit erscheine eine stationäre Rehabilitation als sinnvoll (vgl. Urk. 17/159 S. 3).

Am 24. März 2005 bescheinigten die Ärzte der Klinik S. \_\_\_\_, Rheumatologie, im Zusammenhang mit dem Rückenleiden eine - je nach Beschwerdeausmass - zwischen 50 und 100 % schwankende Arbeitsfähigkeit (vgl. Urk. 17/168). Betreffend diese Arbeitsfähigkeitsbeurteilung gaben die genannten Ärzte am 15. März 2007 präzisierend an, Sinn der Regelung sei es gewesen, dem Patienten zu ermöglichen, bei akuten Schmerzschüben ohne grossen administrativen Aufwand vorübergehend die Arbeitszeit zu reduzieren. Inwieweit der Beschwerdeführer diese Option in der Folge habe in Anspruch nehmen müssen, sei nicht bekannt. Am 22. Februar 2005 habe der Patient noch über ein durchschnittlich erfülltes Arbeitspensum von rund 90 % berichtet (vgl. Urk. 17/290).

#### **E. 3.3.24**

Dr. med. H. \_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, gab am 6. April 2005 an, der - seit dem 5. April 2005 bei ihm in Behandlung stehende - Beschwerdeführer sei seit dem 31. März 2005 und bis auf Weiteres vollstädtig arbeitsunfähig (vgl. Urk. 17/171).

#### **E. 3.3.25**

Nach Kenntnisnahme der MRI-Befunde des rechten Kniegelenks stellten die Ärzte der Klinik S. \_\_\_\_, Ambulatorium Orthopädie, am 6. Juli 2005 folgende Diagnosen (vgl. Urk. 17/181 S. 1):

- Gonarthrose Kniegelenk rechts mit Schmerzexazerbation
- Status nach Umstellungsosteotomie rechts im September 2003

Der Beschwerdeführer klagt weiterhin über - seit der letzten Konsultation progrediente - beträchtliche Schmerzen, die vor allem bei Belastung

auftraten, aber auch nachts persistierten (vgl. Urk. 17/181 S. 1).

Das MRI des rechten Knies habe eine postoperative Veränderung bei Zustand nach Tuberositasverlagerung ergeben. Wahrscheinlich bestehe auch ein Zustand nach ausgedehnter Teilmeniskektomie des teilweise vollständig fehlenden medialen Meniskus. Eine Bandruptur habe nicht nachgewiesen werden können; es hätten sich eine leichte Elongation des vorderen Kreuzbandes, ein Reizerguss sowie ein fortgeschrittener diffuser Knorpelabbau femorotibial medial gezeigt (vgl. Urk. 17/181 S. 2).

### **E. 3.3.26**

Vom 26. Juli bis 25. August 2005 liess sich der Beschwerdeführer stationär in der Rheumaklinik U. \_\_\_ behandeln. Im Austrittsbericht vom 30. August 2005 (Urk. 17/187) stellten die Ärzte nachstehende Diagnosen (vgl. Urk. 17/187 S. 2):

- Gonarthrose und Zustand nach Meniskusoperation beidseits
- Wirbelsäulen-Syndrom bei abgelaufenem Morbus Scheuermann
- Adipositas
- Hypertone Regulationsstörung
- Bekannter Diabetes mellitus
- Auswärts diagnostizierte Fettstoffwechselstörung
- Eingestellte Hyperurikämie
- Depressive Verstimmungszustände

Der Patient leide seit 2001 unter Dauerbeschwerden im Kniegelenksbereich und seit 2002 unter permanenten Beeinträchtigungen im HWS-LWS-Bereich; zeitweise entwickelten sich auch im Bereich diverser Gelenke Schmerzen. Zu einer Schmerzverstärkung könne es bei Kälte und feuchter Witterung, aber auch ohne eine auslösende äussere Ursache kommen (vgl. Urk. 17/187 S. 2).

Was die Gonarthrose anbelange, deute der radiologische Befund der Kniegelenke auf erhebliche degenerative Veränderungen hin. Eine funktionelle Einschränkung habe passiv nicht vorgelegen, und auch Aktivierungszeichen hätten sich keine feststellen lassen. Der Patient gebe aber noch Beschwerden an, die beispielsweise beim Treppenabwärtsgehen auftraten, was glaubhaft erscheine. Auch betreffend das Wirbelsäulen-Syndrom bei abgelaufenem Morbus Scheuermann klage der Beschwerdeführer über verstärkte Beschwerden. Neurologische Auffälle lägen nicht vor (vgl. Urk. 17/187 S. 7).

Hinsichtlich des Knieleidens und des Lumbalsyndroms sei eine leidensgerechte Arbeitsplatzgestaltung angezeigt. Inwieweit der Beschwerdeführer, der über depressive Verstimmungszustände klage und sich dem Arbeitsprozess derzeit nicht gewachsen fühle, wieder in diesen integriert werden könne, müsse eine psychiatrische Abklärung ergeben (vgl. Urk. 17/187 S. 7).

### **E. 3.3.27**

Die Ärzte der Klinik S. \_\_\_, Gelenkzentrum, hielten in ihrem Bericht vom 12. Oktober 2005 (Urk. 17/188 = Urk. 17/195) fest, im Rahmen des vierwöchigen

Rehabilitationsaufenthalts in der Rheumaklinik U.\_\_\_\_ habe trotz intensiver Physiotherapie keine wesentliche Besserung der Beschwerden erreicht werden können (vgl. Urk. 17/188 S. 1). Angesichts der fortgeschrittenen medialbetonten Gonarthrose, bei welcher das laterale Kompartiment ebenfalls bereits deutliche degenerative Veränderungen und eine Chondrokalzinose aufweise, sei die Indikation zur unikondylären medialen Knieprothese nicht mehr gegeben. Aufgrund des Alters des Patienten falle auch eine Kniegelenktotalprothese ausser Betracht. Den vorgeschlagenen Therapieversuch mit Viscosupplementation lehne der Beschwerdeführer strikte ab. Als Nächstes werde daher versucht, mittels Schuheinlagen mit lateraler Fussranderhöhung zur Entlastung des stärker symptomatischen medialen Kompartiments eine Besserung zu erzielen (vgl. Urk. 17/188 S. 2).

### **E. 3.3.28**

Der in Deutschland konsultierte Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Chirotherapie, H-Arzt, Ambulante Operationen, stellte am 28. Oktober 2005 folgende Diagnosen (vgl. Urk. 17/196 S. 1):

- Sonstige näher bezeichnete Arthropathien, andernorts nicht klassifiziert, beidseits
- Plica- und Zottenimpingement beidseits
- Meniskusschädigung durch alten Riss oder alte Verletzung rechts
- Gonarthrose, nicht näher bezeichnet, rechts

Die Indikation zur operativen Sanierung des rechten Knies sei gegeben; den Termin für die arthroskopische Gelenksanierung werde man zu einem späteren Zeitpunkt festsetzen (vgl. Urk. 17/196 S. 1).

### **E. 3.3.29**

Dr. E.\_\_\_\_ berichtete am 6. Dezember 2005 über einen im Wesentlichen unveränderten Gesundheitszustand. Die komplexe, rechtsbetonte Gonarthrose hindere den Patienten an einer beruflichen Tätigkeit mit grösserem Bewegungsausmass. Betreffend den Rücken habe die Schmerzbelastung insgesamt nicht verringert werden können, daher hätten sich auch die Chancen auf eine Reintegration in den Arbeitsprozess nicht wesentlich verändert. Aus Sicht des Patienten, der die Aussichten, eine geeignete Arbeitsstelle zu finden, als schlecht einschätze (vgl. Urk. 17/197 S. 2), falle weiterhin die Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit in Betracht (vgl. Urk. 17/197 S. 1).

Überlagert werde der Heilungsverlauf von einer depressiven Stimmung, deretwegen der Beschwerdeführer in Behandlung stehe und für längere Zeit arbeitsunfähig geschrieben worden sei. Im Hinblick auf die Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit nicht bedeutsam seien die weiteren gesundheitlichen Probleme, insbesondere die im Zusammenhang mit dem Stoffwechsel stehenden Beeinträchtigungen (vgl. Urk. 17/197 S. 2).

### **E. 3.3.30**

Die Ärzte der Klinik Q.\_\_\_\_, Institut für Radiologie und Nuklearmedizin, gaben am 28. März 2006 an, die Untersuchung habe eine deutliche Fehllhaltung thorakal und zervikothorakal, eine - nicht frische - Deckplattenimpression Th3 mit massiger Höhenminderung des Wirbelkörpers ventral, ein Oedem im Bereich von Th4 und Th5 links ventrolateral bei intakten Deck- und Grundplatten, eine massige Degeneration

mehrerer Bandscheiben der mittleren BWS ohne signifikante Protrusion beziehungsweise ohne Hernie sowie ein Wirbelkörperhämangiom LWK1 ergeben (vgl. Urk. 17/215).

3.3.31 Nachdem der Beschwerdeführer im Auftrag der IV-Stelle am 30. Mai 2006 von Dr. med. J. \_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie, untersucht worden war, stellte dieser in seinem Gutachten vom 2. Juni 2006 (Urk. 17/222.2 ff. = Urk. 17/240.105 ff.) folgende Diagnosen (vgl. Urk. 17/222.2 S. 6):

- Kombinierte Persönlichkeitsstörung, ICD-10 F60.0

- Involutionsdepression beziehungsweise Syndrom im Sinne von ICD-10 F06.32 [organische depressive Störung]

Das Grundleiden des Exploranden bestehe - wie schon vom behandelnden Arzt diagnostiziert - in einer seit der Kindheit andauernden kombinierten Persönlichkeitsstörung im Sinne einer Charakterneurose mit depressiven, phobischen und gar leicht paranoiden Facetten. Die Störung wirke sich insbesondere im affektiven Umgang mit anderen Personen aus. Zudem leide der Beschwerdeführer unter einem - früher als Involutionsdepression bezeichneten und heute unter ICD-10 F06.32 klassifizierten - Syndrom organischer Natur. Ursache dafür seien altersbedingte Rückbildungerscheinungen am ganzen Körper, besonders auch am Gehirn. Das Syndrom führe zu einem - auch intellektuellen - Leistungsverlust, einer allgemeinen Verlangsamung, stärkerer Empfindlichkeit betreffend organisch bedingte Schmerzen, Depression und sonstigen psychischen Befindlichkeitsstörungen. Ins Gewicht falle dabei auch, dass der Explorand sich schon zahlreichen chirurgischen Eingriffen am Skelett, insbesondere an den Knien, unterzogen habe, was die frühere Entstehung von Arthrosen begünstigt habe. Es handle sich demnach um ein gemischtes, sowohl psychisches als auch körperliches Syndrom (vgl. Urk. 17/222.2 S. 6).

Aufgrund der Kombination von psychischen und körperliche Beeinträchtigungen sei - in Übereinstimmung mit der Beurteilung des behandelnden Psychiaters - von einer bleibenden vollständigen Arbeitsunfähigkeit auszugehen (vgl. Urk. 17/222.2 S. 6 f.). Zusätzliche medizinische oder anderweitige Massnahmen zur Verbesserung des Gesundheitszustands fielen keine in Betracht. Auch durch eine berufliche Umschulung lasse sich die Arbeitsfähigkeit nicht wieder erlangen (vgl. Urk. 17/222.2 S. 6 f.).

3.3.32 Nachdem er den Beschwerdeführer am 3. Februar 2006 (vgl. Urk. 17/202 = Urk. 19/13) und am 19. Juni 2006 (vgl. Urk. 17/220) erneut kreisärztlich untersucht hatte, hielt Dr. Y. \_\_\_\_, in seiner abschliessenden Beurteilung vom letztgenannten Datum (Urk. 17/220) fest, der Beschwerdeführer weise beidseitig - rechts etwas ausgeprägter als links - Gonarthrosen auf, wobei linksseitig - entgegen den bisher getroffenen Annahmen - Folgen des Unfalls vom 5. März 1990 vorliegen. Zudem bestehe eine BWS-Kyphose nach Kompressionsfraktur von BWK 3 bei vorbestehendem Hohl-Rund-Rücken (Urk. 17/220 S. 6).

Derzeit fielen ausschliesslich konservative Behandlungsmassnahmen in Form einer Kräftigung der Rumpfmuskulatur und - in zweiter Linie - auch der Beinmuskulatur sowie einer Analgesie nach Bedarf in Betracht. Während in Bezug auf den Rücken kein anderes Behandlungskonzept zur Verfügung stehe, könne betreffend die Knie mittel- bis langfristig eine endoprothetische Versorgung erforderlich

werden, wobei zu gegebener Zeit im Rahmen eines Rückfalls Unfallversicherungsleistungen zu erbringen wären (vgl. Urk. 17/220 S. 6).

Die vom Patienten geschilderte Belastbarkeit sei tief, und es überrasche angesichts sowohl der klinischen als auch der radiologischen Untersuchungsergebnisse, dass dieser mehrmals wöchentlich Tramal zur Schmerzbekämpfung einsetze. Das Fehlen exakter Korrelationen zwischen den Befunden und dem Schmerzempfinden lasse an Amplifikatoren - wie etwa die Perspektivenlosigkeit auf dem Arbeitsmarkt - denken (vgl. Urk. 17/220 S. 6 f.).

Die Zumutbarkeitsbeurteilung erfolge daher in Überschreitung der vom Patienten angegebenen Limiten. Geeignet sei eine wechselbelastende Tätigkeit, bei der ausschliesslich auf guter Unterlage gestanden und gegangen werden müsse und die keine ununterbrochene Gehleistung über 30 Minuten erfordere. Die Arbeit dürfe nur seltenes Treppensteigen beinhalten; Kauern und Knien sowie das Erklimmen von Leitern seien ausgeschlossen. Nach einer ununterbrochenen Sitzdauer von 45 Minuten müsse sich der Patient etwas durchbewegen können; insgesamt müsse der Beschwerdeführer, der in der Lage sei, gelegentlich Lasten von 10 bis 15 kg zu tragen, mindestens zu 50 % im Sitzen arbeiten können. Unter diesen Rahmenbedingungen bestehe - wohl schon seit langem - eine zeitlich uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit (vgl. Urk. 17/220 S. 7).

3.3.33 In der ebenfalls am 19. Juni 2006 verfassten Beurteilung des Integritätsschadens (Urk. 17/221) gab Dr. Y.\_\_\_\_ betreffend das linke Knie an, angesichts der guten Beweglichkeit, der kräftigen Muskulatur sowie des Fehlens eines Reizzustands einerseits und einer voraussehbaren (und quantifizierbaren) Verschlimmerung andererseits sei von einer mässiggradigen Gonarthrose und einer daraus resultierenden Integritätseinbusse von 10 % auszugehen (vgl. Urk. 17/221 S. 1).

Auch in Bezug auf die rechtsseitige Gonarthrose mit leichtem Reizerguss sei eine zuverlässige Langzeitprognose nicht möglich. Aufgrund der aktuellen Situation betrage der Integritätsschaden 20 %. Da im Zeitpunkt der relevanten Traumatisierung am 15. Oktober 2001 bereits eine arthrotische Veränderung bestanden habe (unfallfremder Knorpelschaden medial und retropatellar), die für die weitere Entwicklung zu 50 % mitverantwortlich sei, ergebe sich eine rein unfallbedingte Integritätseinbusse von 10 % (vgl. Urk. 17/221 S. 1).

Schliesslich bestehe als Folge des Unfalls vom 15. Juli 2002 eine vermehrte Kyphosierung im Bereich der oberen BWS von gut 10°. Während die Fraktur gut konsolidiert sei, seien die übrigen im MRI ersichtlichen Veränderungen einerseits unfallfremd und andererseits schon deshalb irrelevant, weil sie keine wesentliche Ursache der chronischen Beschwerden darstellten. Durch das Unfallereignis sei der vorbestehende Hohl-Rund-Rücken des Beschwerdeführers aus dem Gleichgewicht gebracht worden, eine vollständige Kompensation sei in der Folge nicht mehr eingetreten. Da die funktionelle Beeinträchtigung minimal und die Muskulatur nicht wesentlich verspannt sei, sei die Situation - trotz der subjektiv erheblichen Beschwerdeangabe - in der Schmerzfunktionsskala der Tabelle 7 der SUVA-Publikation Integritätsschädigung gemäss UVG im Bereich zwischen + und ++ einzuordnen und unter Position 1, zweite Zeile, zu subsumieren, so dass eine Integritätseinbusse von 10 % resultiere (vgl. Urk. 17/221 S. 1).

Da die einzelnen Elemente addiert werden könnten, ohne dass es zu einer wesentlichen Verzerrung komme, betrage die Integritätseinbuße insgesamt 40 % und der unfallbedingte Schaden 30 % (vgl. Urk. 17/221 S. 1).

3.3.34 Der behandelnde Psychiater Dr. H. \_\_\_ stellte in seinem Bericht vom 20. Februar 2006 zuhanden der IV-Stelle folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (vgl. Urk. 17/239.2):

- Rezidivierende depressive Störung, kombinierte Persönlichkeitsstörung mit emotionaler Unreife, Impulsdurchbrüchen und Aggressionsproblematik, bestehend seit vier bis fünf Jahren

- Chronisches Knieleiden nach Unfall

- Chronisches Rückenleiden bei Status nach Morbus Scheuermann und Status nach Unfall

Zudem leide der Beschwerdeführer unter Diabetes mellitus und Hypertonie (vgl. Urk. 17/239.2). Seit dem 31. März 2005 und bis auf Weiteres bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit.

Der - in broken home Verhältnissen aufgewachsene - Patient leide unter einer kombinierten Persönlichkeitsstörung, durch die er in seinen persönlichen (drei Ehescheidungen) und beruflichen (Arbeitswechsel, Probleme mit Vorgesetzten) Beziehungen sowie bei der Bewältigung seines Alltags schwer beeinträchtigt sei. Zwar sei es dem Beschwerdeführer bis anhin immer wieder gelungen, neue Beziehungen oder neue Arbeitsstellen zu finden, dabei sei er in der Folge aber regelmäßig wegen seiner Grundstörungen (Aggressions-, Nähe-/Distanzproblematik, Frustrationsintoleranz) gescheitert, was zu einem chronisch-depressiv-resignativen Zustandsbild geführt habe. Während der letzten Jahre habe sich die Problematik durch die Unfälle (Knie, Rücken) insofern verschärft, als sich ein circulus vitiosus ergeben habe, in welchem die somatischen Beschwerden die Depression und Verzweiflung kontinuierlich verstärkt hätten. Angesichts dieser Entwicklung und der Vermengung der psychiatrischen Grundstörung mit der somatischen Symptomatik sei nicht mehr mit der Wiedererlangung einer Arbeitsfähigkeit zu rechnen. Ein forciertes Arbeitsversuch bürge gar das Risiko einer Krankheitsverschlechterung in sich (vgl. Urk. 17/239.4).

3.3.35 Die Ärzte der Klinik S. \_\_\_, Gelenkzentrum, gaben am 11. Dezember 2006 an, zwar spreche das gesamte klinische Bild für eine bilaterale Gonarthrose, für eine Knie-APL sei deren Ausprägung aber noch zu gering (vgl. Urk. 17/258 S. 1). Da bis anhin noch keine Abklärungen betreffend den Knieinnenraum durchgeführt worden seien, könne das weitere Vorgehen (arthroskopische Gelenktoilette oder konservative Massnahmen) erst bestimmt werden, wenn ein Nativ-MRI beider Kniegelenke durchgeführt worden sei (vgl. Urk. 17/258 S. 2).

3.3.36 Am 19. Dezember 2006 bescheinigte Dr. H. \_\_\_ dem - seit April 2005 bei ihm in Behandlung stehenden - Beschwerdeführer weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Dessen depressive Störung stehe in direktem (haftigem) Zusammenhang mit den früheren Unfällen und den dadurch bedingten körperlichen Einbußen und Beschwerden (vgl. Urk. 17/263.2 = Urk. 17/266.2).

3.3.37 Dr. med. Z. \_\_\_, Facharzt FMH für Rheumatologie/Rehabilitation, stellte in seinem im Auftrag des Beschwerdeführers verfassten Gutachten vom 13. Februar 2007

(Urk. 17/293.3 ff. = Urk. 3/3) nachstehende Diagnosen (vgl. Urk. 17/293.8):

- Gonarthrose rechts medialbetont
- Anamnestisch Zustand nach Verletzungen 1990 und 2001
- Zustand nach Arthroskopie 1990 und 1991
- Zustand nach Osteotomie am 15. September 2003; postoperative residuelle SensibilitÄtsstÄrungen
- Chondrokalzinose
- Gonarthrose links, medialbetont
- Zustand nach Verletzungen 1990 und 1996
- Zustand nach arthroskopischen Revisionen 1990 und 1991
- Chondrokalzinose
- Rezidivierende vertebrale, teils spondylogene Beschwerden zervikal, aktuell hauptsÄchlich thorakal, gelegentlich lumbal; WirbelsÄulenfehlstatik mit Hohl-Rund-RÄcken und Hyperlordosierung zervikothorakal; beginnende degenerative VerÄnderungen im unteren zervikalen Bereich; KeilwirbeldeformitÄt von BrustwirbelkÄrper 3, anamnestisch posttraumatisch, nach Unfall am 15. Juli 2002
- Adipositas
- Involutionsdepression

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aufgrund der aktuell fassbaren Klinik und der bildgebenden Untersuchungen werde bei der beidseits bestehenden, rechtsbetonten Gonarthrose mit Äberwiegender Wahrscheinlichkeit stetig eine weitere Verschlechterung der Situation eintreten. LÄngerfristig werde wohl ein prothetischer Gelenksersatz erforderlich sein. Im Rahmen einer weiteren konservativen Behandlung kÄnne allenfalls noch durch den Ausbau der medikamentÄsen Behandlung und durch eine Intensivierung der funktionellen Rehabilitation von Muskulatur und Gelenk eine Besserung erzielt werden. Indiziert sei eine Gewichtsreduktion. Die Chondrokalzinose sei nicht therapierbar (vgl. Urk. 17/293.9).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die rechtsseitige GelenkschÄdigung bedeute eine IntegritÄtseinbusse von 20 %, wobei diese zur HÄlfte auf den prÄtraumatischen Vorzustand zurÄckzufÄhren sei. Die unfallbedingte Einbusse sei aufgrund der Tatsache, dass das Unfallereignis zur Dekompensation des vorgeschÄdigten Gelenks mit rascher Progredienz der Gonarthrose, Achsenfehlstellung und notwendiger Korrekturoperation aber nicht mit 10 %, sondern mit 15 % zu veranschlagen (vgl. Urk. 17/293.10). Die SchÄdigung am linken Kniegelenk bedeute - bei deutlich diskreteren klinischen Befunden, im Wesentlichen erhaltenem Funktionszustand, erhaltener StabilitÄt und gÄnstigerer Langzeitprognose - eine IntegritÄtseinbusse von 10 % (vgl. Urk. 17/293.10). Auch der IntegritÄtsschaden an der WirbelsÄule sei - bei Fraktur eines einzelnen WirbelkÄrpers - mit 10 % zu beziffern (vgl. Urk. 17/293.11).

3.3.38 Am 29. MÄrz 2007 gab Dr. Z.\_\_\_\_ an, die ArbeitsfÄhigkeit des BeschwerdefÄhrers werde durch die rechtsseitige medialbetonte Gonarthrose, die medialbetonte Gonarthrose links, die aufgrund einer Fehlstatik und degenerativer VerÄnderungen bestehenden rezidivierenden vertebrealen, teils spondylogenen

Beschwerden in allen Wirbelsäulenabschnitten sowie einen posttraumatischen Zustand im Bereich der oberen BWS beeinträchtigt. Möglicherweise wirke sich auch die Involutionsdepression einschränkend auf die Leistungsfähigkeit aus (vgl. Urk. 17/293.12).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aufgrund der genannten Defizite sei der Patient nicht mehr in der Lage, mittelschwere und schwere Arbeiten zu verrichten (vgl. Urk. 17/293.12). Leichte Tätigkeiten seien ihm dagegen zumutbar, sofern sie eine konsequente Wechselbelastung für Kniegelenke und Rücken beinhalteten und regelmässige Arbeitspausen zur Entlastung des Bewegungsapparats zuliesse. Ungeeignet seien monotone repetitive Tätigkeiten und hohe statische Belastungen von Wirbelsäule und Kniegelenken. Einschränkungen beständen sodann betreffend längere Gehdistanzen, das Bergabmarschieren und das Überwinden von Hindernissen. In einer adaptierten, leichten Tätigkeit bestehe aus rheumatologischer Sicht eine Restarbeitsfähigkeit im Umfang von 70 % beziehungsweise von sechs Stunden täglich (vgl. Urk. 17/293.13).

3.3.39 Die Ärzte der Klinik S.\_\_\_\_, Gelenkzentrum, hielten am 16. April 2007 fest, nachdem der Beschwerdeführer bis Ende Januar 2007 zu 50 % arbeitsunfähig gewesen sei, bestehe seit 1. Februar 2007 wieder eine Arbeitsfähigkeit im Ausmass von 70 %. Früher oder später werde eine Knie-APL indiziert sein; der entsprechende Eingriff werde sich aber kaum auf die Arbeitsfähigkeitsbeurteilung, die nicht nur die Kniebeschwerden berücksichtige, auswirken (vgl. Urk. 31/13/295).

3.3.40 Nach Kenntnisnahme der Beurteilung Dr. Z.\_\_\_\_s vom 13. Februar 2007 (Urk. 17/293 ff.) und des psychiatrischen Gutachtens Dr. J.\_\_\_\_s vom 2. Juni 2006 (Urk. 17/240.105 ff.) hielt Dr. Y.\_\_\_\_ in seiner Beurteilung vom 7. Mai 2007 (Urk. 17/294.0 = Urk. 31/13/297) fest, abgesehen von einer etwas schlechteren Flexion des rechten und linken Knies habe Dr. Z.\_\_\_\_ rheumatologisch-orthopädische Befunde erhoben, die im Wesentlichen mit den eigenen Untersuchungsergebnissen vom Juni 2006 übereinstimmten. Dass sich mittelfristig die Implantation von Endoprothesen in beiden Kniegelenken aufdränge, stehe schon lange fest; in zeitlicher Hinsicht sei aber eine verlässliche Prognose nicht möglich; der fragliche Eingriff sei denn auch nach der Einschätzung Dr. Z.\_\_\_\_s derzeit noch nicht zwingend (vgl. Urk. 17/294.0 S. 1).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Im Bereich der oberen Brustwirbelsäule hätten sich seit der kreisärztlichen Untersuchung im Juni 2006 ebenfalls keine wesentlichen Veränderungen ergeben; auch betreffend den keilförmig deformierten Wirbel Th3 sei Dr. Z.\_\_\_\_ zu mit den eigenen identischen Schlüssen gelangt (vgl. Urk. 17/294.0 S. 1).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Eine Diskrepanz zwischen der eigenen Beurteilung und Dr. Z.\_\_\_\_s Einschätzung der Integritätseinbusse am rechten Knie bestehe insofern, als dieser - bei identischer Ausgangslage (insgesamt 20%iger Integritätsschaden, zu 50 % durch den krankhaften Vorzustand bedingt) - von einer unfallbedingten Integritätseinbusse von 15 % statt von 10 % ausgegangen sei. Richtigerweise müsse der Schaden - gestützt auf die genannten Eckdaten - zwingend nach rein arithmetischen Methoden ermittelt werden, weshalb am Wert von 10 % festzuhalten sei (vgl. Urk. 17/294.0 S. 1).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Was die gutachterlich festgestellte psychische Störung anbelange, sei diese unfallfremd und insofern bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit ausser Acht zu lassen. Aus somatischer Sicht bestehe kein Grund, weshalb der Beschwerdeführer in einer seinen körperlichen Leiden angemessen Rechnung tragenden Tätigkeit nicht ein

volles Arbeitspensum erfüllen könnten. Der Bericht der Ärzte der Klinik S. \_\_\_ vom 16. April 2007 (Urk. 31/13/295) bringe keine wesentlichen neuen Erkenntnisse (vgl. Urk. 17/294.0 S. 1 f.).

3.3.41 SUVA-Versicherungsmediziner Dr. med. A. \_\_\_, Facharzt FMH für Chirurgie, hielt in seiner gestützt auf die Akten verfassten Beurteilung vom 6. Juli 2007 (Urk. 20) fest, die Privatbegutachtung durch Dr. Z. \_\_\_ sei nicht erforderlich gewesen. Aus der fraglichen Expertise (Urk. 3/3) ergäben sich keine neuen Erkenntnisse; der genannte Arzt habe lediglich den nämlichen Sachverhalt etwas anders gewertet (vgl. Urk. 20 S. 1).

Angesichts des von Dr. Y. \_\_\_ und Dr. Z. \_\_\_ einhellig mit 10 % bezifferten unfallbedingten Integritätsschadens am Rücken fehle es der vom Beschwerdeführer in der Höhe von 25 % geltend gemachten Entschädigungsforderung an einer medizinischen Grundlage. Zwar seien bei der Ermittlung der Integritätseinbusse gestützt auf Tabelle 7 auch die Schmerzen ein Beurteilungskriterium, diese könnten aber nur insoweit berücksichtigt werden, als ihnen ein angemessenes organisches Substrat zugrunde liege. Das - wegen einer unfallfremden Involutionsdepression - subjektiv gesteigerte Schmerzempfinden des Beschwerdeführers falle daher in diesem Zusammenhang ausser Betracht (vgl. Urk. 20 S. 1).

Betreffend die medialbetonte Arthrose am rechten Knie seien Dr. Y. \_\_\_ und Dr. Z. \_\_\_ übereinstimmend einerseits von einer Integritätseinbusse von 20 % und andererseits von einer wegen des bereits 1990 arthroskopisch dokumentierten Vorzustands (Chondrokalzinose, Knorpelschaden) von einer angemessenen Kürzung im Umfang von 50 % ausgegangen. Dass der letztgenannte Arzt den unfallbedingten Integritätsschaden schliesslich dennoch mit 15 % veranschlagt habe, entbehre einer logischen Erklärung (vgl. Urk. 20 S. 1). So habe die Distorsion vom 5. Oktober 2001 zwar unbestrittenermassen zu einer richtunggebenden symptomatischen Verschlimmerung geführt; der entscheidende Faktor für die weitere Entwicklung sei allerdings die vorbestehende Arthrose gewesen (vgl. Urk. 20 S. 1 f.), hätte der leichte Unfall doch ohne diesen erheblichen Vorzustand gar nicht zum nun vorhandenen Schaden führen können. Im Gegenteil wäre die Valgisations-Osteotomie im Laufe der Zeit - wenn möglicherweise auch etwas später - gar ohne das fragliche Geschehnis notwendig geworden. Das Kausalitätsprinzip gebiete es daher, die Integritätsentschädigung angemessen zu kürzen, wobei die vorgenommene 50%ige Reduktion angesichts des massiven Vorzustands einerseits und des leichten Unfalls (Fehlen einer äusseren Verletzung eines Ergusses und einer radiologisch nachweisbaren frischen traumatischen Läsion anlässlich der ersten Arztkonsultation) andererseits als eher wohlwollend zu taxieren sei. An Dr. Y. \_\_\_s Beurteilung des Integritätsschadens (Urk. 17/221, Urk. 17/294.0) sei daher vollumfänglich festzuhalten (vgl. Urk. 20 S. 2).

3.3.42 Am 2. Oktober 2007 gaben die Ärzte der Klinik S. \_\_\_, Untere Extremitäten, an, wegen insbesondere rechtsseitiger Kniebeschwerden erneut vom Beschwerdeführer konsultiert worden zu sein. Dieser habe zwischenzeitlich eine Stelle in einem Call Center mit einem Pensum von 70 bis 80 % angetreten. Da es in der Folge zu einem akuten Reizzustand im rechten Kniegelenk gekommen sei, sei anzunehmen, dass der Patient auch längeres Sitzen nicht ohne Weiteres vertrage. Die Untersuchung habe ein immer noch leicht angeschwollenes, grundsätzlich aber reizloses und frei bewegliches rechtes Kniegelenk gezeigt. Damit sich dieses vollständig erholen könne, sei dem Patienten ab sofort und noch bis am 31. Oktober 2007 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bescheinigt

worden. Hernach könne dieser seine Tätigkeit im Call Center wieder im gewohnten Pensum von zirka 70 % aufnehmen; eine Kontrolle sei nicht vorgesehen (vgl. Urk. 31/13/334).

#### **E. 4.1**

4.1.1.1. Aus den zitierten medizinischen Akten geht übereinstimmend hervor, dass der Beschwerdeführer sich anlässlich dreier bei der SUVA versicherter Unfälle an beiden Knie sowie im Bereich des Rückens verletzt hatte und noch über den Zeitpunkt der Taggeldeinstellung per 31. Dezember 2006 beziehungsweise der Rentenzusprechung per 1. Januar 2007 (vgl. Urk. 17/279, Urk. 29/2) hinaus unter Knie- und Rückenbeschwerden sowie einer psychischen Störung litt und in seiner Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt war.

4.1.2. Von einem verfrühten Fallabschluss (vgl. Urk. 29/1 S. 7 f.) ist nicht auszugehen. Nach Gesetz und Praxis hat der Unfallversicherer den Fall (unter Einstellung von Heilbehandlung und Taggeld sowie Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung) abzuschliessen, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustands des Versicherten erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind (vgl. BGE 134 V 109 Erw. 4.1, mit Hinweisen). Ob eine namhafte Besserung noch möglich ist, bestimmt sich insbesondere nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit diese unfallbedingt beeinträchtigt ist. Dabei verdeutlicht die Verwendung des Begriffs "namhaft" durch den Gesetzgeber, dass die durch weitere Heilbehandlung zu erwartende Besserung ins Gewicht fallen muss. Unbedeutende Verbesserungen gelten nicht (vgl. BGE 134 V 109 Erw. 4.3).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Bereits bei Austritt aus der Rheumaklinik U.\_\_\_\_ am 25. August 2005 empfahlen die Ärzte in therapeutischer Hinsicht - nebst medikamentösen Massnahmen und einer (im Zusammenhang mit der unfallfremden Adipositas für erforderlich gehaltenen) Gewichtsreduktion - lediglich noch die Weiterführung krankengymnastischer Übungen zum Aufbau der Rumpf- und Schultergürtelmuskulatur sowie bedarfsorientierte Wärmebehandlungen und Lockerungsmassagen, wobei sie Schwierigkeiten betreffend die Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess ausschliesslich aufgrund des psychischen Leidens sahen (vgl. Austrittsbericht vom 30. August 2005, Urk. 17/187.7). Während die von den genannten Ärzten als indiziert erachtete medikamentöse Behandlung auf eine Schmerzlinderung und insofern auf keine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustands an sich abzielte, liess die Weiterführung der bereits anlässlich des stationären Klinikaufenthalts vom 26. Juli bis 25. August 2005 begonnenen Übungen zum Aufbau der Muskulatur, wenn überhaupt, so wohl höchstens noch während kurzer Zeit, jedenfalls aber nicht noch über den 31. Dezember 2006 hinaus, einen nennenswerten Erfolg erwarten. Die Ärzte der Klinik S.\_\_\_\_ gaben denn am 12. Oktober 2005 auch an, der vierwöchige stationäre Rehabilitationsaufenthalt habe trotz intensiver Physiotherapie keine wesentliche Beschwerdeverbesserung gebracht, und zogen - angesichts des vom Beschwerdeführer strikte abgelehnten Therapieversuchs mit Viscosupplementation - als Verbesserungsmöglichkeit einzig noch die Entlastung des medialen Kompartiments mittels einer geeigneten Schuheinlage in Betracht (vgl. Urk. 17/188 S. 2).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In Übereinstimmung mit der Beurteilung der Ärzte der Rehaklinik U. (Urk. 17/187.7) gab Dr. Y. als weitere (konservative) Therapieoptionen am 19. Juni 2006 einzig noch - bedarfsabhängige - analgetische Massnahmen und eine Kräftigung der Bein- und Rumpfmuskulatur an (vgl. Urk. 17/220 S. 6). Der Privatgutachter Dr. Z. hielt - in Bestätigung dieser Einschätzung - am 13. Februar 2007 fest, nebst einer Gewichtsreduktion bräuchten allenfalls ein Ausbau der medikamentösen Behandlung und eine Intensivierung der funktionellen Rehabilitation der Muskulatur und des Kniegelenks noch eine Besserung (vgl. Urk. 17/293.9). Angesichts der Tatsache, dass die nämlichen Massnahmen bereits über eineinhalb Jahre zuvor von den Ärzten der Rehaklinik U. initiiert worden waren, in der Folge aber bis zur Begutachtung durch Dr. Z. am 31. Januar 2007 (vgl. Urk. 17/293.5) keinen nennenswerten Erfolg gezeitigt hatten, ist auch nicht davon auszugehen, dass ein solcher über den 31. Dezember 2006 noch zu erwarten war. Dass Dr. I. am 28. Oktober 2005 eine arthroskopische Gelenksanierung als - zum damaligen Zeitpunkt - indiziert erachtet hatte (vgl. Urk. 17/196 S. 1), steht im Widerspruch zu sämtlichen weiteren, mit einleuchtender Begründung - zum jeweiligen Untersuchungszeitpunkt vorerst - von einem weiteren operativen Eingriff an den Knien abratenden Arztberichten (vgl. etwa Urk. 17/188 S. 2, Urk. 17/220 S. 6, Urk. 17/258, Urk. 17/293.9, Urk. 31/13/295, Urk. 17/294.0 S. 1) und vermag nicht zu überzeugen. Angesichts des dargelegten medizinischen Sachverhalts und des Umstands, dass die IV, nachdem die psychiatrische Untersuchung durch Dr. J. ergeben hatte, dass sich die Arbeitsfähigkeit mittels beruflicher Massnahmen nicht verbessern lasse (vgl. Gutachten vom 2. Juni 2006, Urk. 17/222.2 S. 6 f.), keine Eingliederungsmassnahmen durchführte, war der Fallabschluss per 31. Dezember 2006 an sich rechters. Anzumerken ist in diesem Zusammenhang, dass der - schon damals anwaltlich vertretene - Beschwerdeführer bereits am 30. Juni 2006 eine - erst im Zeitpunkt des Fallabschlusses festzusetzende (vgl. Art. 24 Abs. 2 in Verbindung mit Art. 19 Abs. 1 UVG) - Integritätsentschädigung forderte (vgl. Urk. 17/224; vgl. auch Urk. 17/227.1, Urk. 17/228).

4.1.3 Ä Ä Was die rückwirkende Einstellung der Taggelder per Ende 2006 beziehungsweise die damit einhergehende Zusprechung der Invalidenrente per 1. Januar 2007 betrifft (vgl. 29/1 S. 8), ist festzuhalten, dass es sich bei Taggeldern (wie auch Heilbehandlungskosten) um keine Dauerleistungen, sondern um Leistungen vorübergehender Natur handelt, die von Gesetzes wegen nur solange gewährt werden, als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann (vgl. Art. 16 Abs. 2 Satz 2 und Art. 19 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 18 Abs. 1 UVG). Art. 17 Abs. 2 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) ist daher nicht anwendbar und die rückwirkende Taggeldeinstellung der SUVA per 31. Dezember 2006, mithin einen Zeitpunkt, in dem - wie bereits dargelegt - mit keinem wesentlichen Behandlungserfolg mehr zu rechnen war - nicht zu beanstanden (vgl. dazu BGE 133 V 57 Erw. 6.6 ff.).

4.1.4 Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Während aus den zitierten medizinischen Akten übereinstimmend hervorgeht, dass der Beschwerdeführer aufgrund seiner verschiedenen - teilweise auch auf die versicherten Unfälle zurückzuführenden - Gesundheitsstörungen noch über den 31. Dezember 2006 hinaus (und voraussichtlich bleibend) vollständig arbeitsunfähig war, gelangten die Ärzte betreffend das Ausmass der unfallbedingten Einschränkungen zu divergierenden Schlüssen.

Dr. Y. \_\_\_ ging in Kenntnis der medizinischen Berichte und gestützt auf die eigenen Untersuchungsbefunde in seiner Beurteilung vom 19. Juni 2006 (Urk. 17/220) davon aus, dass der Beschwerdeführer in einer seinen physischen Leiden angemessen Rechnung tragenden Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig sei (vgl. Urk. 17/220 S. 7). Demgegenüber gelangte Dr. Z. \_\_\_ am 29. März 2007 zum Schluss, dass aus rheumatologischer Sicht in einer leidensangepassten Tätigkeit lediglich eine 70%ige Restarbeitsfähigkeit bestehe (vgl. Urk. 17/293.13).

Die Ärzte der Rheumaklinik U. \_\_\_ hatten in ihrem Austrittsbericht vom 30. August 2005 (Urk. 17/187) - unter Hinweis auf das Fehlen sowohl funktioneller Einschränkungen als auch von Aktivierungszeichen im Zusammenhang mit der Gonarthrose - betreffend die Arbeitsfähigkeit lediglich festgehalten, dass eine im Hinblick auf das Knieleiden und das Lumbalsyndrom behinderungsangepasste Arbeitsplatzgestaltung angezeigt sei, ohne dem Beschwerdeführer dabei eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit in zeitlicher Hinsicht zu attestieren. Schwierigkeiten in Bezug auf die Reintegration in den Arbeitsprozess sahen sie nicht aufgrund von physischen, sondern wegen der psychischen Symptomatik, deren weitere Abklärung sie denn auch als indiziert erachteten (vgl. Urk. 17/187 S. 7). In der Folge wies am 6. Dezember 2005 auch der Hausarzt Dr. E. \_\_\_ darauf hin, dass der Patient betreffend die Erfolgsaussichten bei der Suche nach einer geeigneten Stelle pessimistisch eingestellt sei und der Heilungsverlauf von einer psychischen (depressiven) Störung überlagert werde, aufgrund derer dem Beschwerdeführer für längere Zeit eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bescheinigt worden sei (vgl. Urk. 17/197; vgl. auch Berichte Dr. H. \_\_\_ 20. Februar 2006 [Urk. 17/239.2-4] und vom 19. Dezember 2006 [Urk. 17/263.2]). Von einer - aus der Kombination von psychischen und körperlichen Beeinträchtigung resultierenden - bleibenden vollständigen Arbeitsunfähigkeit ging denn daraufhin am 2. Juni 2006 auch der Psychiater Dr. J. \_\_\_ in seinem Gutachten aus (vgl. Urk. 17/222.2 S. 6 f.).

Während Dr. Y. \_\_\_ in den physischen Defiziten keinen Grund für eine Reduktion des Arbeitspensums in einer leidensangepassten Tätigkeit erblickte und - wie der Beschwerdeführer selbst ebenfalls (vgl. Urk. 29/1 S. 12) - davon ausging, dass die Involutionsdepression sich wesentlich auf dessen Schmerzempfinden auswirke (vgl. Urk. 17/220 S. 7, Urk. 17/294.0), gab Dr. Z. \_\_\_ zwar seiner Vermutung, dass die genannte psychische Störung einen limitierenden Einfluss auf die Leistungsfähigkeit haben könnte (vgl. Urk. 17/293.12), Ausdruck, beurteilte die dem Beschwerdeführer aus rheumatologischer Sicht verbleibende Arbeitsfähigkeit aber unter Ausserachtlassung des - immerhin als möglich erachteten - Einflusses der psychischen Symptomatik auf die somatischen Beschwerden. Dies stellt insofern einen Mangel dar, als sowohl aus der Beurteilung des behandelnden Psychiaters Dr. H. \_\_\_ vom 20. Februar 2006 (Urk. 17/239) als auch aus dem psychiatrischen Gutachten Dr. J. \_\_\_s vom 2. Juni 2006 (Urk. 17/222.2 ff.) klar hervorgeht, dass sich die physischen und psychischen Beeinträchtigungen gegenseitig beeinflussen, wobei der letztgenannte Psychiater explizit festhielt, dass aus der Involutionsdepression auch eine stärkere Empfindlichkeit betreffend organisch bedingte Schmerzen resultiere (vgl. Urk. 17/222.2 S. 6).

Weshalb Dr. Z. \_\_\_ davon ausging, dass der Beschwerdeführer in einer behinderungsangepassten Tätigkeit aus rheumatologischer Sicht lediglich in der Lage sei, ein um 30 % reduziertes Pensum zu erfüllen (vgl. Urk. 17/293.12 f.), legte der

genannte Experte nicht dar. Dr. Y.\_\_\_\_ dagegen begründete einleuchtend, dass die gesundheitlichen Defizite im Bereich des Rückens und der Knie zwar in zeitlicher Hinsicht keine Einschränkungen bedingten, jedoch insofern Anpassungen erforderten, als dem Beschwerdeführer nur noch wechselbelastende Tätigkeiten auf guter Unterlage, die keine ununterbrochene Gehleistung von mehr als 30 Minuten, nur seltenes Treppensteigen, kein Kauern und Knien, kein Erklimmen von Leitern und kein Tragen von ein Gewicht von 10 bis 15 kg übersteigenden Lasten beinhalteten, nach einer ununterbrochenen Sitzdauer von 45 Minuten Gelegenheit bieten, sich etwas durchzubewegen, und es ermöglichen, während mindestens der Hälfte der Arbeitszeit zu sitzen, zumutbar seien (vgl. Urk. 17/220 S. 7, Urk. 17/294.0 S. 1 f.). Diese - sich sowohl auf eigene Untersuchungen als auch auf die aktenkundigen Befunde der behandelnden und begutachtenden Ärzte - stützende kreisärztliche Beurteilung vermag zu überzeugen und wird auch durch die später ergangenen Berichte der Klinik S.\_\_\_\_ vom 16. April 2007 (Urk. 31/13/295) und vom 2. Oktober 2007 (Urk. 31/13/334) nicht in Frage gestellt.

So fehlt es der von den Ärzten der Klinik S.\_\_\_\_ am 16. April 2007 vorgenommenen Einschätzung der Leistungsfähigkeit an einer Begründung; insbesondere geht aus der fraglichen Beurteilung nicht hervor, weshalb es zwischen der letzten Konsultation vom Dezember 2006 und derjenigen vom 16. April 2007 - trotz expliziten Hinweises auf im Wesentlichen unveränderte Untersuchungsbefunde - zu einer Erhöhung des Arbeitsfähigkeitsgrades von 50 % auf neu 70 % gekommen sei (vgl. Urk. 31/13/295 S. 1). In ihrem Bericht vom 2. Oktober 2007 (Urk. 31/13/334) gaben die Ärzte der Klinik S.\_\_\_\_ daraufhin an, beim Beschwerdeführer, der zwischenzeitlich eine Stelle in einem Call Center mit einem Pensum von 70 bis 80 % angetreten habe, sei es während kurzer Zeit zu einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit zeitigenden Verschlechterung der rechtsseitigen Kniesymptomatik gekommen, was darauf hindeute, dass längeres Sitzen sich hinsichtlich der Kniebeschwerden als ungünstig erweise. Für die Zeit nach dem Abklingen der verstärkten Beschwerden erachteten die genannten Ärzte den Beschwerdeführer ab dem 1. November 2007 aber wieder als ohne Weiteres imstande, die fragliche Arbeit erneut und in gewohntem Pensum auszuüben. Angesichts des Umstands, dass die - wohl kaum die Möglichkeit, sich zwischendurch etwas zu bewegen, bietende - Tätigkeit im Call Center dem von Dr. Y.\_\_\_\_ (vgl. Urk. 17/220 S. 7, Urk. 17/294.0) beziehungsweise Dr. Z.\_\_\_\_ (vgl. Urk. 17/293.12 f.) verfassten Anforderungsprofil einer Verweisungstätigkeit nicht entspricht, der Beschwerdeführer aber grundsätzlich in der Lage war, eine im Hinblick auf seine physischen Defizite wenig geeignete Tätigkeit im Pensum von 70 bis 80 % auszuüben, ist davon auszugehen, dass ihm eine seinen somatischen Beeinträchtigungen tatsächlich gerecht werdende Arbeit (aus rein körperlichen Gründen) ohne Weiteres in zeitlich uneingeschränktem Umfang zumutbar wäre. Demnach ist gestützt auf Dr. Y.\_\_\_\_s Beurteilung (Urk. 17/220 S. 7, Urk. 17/294.0 S. 1 f.) aus somatischer Sicht von einer spätestens ab 1. Januar 2007 bestehenden 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit auszugehen.

4.1.5 Was die psychische Symptomatik betrifft, ist aufgrund Dr. J.\_\_\_\_s Gutachten vom 2. Juni 2006 (Urk. 17/222.2 ff.) davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer unter einer kombinierten Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.0) sowie einer Involutionsdepression beziehungsweise einer organischen depressiven Störung (ICD-10 F06.32) leidet. Während feststeht, dass die genannten, sowohl gemäß dem

behandelnden Psychiater Dr. H.\_\_\_\_ als auch gemäss dem Gutachter Dr. J.\_\_\_\_ in Zusammenwirkung mit den physischen Defiziten eine vollständige Arbeitsunfähigkeit zeitigenden Störungen krankhafter Genese sind, lässt sich eine gewisse unfallbedingte Verschlimmerung der fraglichen Beschwerden aufgrund der aktenkundigen Arztberichte - jedenfalls a priori - nicht gänzlich ausschliessen. Während allerdings in Bezug auf die in den Jahren 1989 und 1990 erlittenen und eine rechts- beziehungsweise linksseitige Knieverletzung nach sich ziehenden Ereignisse, über deren genauen Hergang nichts Genaues bekannt ist (vgl. Urk. 18/7, Urk. 18/1), aufgrund der zeitlichen Verhältnisse schon die natürliche Unfallkausalität auszuschliessen ist, braucht betreffend die beiden weiteren erlittenen Unfälle nicht abschliessend geprüft zu werden, ob und gegebenenfalls inwieweit sie zu einer Verschlimmerung der psychischen Störung und der daraus resultierenden Einschränkung der Arbeitsfähigkeit geführt haben, da es - wie im Folgenden darzulegen ist - jedenfalls an der Unfalladäquanz der psychischen Symptomatik fehlt.

Das Geschehnis vom 5. Oktober 2001, bei dem der Beschwerdeführer wegen eines - entgegen seinen Erwartungen - vor einem Fussgängerstreifen, den er im Begriffe war, zu überqueren, nicht abbremsenden Autos abrupt stoppen und zurückschreiten musste, wobei er sich am rechten Knie verletzte (vgl. Urk. 17/1, Urk. 17/8, Urk. 17/20 S. 1), ist ohne Weiteres als banaler Unfall zu qualifizieren. Auch der Vorfall vom 15. Juli 2002, bei dem der Beschwerdeführer auf nassem Boden ausglitt, stürzte und sich dabei im Bereich von Kopf und Rücken verletzte ist, wie vergleichbare Fälle (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts in Sachen M. vom 1. Mai 2009, 8C\_918/2008 Erw. 4.3), als leicht zu taxieren.

Angesichts der Tatsache, dass der Beschwerdeführer seine Arbeitstätigkeit jeweils schon bald nach den Unfällen wieder aufnehmen konnte und - aufgrund ausschliesslich seiner physischen Beeinträchtigungen - spätestens seit Januar 2007 auch wieder in der Lage war, einer geeigneten Tätigkeit in zeitlich uneingeschränktem Umfang nachzugehen, sowie unter Berücksichtigung des Umstands, dass keine anderweitigen unmittelbaren Unfallfolgen bestehen, die Anlass zu einer - ausnahmsweisen - Prüfung der für Unfälle im mittleren Bereich geltenden Kriterien geben (vgl. Erw. 1.2.7 und 1.2.8), fehlt es am für die Bejahung einer entsprechenden Leistungspflicht der SUVA erforderlichen adäquaten Kausalzusammenhang zwischen den Unfallereignissen und der psychischen Störung beziehungsweise der damit verbundenen Arbeitsunfähigkeit.

Die SUVA ermittelte daher den Rentenanspruch des Beschwerdeführers zu Recht unter Annahme einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit. Da von weiteren medizinischen Abklärungen kein anderes Ergebnis zu erwarten ist, kann davon abgesehen werden (vgl. Urk. 29/1 S. 12).

## E. 4.2

4.2.1 Dass die SUVA bei der Festsetzung des Valideneinkommens nicht auf das bei der V.\_\_\_\_ erzielte Salär, sondern - zugunsten des Beschwerdeführers - auf den davor bei der W.\_\_\_\_ generierten Lohn abstellte, ist nicht zu beanstanden (vgl. Urk. 29/1 S. 12 ff.), obwohl - entgegen dem Beschwerdeführer - nicht ohne Weiteres davon auszugehen ist, dass der Stellenverlust bei Letzterer im Zusammenhang mit dem Unfall vom 5. Oktober 2001 zu sehen ist (vgl. Urk. 29/1 S. 12). Wenn der seitens der W.\_\_\_\_ angegebene

Kündigungsgrund (interne Umstrukturierungen [vgl. Urk. 17/4, Urk. 17/13 S. 1, Urk. 17/240.25]) auch nicht den tatsächlichen Verhältnissen entsprochen haben mag (vgl. Urk. 29/1 S. 12 ff., Urk. 31/1 S. 3), so waren aufgrund der aktenkundigen Arztberichte eher die psychischen als die unfallbedingten somatischen Beeinträchtigungen ursächlich für den Verlust der fraglichen Arbeitsstelle. Hinzuweisen ist in diesem Zusammenhang auf die Beurteilung des behandelnden Psychiaters Dr. H.\_\_\_\_, der die psychische Störung und die damit in Zusammenhang stehende Aggressions- und Nähe-/Distanzproblematik sowie Frustrationsintoleranz als ursächlich für die häufigen Stellenwechsel des Beschwerdeführers beziehungsweise dessen Probleme mit den jeweiligen Vorgesetzten betrachtete (vgl. Bericht vom 20. Februar 2006, Urk. 17/239.4). Dass sich die psychische Symptomatik (insbesondere) im Umgang mit anderen Personen - und damit auch mit Mitarbeitern - auswirke, bestärkte denn in der Folge auch Dr. J.\_\_\_\_ in seinem psychiatrischen Gutachten vom 2. Juni 2006 (vgl. Urk. 17/222.2 S. 6) und lässt sich überdies auch aus dem Arbeitgeberbericht der V.\_\_\_\_ vom 19. April 2004 (vgl. Urk. 17/240.97 S. 2) und deren Kündigungsschreiben vom 31. März 2005 (Urk. 17/240.92) schliessen.

Entgegen den Ausführungen des Beschwerdeführers lässt sich aus dem Umstand, dass die Taggeldberechnung der SUVA durchwegs gestützt auf das Schichtzulagen einschliessende Einkommen bei der W.\_\_\_\_ erfolgte, kein Anspruch darauf herleiten, dass der Rentenberechnung ebenfalls das Schichtzulagen umfassende Salär zugrunde gelegt werde (vgl. Urk. 29/1 S. 13 f.). Dass der Beschwerdeführer, hätte er nicht unter unfallbedingten somatischen Beeinträchtigungen gelitten, nach dem Verzicht seiner Arbeitgeberin, Schichtarbeit speziell zu entschädigen, die Stelle gewechselt und eine einträglichere Arbeit angenommen hätte (vgl. Urk. 29/1 S. 13), erscheint nämlich nicht als überwiegend wahrscheinlich. Angesichts des Umstands, dass die W.\_\_\_\_ - jedenfalls in der Schweiz (vgl. Urk. 29/1 S. 13) - im für die Rentenermittlung relevanten Jahr 2006 (und schon seit dem Jahr 2003 [vgl. Urk. 17/179.2a]) keine Schichtzulagen mehr ausrichtete, ist die SUVA zu Recht gestützt auf die von der genannten Arbeitgeberin am 6. Januar 2006 gemachten entsprechenden Angaben (vgl. Urk. 17/201.1) von einem Valideneinkommen von Fr. 99'040.-- (Bruttogrundlohn von Fr. 85'440.--, 13. Monatslohn in der Höhe von Fr. 7'120.--, Bonus von Fr. 6'480.--) ausgegangen.

4.2.2 Was das Invalideneinkommen anbelangt, kann dieses rechtsprechungsgemäss entweder gestützt auf Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) oder aufgrund von sich aus der SUVA-internen Dokumentation von Arbeitsplätzen (DAP) ergebenden Löhnen ermittelt werden. Betreffend die beiden Verfahren der Invaliditätsbemessung besteht keine Prioritätenordnung; den DAP-Zahlen kommt jedenfalls kein genereller Vorrang gegenüber den Tabellenlöhnen zu (vgl. BGE 129 V 472 Erw. 4.2.1, mit Hinweisen).

Entgegen den Ausführungen des Beschwerdeführers (vgl. Urk. 29/1 S. 14 ff.) ist ohne Weiteres davon auszugehen, dass es diverse Tätigkeitsbereiche gemäss Anforderungsniveau 1+2 der LSE gibt, die dieser - unter Berücksichtigung von Dr. Y.\_\_\_\_s Zumutbarkeitsbeurteilung (wechselbelastende Tätigkeiten auf guter Unterlage, die keine ununterbrochene Geleistung von mehr als 30 Minuten, nur seltenes Treppensteigen, kein Kauern und Knien, kein Erklimmen von Leitern und kein Tragen von ein Gewicht von 10 bis 15 kg übersteigenden Lasten beinhalten, nach einer ununterbrochenen Sitzdauer von 45 Minuten Gelegenheit bieten, sich etwas

durchzubewegen, und es ermöglichten, während mindestens der Hälfte der Arbeitszeit zu sitzen [vgl. Urk. 17/220 S. 7, Urk. 17/294.0 S. 1 f.] - auszuüben in der Lage wäre. So erfüllen zahlreiche Tätigkeiten das genannte Anforderungsprofil. Dass Arbeitsstellen, die dem Beschwerdeführer, der angesichts seiner Auslandsinsätze wohl über gute Fremdsprachenkenntnisse (vgl. Urk. 17/240.51 S. 2) verfügt, als gelerntem Elektromonteur mit im Rahmen von Weiterbildungen erworbenen Kenntnissen im Bereich Elektrotechnik und Telematik offen ständen (vgl. Urk. 17/240.51 S. 1 f.), auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt grundsätzlich vorhanden sind, steht damit ausser Zweifel. Schwierigkeiten bei der Stellensuche, die sich aus der aktuellen Beschäftigungslage auf dem Arbeitsmarkt ergeben, fallen bei der Ermittlung des Invalideneinkommens ausser Betracht (vgl. ZAK 1980 508 Erw. 2).

Der Beschwerdeführer anerkannte zumindest, dass er über gute berufliche Qualifikationen verfügt (vgl. Urk. 29/1 S. 15); angesichts seiner Ausbildung und bisherigen Berufserfahrung (vgl. dazu Urk. 17/240.97, Urk. 17/240.75, Urk. 17/240.51) ist mit der SUVA davon auszugehen, dass er aus physischer Sicht grundsätzlich in der Lage wäre, eine im Bereich zwischen Anforderungsniveau 1 und 2 der LSE liegende Tätigkeit auszuüben. Beanstandet wurde vom Beschwerdeführer allerdings, dass die SUVA nicht auf die - in der LSE nicht separat erfassten - durchschnittlich erzielten Bruttolöhne im Bereich Elektrotechnik/Telematik, sondern auf das Total der Jahressaläre aller Wirtschaftszweige der genannten Anforderungsstufen abstellte (vgl. Urk. 29/1 S. 14). Da im Gebiet Elektrotechnik/Telematik wohl kaum Tätigkeiten denkbar sind, denen der Beschwerdeführer unter Berücksichtigung des von Dr. Y.\_\_\_\_ erstellten Anforderungsprofils (vgl. Urk. 17/220 S. 7) noch nachzugehen in der Lage wäre, wäre an sich eine Umschulung indiziert gewesen, die es dem Beschwerdeführer ermöglicht hätte, eine - der bis dahin ausgeübten Tätigkeit adäquate - andere Arbeit auszuüben. Da aber - aufgrund der unfallfremden psychischen Störung - auch in einer leidensangepassten Tätigkeit eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestand beziehungsweise besteht (vgl. Gutachten Dr. J.\_\_\_\_ vom 2. Juni 2006 [Urk. 17/222.2 S. 6 f.], Berichte Dr. H.\_\_\_\_ vom 20. Februar 2006 [Urk. 17/239.2 und Urk. 17/239.4] und vom 19. Dezember 2006 [Urk. 17/263.2]), fallen berufliche Massnahmen beim Beschwerdeführer ausser Betracht. Da dieser, litte er nebst den Unfallfolgen nicht noch unter weiteren erheblichen Gesundheitsstörungen, ohne Weiteres hätte umgeschult werden können (vgl. dazu auch Schreiben des Beschwerdeführers an die IV-Stelle vom 28. Juni 2004 [Urk. 17/240.78] und vom 10. Januar 2005 [Urk. 17/240.89]), ist er bei der Festlegung des Invalideneinkommens so zu stellen, als hätte er eine Umschulung absolviert, die ihn nun in die Lage versetzte, in einem anderen als dem angestammten Bereich (Elektrotechnik/Telematik) eine - zwischen Niveau 1 und 2 der LSE einzustufende Anforderungen mit sich bringende - Tätigkeit auszuüben. Insofern ist auch nicht zu beanstanden, dass die SUVA auf das Total der im fraglichen Anforderungsbereich im privaten Sektor von Männern erzielten Einkommen und nicht auf das Durchschnittssalar einer bestimmten Branche abgestellt hat (vgl. Urk. 29/1 S. 14 ff., Urk. 29/2 S. 10 f.).

Die SUVA errechnete gestützt auf den sich aus der LSE 2004 bei einer wöchentlichen Arbeitszeit von 40 Stunden ergebenden monatlichen Bruttolohn (total) für eine Tätigkeit gemäss Anforderungsniveau 1+2 für Männer im privaten Sektor von Fr. 7'722.-- und unter Berücksichtigung einer betriebsüblichen





gekürzt. Von einer Kürzung ausgeschlossen sind die Renten der Alters- und Hinterlassenenversicherung und der Invalidenversicherung sowie alle Hilflosen- und Integritätsentschädigungen. Bei Kapitalleistungen wird der Rentenwert berücksichtigt (Art. 69 Abs. 3 Satz ATSG).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Nach Art. 51 Abs. 3 Satz 1 UVV entspricht der mutmasslich entgangene Verdienst jenem Verdienst, den der Versicherte ohne schädigendes Ereignis erzielen würde.

### E. 6.3

6.3.1Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Vorliegend hat die SUVA eine globale Überentschädigungsberechnung für die Zeit vom 8. Oktober 2001 bis 31. Dezember 2006 unter Berücksichtigung der während dieses Zeitraums respektive zwischen Oktober 2003 und Dezember 2006 von der Invalidenversicherung ausgerichteten Leistungen (Teilbeziehungsweise ganze Rente samt Kinderrente) vorgenommen (vgl. Urk. 31/2 S. 4, Urk. 31/3/2.2, Urk. 31/3/3 S. 2). Die Zulässigkeit der globalen Abrechnung blieb - zumindest im Grundsatz - zu Recht unbestritten (vgl. Urk. 31/1 S. 5; BGE 126 V 193 Erw. 3 und 4b).

6.3.2Ä Ä Was die Frage der ereignisbezogenen Kongruenz (vgl. Art. 69 Abs. 1 Satz 2 ATSG) für die Zeit ab Juni 2005, für die die IV-Stelle dem Beschwerdeführer eine unbefristete ganze Rente zusprach, betrifft, erbrachte die SUVA noch über den fraglichen Zeitpunkt hinaus und bis Ende Dezember 2006 Taggelder für die dem Beschwerdeführer während der entsprechenden Zeitspanne bescheinigte Arbeitsunfähigkeit, ohne dabei eine Reduktion ihrer Leistungen wegen unfallfremder beziehungsweise aus adäquanzrechtlichen Überlegungen nicht dem Unfallversicherer anzulastender Ursachen der Arbeitsunfähigkeit vorzunehmen. Dass die von den Ärzten - nicht zuletzt gestützt auf die Schmerzangaben des Beschwerdeführers - attestierte Arbeitsunfähigkeit - zumindest teilweise - auch psychischer Natur war (zum Einfluss der psychischen auf die somatischen Beeinträchtigungen vgl. etwa Gutachten Dr. J. \_\_\_ vom 2. Juni 2006 [Urk. 17/222.2 ff.], Bericht Dr. H. \_\_\_ vom 20. Februar 2006 [Urk. 17/239.4]), anerkannte der Beschwerdeführer denn auch selber, indem er wiederholt auf sein durch die Involutionsdepression verstärktes Schmerzempfinden hinwies (vgl. etwa Urk. 1 S. 6 f., Urk. 29/1 S. 12). Insofern entschädigte die SUVA während der Zeit vom 1. Juni 2005 bis 31. Dezember 2006 mit ihren Leistungen einen Einkommensausfall, für den die IV während der nämlichen Periode eine Rente ausrichtete. Dass Letztere seit dem 1. Juni 2005 ausschliesslich wegen des psychischen Leidens Rentenzahlungen leistete (vgl. Urk. 31/1 S. 5), ist im Übrigen unzutreffend, geht doch aus den Akten hervor, dass die IV-Stelle den Rentenanspruch des Beschwerdeführers für die Zeit von Januar bis Mai 2005 deshalb verneint hatte, weil die damals bestehende - zumindest überwiegend - somatisch bedingte Arbeitsunfähigkeit lediglich einen - rentenausschliessenden - Invaliditätsgrad von unter 40 % zur Folge hatte, die von Dr. J. \_\_\_ gutachterlich festgestellte Verschlechterung der psychischen Situation aber dann ab 31. März 2005 dazu führte, dass dem Beschwerdeführer aus somatischen und psychischen Gründen keine Arbeitstätigkeit mehr zumutbar war (vgl. Urk. 31/3/3 S. 2). Von einer ausschliesslich aus psychischen Gründen gewährten Rente der IV kann damit keine Rede sein; im Übrigen kann die vom Beschwerdeführer behauptete Ausserachtlassung somatischer beziehungsweise unfallbedingt verursachter Gesundheitsstörungen seitens der IV-Stelle schon deshalb ausgeschlossen werden, weil aufgrund des finalen Charakters der Invalidenversicherung nicht von Bedeutung ist, ob der die Erwerbsfähigkeit

beeinträchtigungende Gesundheitsschaden mit Krankheitswert auf einen Unfall zur¼ckzuf¼hren oder krankhafter Natur ist (vgl. dazu etwa BGE 120 V 95 Erw. 4c, mit Hinweisen).

6.3.3.1 Die SUVA erbrachte nach dem Unfall vom 5. Oktober 2001 ab dem 8. Oktober 2001 Taggelder (vgl. Urk. 31/2 S. 2, Urk. 31/3/2.2). Die IV richtete ab Oktober 2003 erstmals eine (Teil-)Rente aus, was von der Beschwerdegegnerin bei der Berechnung der berentschdigung auch so erfasst wurde (vgl. Urk. 31/3/3 S. 2, Urk. 31/3/2.2). Das Vorbringen des Beschwerdef¼hrers, die SUVA habe zu Unrecht bereits f¼r die Zeit vor dem 5. Oktober 2001 IV-Renten angerechnet (vgl. Urk. 31/1) ist angesichts dieser Umstände nicht nachvollziehbar.

6.3.4.1 Unbegr¼ndet ist sodann das Vorbringen des Beschwerdef¼hrers, aus den Rentenzahlungen der IV f¼r die Monate Februar, März und April 2004 von monatlich Fr. 1'772.-- (ordentliche ganze Rente [vgl. Urk. 17/273.11]) und zweimal Fr. 709.-- (zwei Kinderrenten [vgl. Urk. 17/273.14]) resultierten Fr. 3'140.-- und nicht, wie von der SUVA f¼rschlicherweise angenommen [tatsächlich aber korrekt berechnet], monatliche Rentenbetrgnisse von Fr. 3'190.-- (vgl. Urk. 31/1).

6.3.5.1 Angesichts der Tatsache, dass der Beginn der von der SUVA - f¼r eine Invalidität von 11 % - ausgerichteten Rente mit dem 1. Januar 2007 in einem Zeitpunkt liegt, der f¼r die Überentschädigungsberechnung nicht mehr von Relevanz war, kann auch nicht von einer im Umfang von 89 % fehlenden ereignisbezogenen Kongruenz gesprochen werden (vgl. Urk. 31/1 S. 6). Der Beschwerdegegnerin ist nämlich darin zuzustimmen, dass sowohl die Invalidenversicherung als auch die SUVA jedenfalls so lange Leistungen aufgrund von somatischen und psychischen Beschwerden erbracht haben, als die SUVA Taggelder ausgerichtet hat. Indem die SUVA dann ab 1. Januar 2007 die Rente aufgrund eines Invaliditätsgrades von 11 % zusprach, verneinte sie bez¼glich des psychischen Leidens die Adäquanz des Kausalzusammenhanges und brachte damit zum Ausdruck, dass das psychische Leiden, soweit es durch die versicherten Unfälle verursacht oder verschlimmert worden war, rechtlich nicht den versicherten Unfällen zugeordnet werden könne. Das ändert aber nichts daran, dass die SUVA bis zum 31. Dezember 2006, also bis zum Ende des Zeitraumes, f¼r den die Überentschädigungsberechnung vorzunehmen war, die psychischen Probleme als Teilursache des gesamten Beschwerdebildes anerkannte und demzufolge den nat¼rlichen Kausalzusammenhang zwischen den massgeblichen Unfallereignissen und der gesundheitlichen Beeinträchtigung im Sinne einer Teilursache ebenfalls bejahte (vgl. BGE 121 V 329 Erw. 2a). Erst mit dem Dahinfallen des adäquaten Kausalzusammenhanges und der damit verbundenen Berechnung der Rente und der Integritätsentschädigung beschränkte die SUVA ihre Leistungspflicht auf die somatischen Folgen der Unfälle, das heisst eben erst ab dem 1. Januar 2007. Demnach ist nicht zu beanstanden, dass die SUVA sämtliche von der Invalidenversicherung f¼r die Zeit vom 1. Juni 2005 bis 31. Dezember 2006 ausgerichtete Renten in ihre Überentschädigungsberechnung mit einbezog.

6.3.6.1 In Anbetracht des Umstands, dass der Beschwerdef¼hrer - erwiesener- und anerkanntermassen (vgl. Urk. 17/179.6a, Urk. 31/1 S. 8) - im Jahr 2001, f¼r das die SUVA von einem mutmasslichen Verdienst von Fr. 127'068.65 ausging (vgl. Anhang zu Urk. 31/13/324 S. 1), tatsächlich ein Einkommen von Fr. 143'601.50 erzielt hatte, hat die SUVA - wie sie im angefochtenen Einspracheentscheid vom 17. März 2008 (Urk. 31/2 S.

5) auch erkannte - der Berechnung ihres Anspruchs aus **Äberentschädigung** in der Verfügung vom 10. August 2007 (Urk. 31/13/324) für das fragliche Jahr zu Unrecht einen Verdienstauffall (in der Höhe von Fr. 9'120.87) zugrunde gelegt (vgl. Urk. 31/2 S. 5).

6.3.7 **Ä** Nicht zu beanstanden ist, dass die SUVA den mutmasslich entgangenen Verdienst gestützt auf die entsprechenden Angaben der W. \_\_\_ vom 22. Juni 2005 (Urk. 17/179), vom 6. Januar 2006 (Urk. 17/201) und vom 20. März 2007 (Urk. 17/291) ermittelte. Dass der Beschwerdeführer, hätte er den Unfall vom 5. Oktober 2001 nicht erlitten, nach dem Wegfall der Schichtzulagen bei der W. \_\_\_ im Jahr 2003 eine andere, besser bezahlte Arbeitsstelle angenommen hätte (vgl. Urk. 31/1 S. 8), erscheint, wie bereits dargelegt (vgl. Erw. 4.2.1), höchstens als möglich, keineswegs aber als überwiegend wahrscheinlich.

6.3.8 **Ä** In Bezug auf den für die Ermittlung der **Äberentschädigung** relevanten Verdienstauffall stellte der Beschwerdeführer sich auf den Standpunkt, die SUVA habe bei ihrer Berechnung für die Zeit vom 1. Januar 2005 bis 31. Dezember 2006 einen - ausschliesslich IV-relevanten - entgangenen Lohn in der Höhe von Fr. 149'618.70 unberücksichtigt gelassen (vgl. Urk. 31/1 S. 7). Dieses Vorbringen ist insofern nicht nachvollziehbar, als die SUVA ihrer Berechnung einerseits die Summe sämtlicher Löhne, die der Beschwerdeführer bei guter Gesundheit in den Jahren 2001 bis und mit 2006 erzielt hätte, und andererseits die diesem während der genannten Zeitspanne ausgerichteten Unfall- und Invalidenversicherungsleistungen zugrunde legte (vgl. Anhang zu Urk. 31/13/324).

**Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä** Was die Zeit vom 1. bis 31. Oktober 2005 betrifft, richtete die V. \_\_\_ dem Beschwerdeführer den vollen Lohn aus (vgl. Urk. 31/13/303). Insofern fällt die geltend gemachte Anrechnung des gesamten Jahreslohns 2005 als mutmasslicher Verdienstauffall (vgl. Urk. 31/1 S. 7) ausser Betracht. In Bezug auf die krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit wurde dem Beschwerdeführer sodann seitens der "Zürich" Versicherungs-Gesellschaft (vgl. Urk. 17/287) und offenbar - in unbekannter Höhe - auch von Seiten der Allianz ein Taggeld ausgerichtet (vgl. Urk. 31/13/308). Demzufolge fehlt es im Umfang der in den Jahren 2005 und 2006 geleisteten Krankentaggelder ebenfalls an einem Verdienstauffall. Während der gemäss Ansicht des Beschwerdeführers für die Jahre 2005 und 2006 von der SUVA bei der Ermittlung der **Äberentschädigung** zu Unrecht nicht berücksichtigte Verdienstauffall von Fr. 149'618.70 (vgl. Urk. 31/1 S. 7) nach dem Gesagten zumindest in dieser Höhe nicht ausgewiesen ist, kann auch auf den von der SUVA ermittelten Betrag nicht ohne Weiteres abgestellt werden. Gestützt auf die vorhandenen Akten und angesichts des Umstands, dass die SUVA am 8. September 2008 darauf verzichtete, sich im Detail zu der vom Beschwerdeführer behaupteten höheren Lohneinbusse für die Jahre 2005 und 2006 zu äussern (vgl. Beschwerdeantwort, Urk. 31/12 S. 4), lässt sich nämlich die von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Berechnung des mutmasslichen Verdienstauffalls nicht nachvollziehen. Insbesondere ist dabei unklar, inwieweit der Beschwerdeführer in den Jahren 2005 und 2006, betreffend welche die SUVA sämtliche Rentenleistungen der IV berücksichtigte, auch noch - seinen Lohnausfall vermindernde - Krankentaggelder erhielt.

6.3.9 **Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä** Betreffend die **Äberentschädigung** ist die Sache daher an die SUVA zurückzuweisen, damit diese die Höhe des ermittelten entgangenen Verdienstes nochmals überprüfe, die Grundlagen der - gegebenenfalls korrigierten - Berechnung

des mutmasslichen Verdienstausfalls in nachvollziehbarer Weise, das heisst unter Erläuterung der gewählten Ansätze, soweit sie sich nicht von selbst verstehen, und unter genauer Angabe der Dokumente, auf die sie sich stützt, darlege und hernach erneut über den Abberentschädigungsanspruch verfolge.

7. Was den Antrag des Beschwerdeführers, die SUVA sei zu verpflichten, die Kosten des Gutachtens von Dr. Z. \_\_\_ vom 13. Februar 2007 (Urk. 3/3) zu übernehmen (vgl. Urk. 1 S. 2, S. 8), betrifft, sind die Kosten privat eingeholter Gutachten rechtsprechungsgemäss zu vergüten, soweit dies für die Entscheidungsfindung unerlässlich war. Da das vom Beschwerdeführer privat beigebrachte Gutachten von Dr. Z. \_\_\_ (Urk. 3/3) angesichts der umfassenden Abklärung des medizinischen Sachverhalts durch die SUVA weder für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit noch die Einschätzung der Integritätseinbusse erforderlich war, ist dem Antrag nicht stattzugeben (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts in Sachen J. vom 9. Juli 2008, 9C\_146/2008 Erw. 4, mit Hinweis).

## E. 8

8.1. Betreffend den Antrag auf eine Entschädigung für das gegen den Rentenentscheid der SUVA vom 9. Februar 2007 (Urk. 17/279) gerichtete Einspracheverfahren (vgl. Urk. 29/1 S. 2, S. 16 ff.) ist schliesslich festzuhalten, dass in einer Verfahrensdauer von drei beziehungsweise - unter Berücksichtigung der Einspracheergänzung - von knapp zweieinhalb Monaten (Einsprache vom 14. März 2007 [Urk. 17/288], Einspracheergänzung vom 4. April 2007 [Urk. 17/298], Einspracheentscheid vom 15. Juni 2007 [Urk. 29/2]) - gerade angesichts der zwischenzeitlich getätigten ergänzenden medizinischen Abklärung (vgl. Urk. 31/13/296, Urk. 31/13/297) - keine ungerechtfertigte Verfahrensverzögerung erblickt werden kann und der Beschwerdeführer insofern - unter keinem Titel - Anspruch auf eine diesbezügliche Entschädigung hat (vgl. Urk. 29/1 S. 2, S. 16 ff.).

8.2. Nämliches gilt bezüglich der beantragten Entschädigung für das im Zusammenhang mit der Verfolgung der SUVA vom 3. Juli 2006 betreffend Integritätsentschädigung (Urk. 17/227) stehende Einspracheverfahren (vgl. Urk. 29/1 S. 2, S. 16 ff.). Zwar wurde die am 31. Juli 2006 vom Beschwerdeführer erhobene Einsprache (Urk. 17/242) erst mit Einspracheentscheid vom 27. Dezember 2006 (Urk. 2) erledigt. Diese - fast einmonatige - Verfahrensdauer ist aber insofern nicht zu beanstanden, als die SUVA Zürich, die nach dem Erlass der einspracheweise angefochtenen Verfolgung vom 3. Juli 2006 (Urk. 17/227) die (unter anderem das im Hinblick sowohl auf den Renten- als auch den Integritätsentschädigungsanspruch wesentliche neue Erkenntnisse bringende psychiatrische Gutachten von Dr. J. \_\_\_ vom 2. Juni 2006 [Urk. 17/240.105 ff.] enthaltenden) - IV-Akten (Urk. 17/239-241) beigezogen hatte, die für den von der SUVA Luzern zu fallenden Einspracheentscheid betreffend Integritätsentschädigung erforderlichen Akten zugleich für die Beurteilung des Rentenanspruchs des Beschwerdeführers benötigte (vgl. dazu etwa Urk. 17/251, Urk. 17/252). Anzumerken ist hierzu, dass die Beschwerdegegnerin - hätte der Beschwerdeführer nicht die rasche Zusprechung einer entsprechenden Entschädigung gewünscht (vgl. Urk. 17/224, Urk. 17/227.1, Urk. 17/228) - den Anspruch auf eine Rente wohl gleichzeitig mit demjenigen auf eine Integritätsentschädigung beurteilt hätte, womit sich denn auch keine Probleme mit gleichzeitig von verschiedenen Abteilungen der SUVA benötigten Akten ergeben hätten.

9. Aufgrund seines teilweisen Obsiegens (Beschwerdeverfahren betreffend  $\ddot{U}$ berentschädigung) ist dem anwaltlich vertretenen Beschwerdeführer gestützt auf Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit  $\ddot{A}$ § 34 Abs. 1 und 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) eine reduzierte Prozessentschädigung zuzusprechen, wobei - unter Berücksichtigung der sich aus den Verfahren der Parteien betreffend Integritätsentschädigung einerseits und Invalidenrente andererseits ergebenden Synergien - ein Betrag von Fr. 1'800.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) als angemessen erscheint.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde betreffend die Verrechnung von Leistungen der Beschwerdegegnerin im Betrag von Fr. 65'445.35 mit Renten der Eidgenössischen Invalidenversicherung wird in dem Sinne gutgeheissen, dass der Einspracheentscheid der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt vom 17. März 2008 aufgehoben und die Sache diesbezüglich an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird, damit diese im Sinne von Erw. 6.3.9 verfähre und hernach erneut über den  $\ddot{U}$ berentschädigungsanspruch verfähre. Die weiteren Beschwerden werden abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine reduzierte Prozessentschädigung von Fr. 1'800.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Stephan Käbler
- Rechtsanwalt Dr. Christian Schärer
- 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.