

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00318 vom 29. April 2009

ZH Sozialversicherungsgericht, 2009-04-29, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2007.00318](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2007.00318)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00318 du 29 avril 2009

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00318 del 29 aprile 2009

## Erwägungen

### E. 1

1.1 Die Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) sind auf die Unfallversicherung anwendbar, soweit das UVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG vorsieht (Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung; UVG).

1.2 Ist die versicherte Person infolge des Unfalles zu mindestens 10 Prozent invalid (Art. 8 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).

Nach Art. 18 Abs. 2 UVG regelt der Bundesrat die Bemessung des Invaliditätsgrades in Sonderfällen. Er kann dabei auch von Art. 16 ATSG abweichen.

1.3 Die Versicherungsleistungen werden auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt (Art. 11 UVV). Bei einem Rückfall handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit, so dass es zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise sogar zu (weiterer) Arbeitsunfähigkeit kommt; von Spätfolgen spricht man, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Verlaufe längerer Zeit organische oder auch psychische Veränderungen bewirkt, die zu einem anders gearteten Krankheitsbild führen können (BGE 118 V 296 Erw. 2c mit Hinweisen).

1.4 Erleidet der Bezüger einer Invalidenrente einen weiteren versicherten Unfall, der zu einer höheren Invalidität führt, so ist nach Art. 24 Abs. 4 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) zur Bestimmung des versicherten Verdienstes für die neue Rente aus beiden Unfällen der Lohn massgebend, den der Versicherte im Jahre vor dem letzten Unfall bezogen hätte, wenn früher kein versicherter Unfall eingetreten wäre. Ist dieser Lohn kleiner als der vor dem ersten versicherten Unfall bezogene Lohn, so ist der höhere Lohn massgebend.

1.5 Gemäss Art. 17 Abs. 1 ATSG wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben, wenn sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich

Ändert. Anlass zur Revision einer Invalidenrente im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 130 V 349 Erw. 3.5; BGE 113 V 275 Erw. 1a; siehe auch BGE 112 V 372 Erw. 2b und 390 Erw. 1b). Zeitlicher Ausgangspunkt für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades ist die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs beruht (BGE 133 V 114 Erw. 5.4). Abweichend von Art. 17 Abs. 1 ATSG statuiert Art. 22 UVG, dass die Rente nach dem Monat, in dem Männer das 65. und Frauen das 62. Altersjahr vollendet haben, nicht mehr revidiert werden kann (BGE 134 V 133 Erw. 3).

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

## **E. 2**

2.1 Die Beschwerdeführerin ging im angefochtenen Einspracheentscheid vom 13. Juni 2007 (Urk. 2) davon aus, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit Erlass des in Rechtskraft erwachsenen rentenzusprechenden Einspracheentscheids vom 25. November 2004 (Urk. 8/108) nicht in einer die Erwerbsunfähigkeit beeinflussenden Weise verändert habe. Insbesondere habe sich die Erwerbsunfähigkeit seit den Unfällen vom 8. Dezember 2004 und vom 23. Juli 2006 nicht verschlimmert. Ein Anspruch auf eine revisionsweise Erhöhung der Invalidenrente sei daher nicht ausgewiesen (Urk. 2 S. 3 f.).

2.2 Der Beschwerdeführer brachte hiegegen zur Hauptsache vor, dass infolge der Verletzung im Bereich des linken Kniegelenks, welche er sich anlässlich des Unfalls vom 8. Dezember 2004 zugezogen habe, sowie der vorbestehenden Verletzungen des rechten Kniegelenks eine unfallbedingte Erwerbsunfähigkeit von insgesamt mindestens 40 % ausgewiesen sei (Urk. 1 S. 6).

2.3 Da dem Beschwerdeführer mit Einspracheentscheid vom 25. November 2004 (Urk. 8/108) eine Rente aufgrund eines Invaliditätsgrades von 18 % zugesprochen wurde, ist zunächst zu prüfen, ob ein Revisionsgrund vorliegt. Dabei stellt sich die Frage, ob sich die tatsächlichen Verhältnisse, insbesondere der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers, im massgebenden Vergleichszeitraum in einer für den Rentenanspruch erheblichen Weise verändert haben. In zeitlicher Hinsicht ist die Entwicklung des Sachverhalts seit dem Zeitpunkt des Einspracheentscheids vom 25. November 2004 und dem Zeitpunkt bei Erlass des angefochtenen Einspracheentscheids vom 13. Juni 2007 (Urk. 2) massgebend.

## **E. 3**

3.1 Vorerst ist die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit massgebende medizinische Aktenlage bei Erlass des ursprünglichen rentenzusprechenden Einspracheentscheids vom 25. November 2004 (Urk. 8/108) zu prüfen.

3.2. Die Ärzte der Klinik F.\_\_\_\_ stellten in ihrem Bericht vom 7. Oktober 2003 die folgenden Diagnosen:

- Status nach arthroskopisch assistierter vorderer Kreuzbandrekonstruktion des rechten Knies am 5. Mai 2003 bei Insuffizienz des vorderen Kreuzbandes und Knorpelschaden am medialen Femurkondylus
- Status nach Knieinstabilität am 5. Dezember 2001 mit Partialruptur des vorderen Kreuzbandes und medialer Meniskusläsion
- Status nach Kniearthroskopie rechts, medialer Teilmeniscektomie und Debridement des vorderen Kreuzbandstumpfes am 18. Februar 2002
- Status nach Kniearthroskopie rechts, nach Resektion des medialen Meniskushinterhornes und Knorpelshaving am 21. August 2002.

Sechs Monate nach der Kreuzbandrekonstruktion zeige sich ein sehr stabiles rechtes Kniegelenk bei reizlosen Narben. Die persistierenden Beschwerden seien am ehesten durch den Knorpelschaden am Femurkondylus zu erklären (Urk. 8/65).

3.3. SUVA-Kreisarzt Dr. med. G.\_\_\_\_, Spezialarzt FMH für Chirurgie, stellte mit Untersuchungsbericht vom 12. Januar 2004 fest, dass die klinische Untersuchung vom 7. Januar 2004 ein reizloses rechtes Knie mit voller Beweglichkeit und leichter sagittaler Instabilität ergeben habe. Obwohl sich die Beschwerden nach der Operation gemäss den Angaben des Beschwerdeführers nicht gebessert hätten, seien keine Schonungszeichen am rechten Bein festzustellen. In mittelschweren Tätigkeiten ohne das Tragen von Lasten über einem Gewicht von fünfzehn Kilogramm und ohne dauerndes Besteigen von Leitern und Gerüsten bestehe ab dem 2. Februar 2004 eine volle Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/71 S. 2). Wegen fehlender Anhaltspunkte für eine Arthrose bestehe kein Anspruch auf eine Integritätsentschädigung (Urk. 8/71 S. 3).

3.4. Mit Bericht vom 28. Januar 2004 stellten die Ärzte der Klinik F.\_\_\_\_ ein stabiles, aber sehr schmerzhaftes Kniegelenk mit reizlosen Narbenverhältnissen fest. Die persistierenden Beschwerden seien am ehesten auf eine Knorpelläsion am Femurkondylus im Sinne einer Chondromalazie dritten Grades zurückzuführen. Zu weiterer Abklärung, insbesondere im Hinblick auf eine aseptische Knochennekrose, werde am 5. Februar 2004 eine magnetresonanztomographische (MRI-)Untersuchung des rechten Kniegelenks durchgeführt. Bis zu diesem Zeitpunkt bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % (Urk. 8/74 S. 2).

Mit Bericht vom 5. Februar 2004 erwähnten die Ärzte der Klinik F.\_\_\_\_, dass eine gleichtags durchgeführte MRI-Untersuchung des rechten Knies des Beschwerdeführers keine Anhaltspunkte für eine Osteonekrose ergeben habe. Die im Bereich des medialen Femurkondylus bestehenden Knorpelläsionen im Sinne einer Chondromalazie dritten Grades seien für die persistierenden Beschwerden verantwortlich (Urk. 8/80 S. 1). Dem Beschwerdeführer sei die Ausübung körperlich leichter, vorwiegend sitzender Tätigkeiten, welche nur gelegentlich eine Geh- und Stehbelastung und kein Heben und Tragen von über fünfzehn Kilogramm schweren Gewichten erforderten, im Umfang eines vollen Arbeitspensums zuzumuten (Urk. 8/80 S. 2).

4.1. Zu prüfen bleibt, ob sich die gesundheitlichen Verhältnisse seither geändert haben.

4.2. In ihrem Bericht vom 23. Februar 2005 diagnostizierten die Ärzte der Klinik F. eine mediale Meniskusläsion im linken Kniegelenk bei einem Status nach einer Kniekontusion vom 8. Dezember 2004 mit rezidivierenden Kniegelenksergüssen. Eine am 22. Februar 2005 durchgeführte MRI-Untersuchung des linken Knies habe eine mediale Meniskusläsion ergeben. Es sei eine Kniearthroskopie des linken Knies mit Teilmenisektomie im Bereich medialen Meniskus indiziert (Urk. 9/5).

Mit Bericht vom 12. Mai 2005 erwähnten die Ärzte der Klinik F., dass am 4. April 2005 eine Kniearthroskopie und eine mediale Teilmenisektomie am linken Kniegelenk durchgeführt worden sei. Der Beschwerdeführer leide noch unter operationsbedingten Restbeschwerden (Urk. 9/13).

Am 19. Juli 2005 erwähnten die Ärzte der Klinik F., dass eine MRI-Untersuchung des linken Kniegelenks ein Oedem im Tibiaplateau ergeben habe. Eine positive Anamnese für eine Entzündung liege nicht vor. Es sei ein Fortfahren der konservativen Therapie angezeigt (Urk. 9/15).

Mit Bericht vom 24. Oktober 2005 stellten die Ärzte der Klinik F. Restbeschwerden im Bereich des linken Knies fest und erwähnten, dass sich eine Meniskusläsion klinisch nicht mehr erfassen lasse (Urk. 9/16 S. 2).

4.3. Die Ärzte der Chirurgischen Klinik des Spitals H. erwähnten in ihrem Bericht vom 23. Juli 2006, dass der Beschwerdeführer gleichentags beim Treppensteigen gestolpert und mit der linken Schulter gegen eine Wand gestossen sei und diagnostizierten eine Schulterkontusion links (Urk. 10/2).

4.4. Mit Bericht vom 7. März 2007 (Urk. 8/126 = Urk. 9/19 = Urk. 10/4) stellte SUVA-Kreisarzt Dr. med. I. reizlose Kniegelenke mit guten Kniegelenksfunktionen ohne Instabilitäten fest. Die vom Beschwerdeführer angegebenen Beschwerden seien mit dem akuten Verlauf und dem erhobenen Befund in Einklang zu bringen. Das Unfallereignis vom 23. Juli 2007 mit Schulterprellung habe keine bleibenden Einschränkung der linken Schulterfunktion verursacht. Die kreisärztliche Zumutbarkeitsbeurteilung vom 7. Januar 2004 gelte weiterhin. Dem Beschwerdeführer sei weiterhin die Ausübung mittelschwerer Tätigkeiten, welche kein Tragen von Lasten über fünfzehn Kilogramm Gewicht, kein dauerndes Besteigen von Leitern und Gerüsten und kein regelmässiges Kauern oder Knien erforderten, im Umfang eines vollen Arbeitspensums zuzumuten (Urk. 8/126 S. 4).

## E. 5

5.1. Für den Vergleich der medizinischen Aktenlage zum Gesundheitszustand des Beschwerdeführers bei Erlass des ursprünglichen rentenzusprechenden Einspracheentscheids vom 25. November 2004 (Urk. 8/108) mit den medizinischen Akten zum Gesundheitszustand bei Erlass des angefochtenen Einspracheentscheids vom 13. Juni 2007 (Urk. 2) ist von Bedeutung, dass der Beschwerdeführer nach dem 25. November 2004 am 8. Dezember 2004 und am 23. Juli 2007 zwei weitere Unfälle erlitt.

5.2. Die Ärzte der Klinik F. erwähnten in ihrem Bericht vom 24. Oktober 2005, dass sich eine Meniskusläsion im linken Knie des Beschwerdeführers klinisch nicht mehr erfassen lasse, äusserten sich aber nicht zum Umfang der

Restarbeitsfähigkeit in zumutbaren behinderungsangepassten Tätigkeiten (Urk. 9/16 S. 2). Demgegenüber stellte Dr. I. \_\_\_ im kreisärztlichen Untersuchungsbericht vom 7. März 2007 fest, dass dem medizinischen Zumutbarkeitsprofil von Dr. G. \_\_\_ vom 12. Januar 2004 (Urk. 8/74) weiterhin Geltung zukomme. Danach sei dem Beschwerdeführer die Ausübung behinderungsangepasste, körperlich mittelschwere Tätigkeiten, welche weder das Tragen von Lasten über fünfzehn Kilogramm Gewicht, noch ein Besteigen von Leitern und Gerüsten erforderten ohne Einschränkung zuzumuten (Urk. 8/71 S. 2). Die dem Beschwerdeführer zumutbaren Tätigkeiten sollten zudem nur in seltenen Fällen ein Kauen oder Knien erfordern (Urk. 8/126 S. 4). Obwohl Dr. G. \_\_\_ in seinem Bericht vom 12. Januar 2004 eine Beeinträchtigung beim Kauen und Knien nicht erwähnte, lässt sich aus der Beurteilung durch Dr. I. \_\_\_ nicht auf eine gesundheitliche Verschlechterung schliessen. Denn Dr. I. \_\_\_ stellte in seinem Bericht vom 7. März 2007 ausdrücklich fest, dass dem medizinischen Zumutbarkeitsprofil von Dr. G. \_\_\_ vom 12. Januar 2004 weiterhin Geltung zukomme (Urk. 8/126 S. 4). Bei der von Dr. I. \_\_\_ erwähnten Beeinträchtigung beim Knien und Kauen handelt es sich somit lediglich um eine etwas genauere Umschreibung der Zumutbarkeit, ohne dass sich dabei an dem bereits von Dr. G. \_\_\_ am 12. Januar 2004 umschriebenen medizinischen Zumutbarkeitsprofil etwas geändert hätte.

5.3. Im Übrigen gilt es zu beachten, dass der Bericht von Dr. I. \_\_\_ vom 7. März 2007 (Urk. 8/126) in formaler Hinsicht die nach der Rechtsprechung für eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage (Beweiseignung) vorausgesetzten Kriterien erfüllt. Denn einerseits waren Dr. I. \_\_\_ sämtliche medizinischen Vorakten zu den Unfällen vom 5. Dezember 2001, vom 8. Dezember 2004 und vom 23. Juli 2006 (vgl. Urk. 8/126 S. 2) bekannt. Andererseits setzte sich Dr. I. \_\_\_ mit den vom Beschwerdeführer geäusserten Beschwerden eingehend auseinander und gründete seine Beurteilung auf die Ergebnisse seiner eigenen klinischen Befunderhebung und der medizinischen Untersuchung des Beschwerdeführers. Schliesslich vermögen die nachvollziehbaren Schlussfolgerungen Dr. I. \_\_\_s auch inhaltlich zu überzeugen. Auf die überzeugende und nachvollziehbare Beurteilung durch I. \_\_\_, wonach sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers infolge der Unfälle vom 8. Dezember 2004 und vom 23. Juli 2007 nicht in einer für die Beurteilung der Erwerbsfähigkeit massgebender Weise verändert habe, und wonach dem medizinischen Zumutbarkeitsprofil von Dr. G. \_\_\_ vom 12. Januar 2004 weiterhin Geltung zukomme (Urk. 8/126 S. 4), ist vorliegend daher abzustellen.

5.4. Gestützt auf die nachvollziehbare Beurteilung durch Dr. I. \_\_\_ ist daher davon auszugehen, dass zum Zeitpunkt bei Erlass des angefochtenen Einspracheentscheids vom 13. Juni 2007 in behinderungsangepassten, körperlich mittelschweren Tätigkeiten, welche weder das Tragen von Lasten über fünfzehn Kilogramm Gewicht, noch ein Besteigen von Leitern und Gerüsten, noch ein regelmässiges Kauen und Knien erfordern, eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit bestand (Urk. 8/71 S. 2).

5.5. Mit dem vorausgesetzten Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit steht demnach fest, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im massgebenden Vergleichszeitraum vom 25. November 2004 (Urk. 8/108) bis 13. Juni 2007 (Urk. 2) nicht in einer erheblichen, die Erwerbsfähigkeit massgeblich beeinflussenden Weise veränderte. Der invaliditätsrelevante Sachverhalt, welcher dem ursprünglichen rentenzusprechenden Einspracheentscheid vom 25.

November 2004 zugrunde lag, hat sich seither daher nicht in einer in revisionsrechtlichem Sinne erheblichen Weise verändert.

6. Mangel einer im Hinblick auf die Beurteilung der Erwerbsfähigkeit massgebenden Verschlechterung des Gesundheitszustandes durch die Unfälle vom 8. Dezember 2004 und vom 23. Juli 2007 ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Einspracheentscheid vom 13. Juni 2007 (Urk. 2) von der Durchführung eines Einkommensvergleichs und von einem Vorgehen nach Art. 24 Abs. 4 UVV absah und einen Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Erhöhung der Invalidenrente verneinte. Die gegen den Einspracheentscheid vom 13. Juni 2007 erhobene Beschwerde ist in diesem Punkt demnach abzuweisen.

Ä

## E. 7

7.1 Zu prüfen bleibt der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Integritätsentschädigung für die Folgen der Unfälle vom 5. Dezember 2001, vom 8. Dezember 2004 und vom 23. Juli 2006. Während die Beschwerdegegnerin davon ausging, dass durch die Unfälle vom 5. Dezember 2001, vom 8. Dezember 2004 und vom 23. Juli 2006 keine einen Anspruch auf eine Integritätsentschädigung begründende Integritätseinbusse resultiert habe (Urk. 8/129 S. 2, Urk. 2 S. 4 f.), bringt der Beschwerdeführer vor, dass er eine Integritätseinbusse von 10 % erlitten habe (Urk. 1 S. 7).

7.2 Nach Art. 24 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung, wenn sie durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen 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).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Gemäss Art. 25 Abs. 2 UVG regelt der Bundesrat die Bemessung der Entschädigung. Von dieser Befugnis hat er in Art. 36 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).

7.3 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 völlige 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).

7.4 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).

7.5 Fallen mehrere körperliche oder geistige Integritätsschäden aus einem oder mehreren Unfällen zusammen, so wird die Integritätsschadensentschädigung 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).

7.6 Die Schwere des Integritätsschadens wird nach dem medizinischen Befund beurteilt. Bei gleichem medizinischen Befund ist der Integritätsschaden für alle Versicherten gleich; er wird abstrakt und egalitär bemessen. Die Integritätsschadensentschädigung der Unfallversicherung unterscheidet sich daher von der privatrechtlichen Genugtuung, mit welcher der immaterielle Nachteil individuell unter Würdigung der besonderen Umstände bemessen wird. Im Gegensatz zur Bemessung der Genugtuungssumme im Zivilrecht lassen sich 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 E. 1 mit Hinweisen; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts U 191/00 vom 14. Januar 2002, E. 2a).

#### **E. 7.7**

Die Beurteilung der einzelnen Integritätseinbussen obliegt den ärztlichen Sachverständigen. Dem Gericht ist es nicht möglich, die Beurteilung aufgrund der aktenkundigen Diagnosen selber vorzunehmen, da die Ausschöpfung des in den Tabellen offengelassenen Bemessungsspielraums entsprechende Fachkenntnisse voraussetzt (RKUV

1998 Nr. U 296 S. 235 E. 2d; Urteile des EVG i.S. S. vom 28. Mai 2008, 8C\_505/2007, E. 3.2, i.S. A. vom 23. April 2007, U 121/06, E. 4.2, i.S. R. vom 13. Januar 2002, U 191/00, E. 2c). Zu prüfen ist im Folgenden daher, ob die fachärztliche Beurteilung des Integritätsschadens den rechtlichen Vorgaben standhält.

## E. 8

8.1. Dr. I. \_\_\_ stellte in seinem Bericht vom 7. März 2007 fest, dass der Beschwerdeführer infolge der Unfälle vom 5. Dezember 2001, vom 8. Dezember 2004 und vom 23. Juli 2006 nicht unter Beeinträchtigungen von genügender Erheblichkeit für die Begründung eines Anspruchs auf eine Integritätsentschädigung leide. Der Beschwerdeführer sei bei körperlich mittelschweren Tätigkeiten ohne das Tragen von Lasten über fünfzehn Kilogramm Gewicht und ohne das Besteigen von Leitern und Gerüsten nicht beeinträchtigt (Urk. 8/126 S. 4).

8.2. Der Bericht von Dr. I. \_\_\_ vom 7. März 2007 (Urk. 8/126) erfüllt auch in Bezug auf die Beurteilung des Integritätsschadens die nach der Rechtsprechung für eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage vorausgesetzten Kriterien (vgl. Erw. 5.3) und vermag auch inhaltlich zu überzeugen. Denn obwohl die Ärzte der Klinik F. \_\_\_ am 28. Januar 2004 (Urk. 8/74 S. 2) und am 5. Februar 2004 (Urk. 8/80 S. 2) eine Knorpelläsion am Femurkondylus im Sinne einer Chondromalazie dritten Grades feststellten, wurde weder eine Arthrose in den beiden Kniegelenken, noch eine solche im linken Schultergelenk noch eine Instabilität der Kniegelenke festgestellt (vgl. Tabelle 5, Integritätsschaden bei Arthrosen). Die Beurteilung durch Dr. I. \_\_\_ hält sodann auch einem Quervergleich mit den in Anhang 3 zur UVV aufgeführten Integritätsschäden stand, wonach der Verlust eines Beines im Kniegelenk einer Integritätseinbusse von 40 % entsprechen würde. Eine rechtsfehlerhafte Handhabung des Ermessens durch Dr. I. \_\_\_ ist nicht ersichtlich, weshalb für das Gericht kein Anlass besteht, in den fachärztlichen Bemessungsspielraum einzugreifen (vgl. Erw. 7.7).

8.3. Demnach hat es dabei zu bleiben, dass eine den Anspruch auf eine Integritätsentschädigung begründende Integritätseinbusse nicht erstellt ist.

Die Beschwerde ist daher auch diesbezüglich abzuweisen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Dr. Jörg Baur

- Rechtsanwalt Nils Grossenbacher

- Bundesamt für Gesundheit

4. Gegen diese Entscheidung 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.