

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00170 vom 4. Juni 2009

ZH Sozialversicherungsgericht, 2009-06-04, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2008.00170

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00170 du 4 juin 2009

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00170 del 4 giugno 2009

Erwägungen

E. 1

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

1.2. 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 Rentenbezieherin oder eines Rentenbeziegers 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. Zeitlicher Ausgangspunkt für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades ist die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs beruht (BGE 134 V 132 f. Erw. 3 mit Hinweisen; BGE 133 V 114 Erw. 5.4).

1.3. Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt 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 entfiel (BGE 129 V 181 Erw. 3.1, 406 Erw. 4.3.1, 123 V 45 Erw. 2b, 119 V 337 Erw. 1, 118 V 289 Erw. 1b, je mit Hinweisen).

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

1.4 Die Versicherungsleistungen werden auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt (Art. 11 der Verordnung über die Unfallversicherung, 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).

Die Rückfälle und Spätfolgen schliessen sich begrifflich an ein bestehendes Unfallereignis an. Entsprechend können sie eine Leistungspflicht der Unfallversicherung nur auslösen, wenn zwischen den erneut geltend gemachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 118 V 296 Erw. 2c in fine).

1.5 Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 Erw. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt - was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist -, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszumessende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 Erw. 5.1; 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in H. Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.).

E. 1.3

1.3.1 Am 26. September 1997 (Urk. 8/36) meldete die Y. AG erneut einen Rückfall. Der ab 25. August 1997 neu behandelnde Dr. med. F., Chirurgie FMH,

reduzierte aufgrund einer mittels MRI nachgewiesenen massiven Restläsion im medialen Hinterhornbereich und im mittleren Drittelabschnitt, eines leichten Knorpelschadens am medialen Tibiaplateau sowie einer partiellen Läsion des vorderen Kreuzbandes (VKB) das Arbeitsfähigkeitsattest auf 50 % (Bericht vom 26. September 1997, Urk. 8/37). Am 17. Oktober 1997 führte er in der Klinik G.____ einen arthroskopisch assistierten vorderen Kreuzbandersatz mit Ligamentum patellae Transplantat sowie eine nochmalige Teilresektion des medialen Meniskushinterhorns durch (Operationsbericht vom 20. Oktober 1997, Urk. 8/39). In der Folge kam es - bei teilweiser Arbeitsausübung - zu Schwellungen im Knie (Bericht von Dr. F.____ vom 18. Mai 1998, Urk. 8/47). Nach der Durchführung einer MRI-Untersuchung vom 29. Juni 1998 (Urk. 8/53) veranlasste Kreisarzt Dr. med. H.____, FMH für Chirurgie, am 29. Juli 1998 (Urk. 8/57) eine Beurteilung durch die Uniklinik I.____, deren Ärzte am 5. Januar 1999 (Bericht vom 12. Januar 1999, Urk. 8/73) keine Indikation für eine operative Sanierung im Sinne einer arthroskopischen Befreiung des Kreuzbandes sahen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Kreisarzt Dr. H.____ konstatierte in seiner Abschlussuntersuchung vom 12. Februar 1999 (Urk. 8/76 S. 3) ein nicht optimales Behandlungsergebnis und verneinte das Vorliegen von erfolgversprechenden therapeutischen Optionen. Er beschrieb ein Belastungsprofil (vollständige Zumutbarkeit von sitzenden sowie vorwiegend sitzenden Tätigkeiten mit kurzen Steh- und Gehphasen). Die Integritätsschädigung bezifferte er mit 5 %, ausgehend von einem permanenten Reizzustand an der Transplantatentnahmestelle an der Tuberositas tibiae (Urk. 8/77).

1.3.2. Ä Ä Mit Verfügung vom 31. Mai 1999 (Urk. 8/88) sprach die SUVA X.____ gestützt auf eine Erwerbsunfähigkeit von 25 % mit Wirkung ab 1. Juli 1999 eine Invalidenrente von Fr. 1'378.-- sowie wegen einer Integritätseinbusse von 5 % eine Entschädigung von Fr. 4'860.-- zu.

1.4. Ä Ä Ä Ä Am 21. März 2000 (Urk. 8/94) wurde Dr. F.____ bei der SUVA vorstellig und berichtete über eine am 8. März 2000 festgestellte unbefriedigende Situation im rechten Kniegelenk mit permanentem Schmerzbild. Im Rahmen einer kreisärztlichen Untersuchung vom 23. Mai 2000 (Urk. 8/97) schloss Dr. H.____ auf ein identisches Untersuchungsbild mit jenem, das anlässlich der Abschlussuntersuchung beschrieben worden war. Der Versicherte wurde sodann im Kantonsspital P.____ abgeklärt, wo unter Hinweis auf peripatelläre Beschwerden am linken Kniegelenk sowie eine massive Symptomausweitung betreffend das rechte Bein das Absehen von einer operativen Intervention empfohlen wurde (Bericht vom 21. Mai 2002, Urk. 8/107).

E. 1.5

1.5.1. Ä Ä Am 3. Oktober 2002 (Urk. 8/113/1) beantragte X.____ durch seine Rechtsvertreterin die Erhöhung der Invalidenrente auf 50 % und legte das von der Invalidenversicherung eingeholte Gutachten der Uniklinik I.____ vom 26. Oktober 2000 auf, mit welchem eine 50%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit postuliert worden war (Urk. 8/123/2 S. 9). Kreisarzt Dr. med. J.____, Facharzt für Chirurgie FMH, beurteilte anlässlich seiner Untersuchung vom 15. Juli 2004 das Zumutbarkeitsprofil als unverändert (Urk. 8/129 S. 3). Unter Beschreibung einer erheblichen Belastungsintoleranz, nachgewiesenen posttraumatischen degenerativen Veränderungen sowie eines erheblichen Reizzustandes mit Ergussbildung nahm er jedoch eine Integritätsschädigung von neu gesamthaft 15 % bzw. eine Verschlimmerung um 10 %

an (Urk. 8/128).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Nachdem durch eine intraartikuläre Injektion an der Uniklinik I. ____ keine dauerhafte Schmerzfremheit hatte erreicht werden können und keine Therapien mehr angeboten wurden (Bericht vom 18. Januar 2005, Urk. 8/139), holte die SUVA das Gutachten der M. ____ Klinik vom 11. März 2005 ein, dessen Ärzte eine Fehlpositionierung des Transplantats mit Bewegungseinschränkung und Impingement sowie eine beginnende Femoropatellararthrose ersahen und eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit auch in sitzender Tätigkeit attestierten (Urk. 8/143/2 S. 9 ff.). SUVA-Versicherungsmediziner Dr. med. K. ____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie FMH, konnte am 5. Juli 2005 (Urk. 8/149) eine Fehlstellung des Transplantats nicht bestätigen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Da der Versicherte das vergleichsweise Angebot der SUVA auf eine 50%ige Berentung ausgeschlagen hatte (Aktennotiz vom 15. September 2005, Urk. 8/156), wurden weitere Abklärungen eingeleitet. Dr. med. L. ____, Leiter Kniechirurgie an der Uniklinik I. ____, ersah am 10. April 2006 ebenfalls keine fehlerhafte Stellung des Transplantats, abgesehen von einer leicht zu steilen Position, welche indes nicht für den Verlauf verantwortlich sei. Er riet von einer neuen Operation eher ab und schloss aufgrund einer Chronifizierung der Schmerzsymptomatik auf eine bloss teilweise Arbeitsfähigkeit in einer sitzenden Tätigkeit (Urk. 8/166 S. 8 f.). Am 6. November 2006 (Urk. 8/182) berichteten die Ärzte der Uniklinik I. ____ (Orthopädie) von zunehmend geklagten Schmerzen im linken Knie und diagnostizierten eine mediale Meniskushinterhornläsion. Die Invalidenversicherung holte sodann das Gutachten der MEDAS N. ____ vom 7. August 2007 ein, dessen Ärzte eine angepasste Tätigkeit als vollumfänglich zumutbar erachteten (Urk. 8/184/1 S. 33).

1.5.2. Ä Ä Mit Verfügung vom 4. September 2007 (Urk. 8/186) lehnte die SUVA das Gesuch um Erhöhung der Rente ab und sprach X. ____ eine Integritätsentschädigung von Fr. 9'720.-- (entsprechend einer zusätzlichen Einbusse von 10 %) zu. Die dagegen erhobene Einsprache vom 3. Oktober 2007 (Urk. 8/191/1) wurde - nach Auflage eines neuen Berichtes der M. ____ Klinik vom 30. Oktober 2007, mit welchem das MEDAS-Gutachten in mehrfacher Hinsicht bemängelt wurde (Urk. 8/193) - mit Entscheid vom 16. April 2008 (Urk. 2) abgewiesen.

2. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Hiergegen erhob X. ____ durch Rechtsanwalt Urs Christen am 16. Mai 2008 Beschwerde mit den Anträgen, es sei ihm eine Invalidenrente aufgrund eines 25 % übersteigenden Invaliditätsgrades zuzusprechen; eventualiter seien weitere medizinische Abklärungen vorzunehmen. Sodann ersuchte er um Bestellung seines Rechtsvertreters als unentgeltlichen Rechtsbeistand (Urk. 1 S. 2). Nachdem die SUVA am 16. Juni 2008 (Urk. 7) um Abweisung der Beschwerde ersucht hatte, wurde der Schriftenwechsel mit Verfügung vom 18. Juni 2008 (Urk. 10) als geschlossen erklärt.

3. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Auf die einzelnen Vorbringen der Parteien und die Akten wird, sofern für die Entscheidungsfindung erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

4. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Eidgenössische Invalidenversicherung hob mit Verfügung vom 10. Dezember 2007 (Urk. 3/3) die mit Verfügung vom 29. November 2000 zugesprochene Rente (ganze Rente ab 1. September 1998 und halbe Rente ab 1. September 1999) wiedererwägungsweise auf. Die dagegen erhobene Beschwerde wurde mit Urteil des hiesigen Gerichts vom heutigen Datum abgewiesen (Prozess-Nr. IV.2008.00085).

(Bericht vom 26. September 1997, Urk. 8/37) am 17. Oktober 1997 (Urk. 8/39) einen arthroskopisch assistierten vorderen Kreuzbandersatz mit Ligamentum patellae Transplantat sowie eine nochmalige Teilresektion des medialen Meniskushinterhorns durchgeführt hatte, attestierte ab 14. April 1998 eine 50%ige Arbeitsfähigkeit (Bericht vom 7. April 1998, Urk. 8/43), worauf sich wieder eine Schwellneigung einstellte (Bericht vom 18. Mai 1998, Urk. 8/47).

2.3.2.2 Die Ärzte der Uniklinik I. berichteten am 12. Januar 1999 (Urk. 8/73) über geklagte Schmerzen im Knie. Die aktuellen Röntgenbilder zeigten einen tibialen und femoralen Bohrkanal in regelrechter Position bei Erweiterung im oberen Anteil des tibialen Bohrkanals, sodass davon auszugehen sei, dass das VKB bei voller Extension in Kontakt mit der Notch gerate. Da es sich um einen ubiquitären Schmerz handle, sahen die Ärzte keine Indikation für eine operative Sanierung im Sinne einer arthroskopischen Befreiung des Kreuzbandes.

2.3.3.1 Kreisarzt Dr. H. verwies anlässlich der Abschlussuntersuchung vom 12. Februar 1999 (Urk. 8/76) auf die wiederholten distorsionellen Knieverletzungen sowie die letzte Operation (Ersatzplastik des VKB mit nochmaliger Teilmeniskektomie am Hinterhorn des medialen Meniskus), seit welcher der zuvor zu 50 % arbeitsfähige Beschwerdeführer nie mehr arbeitsfähig geworden sei; ein entsprechender Versuch in seiner Arbeit als Gipser sei gescheitert. Dr. H. führte aus, der Zustand sei seit Monaten stationär, wobei die Abklärung in der Uniklinik I. keine Hinweise auf eine Notch-Problematik und ein derart diffus lokalisiertes Schmerzbild ergeben habe, dass von einer weiteren operativen Intervention zu Recht Abstand genommen werde. Das klinische Erscheinungsbild sei nicht besonders eindrücklich, der Beschwerdeführer zeige aber ein ausgeprägtes Schonhinken. Die Untersuchung zeige einen hauptsächlichlichen Schmerzpunkt an der Entnahmestelle des Knochenblockes an der Tuberositas tibiae, daneben lokale Schmerzen wiederum im Bereich des medialen Meniskushinterhorns, zudem ein leichtes patellares Syndrom und Schmerzen am ventralen femorotibialen lateralen Gelenkspalt. Das positive Grinding-Zeichen weise auf eine nicht ganz befriedigende Situation am dreimal resezierten Hinterhorn des medialen Meniskus hin.

Der Kreisarzt diagnostizierte (1) einen Status nach multiplen Knielaxationen, dreimaliger Hinterhornresektion am medialen Meniskus und vorderer Kreuzbandersatzplastik am rechten Knie, (2) Restbeschwerden im Femorotibialgelenk mediodorsal, an der Transplantatentnahmestelle über der Tuberositas tibiae und am Femorotibialgelenk antero-lateral sowie (3) eine minime Restinstabilität sagittal und ein leichtes Patellarsyndrom am rechten Knie.

Dr. H. attestierte eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit in einer Tätigkeit auf Leitern, Treppen und Gerüsten, in einer Arbeit, welche das Anheben schwerer Lasten erfordert sowie in einer Tätigkeit in Kauerstellung oder in kniender Position. Eine sitzende Arbeit erachtete er ebenso als vollschichtig zumutbar wie eine vorwiegend sitzende mit kurzen Steh- und Gehphasen auf ebener Unterlage. Als ungünstig bezeichnete er wechselbelastende Tätigkeiten mit überwiegenden Geh- und Stehphasen, weshalb nur eine vorwiegend sitzende Tätigkeit in Frage komme.

2.4.1 Nach der Rentenzusprache gingen der Beschwerdegegnerin weitere ärztliche Berichte zu:

2.4.1.1. Am 21. März 2000 (Urk. 8/94) verwies Dr. F.____ auf eine unbefriedigende Situation im rechten Kniegelenk mit permanentem Schmerz, schlechter Kraftentwicklung und eingeschränkter Beweglichkeit. Sodann mässige die Integration des Beschwerdeführers in den Arbeitsprozess als schwierig und wahrscheinlich nicht möglich diskutiert werden. Nicht nur das Stehen, Laufen oder Tragen von Lasten bereite ihm Mühe, sondern auch Tätigkeiten mit längerem Sitzen. Deshalb wäre zu wünschen, dass eine Revision der Rente angegangen werde mit dem Ziel, dass der Beschwerdeführer wahrscheinlich zu einer Vollrente kommen müsste. Am 12. März 2002 (Urk. 8/104/1) erwähnte er dann erstmals eine "Verschlechterung des linken Knies" mit retropatellarer Problematik.

2.4.2. Dr. H.____ schilderte am 23. Mai 2000 (Urk. 8/97 S. 4) ein unverändertes klinisches Untersuchungsbild und erachtete das bisherige Zumutbarkeitsprofil als korrekt. Am 6. Juni 2002 (Urk. 8/108) sprach er von einer ordentlichen Stabilität des Kniegelenkes bei deutlicher Einschränkung der Beweglichkeit. Er konnte sich das geklagte Bild (starkes Hinken, verschlechterter Zustand) nicht hinreichend erklären. Sodann verwies er auf neu geklagte Beschwerden im linken Bein, schloss indes - unter Hinweis auf eine Symptomverdeutlichung - auf keine krankheitswertige Pathologie.

2.4.3. Dr. O.____, Oberarzt am Kantonsspital P.____, berichtete am 21. Mai 2002 (Urk. 8/107) von geklagten peripatellaren Beschwerden im linken Kniegelenk, welche im Rahmen eines anterior knee pain im Sinne eines beginnenden femoropatellaren Schmerzsyndroms bei Überbelastung zu sehen seien. Seitens des rechten Kniegelenkes vermutete er die beginnende mediale Degeneration sowie eine massive Symptomausweitung (ins gesamte rechte Bein) als Grund für die Schmerzen. Er empfahl keine operative Intervention und erachtete eine - vom Beschwerdeführer geschilderte - 50%ige Berentung als korrekt bei einer Arbeitsfähigkeit von 50 %.

2.5. Nach dem Revisionsgesuch des Beschwerdeführers ergingen folgende ärztliche Berichte:

2.5.1. Im Gutachten vom 26. Oktober 2000 (zu Händen der Invalidenversicherung und vom Beschwerdeführer am 22. August 2003 aufgelegt, Urk. 8/123/1-2) erwähnten die Ärzte der Uniklinik I.____ die permanenten Schmerzen im medialen dorsalen und lateralen Gelenkspalt, über der Tuberositas tibiae und retropatellar als im Vordergrund stehend. Sie führten aus, das Sitzen sei nur für eine halbe Stunde ohne vermehrte Schmerzen möglich. Im klinischen Untersuchungsfalle eine valgische Beinachse beidseits auf. Am rechten Knie bestehe ein deutlicher Patellaschiebeschmerz. Ausserdem beständen Zeichen einer posterolateralen Insuffizienz mit vermehrter Aussenrotation. Die radiologische Untersuchung zeige in den konventionellen Röntgenbildern eine korrekte Schraubenlage. Am distalen Patellapol, an der medialen Trochlea sowie am medialen und lateralen Patellarand stellten sich Osteophyten dar. In der MRI-Untersuchung des rechten Kniegelenkes zeigten sich Knorpelulzera am medialen Tibiaplateau, am lateralen Femurkondylus und retropatellar an der lateralen Patellafaszette sowie ein Impingement des Kreuzbandtransplantats in der Notch. Das Extensionsdefizit von 20° lasse sich hiermit erklären. Die Schmerzen über der Tuberositas tibiae, welche zeitweise auch elektrisierend in den Unterschenkel ausstrahlten, liessen sich entweder durch die Entnahmestelle des Knochenblockes oder durch ein Narbenneurom erklären (S. 7 f.).

Die Gutachter hielten fest, insgesamt könnten die objektivierbaren pathologischen Befunde die Schwere der Symptomatik nicht vollständig erklären. Trotzdem müsse festgehalten werden, dass die bestehenden Knorpelschäden am medialen Tibiaplateau, am lateralen Femurkondylus sowie retropatellar und die diversen degenerativen Zeichen an der Patella und an der Trochlea einen Teil der Beschwerdesymptomatik erklärten (S. 8).

Die Ärzte attestierten eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Arbeit als Bauarbeiter/Gipsler und befanden eine abwechselnd sitzend, stehend und gehend ausübende Tätigkeit als zu 50 % zumutbar (S. 9).

2.5.2 Kreisarzt Dr. J. berichtete am 15. Juli 2004 (Urk. 8/129) über einen erheblichen Reizzustand des rechten Kniegelenkes mit Schwellung, Erguss, Zeichen einer retropatellaren und medialen Arthrose und Zustand nach vorderer Kreuzbandplastik mit mässiger Bewegungseinschränkung und Belastungsintoleranz. Er führte aus, die Abnützungerscheinungen nach diversen Knie-Operationen hätten seit der letzten Beurteilung klinisch mit Ausbildung einer medialen und retropatellaren Arthrose eindeutig zugenommen. Gleichwohl hielt Dr. J. am bekannten Zumutbarkeitsprofil fest (S. 3). Dabei verwies er auf verschiedene unfallfremde Beeinträchtigungen (asthmoide Reaktionen auf verschiedenste Substanzen, Knieschmerzen mit nachgewiesenen, leichten degenerativen Veränderungen im linken Kniegelenk, lumbovertebrales Schmerzsyndrom mit anamnestisch, bildgebend nachgewiesenen degenerativen Veränderungen (S. 4).

Aufgrund der aktuellen Restfolgen (erhebliche Belastungsintoleranz und mässige Bewegungseinschränkung, leichte Ruheschmerzen, belastungsabhängige Verstärkung, Zustand nach vorderer Kreuzbandplastik und Teilmeniskektomie, nachgewiesene posttraumatische degenerative Veränderungen im medialen und retropatellaren Kompartiment, erheblicher Reizzustand mit Ergussbildung) bezifferte er die Integritätsschädigung mit 15 % und damit mit einer Zunahme von 10 % (Urk. 8/128).

2.5.3 Die Gutachter der M. Klink kamen am 11. März 2005 (Urk. 8/143/2) aufgrund des klinischen und radiologischen Befundes zum Schluss, dass das Transplantat der vorderen Kreuzbandplastik nicht korrekt platziert worden sei. Es sei zu weit ventral und zu steil positioniert und auch zu kurz. Die Beweglichkeit sei dadurch von vornherein limitiert und es komme unter anderem auch zu einem Impingement des Transplantates in der Notch. Die zunehmend aufgetretenen Beschwerden im linken Knie seien zum Teil durch leichte beginnende degenerative Veränderungen, vor allem aber durch die permanente Entlastung des rechten Beines und das dadurch gestörte Gangbild mitverursacht. Die Ärzte empfahlen eine arthroskopische Entfernung der Kreuzbandplastik, um wieder einen normalen Bewegungsumfang des rechten Kniegelenkes zu erreichen (S. 7 f.).

Die Ärzte diagnostizierten (1) einen Status nach mehrmaligen Knieinstabilitäten rechts mit dreimaliger Hinterhornresektion am medialen Meniskus und vorderer Kreuzbandplastik, (2) eine deutliche Funktionsstörung des rechten Kniegelenkes bei Fehlpositionierung des Transplantates mit Bewegungseinschränkung und Impingement sowie Instabilität sagittal in Flexion und (3) eine beginnende Femoropatellararthrose. Sie attestierten eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit aufgrund der erheblich beeinträchtigten Beweglichkeit sowie der Schmerzsymptomatik.

Eine sitzende Tätigkeit erachteten sie aufgrund der Krümmung des Transplantats und des dadurch entstehenden Impingements bei flektierter Position auf längere Sicht als nicht zumutbar. Zusätzlich seien die Berufschancen des Beschwerdeführers aufgrund der mangelnden Schulbildung sehr eingeschränkt (S. 8 f.).

2.5.4 Dr. L. von der Uniklinik I. diagnostizierte in seinem Gutachten vom 10. April 2006 (Urk. 8/166) persistierende Knieschmerzen rechts bei beginnender medialer und patellafemorale Gonarthrose, bei Status nach vorderer Kreuzbandrekonstruktion mit gleichzeitiger medialer Teilmeniscektomie Knie rechts, Status nach mehreren Knielaxationen sowie Status nach zweimaliger Kniearthroskopie mit medialer Teilmeniscektomie rechts (S. 5). Er führte die aktuell vorhandenen Beschwerden (diffuse Schmerzen im gesamten rechten Kniegelenk, schlechte Beweglichkeit, S. 2) auf den Unfall vom 3. Juli 1995 zurück, namentlich auf die durchgeführten Operationen mit entsprechend kompliziertem Verlauf. Ob dafür eine Arthrofibrose oder ein sonstiges chronisches Schmerzsyndrom zu den Beschwerden geführt hat, konnte er nicht sagen, indes schloss er die Bohrkanaalpositionierung als kausale Ursache für den aktuellen Zustand aus. Die geäußerten Beschwerden erachtete Dr. L. nur als teilweise objektivierbar. Da mittlerweile fast sieben Jahre seit der Kreuzbandrekonstruktion und der aktuellen Bestandaufnahme vergangen waren, konnte er nicht sagen, inwieweit die natürlich vonstatten gegangene Chronifizierung der Schmerzsymptomatik als ausgeweitet erscheine (S. 5 f.).

Der Gutachter bezweifelte das Erreichen einer Beschwerdelinderung durch eine weitere medizinische Behandlung (S. 7) und attestierte eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit für mittelschwere bis schwere Tätigkeiten. Eine leichte Arbeit in lediglich sitzender Position befand er als während kurzer Zeit möglich zumutbar (S. 8). Er erkannte schliesslich keine fehlerhafte Stellung des Transplantats, abgesehen von einer leicht zu steilen Position, welche indes nicht für den Verlauf verantwortlich sei (S. 9).

2.5.5 Die Ärzte der MEDAS berichteten in ihrem Gutachten vom 7. August 2007 (Urk. 8/184/1) von anlässlich der internistischen und orthopädischen Untersuchung geklagten Schmerzen im rechten Bein, Rückenschmerzen und beginnenden Beschwerden im linken Bein, weswegen der Beschwerdeführer ständig die Position wechseln müsse (S. 28 f.). Sie führten aus, die objektivierbaren Befunde ständen in keinem ausreichend nachvollziehbaren Zusammenhang zu den massiven Beschwerden, die der Beschwerdeführer beklage. Das demonstrative Verhalten bei der Untersuchung (demonstratives Hinken, aktives Gegenarbeiten bei Untersuchungsmanöver, S. 29) mache eine Einschätzung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit schwierig. Die objektivierbaren Befunde begründeten eine eingeschränkte Belastbarkeit der Kniegelenke bei häufigem Steigen und beim Tragen schwerer Lasten. In psychiatrischer Hinsicht erkannten die Gutachter keine Erkrankung von versicherungsrechtlicher Relevanz, namentlich verneinten sie das Vorliegen einer somatoformen Störung trotz Diskrepanzen zwischen körperlichen Befunden und subjektiven Beschwerden (S. 30).

Die Gutachter beschrieben aus polydisziplinärer Sicht einen ungünstigen Verlauf eines durch mehrfache Stürze und durch degenerative Veränderungen bedingten Kniegelenkbinnenschadens rechts mit mehrfachen Arthroscopien, Meniskus-Teilresektionen, einer vorderen Kreuzbandplastik wegen partieller Ruptur und ausbleibender Besserung der Schmerzsymptomatik, in den letzten Jahren mit Schmerzgeneralisierungstendenz. Ausserdem beständen jetzt auch beginnende

degenerative Veränderungen im Kniegelenk links. Die bereits in früheren Gutachten und auch bei der aktuellen Untersuchung festgestellte Diskrepanz zwischen Intensität der Symptomatik sowie objektivierbaren Befunden und dem Krankheitsverhalten des Beschwerdeführers wiesen auf psychische und Verhaltensfaktoren beim vorliegenden Beschwerdekomples hin (S. 31).

Sie diagnostizierten eine initiale und retropatellare Arthrose im rechten Kniegelenk bei Status nach dreifacher Teilresektion des medialen Meniskushinterhorns, bei Status nach vorderer Kreuzbandrekonstruktion im rechten Kniegelenk, eine Gonalgie links bei Verdacht auf degenerative, mediale Meniskushinterhornläsion, chronische Lumbalgien unklarer Ätiologie sowie persistierende Bewegungseinschränkungen im rechten Ellbogengelenk bei Status nach traumatischer Läsion (ca. 1978). Als ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erwähnten sie unter anderem psychische Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten (F54, S. 25).

Zur Arbeitsfähigkeit wurde festgehalten, gesamthaft müssten Einschränkungen für die angestammte Tätigkeit (schweres Heben und Tragen, häufiges Steigen und Arbeiten im Knien) festgestellt werden, andere Arbeiten seien aus polydisziplinärer Sicht uneingeschränkt zumutbar. Die abweichenden Ansichten seien mit persistierenden und auch in Ruhe vorhandenen Schmerzen, Schmerzintensität und subjektiven Einschränkungen erklärt worden. Dies sei nicht durch eine Schmerzchronifizierung im Rahmen der körperlichen Erkrankungen und auch nicht durch eine krankheitswertige psychische Störung zu begründen, sondern vielmehr Folge eines ungünstigen Symptom- und Bewältigungsverhaltens mit dem vom Beschwerdeführer teils direkt, teils indirekt geäußerten Ziel der weiteren Entlastung und einer besseren materiellen Absicherung (S. 31).

Der Vergleich des Zustands des rechten Kniegelenks im Jahr 1999 (erstmalige Rentenzusprache, Urk. 8/88) mit demjenigen im Jahr 2008 (Einspracheentscheid betreffend Rentenrevision, Urk. 2) ergibt Folgendes:

Im Jahr 1999 zeigte sich ein nicht besonders eindrückliches klinisches Erscheinungsbild, fiel doch der Beschwerdeführer vor allem durch ein ausgeprägtes Schonhinken auf. Schmerzpunkte ergaben sich an der Entnahmestelle des Knochenblockes (Tuberositas tibiae), wo sich auch ein permanenter Reizzustand zeigte (Urk. 8/77). Lokale Schmerzen bestanden im Bereich des medialen Meniskushinterhornes, am ventralen femorotibialen lateralen Gelenkspalt, ein leichtes patellares Syndrom sowie Grinding-Zeichen (Schmerzen in gebeugter Stellung und Rotation unter Druck). Eine Notchproblematik bestand nicht (Urk. 8/76) bzw. bloss bei voller Extension des Knies (Urk. 8/73). Die Beweglichkeit wurde aktiv mit 0-10-115° und passiv mit 0-0-125° gemessen bei unbedeutender Restinstabilität (Urk. 8/77).

Diese Befunde ergaben sich nach einer bereits Jahre zurückliegenden Meniskektomie (1993, Urk. 8/10), einer erneuten Teilmeniskektomie am medialen Hinterhorn (1996, Urk. 8/23) im Anschluss an den Unfall vom 3. Juli 1995 sowie einem vorderen Kreuzbandersatz samt nochmaliger Teilresektion des medialen Meniskushinterhorns (Urk. 8/39).

Die Röntgenbilder zeigten - nach der letzten Operation - einen tibialen und femoralen Bohrkana in regelrechter Position bei Erweiterung im oberen Anteil des

tibialen Bohrkanals (Urk. 8/73).

3.2

3.2.1.1 Die medizinische Aktenlage im Zeitpunkt der Abweisung des Rentenerhöhungsbegehrens zeigt unverändert Schmerzen im rechten Bein sowie neu Beschwerden im linken Bein sowie im Rücken. Die MEDAS-Ärzte konnten indes keinen ausreichend nachvollziehbaren Zusammenhang zwischen den objektivierbaren Befunden und den geklagten Beschwerden erkennen. Das rechte Kniegelenk zeigte keine Rötung, Schwellung oder Überwärmung, der Bewegungsumfang lag im Bereich von 90/10/0° bei aktivem Gegenarbeiten. Es lagen stabile Kollateralbandverhältnisse vor, die Kreuzbänder mit Anschlag, das vordere im Seitenvergleich etwas lax, insgesamt etwas eingeschränkt, lateral der Narbe nach Ligamentum patellae Entnahme lag eine diskrete Hyposensibilität vor. Der Beschwerdeführer klagte über ständige Schmerzen wechselnder Intensität im Bereich des Patellaunterpols, im Bereich des Ligamentum patellae sowie lateral auf Höhe des Gelenkspaltes (Urk. 8/184/3 S. 2 ff.).

Die Röntgenbilder der Kniegelenke zeigten sich ein regelrecht einliegendes Schraubenmaterial, erweiterte Bohrkanäle, im zeitlichen Verlauf (Juli 2004, September 2006, Mai 2007) eine kleine Zunahme der minim verminderten Gelenkspaltweite medialseitig, im Bereich des lateralen Femurkondylus keine osteophytäre Apposition ohne zeitliche Progredienz, ein osteophytärer Sporn retropatellar im seitlichen Strahlengang sowie retropatelläre Konturirregularitäten. Auf den MRI-Bildern (September 2006) war ein intaktes Transplantat zu sehen bei nur noch residuell vorhandenem Innenmeniskushinterraum, jedoch ohne Rissbildung, mit intakten femoralen und tibialen Knorpelbänken, lateral unauffälligem Knorpel und Meniskalbefund sowie unauffälligen femoropatellären Knorpelbänken (Urk. 8/184/3 S. 5).

Auf den Aufnahmen des linken Kniegelenks (September 2006, Mai 2007) waren minime osteophytäre Ausziehungen am Patellaober- und -unterrand ohne sonstige Auffälligkeiten zu sehen. Eine MRI-Untersuchung zeigte keine sichere, die Oberfläche erreichende Meniskusläsion bei insgesamt signalalteredem Meniskushinterhorn, im Bereich des proximalen Patellapoles eine osteophytäre Ausziehung bei ansonsten unauffälligem Knorpelüberzug (Urk. 8/184/3 S. 6).

Röntgenaufnahmen der Lendenwirbelsäule (LWS) ergaben eine regelrechte Lordose, ein regelrechtes Alignment der Wirbelkörper mit normalem Kalksalzgehalt, eine allenfalls diskrete Spondylose am Lendenwirbelkörper (LWK) 1/2, eine allenfalls diskrete Ventrolisthesis LWK5/SWK1 entsprechend Grad 1 nach Meyerding (Urk. 8/184/3 S. 5).

3.2.2 Die zuvor gemachten Erhebungen der Ärzte der M. ___ Klinik und der Uniklinik I. ___ weichen hiervon nicht ab. Wohl gingen die Spezialisten der M. ___ Klinik im März 2005 von einer unkorrekt platzierten Kreuzbandplastik aus (Urk. 8/143/2), was indes von verschiedener Seite mit ausführlicher Begründung nicht bestätigt wurde (Urk. 8/166, Urk. 8/149). Die Ärzte der Uniklinik I. ___ verwiesen ihrerseits ebenfalls auf persistierende Knieschmerzen rechts bei bekannter objektiver Sachlage.

3.3 Angesichts dieser medizinischen Aktenlage ist festzuhalten, dass sich nur geringfügige Veränderungen im Gesundheitszustand objektivieren lassen. So besteht

nach wie vor ein erweiterter Bohrkanal. Neu erkannt wurden ein osteophytischer Sporn retropatellar im seitlichen Strahlengang, retropatellare Konturirregularitäten sowie ein nur noch residuell vorhandener Innenmeniskushinterraum.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In Bezug auf den Rücken und das linke Knie wurden neu bloss nebensächliche Diagnosen gestellt (diskrete Spondylose LWK 1/2, diskrete Ventrolisthesis LWK5/SWK1, minime osteophytische Ausziehungen am Patellaober- und untermrand, osteophytische Ausziehung im Bereich des proximalen Patellapoles).

3.4

3.4.1 Ä Ä Zur Ermittlung der verbleibenden Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers ist vorwegzuschicken, dass das Gutachten der MEDAS in sämtlichen Punkten den praxisgemässen Anforderungen an den Beweiswert einer Expertise entspricht. So ist es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend, äussert es sich doch klar und differenziert zur Frage der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. Weiter beruht es auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen in orthopädischer und psychiatrischer Hinsicht und wurden eigens aktuelle Röntgenbilder angefertigt. Das Gutachten berücksichtigt die geklagten Beschwerden und setzt sich mit diesen sowie dem Verhalten des Beschwerdeführers auseinander. Das Gutachten wurde in Kenntnis der und in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben, und sind die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet, dass die rechtsanwendende Person sie präferend nachvollziehen kann. So ist es ohne Weiteres nachvollziehbar, dass der Beschwerdeführer mit seinen objektivierbaren Beschwerden am rechten Knie keiner schweren Tätigkeit mehr nachgehen und insbesondere seine zuletzt ausgeübte Arbeit als Gipser nicht mehr ausüben kann. Ebenso nachvollziehbar ist hingegen, dass der Beschwerdeführer eine vorwiegend sitzende Tätigkeit noch vollzeitlich verrichten kann. In diesem Zusammenhang wiesen denn die Gutachter namentlich auf die Diskrepanz zwischen den objektivierbaren Befunden und den geklagten Beschwerden hin, auf demonstrative Verhaltensweisen und auf den Wunsch des Beschwerdeführers nach höherer Berentung (Urk. 8/184/3 S. 3)

3.4.2 Ä Ä Demgegenüber kann auf die Einschätzung der Gutachter der M. ___ Klinik nicht abgestellt werden. Die Ärzte stützten ihr Attest (praktisch vollständige Arbeitsunfähigkeit) hauptsächlich auf die These einer unkorrekt platzierten Kreuzbandplastik (Urk. 8/143/2), was sich als falsch herausstellte (Urk. 8/149 und Urk. 8/166) und woran in späteren Berichten der Klinik auch nicht mehr festgehalten wurde (Urk. 8/193 und Urk. 3/4). Demgemäss ist nicht nachvollziehbar dargetan, dass der Beschwerdeführer auch in sitzender Position an derartigen Schmerzen leidet, dass ihm eine Arbeitstätigkeit gar nicht mehr zumutbar wäre.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Erstaunen löst sodann die zu Händen des Beschwerdeführers verfasste Beurteilung des MEDAS-Gutachtens durch die M. ___ Klinik vom 30. Oktober 2007 (Urk. 8/193) aus. Soweit ungenügende Erhebungen behauptet werden, kann dem nicht gefolgt werden, zeichnet sich doch das Gutachten gerade durch umfassend getätigte Abklärungen aus. Die Kritik an der Schilderung eines demonstrativen Hinkens entbehrt sodann jeglichen Grundlagen, imponierte doch der Beschwerdeführer offenbar derartig und waren ja die Ärzte der M. ___ Klinik bei den Untersuchungen der MEDAS nicht dabei und können sie deshalb auch keine Stellung hierzu nehmen. Im Gegenteil zeichnet sich die M. ___ Klinik durch eine ausgesprochen kritiklose Haltung gegenüber dem

Beschwerdeführer aus, was angesichts der jahrelangen Krankengeschichte und den immer wieder anzutreffenden Hinweisen auf Ausweitungstendenzen als wenig objektiv erscheint, zumal ohne Weiteres eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit attestiert wird, was in dieser Form nicht nachvollziehbar ist und auch von keinem anderen Arzt so bestätigt wurde. Grund hierfür könnte der Einbezug von unfallfremden Komponenten in die Beurteilung sein (mangelnde Schulbildung, Urk. 8/143/2 S. 9).

3.4.3.3. Dr. L. von der Uniklinik I., welcher auch eine leichte Arbeit nur noch während kurzer Zeit tatsächlich als zumutbar erachtete, berücksichtigte in seiner Einschätzung auch die nicht objektivierbaren Beschwerden im Sinne einer nicht näher erläuterten chronifizierten Schmerzsymptomatik, welche nur zum Teil objektivierbar gemacht werden konnte (Urk. 8/166 S. 6 und S. 8). Bei der Frage nach einer nachvollziehbar zu begründenden, massiven Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit auch in angepasster Tätigkeit, welche gerade auf die Einschränkungen des Beschwerdeführers Rücksicht nimmt, kann bei Vorliegen von detaillierten gegenteiligen Attesten auf eine derart begründete Einschränkung nicht abgestellt werden. Gleiches gilt für die gutachterliche Haltung aus dem Jahr 2000, wo die Schwere der Symptomatik ebenfalls als durch die objektivierbaren pathologischen Befunde nicht vollständig erklärbar erachtet und gleichwohl eine bloss 50%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit attestiert worden war (Urk. 8/123/1-2 S. 8 f.).

3.4.4.4. Nichts zu seinen Gunsten ableiten kann der Beschwerdeführer schliesslich aus den kreisärztlichen Berichten vom Juli 2004, welche zu einer Erhöhung der Integritätsentschädigung von 5 % auf 15 % geführt hatten (Urk. 8/128-129). Wohl ergab sich gesamthaft gesehen eine Verschlechterung in Bezug auf das rechte Kniegelenk, doch nimmt das formulierte Belastungsprofil gerade darauf Rücksicht und ist nicht ersichtlich, inwiefern eine knieschonende Tätigkeit - trotz der verschlechterten Situation - nicht vollzeitlich möglich sein sollte.

3.5. Zusammenfassend steht fest, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers zwischen der ursprünglichen Rentenzusprache am 31. Mai 1999 und dem Erlass des nun angefochtenen Einspracheentscheids am 16. April 2008 leicht verschlechtert hat: Währenddem im rechten Knie eine praktisch identische Situation anzutreffen ist, zeigt das linke Knie neu minimale osteophytäre Ausziehungen am Patellaober- und -unterrand sowie osteophytäre Ausziehung im Bereich des proximalen Patellapoles und liegt im Rücken eine diskrete Spondylose LWK 1/2 sowie eine diskrete Ventrolisthesis LWK5/SWK1 vor. Diese Beschwerden führen indes - selbst wenn man sie als unfallkausal fassen wollte - nicht zu einer Änderung des Belastungsprofils, nimmt dieses doch bereits hinreichend Rücksicht auf die Einschränkungen des Beschwerdeführers. Es ist in der Tat nicht ersichtlich, inwiefern beim vorliegenden objektiven Beschwerdebild nach Knieverletzung eine massgebliche Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit resultieren sollte. Angesichts der umfassenden medizinischen Dokumentation erweisen sich weitere Beweiserhebungen als nicht angezeigt.

Da in erwerblicher Hinsicht keine Veränderungen dargetan wurden und solche auch nicht ersichtlich sind, bleibt es beim bisherigen Rentenanspruch des Beschwerdeführers, weshalb sich der angefochtene Einspracheentscheid als rechtens erweist und die Beschwerde abzuweisen ist.

4. Da die Voraussetzungen zur Gewährung der unentgeltlichen Verbeiständung gemäss Art. 16 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht erfüllt sind, ist Rechtsanwalt Urs Christen, Zürich, in Gutheissung des Gesuches vom 16. Mai 2008 (Urk. 1 S. 2) als unentgeltlicher Rechtsbeistand für das vorliegende Verfahren zu bestellen und ausgangsgemäss aus der Gerichtskasse zu entschädigen. Nach Einsicht in die Kostennote vom 17. April 2009 (Urk. 12/2) und in Anwendung von Art. 34 Abs. 1 und 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht ist die Entschädigung auf Fr. 1'420.30 (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen.

Der Beschwerdeführer wird auf Art. 92 der Zivilprozessordnung (ZPO) hingewiesen, wonach er zur Nachzahlung der Auslagen für die Vertretung verpflichtet werden kann, sofern er in günstige wirtschaftliche Verhältnisse kommt.

Das Gericht beschliesst:

In Gutheissung des Gesuches vom 16. Mai 2008 wird dem Beschwerdeführer Rechtsanwalt Urs Christen, Zürich, als unentgeltlicher Rechtsbeistand bestellt,

und erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Urs Christen, Zürich, wird mit Fr. 1'420.30 (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf Art. 92 ZPO hingewiesen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Urs Christen
- Rechtsanwalt Dr. Beat Frischkopf
- Bundesamt für Gesundheit

sowie an:

- Gerichtskasse

5. 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.