

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00047 vom 17. Dezember 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-12-17, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2010.00047

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00047 du 17 décembre 2010

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00047 del 17 dicembre 2010

Erwägungen

E. 1

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

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

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

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die 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).

verursachen (BGE 120 V 355 Erw. 5b/aa, 115 V 139 Erw. 6a).

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

Bei Unfällen aus dem mittleren Bereich lässt sich die Frage, ob zwischen Unfall und Folgen ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht aufgrund des Unfalles allein schlüssig beantworten. Es sind daher weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte beziehungsweise indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Als wichtigste Kriterien sind zu nennen:

- besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindringlichkeit des Unfalls;
- die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen;
- ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung;
- körperliche Dauerschmerzen;
- ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert;
- schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen;
- Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit (BGE 134 V 116 Erw. 6.1, 115 V 140 Erw. 6c/aa).

Der Einbezug sämtlicher objektiver Kriterien in die Gesamtwürdigung ist nicht in jedem Fall erforderlich. Je nach den konkreten Umständen kann für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs ein einziges Kriterium genügen. Dies trifft einerseits dann zu, wenn es sich um einen Unfall handelt, welcher zu den schwereren Fällen im mittleren Bereich zu zählen oder sogar als Grenzfall zu einem schweren Unfall zu qualifizieren ist (vgl. RKUV 1999 Nr. U 346 S. 428, 1999 Nr. U 335 S. 207 ff.; 1999 Nr. U 330 S. 122 ff.; SVR 1996 UV Nr. 58). Andererseits kann im gesamten mittleren Bereich ein einziges Kriterium genügen, wenn es in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist, wie zum Beispiel eine auffallend lange Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit infolge schwierigen Heilungsverlaufes. Kommt keinem Einzelkriterium besonderes beziehungsweise ausschlaggebendes Gewicht zu, so müssen mehrere unfallbezogene Kriterien herangezogen werden. Dies gilt umso mehr, je leichter der Unfall ist. Handelt es sich beispielsweise um einen Unfall im mittleren Bereich, der aber dem Grenzbereich zu den leichten Unfällen zuzuordnen ist, müssen die weiteren zu berücksichtigenden Kriterien in gehäuft oder auffallender Weise erfüllt sein, damit die Adäquanz bejaht werden kann. Diese Würdigung des Unfalles zusammen mit den objektiven Kriterien führt zur Bejahung oder Verneinung der Adäquanz. Damit entfällt die Notwendigkeit, nach andern Ursachen zu forschen, die möglicherweise die psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit 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).

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

E. 2

2.1. Die Beschwerdegegnerin begründete ihren Entscheid, dem Beschwerdeführer eine auf einem Invaliditätsgrad von 18 % basierende Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung von 25 % zuzusprechen beziehungsweise ihre Weigerung, ihm höhere Leistungen zuzuerkennen, im Wesentlichen damit, dass beim Beschwerdeführer weder eine Fehlbehandlung noch eine Schmerzmittelüberbehandlung noch ein Schmerzmittelabusus vorliege. Den unfallbedingten Gesundheitsbeeinträchtigungen am linken Knie werde mit einer Integritätsentschädigung von 25 % und der zugesprochenen Invalidenrente von 18 %, die gestützt auf ein Valideneinkommen von Fr. 64'350.-- und ein Invalideneinkommen von Fr. 52'693.-- errechnet worden sei, ausreichend Rechnung getragen. Die geklagten Rückenbeschwerden seien nicht unfallbedingt. Hinsichtlich der psychischen Gesundheitsbeeinträchtigungen sei die Adäquanz zu verneinen; alle erlittenen Unfälle seien als leicht einzustufen (Urk. 2 und 9).

2.2. Der Beschwerdeführer liess demgegenüber im Wesentlichen ausführen, dass der angefochtene Einspracheentscheid in zweierlei Hinsicht mangelhaft sei. Zum einen habe nämlich die Beschwerdegegnerin - entgegen ihrer Ansicht - für die Folgen des Medikamentenabhängigkeitssyndroms einzustehen. Je nachdem ob diesbezüglich der medizinische Endzustand erreicht sei oder nicht, seien entweder die Rente und die Integritätsentschädigung zu erhöhen (Hauptantrag) oder es seien weiterhin Taggeld- und Heilbehandlungsleistungen zu erbringen (Eventualantrag). Zum anderen habe der Beschwerdeführer allein schon für den erlittenen Knieschaden Anspruch auf höhere Leistungen. Auf die Berichte der Kreisärzte Dr. C. ___ und Dr. A. ___ könne nicht abgestellt werden; als einzige würden diese beiden anstaltsinternen Ärzte eine Medikamentenabhängigkeit verneinen. Diese Einschätzungen seien nicht nachvollziehbar. Die Ansicht der Beschwerdegegnerin überzeuge auch deshalb nicht, weil die Invalidenversicherung von einem Abhängigkeitssyndrom ausgehe. Bei allen Unterschieden zwischen der Unfall- und der Invalidenversicherung könne es nicht sein, dass eine versicherte Person hinsichtlich des einen Versicherungsverhältnisses an einem Medikamentenabhängigkeitssyndrom leide und bezüglich des anderen nicht. Da der Beschwerdeführer aufgrund des Abhängigkeitssyndroms, das eine Behandlungsfolge sei, zu 100 % erwerbsunfähig sei, habe er Anspruch auf eine entsprechende Rente. Zudem sei die Integritätsentschädigung zu erhöhen, denn das Abhängigkeitssyndrom habe zu irreversiblen Schädigungen geführt. Diesbezüglich seien aber weitere Abklärungen notwendig. Weiter sei fraglich, ob und inwieweit die Beschwerdegegnerin die Kosten der bisherigen Behandlung des genannten Syndroms zu übernehmen habe. Schliesslich habe die Beschwerdegegnerin bei der Berechnung des Rentenanspruchs für den erlittenen Knieschaden den versicherten Verdienst zu tief angesetzt. Sie sei nämlich zu Unrecht vom Unfallereignis im Jahr 1994 anstatt von demjenigen 2004 ausgegangen.

Letzterer sei aber gemäss Art. 15 Abs. 2 UVG der relevante Unfall, nach welchem die Rente festzusetzen sei. Nach dem Unfall von 1994 habe der Beschwerdeführer nämlich während zehn Jahren ohne Probleme gearbeitet. Erst der Unfall vom 14. März 2004 habe zu den vorliegenden Folgen geführt (Einsteifung, Knochenrarifizierung und Funktionsausfall). Somit sei von einem versicherten Verdienst von Fr. 70'470.-- (inklusive drei Kinderzulagen von monatlich Fr. 170.--) auszugehen. Zudem sei die Integritätsentschädigung gestützt auf einen maximal versicherten Verdienst von Fr. 106'800.-- (Stand im Jahr 2004) zu berechnen. Selbst wenn man aber von einem relevanten Unfall im Jahre 1994 ausginge, wäre der versicherte Verdienst zu erhöhen, da der Beschwerdeführer beim ersten Unfall noch nicht einmal 17 Jahre alt und er noch in der Anlernphase gewesen sei (Urk. 1 und 12).

E. 3

3.1.1. Strittig und zu präzisieren ist, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine auf einem 18 % übersteigenden Invaliditätsgrad basierende Rente und eine Integritätsentschädigung von mehr als 25 % hat. Zudem ist umstritten, von welchem versicherten Verdienst auszugehen ist. Schliesslich ist fraglich, ob beziehungsweise wann der sogenannte medizinische Endzustand eingetreten ist.

E. 3.2

3.2.1. Zum Zeitpunkt des Rückweisungsentscheids des hiesigen Gerichts vom 29. Februar 2008 (Urk. 8/85; vgl. auch Sachverhalt Ziffer 1.3) lagen folgende medizinische Akten vor:

Der Leitende Arzt Dr. med. F. ____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, von der Rehaklinik Z. ____, hielt in seinem Bericht vom 28. Januar 2005 (orthopädisches Konsilium [Urk. 8/23]) fest, dass ein multipel vorkontusioniertes und voroperiertes Kniegelenk vorliege. Damit habe der Beschwerdeführer jedoch bis März 2004 weitgehend beschwerdefrei als Gipser arbeiten können. Die Angaben in den Akten sowie die jetzige Befragung und Untersuchung wiesen auf eine psychosomatische Überlagerung hin. Das Knie sei reizlos. Obwohl eine ausgeprägte Patella baja sowie Verkalkungen im Rezessus suprapatellaris vorlägen, sei zu berücksichtigen, dass diese vor dem Unfall genau gleich bestanden hätten und der Beschwerdeführer damit zu 100 % und weitgehend beschwerdefrei habe arbeiten können. Es gebe keine Anhaltspunkte dafür, dass sich diese Situation intraartikulär geändert haben sollte. Diagnostisch seien aus diversen Gründen vergleichende Kniegelenksaufnahmen zu empfehlen. Aus rein orthopädischer Sicht gebe es keinen Grund für die in der heutigen Untersuchungen erhobenen Befunde (ziemlich ausgeprägte Pathologie mit einer Knieflexion von nur 30° und einem so langsamen Gang). Diese Phänomene könnten somatisch nicht erklärt werden.

Der Psychiater G. ____, Oberarzt, und der Leitende Arzt Dr. med. H. ____, Spezialarzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, von der Rehaklinik Z. ____, führten in ihrem Bericht vom 28. Januar 2005 (psychosomatisches Konsilium [Urk. 8/22]) aus, dass rein von den psychiatrischen Befunden her zum Untersuchungszeitpunkt keine Störung mit Krankheitswert vorliege. Das besonders in der medizinischen Untersuchung beschriebene Schmerzverhalten (etwa Stromschmerz in der linken Hand, den er mit den Rückenbeschwerden in Verbindung bringe) sei auffällig und spreche für ein Symptomausweitungs-Verhalten, das möglicherweise durch die Angst

des Beschwerdeführers, der schon viele Knieeingriffe hinter sich habe, hervorgerufen werde. Wesentliche psychosoziale Belastungsfaktoren, die über den Migrationshintergrund hinausgingen, seien nicht festzustellen.

Die Oberassistentin Dr. med. I. ___ und der Leitende Arzt Dr. med. J. ___, Spezialarzt FMH für Physikalische Medizin, von der Rehaklinik Z. ___ äusserten sich in ihrem Bericht vom 21. März 2005 (Urk. 8/24) dahingehend, dass beim Beschwerdeführer aktuell folgende Probleme vorliegen:

1. Chronisches Lumbovertebralsyndrom mit vorwiegend Aufrichteschmerz
2. Chronische Knieschmerzsymptomatik links mit ausgesprochen schmerzhafter Funktionseinschränkung (Flexion mehr als Extension)
3. Erhebliche Quadrizepsinsuffizienz und -atrophie links
4. Reduzierter Ernährungszustand (anamnestisch Gewichtsabnahme von 14 kg seit 03/2004)
5. Psychiatrische Diagnose: Keine psychiatrische Störung nach ICD-10

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

Dr. med. K. ___, Spezialistin FMH für Neurologie, diagnostizierte in ihrem Bericht vom 6. Juli 2005 (Urk. 8/32) massive Schmerzen der linken Körperseite und des ganzen Rückens bei Status nach mehreren Knieverletzungen links und Operationen sowie Sensibilitätsstörungen der ganzen linken Körperseite und wiederholte Zuckungen des Kopfes, was vordergründig als Somatisierungsstörung zu interpretieren sei. Sie empfahl den Einsatz einer zentral schmerzdistanzierenden Substanz

(falls bis anhin nicht eingesetzt), beispielsweise eines SSRI oder von Exefor. Eventuell sei auch ein Aufenthalt in einer psychosomatischen Klinik zu empfehlen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. A. ___ fÄ¼hrte in seinem Bericht vom 22. Juli 2005 (Urk. 8/37) aus, der BeschwerdefÄ¼hrer habe darÄ¼ber geklagt, dass es um seine Gesundheit immer schlechter stehe. Er kÄ¼nne das linke Kniegelenk nicht mehr beugen, und im RÄ¼cken habe er zunehmende Schmerzen. Seit dem letzten Unfallereignis habe er 14 kg abgenommen; dabei esse er ganz normal. Er nehme verschiedene Medikamente: MSD, Mydocalm, Spiralgin und Dalmadorm. Beim achtundzwanzigÄ¼hrigen, ehemaligen Gipser - so Dr. A. ___ weiter - bestehe eine somatisch und psychosomatisch desolante Entwicklung. Die heutige Untersuchung der zur Diskussion stehenden Regionen (untere LendenwirbelsÄ¼ule und linkes Kniegelenk) sei zwar zuverlÄ¼ssig durchzufÄ¼hren, aber der BeschwerdefÄ¼hrer sei insgesamt massiv verÄ¼ndert: somatisch extreme Abmagerung und psychisch depressiv erscheinendes Zustandsbild mit Verlangsamung, ErschÄ¼pfung markierend, kÄ¼rperliche SchwÄ¼che markierend. Er sei knapp imstande, einige Dutzend Meter zu gehen. WÄ¼hrend der Untersuchung habe er Ä¼ber massive Schmerzen (auch ohne BerÄ¼hrung der betroffenen Regionen) und zudem Ä¼ber SensibilitÄ¼tsstÄ¼rungen auf der gesamten linken KÄ¼rperseite geklagt. Im unteren LendenwirbelsÄ¼ulenbereich bestÄ¼nden eine leichte Belastungsintoleranz, eine BewegungseinschrÄ¼nkung und paravertebrale Muskelverspannungen. Es bestehe eine Druckdolenz der DornfortsÄ¼tze der gesamten LendenwirbelsÄ¼ule bis auf das Sakrum. Bildgebend seien weder degenerative VerÄ¼nderungen noch posttraumatische VerÄ¼nderungen nachgewiesen worden. Am linken Kniegelenk liege ein Zustand nach Quadrizepssehnenruptur, Reinsertion, erneuter Ruptur und Reinsertion mit bleibender Dehiszenz sowie dreimaliger Burssectomie vor, wobei die prÄ¼patellÄ¼re Weichteilsituation nach Burssectomie kompensiert sei und der gesamte Kniegelenkspalt bildgebend und klinisch keine wesentlichen VerÄ¼nderungen zeige, aber die Situation oberhalb der Patella eine Dellenbildung und Verkalkung am freiliegenden Sehnenansatz zeige. Es bestehe eine massive BerÄ¼hrungs- und Druckdolenz, die Weichteile seien aber klinisch weder entzÄ¼ndlich noch trophisch auffÄ¼llig. Zur KausalitÄ¼tsfrage fÄ¼hrte Dr. A. ___ aus, dass die Schmerzsituation nach dem letzten Unfallereignis im MÄ¼rz 2004 aufgrund der Befunde, des Unfallmechanismus und des Verlaufs nicht erklÄ¼rbar sei. Es seien auch keine pathologisch-anatomischen Substrate, die diese Symptomatologie und Beschwerden erklÄ¼ren kÄ¼nnten, fassbar. Die Kontusion der LendenwirbelsÄ¼ule habe klinisch primÄ¼r unbedeutende Befunde ergeben. Die Schmerzausweitung in den letzten Monaten sei unerklÄ¼rlich. Bildgebend seien keine traumatischen LÄ¼sionen nachweisbar und auch keine wesentlichen degenerativen vorbestehenden VerÄ¼nderungen. Einengungen der neurogenen Strukturen seien ausgeschlossen worden. Die Erweiterung der Symptomatik mit der sensiblen Hemisymptomatik der gesamten linken KÄ¼rperhÄ¼lfte und den angegebenen linksseitigen Augensymptomen sowie die psychischen VerÄ¼nderungen seien mit den erlittenen UnfÄ¼llen nicht zu erklÄ¼ren und nicht zu vereinen. Insbesondere seien sie nicht organischen Strukturen zuzuordnen, sondern rein funktioneller Art. Die eindrÄ¼ckliche und desolante Entwicklung nach dem letzten Unfallereignis sei medizinisch unerklÄ¼rlich. Das Ereignis und die Verletzungen seien grundsÄ¼tzlich eher bagatellÄ¼r. Solche Verletzungen heilten nach medizinischen Kriterien spÄ¼testens Ä¼ber wenige Wochen ab und wÄ¼rden in der Symptomatik nicht wie beim BeschwerdefÄ¼hrer zunehmen. Die klinischen und die bildgebenden Untersuchungen sowie die spezialÄ¼rztlichen Verlaufsuntersuchungen wÄ¼hrend der Rehabilitation in der Rehaklinik Z. ___ liessen den

eindeutigen Schluss zu, dass keine fassbaren Unfallresiduen mehr vorhanden seien, welche die Symptomatik und die volle Arbeitsunfähigkeit erklären könnten. Nach medizinischen Kriterien sei in der angestammten Arbeitstätigkeit keine Arbeitsunfähigkeit mehr zu begründen. Allenfalls bestehe eine leichte Belastungsverminderung des linken Kniegelenks, wobei zu berücksichtigen sei, dass der Beschwerdeführer vor dem letzten Ereignis vollumfänglich über mehrere Jahre bei gleichem Zustand als Gipser gearbeitet habe. Andere Einschränkungen des Zumutbarkeitsprofils bestünden nicht. Allerdings lasse es die Gesamtsituation des Beschwerdeführers, die jedoch - was die Untersuchungen bewiesen hätten - nicht unfallbedingt seien, kaum zu, dass er einer Arbeit nachgehe. Unfallbedingt seien keine Behandlungen notwendig. Unfallbedingte Restfolgen seien nicht vorhanden. Die bestehenden Symptome, Beschwerden und Befunde seien funktionell bedingt und mit den Unfallereignissen nicht zu erklären.

Dr. med. L. ____, Spezialarzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte in seinem psychiatrischen MEDAS-Teilgutachten vom 14. November 2006 (Urk. 8/83/3) eine somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), eine dissoziative Störung (ICD-10 F44.7) und eine Opiat- und Benzodiazepin-Abhängigkeit (ICD-10 F11.2 und F13.2). Der Beschwerdeführer sei durch die vorliegende Symptomatik zu 100 % arbeitsunfähig. Eine mehrmonatige stationäre Therapie (Pharmako-, Psycho- und Soziotherapie) sei dringend angezeigt. Dies sei umso mehr erforderlich, als der Beschwerdeführer aus der ebenfalls mit starken Gesundheitseinschränkungen einhergehenden Opiat- und Benzodiazepin-Abhängigkeit nur über eine mehrmonatige vollstationäre Entzugsbehandlung herausfinden werde. Der Rückzug von den Opiaten werde insofern schmerztherapeutisch zu rechtfertigen sein, als die gegenwärtige Dosis von 180 mg pro Tag zu einem völlig unbefriedigenden Ergebnis führe, und zwar sowohl auf der Wirkungsebene als auch auf der Nebenwirkungsebene. Zudem habe man auch mit höheren Dosen bisher keine besseren Erfahrungen gemacht. Allein die Opiat- und Benzodiazepin-Abhängigkeit führe beim Beschwerdeführer gegenwärtig und bis auf Weiteres zu einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit im bisher ausgeübten Beruf.

Dr. med. M. ____, Spezialarzt FMH für Orthopädie, von der MEDAS B. ____, führte im Rahmen der MEDAS-Abklärung in seinem orthopädischen Teilgutachten vom 15. November 2006 (Urk. 8/83/4) aus, dass er nicht beurteilen könne, ob die verschwommene Sprache, das unklare Artikulieren und die Schläfrigkeit Folgen des vom Beschwerdeführer betriebenen Medikamentenabusus seien oder ob es eine Demonstration sei. Diese Beurteilung sei dem Psychiater überlassen. Für die vom Beschwerdeführer geklagten Rückenschmerzen, die von den Knien bis zur Halswirbelsäule bestehen sollten, sei bislang von keinem der beigezogenen orthopädischen und Wirbelsäulen-Spezialisten ein entsprechendes pathologisches Substrat gefunden worden. Der Unfall vom 15. März 2004 sei nicht derart gewesen, dass eine schwere Verletzung zu erwarten gewesen sei. Die Röntgenbilder hätten keine traumatischen Läsionen gezeigt. Und auch im MRI der Lendenwirbelsäule vom 9. November 2004 seien keine Pathologien feststellbar gewesen. Das linke Knie zeige einen Status nach zweimaliger Quadrizepssehnenruptur mit einer Delle im Zentrum oberhalb der Patella und einer etwa nussgrossen Verknöcherung im Bereich des abgerissenen Zügels der Quadrizepssehne. Diese Situation erkläre zum Teil die Atrophie der Muskulatur am

linken Knie, die zweifellos mit einer gewissen Kraftreduktion einhergehe. Die seitlichen ZÄ¼gel im Bereich des Vastus lateralis und des Vastus medialis der Quadrizepssehnen seien intakt, weshalb das Bein auch gestreckt gehoben werden kÄ¼nne. Eine Verschlimmerung gegenÄ¼ber dem Zustand vor dem zur Diskussion stehenden Unfall kÄ¼nne nicht nachgewiesen werden. Es kÄ¼nne daher auch nicht erklÄ¼rt werden, weshalb er mit diesem Zustand vorher als Hilfsgipser vollumfÄ¼nglich arbeitsfÄ¼hig gewesen sei und plÄ¼tzlich - schmerzbedingt - arbeitsunfÄ¼hig sein sollte. Das Knie zeige weder eine Schwellung noch irgendeine Irritation. Eine gewisse SchwÄ¼che im linken Knie beim bestehenden zentralen Defekt der Quadrizepssehne sei zweifellos vorhanden; diese SchwÄ¼che kÄ¼nnte den BeschwerdefÄ¼hrer beim Tragen von schweren Lasten Ä¼ber Treppen behindern. Als Hilfsgipser bestehe eine Leistungsverminderung von 20 %. Eigentlich sei ja durch den letzten Unfall keine nachweisbare neue Verletzung dazugekommen. Umso erstaunlicher sei, dass er vorher noch voll gearbeitet habe. FÄ¼r leichtere angepasste Arbeiten (beispielsweise an einer Maschine in einer Fabrik) bestehe eine volle ArbeitsfÄ¼higkeit.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. med. N.____, Facharzt FMH fÄ¼r innere Medizin sowie fÄ¼r psychosomatische Medizin, Dr. med. O.____, Spezialarzt FMH fÄ¼r Innere Medizin und klinische Pharmakologie, Dr. L.____ und Dr. M.____ erhoben in ihrem MEDAS-Gutachten vom 14. November 2006 (Urk. 8/83/2) folgende Diagnosen:

Ä■ Anhaltende somatoforme SchmerzstÄ¼rung F45.4

Dissoziative StÄ¼rungen (KonversionsstÄ¼rungen) gemischt F44.7

Opiat- und BenzodiazepinabhÄ¼ngigkeit F11.2 u. F13.2

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

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Der BeschwerdefÄ¼hrer sei im Rahmen der MEDAS-Begutachtung allgemein-internistisch, orthopÄ¼disch und psychiatrisch exploriert und untersucht worden. Bei allen Untersuchungsterminen seien Klagen Ä¼ber seine stÄ¼ndigen Schmerzen im RÄ¼cken, in der linken Schulter und der ganzen linken KÄ¼rperseite (insbesondere im linken Bein) im Vordergrund gestanden. Bei sÄ¼mtlichen Untersuchungen sei das Verhalten des BeschwerdefÄ¼hrers auffÄ¼llig gewesen. Er habe benommen und zeitweise schlÄ¼frig gewirkt; er habe sich massiv eingeschrÄ¼nkt gezeigt und beim Gehen, Stehen und bei einfachen Verrichtungen die Hilfe seiner Frau benÄ¼tigt. Dramatisch seien die Befunddarstellung und das Verhalten des BeschwerdefÄ¼hrers bei der psychiatrischen und der orthopÄ¼dischen Untersuchung gewesen. Im orthopÄ¼dischen Teilgutachten seien der Status nach Quadrizepssehnenruptur links mit persistierendem Defekt oberhalb der Patella, die VerknÄ¼cherung am Sehnenansatz, die Quadrizepsatrophie des linken Beines und die aus orthopÄ¼discher Sicht ursÄ¼chlich nicht erklÄ¼rbaren BewegungseinschrÄ¼nkungen im linken Kniegelenk sowie die ausgeprÄ¼gten RÄ¼ckenschmerzen und die linksseitigen SensibilitÄ¼tsstÄ¼rungen festgestellt worden. Eine gewisse Kraftreduktion des linken Beines sei orthopÄ¼disch verstÄ¼ndlich, fÄ¼r die anderen Beschwerden fehlten auch anhand der bildgebenden Untersuchungen allerdings die ErklÄ¼rungen. Insbesondere kÄ¼nne aus orthopÄ¼discher Sicht nicht erklÄ¼rt werden, warum bei vorher voller ArbeitsfÄ¼higkeit als Hilfsgipser nach dem letzten Unfall plÄ¼tzlich schmerzbedingt eine vollstÄ¼ndige ArbeitsunfÄ¼higkeit eingetreten sei. Aus orthopÄ¼discher Sicht bestehe demnach auch fÄ¼r die angestammte TÄ¼tigkeit keine quantitative BeeintrÄ¼chtigung; qualitativ kÄ¼nnte aber beim Tragen von schweren Lasten Ä¼ber Treppen eine

Beeinträchtigung vorliegen. Der wesentliche Gesundheitsschaden, der die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers reduziere, sei psychisch bedingt. Die neben den Schmerzen bestehenden kurzzeitigen Bewusstseinsveränderungen, Gang-, Bewegungs- und Sensibilitätsstörungen liessen sich als Konversionsstörungen zusammenfassen. Des Weiteren müsse anhand der Anamnese und des klinischen Bildes von einer Opiat- und Benzodiazepin-Abhängigkeit ausgegangen werden, die sich mit den Konversionssymptomen mische beziehungsweise diese verstärke (Bewusstseinsänderung, Verlangsamung, kognitive Einschränkungen, Geh- und Stehunsicherheit). Das Störungsbild sei so ausgeprägt, dass medizinische Massnahmen im Sinne einer intensiven stationären psychiatrischen Behandlung (inklusive Entzugsbehandlung) ganz im Vordergrund ständen. Es sei von einer langen Behandlungsdauer auszugehen; eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit sei erst mittelfristig vorstellbar. Gegenwärtig sei an eine Wiedereingliederung durch berufliche Massnahmen nicht zu denken. Bezüglich Arbeitsfähigkeit hielten die Gutachter fest, dass sich auf körperlicher Ebene die ausgeprägte Schwäche und die Bewegungsstörungen beeinträchtigend auswirkten. Aktuell wäre der Beschwerdeführer deshalb - abgesehen von der psychisch-geistigen Beeinträchtigung - nicht in der Lage, einer Arbeitstätigkeit nachzugehen. In sozialer Hinsicht wirkten sich ein ängstlich-depressives Vermeiden im Rahmen einer dissoziativen Störung und die Auswirkungen der Medikamente negativ aus. Relativierend müsse man anmerken, dass sich der Beschwerdeführer gegenüber den verschiedenen Gutachtern unterschiedlich stark eingeschränkt dargestellt habe. Im Rahmen der Konversionsstörung mit theatralisch und demonstrativ wirkendem Verhalten könne eine mindestens teilweise willentliche Steuerung des auffallenden Symptom- und Krankheitsverhaltens angenommen werden. Die Gutachter kamen schliesslich zu folgendem Fazit: Der Beschwerdeführer kann in seinem aktuellen körperlichen und geistigen Zustand eine Arbeit als Hilfsgipsler nicht mehr ausführen. Abgesehen vom aktuellen Untergewicht und der allgemeinen Schwäche spielen hier weniger die körperlichen Befunde eine Rolle als vielmehr die wechselnd ausgeprägten Missempfindungen, Sensibilitätsstörungen, Bewusstseins- und Bewegungsstörungen im Rahmen der dissoziativen Störung. Retrospektiv müsse von einer negativen psychischen Entwicklung nach dem Unfall vom März 2004 und erneuter Operation am linken Kniegelenk im Juni 2004 ausgegangen werden, in deren Rahmen es auch zu einem unkritischen und schliesslich zur Abhängigkeit führenden Medikamentengebrauch gekommen sei. Seither müsse von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werden. Prinzipiell sei bei einer Besserung oder eines Wegfalls der psychischen Störung auch die angestammte Tätigkeit wieder ausführbar. Allenfalls ist eine Leistungsminderung wegen des zu vermeidenden Tragens für schwere Lasten über Treppen zu bescheinigen.

3.2.2. Nach dem genannten Rückweisungsentscheid vom 29. Februar 2008 (Urk. 8/85) wurden im Wesentlichen folgende medizinische Berichte zu den Akten genommen:

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Kreisarzt Dr. C. nahm am 4. September 2008 eine Aktenbeurteilung vor, dabei setzte es sich insbesondere mit dem oben zitierten MEDAS-Gutachten vom 14. November 2006 auseinander (Urk. 8/91). Dabei kam er zu folgenden Schlüssen: Im MEDAS-Gutachten werde zutreffend festgehalten, dass ein fortgesetzter Gebrauch von Opiaten und Benzodiazepinen zu zusätzlichen Problemen führen könne. Es müsse von rheumatologischer Seite beurteilt werden, ob angesichts der vom Beschwerdeführer

geschilderten MST-Dosis schon mit der Entwicklung einer schwerwiegenden Abhängigkeit zu rechnen sei. Bezüglich der Benzodiazepine sei dies alleine aufgrund der Dosis nicht ausgewiesen. Zudem seien auch die Kriterien gemäß ICD-10 nicht in der geforderten Eindeutigkeit erfüllt, damit die Diagnose einer Abhängigkeit von Opiaten oder Benzodiazepinen klar gestellt werden könne. Eine Klärung mit den behandelnden Ärzten sei nicht erfolgt. Erst das würde aufzeigen, ob sich der Beschwerdeführer an die ärztlichen Verordnungen gehalten oder ob er zusätzlich noch weitere Medikamente eingenommen habe. Das MEDAS-Gutachten habe auch aufgezeigt, dass beim Beschwerdeführer ein erhebliches psychiatrisches Leiden (dissoziative Störung) vorliege, woraus sich allein schon eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit ableiten lasse. Es sei der Einschätzung der MEDAS-Gutachter zuzustimmen, dass der Beschwerdeführer angesichts dieser Leidenssituation einer intensiven Behandlung bedürfe, vorzugsweise in einem stationären Rahmen. Dabei gelte es, die medizinischen und auch pharmakologischen Möglichkeiten der Schmerzbehandlung auszuschöpfen und sein psychisches Leiden in einem mitmenschlich geprägtem Rahmen aufzunehmen, damit sich Wandel und Veränderung zum Besseren ergeben möge (Urk. 8/96).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Kreisarzt Dr. A. ___ hielt in seinem Bericht vom 30. Oktober 2008 (Urk. 8/106) fest, dass durch die erweiterten Abklärungen habe bewiesen werden können, dass die psychiatrische Diagnose „Opiat- und Benzodiazepinabhängigkeit“ falsch sei und dass vollumfänglich auf die Stellungnahme von Kreisarzt Dr. C. ___ vom 4. September 2008 abzustellen sei. Es habe keine Fehlbehandlung im Verlauf bezüglich Medikamentenabgabe stattgefunden; bezüglich Medikamentenverbrauch sei keine Komplikation aufgetreten. Der Medikamentenverbrauch sei entsprechend den Diagnosen insgesamt als eher moderat zu qualifizieren. Die Schmerzen seien offensichtlich im üblichen Behandlungsrahmen durch die abgegebenen Medikamente beherrscht worden. Es seien keine massiven Dosierungen notwendig gewesen. Die angegebenen und demonstrierten Schmerzen seien nach wie vor aufgrund der somatischen Befunde strukturell und funktionsbezogen nicht nachvollziehbar.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. D. ___ diagnostizierte in seinem Bericht vom 24. November 2008 (Urk. 8/115/2) eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung sowie eine Störung durch Sedativa, Hypnotika (Abhängigkeitssyndrom mit gegenwärtigem Substanzgebrauch). Hinsichtlich der kreisärztlichen Einschätzung betreffend der Einnahme der vielen Medikamente äußerte sich Dr. D. ___ folgendermassen: „Besonders [bei] MST, Traumalix, Ben-u-ron, Buscopan und Siralud ist es angezeigt, einen Entzug dieser Suchtmittel zu machen.“

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Oberärztin Dr. med. P. ___ und Assistenzärztin med. pract. Q. ___ von der E. ___, wo der Beschwerdeführer vom 28. Dezember 2008 bis 30. Januar 2009 hospitalisiert war, diagnostizierten in ihrem Bericht vom 4. Februar 2009 (Urk. 8/122/2) unter anderem eine rezidivierende depressive Störung (gegenwärtig mittelgradige Episode) mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.1), einen Status nach Suizidversuchen 2004, 2005 und 2008, eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), einen Verdacht auf eine kombinierte Persönlichkeitsstörung sowie eine Störung durch Opiode (Abhängigkeitssyndrom mit gegenwärtigem Substanzgebrauch [ICD-10 F11.24]). Bei Eintritt habe das Zustandsbild des Beschwerdeführers sehr sediert und leicht delirant angemutet. Zuerst sei die Oxycontinmedikation reduziert worden; im Verlauf sei Truxal und Efexor abgesetzt worden. Der allgemeine Zustand habe dadurch verbessert

werden können. Es sei drei Mal zu möglichen psychogenen Krampfanfällen gekommen: Der Beschwerdeführer habe am Bein gezuckt und sich mit den Händen an den Kopf geschlagen. Vom klinischen Bild her bestehe kein Verdacht auf genuine epileptische Anfälle und auch nicht auf dissoziative Zustände. Es werde die Fortführung der Medikation und - wenn möglich - die Reduktion der Oxycontinabgabe im Verlauf empfohlen.

Kreisarzt Dr. A.____ führte in seinem Bericht vom 3. März 2009 (Urk. 8/123) aus, dass bei einer Beurteilung für die Invalidenversicherung eine Medikamentenabhängigkeit postuliert worden sei. Warum diese Diagnose eingebracht worden sei, könne heute nicht mehr nachvollzogen werden. Es sei eindrücklich durch eine fachpsychiatrische Beurteilung am 4. September 2008 und durch eine Beurteilung der medikamentösen Behandlung am 30. Oktober 2008 zu dieser Diagnose Stellung genommen worden, und zwar mit dem Fazit, dass weder eine Fehlbehandlung noch eine Schmerzmittelüberbehandlung beziehungsweise ein Schmerzmittelabusus im Verlauf aufgetreten sei. Trotzdem sei durch eine oberflächliche Stellungnahme des behandelnden Psychiaters am 24.11.2008 nochmals diese Diagnose gestellt worden. Unterdessen habe sich die Situation am linken Kniegelenk etwas geändert. Auch unabhängig von der sozialen und psychiatrischen Beeinflussung bestehe eine gewisse Leistungseinschränkung. Er formuliere deshalb folgendes Zumutbarkeitsprofil, wobei unfallfremde Diagnosen nicht berücksichtigt würden: Leichte bis mittelschwere Tätigkeiten. Zusatzbelastungen vereinzelt bis 15 kg statisch, kurzstreckig Gehen 10 kg, ohne ausschliessliche axiale Belastung des linken Beines. Gehstrecke mehrere Male pro Arbeitszeit 100 m. Sitzen uneingeschränkt ohne Zwangshaltungen für das linke Bein. Nicht zumutbar: Repetitive Stoss-, Zug- und Drehbewegungen. Ausschliessliches Gehen auf unebenem Untergrund. Repetitives Treppensteigen. Gerüstarbeit, Leiternarbeit. Kauernde, kniende, bodennahe Tätigkeiten. Vibrationen, Hämmern, Schlage, Bohren, Pickeln, Schaufeln, Spitzen. Es sei selbstverständlich, dass die Gesamtsituation keine Arbeitstätigkeit zulasse. Dies habe aber mit den Unfallfolgen nur im Rahmen des genannten Zumutbarkeitsprofils einen Zusammenhang. Sämtliche anderen Diagnosen und Einschränkungen seien krankheitsbedingt. Die unfallbedingte Integritätseinbusse bezifferte Kreisarzt Dr. A.____ auf 25 % (Urk. 8/124).

Assistenzärztin med. pract. R.____ von der E.____, wo der Beschwerdeführer vom 13. bis 29. Januar 2010 erneut hospitalisiert war, diagnostizierte in ihrem Bericht vom 27. Januar 2010 (Beilage zu Urk. 8/163) eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), eine rezidivierende depressive Störung (gegenwärtig mittelgradige Episode) mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11), eine Störung durch Opioide/Abhängigkeitssyndrom (ICD-10 F11.2), einen Verdacht auf eine kombinierte Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.9), einen Status nach Suizidversuchen 2004, 2005 und 2008 sowie einen Status nach diversen Knieoperationen links (vgl. dazu auch den Bericht vom 2. Februar 2010 [Urk. 3]).

E. 3.3

3.3.1 Soweit der Beschwerdeführer die Auffassung vertreten liess, dass im vorliegenden Verfahren nicht mehr auf die Frage zurückgekommen werden dürfe, ob tatsächlich ein Medikamentenabhängigkeitssyndrom bestehe, weil darüber bereits im Rückweisungsentscheid des hiesigen Gerichts vom 29. Februar 2008 (Urk. 8/85) endgültig befunden worden sei (Urk. 1 S. 4 ff.), ist ihm zwar zuzustimmen, dass nach

dem damaligen Aktenstand vom Bestehen eines solchen Syndroms auszugehen war, das hiesige Gericht in Bezug auf das Vorliegen eines Abhängigkeitssyndroms aber keine abschliessende, verbindliche, den Beurteilungsspielraum der Beschwerdegegnerin einschränkende Feststellung treffen wollte. Streitentscheidend war im genannten Urteil vielmehr, dass die medizinische Aktenlage keinen Entscheid in der Sache zulies.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Hinzu kommt, dass nach Â§ 26 Abs. 2 Satz 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) - nach Rückweisungen - im Verwaltungsverfahren neue tatsächliche Behauptungen und die Bezeichnung neuer Beweismittel zulässig sind. Bindend ist lediglich die rechtliche Beurteilung (Â§ 26 Abs. 2 Satz 2 GSVGer; Robert Hurst, in: Christian Zünd/Brigitte Pfiffner Rauber [Hrsg.], Gesetz über das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich, 2. Auflage, Zürich/Basel/Genf 2009, N 7 zu Â§ 26 GSVGer; vgl. dazu auch Â§ 104a Abs. 1 des Gerichtsverfassungsgesetzes [GVG]; Robert Hauser/Erhard Schweri, Kommentar zum Zürcherischen Gerichtsverfassungsgesetz, Zürich 2002, N 30 ff. zu Â§ 104a GVG; Frank/Struuli/Messmer, Kommentar zur Zürcherischen Zivilprozessordnung, 3. Auflage, Zürich 1997, N 7 zu Â§ 270 ZPO, jeweils mit weiteren Hinweisen; vgl. auch BGE 117 V 237, in den Regesten: Die rechtliche Begründung, mit der das Eidg. Versicherungsgericht eine Sache zurückweist, ist für die Vorinstanz verbindlich.Ä)

3.3.2 Ä Ä Aus den wiedergegebenen medizinischen Berichten und Gutachten ergibt sich zweifelsfrei, dass beim Beschwerdeführer nach wie vor erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigungen vorliegen und dass er deshalb nicht fähig ist, einer Erwerbsarbeit nachzugehen. Das wurde zuletzt auch von Kreisarzt Dr. A. ___ in seinem Bericht vom 3. März 2009 (Urk. 8/123) bestätigt, der ausführte, es sei selbstverständlich, dass die Gesamtsituation keine Arbeitstätigkeit zulasse. Fraglich ist aber, ob beziehungsweise inwieweit die bestehende 100%ige Arbeitsbeziehungsweise Erwerbsunfähigkeit unfallbedingt ist oder nicht.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Wie bereits ausgeführt wurde (vgl. Erw. 3.3.1), ging das hiesige Gericht in seinem Rückweisungsentscheid vom 29. Februar 2008 (Urk. 8/85) gestützt auf die damalige Aktenlage davon aus, dass beim Beschwerdeführer eine Medikamentenabhängigkeit bestand. In der Folge holte die Beschwerdegegnerin insoweit weitere Berichte ein. Die Kreisärzte Dr. C. ___ und Dr. A. ___ widersprachen dabei dezidiert der insbesondere von den Dres. N. ___, O. ___, L. ___ und M. ___ in ihrem MEDAS-Gutachten vom 14. November 2006 (Urk. 8/83/2) vertretenen Auffassung, dass beim Beschwerdeführer eine Opiat- und Benzodiazepinabhängigkeit vorliege. Die Dres. C. ___ und A. ___ legten ihren Einschätzungen eine detaillierte Aufstellung der vom Beschwerdeführer eingenommenen Medikamente zugrunde (vgl. Urk. 8/104); die Berichte erscheinen sorgfältig und sind an sich nachvollziehbar (vgl. Urk. 8/96, Urk. 8/105-106 und Urk. 8/123-124). Allerdings ist zu berücksichtigen, dass sich nicht nur das genannte MEDAS-Gutachten für das Vorliegen einer Medikamentenabhängigkeit ausspricht, sondern auch Dr. D. ___ (Urk. 8/115/2), Dr. P. ___ und med. pract Q. ___ (Urk. 8/122/2) sowie med. pract. R. ___ (Urk. 8/163) entsprechende Diagnosen erhoben. Zwar setzten sich diese Fachpersonen nicht mit der Auffassung der beiden Kreisärzte auseinander; dies ändert aber nichts daran, dass unter den medizinischen Experten die Frage, ob der Beschwerdeführer medikamentenabhängig ist, höchst umstritten ist und aufgrund der herrschenden Aktenlage nicht mit rechtsgenügender Wahrscheinlichkeit beantwortet werden kann.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Sollte beim Beschwerdeführer tatsächlich eine behandlungsbedingte Medikamentenabhängigkeit im Sinne von Art. 6 Abs. 3 UVG vorhanden sein, stellte sich die Frage, ob insoweit eine Entziehungskur notwendig und deshalb im vorliegenden Fall der sogenannte medizinische Endzustand gar noch nicht erreicht wäre. Gegebenfalls hätte der Beschwerdeführer Anspruch auf Taggeld- und Heilbehandlungsleistungen; erst bei Erreichen des sogenannten medizinischen Endzustands wären Rente und Integritätsentschädigung festzusetzen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Gewisse Zweifel erweckt hier im Übrigen das Vorgehen der Beschwerdegegnerin, die Frage einer Medikamentenabhängigkeit beziehungsweise des Vorliegens eines Behandlungsfehlers (oder einer [unerwünschten] Behandlungsfolge im Sinne von Art. 6 Abs. 3 UVG) allein durch anstaltsinterne Ärzte abklären zu lassen, zumal einer der beteiligten Kreisärzte, nämlich Dr. A. ____, im vorliegenden Fall bereits tätig war und im Rückweisungsentscheid darauf hingewiesen wurde, dass ihm der Medikamentenkonsum des Beschwerdeführers bekannt gewesen sei (vgl. Urk. 8/85 Erw. 3.3.3).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Weiter ist darauf hinzuweisen, dass die Eidgenössische Invalidenversicherung beziehungsweise die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, im Gegensatz zur Beschwerdegegnerin nach wie vor vom Vorliegen einer Medikamentenabhängigkeit ausgeht und dem Beschwerdeführer gerade deshalb (einstweilen) jegliche Leistungen verweigert (vgl. dazu Prozess Nr. IV.2008.01217). Aus den Akten ist ersichtlich, dass die IV-Stelle und die Beschwerdegegnerin gegenseitig nicht nur von den laufenden Verfahren Kenntnis hatten, sondern offensichtlich auch von den diametral unterschiedlichen Einschätzung betreffend den fraglichen Medikamentenabusus (vgl. dazu etwa Urk. 8/130). Es ist nicht leicht nachvollziehbar, weshalb diese Verfahren beziehungsweise die entsprechenden Abklärungen nicht koordiniert wurden. Jedenfalls ist es nicht haltbar, im einen Fall von einer Medikamentenabhängigkeit auszugehen und sie gleichzeitig im anderen Fall zu verneinen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Schliesslich erweist sich der vorliegende Fall auch deshalb als nicht spruchreif, weil - worauf der Beschwerdeführer zu Recht hinweisen liess - unklar ist, welcher der erlittenen Unfälle im Sinne von Art. 15 Abs. 2 UVG relevant ist. Diese Frage ist zur Bestimmung des massgebenden versicherten Verdienstes wesentlich. Da der angefochtene Einspracheentscheid aber ohnehin aufzuheben ist, erübrigen sie weitere Ausführungen hiezu.

3.3.3 Ä Ä Nach dem Gesagten ist die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie die offenen relevanten Fragen (insbesondere im Zusammenhang mit einer möglichen Medikamentenabhängigkeit) in enger sachlicher Koordination mit der Invalidenversicherung (vgl. dazu den heutigen Rückweisungsentscheid im invalidenversicherungsrechtlichen Prozess Nr. IV.2008.01217) durch ein versicherungsunabhängiges, umfassendes polydisziplinäres Gutachten abklären lasse und hernach (wenn möglich ebenfalls in der Sache koordiniert mit der Invalidenversicherung) über ihre Leistungen ab 1. November 2005 (Invalidenrente und Integritätsentschädigung beziehungsweise Taggeld- und Heilbehandlungsleistungen) neu verführe.

4. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Nach § 34 Abs. 1 GSVG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden ohne Rücksicht auf den

Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 3 GSVGer). Als Obsiegen gilt insoweit auch die Rückweisung an den Versicherungsträger zur weiteren Abklärung (BGE 110 V 57 Erw. 3a). Vorliegend erscheint eine Prozessentschädigung von Fr. 4'700.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) als angemessen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass der Einspracheentscheid vom 5. Februar 2010 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird, damit sie nach Durchführung der erforderlichen Abklärungen über ihre Leistungen ab 1. November 2005 neu verfährt.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 4'700.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Dr. Markus Krapf

- Rechtsanwalt Reto Bachmann

- CSS Versicherung

- 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.