

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2014.00024**

## **vom 12. August 2015**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-08-12, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2014.00024](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2014.00024)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2014.00024 du 12 août 2015

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2014.00024 del 12 agosto 2015

### **Erwägungen**

#### **E. 1.1**

Gemäss Art. 6 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) werden soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt - die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Abs. 1). Für die Leistungspflicht eines Unfallversicherers setzt das UVG nebst dem Vorliegen eines Unfalls (Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG) oder einer unfallähnlichen

Körperschädigung (Art. 6 UVG in Verbindung mit Art. 9 Abs. 2 der Verordnung über die Unfallversicherung, UVV) voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein natürlicher und ein adäquater Kausalzusammenhang besteht.

#### **E. 1.2**

Als natürlich

kausale Ursachen für einen gesundheitlichen Schaden gelten 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. Dabei genügt es, 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 177 E. 3.1, 406 E. 4.3.1, 123 V 45 E. 2b, 119 V 335 E. 1, 118 V 289 E. 1b, je mit Hinweisen).

#### **E. 1.2.1**

Im Rahmen eines Arbeitstrainings der Invalidenversicherung (Urk. 17/177) beim Z.\_\_\_\_ war der Versicherte ebenfalls bei der Suva

obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert, als er am 5. Mai 2011 beim Hinuntergehen einer Treppe ausrutschte, das rechte Knie verdrehte (Urk. 16/1, Urk. 16/75/1) und sich eine Meniskusklausion des medialen Hinterhorns rechts zuzog (Urk. 16/5).

Am 13. Juli 2011 wurde an der Klinik A.\_\_\_\_

am rechten Knie eine Arthroskopie mit Teilmeniskektomie medial und Meniskusstrümmung lateral durchgeführt (Urk. 16/16). Ab dem 26. September 2011 nahm der Versicherte das Arbeitstraining in der Speditionsabteilung des Z.\_\_\_\_ wieder auf, und zwar in einem 50%igen Pensum (Urk. 16/21/1).

### **E. 1.2.2**

Am 23. Januar 2012 stürzte der Versicherte die Treppe hinunter und zog sich dabei am linken Knie eine Distorsion mit einer medialen Meniskushinterhornläsion zu (Urk. 15/1, Urk. 15/4, Urk. 15/13/1).

Am 9. Februar 2012 wurde im B.\_\_\_\_ eine Kniegelenksarthroskopie links mit einer Resektion des medialen Meniskushinterhornes und einer Plica-Resektion durchgeführt (Urk. 15/4).

### **E. 1.2.3**

Die Suva erbrachte die gesetzlichen Leistungen für die Folgen der Unfälle vom 5. Mai 2011 und vom 23. Januar 2012. Mit Mitteilung vom 7. März 2012 stellte die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich (SVA), IV-Stelle (nachfolgend: IV-Stelle), den vorläufigen Abbruch des Arbeitstrainings per 25. Januar 2012 fest (Urk. 15/10). Da sowohl am rechten als auch am linken Knie Beschwerden persistierten (Urk. 16/23/1, Urk. 16/27/1, Urk. 16/31-32) wurde der Versicherte vom 7. Mai bis 26. Juni 2012 in der Klinik C.\_\_\_\_ stationär behandelt, wo eine ganz tägige leichte bis mittelschwere Erwerbstätigkeit als zumutbar erachtet wurde (Austrittsbericht vom 27. Juni 2012, Urk. 16/36).

Die IV-Stelle übernahm mit Mitteilung vom 7. November 2012 die Kosten für einen Ausbildungskurs in Deutsch vom 6. bis 23. November 2012 (Urk. 15/50). Am 23. November 2012 untersuchte der Kreisarzt Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, den Versicherten und bestätigte die Einschätzung der Ärzte der Klinik C.\_\_\_\_

(Abschlussbericht vom 23. November 2012, Urk. 16/47/8-9). Am 10. Dezember 2012 verneinte Dr. D.\_\_\_\_ eine erhebliche Integritätseinbusse durch die Knieverletzungen (Urk. 15/63). Am 13. Dezember 2012 teilte die Suva dem Versicherten die Einstellung der Taggeldleistungen per Ende 2012 mit (Urk. 15/68). Mit Verfügung vom 9. Januar 2013 erhöhte die Suva die bisherige 30%igen Rente per 1. Januar 2013 auf 32% (Urk. 16/58). Der Versicherte erhob hiergegen mit Schreiben vom 24. Januar 2013 (Urk. 16/62), ergänzt mit Schreiben vom 19. März 2013 (Urk. 16/67), Einsprache. Am 11. Januar 2013 sprach die IV-Stelle dem Versicherten die Kostenübernahme für einen Arbeitsversuch vom 14. Januar bis 13. April 2013 bei der E.\_\_\_\_ AG zu (Urk. 15/73). Mit Verfügung vom 5. Juli 2013 verneinte die Suva

sodann einen Anspruch auf eine Integritätsschädigung

aufgrund der Unfälle vom 5. Mai 2011 und vom 23. Januar 2012 respektive der Knieverletzungen

(Urk. 16/71). Dagegen erhob der Versicherte mit Schreiben vom 29. August 2013 Einsprache (Urk. 16/72). Mit Einspracheentscheid vom 27. Dezember 2013 wies die Suva die Einsprachen des Versicherten vom 24. Januar und

vom 29. August 2013 ab (Urk. 2). 2.

Mit Eingabe vom 31. Januar 2014

erhob der Versicherte Beschwerde gegen den Einspracheentscheid vom 27. Dezember 2013 und beantragte, dieser sei aufzuheben und es sei ihm eine höhere Rente und eine

Integritätsentschädigung von 10 % , eventualiter 5 % zuzusprechen; eventualiter seien weitere berufliche und medizinische Abklärungen vorzunehmen (Urk. 1 S. 2 und S. 6 ).

Mit der Beschwerde reichte der Beschwerdeführer den Bericht der Klinik A.\_\_\_\_ vom 11. September 2013 (Urk. 3/3), das Journal des Z.\_\_\_\_ vom 18. Oktober 2011 bis 30. Januar 2012 (Urk. 3/5) und das Verlaufsprotokoll der Berufsberatung der IV-Stelle vom 23. September 2013 (Urk. 3/6) sowie mit Eingabe vom 4. März 2014 (Urk. 7)

zudem den Bericht von Dr. med. F.\_\_\_\_ , Facharzt für Orthopädische Chirurgie, von der Klinik G.\_\_\_\_

vom 6. Februar 2014 ein (Urk. 8). Die Beschwerdegegnerin schloss in der Beschwerdeantwort vom 16. April 2014

auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 14 S. 2). Der Beschwerdeführer hielt mit Replik vom 2

### **E. 1.3**

Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2, 405 E. 2.2, 125 V 456 E. 5a).

Bei objektiv ausgewiesenen organischen Unfallfolgen deckt sich die adäquate, d.h. rechtserhebliche Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung (BGE 134 V 109 E. 2.1).

### **E. 1.4**

Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG), so hat sie ausserdem Anspruch auf ein Taggeld (Art. 16 Abs. 1 UVG).

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 vorausichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 ATSG). Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG; vgl. BGE 130 V 121).

Der Rentenanspruch entsteht nach Art. 19 Abs. 1 UVG, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV) abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen Heilbehandlungs- und die Taggeldleistungen dahin.

## E. 1.5

Mit der Festsetzung einer Invalidenrente (Art. 19 Abs. 1 UVG) oder, falls kein Rentenanspruch besteht, bei der Beendigung der ärztlichen Behandlung ist eine angemessene Integritätsentschädigung festzulegen, sofern die versicherte Person durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität erlitten hat (Art. 24 UVG). 2.

### 2.1

Die Beschwerdegegnerin stellte sich im angefochtenen Einspracheentscheid auf den Standpunkt, bezüglich der Restfolgen der Unfälle sei gestützt auf die Einschätzung der Ärzte der Klinik C.\_\_\_\_ gemäss dem Austrittsbericht vom 27. Juni 2012, welche vom Kreisarzt Dr. D.\_\_\_\_ gemäss dem Untersuchungsbericht vom 23. November 2012 bestätigt worden sei, von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit auszugehen.

Der Vergleich des Invalideneinkommens nach der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnstrukturerhebung (LSE) von Fr. 53'428.-- mit dem Valideneinkommen von Fr. 78'900.-- ergebe eine Erwerbseinbusse von gerundet 32%. Hinsichtlich des Anspruches auf eine Integritätsentschädigung betreffend die Knieschäden zu Folge der Unfälle vom 5. Mai 2011 und 23. Januar 2012 könne auf die nach vollziehbare Einschätzung von Dr. D.\_\_\_\_ vom 10. Dezember 2012 von lediglich diskreten arthrotischen Veränderungen, welche die Erheblichkeitsgrenze von 5% nicht erreichen würden, abgestellt werden, weshalb der Anspruch zu verneinen sei (Urk. 2 S. 4 ff.). 2.2.

Der Beschwerdeführer bringt dagegen vor, er leide an Anlaufschmerzen und beidseitigen medialen Knieschmerzen bei Belastung, welche bereits nach fünf Minuten Gehen auftreten würden. In der Nacht seien die Schmerzen am linken Knie besonders stark. Der Endzustand sei noch nicht erreicht. Gemäss Dr.

F.\_\_\_\_ werde eine Knieoperation mit allfälliger Prothese unumgänglich. Zudem würden nach wie vor bewegungs- und belastungsabhängige Schmerzen in der linken Schulter und im linken Ellenbogen bestehen. Sowohl gemäss der Einschätzung des Spezialisten der Klinik A.\_\_\_\_ Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, als auch gemäss der Erfahrung anlässlich der Eingliederungsmassnahmen bei der Z.\_\_\_\_

sei ihm lediglich eine 50%ige Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit zumutbar.

Auch Dr.

F.\_\_\_\_ gehe von einer lediglich 50%igen Arbeitsfähigkeit aus. Die Beurteilung der Ärzte der Klinik C.\_\_\_\_ beziehe sich auf eine berufliche Massnahme im angepassten Rahmen, mithin in einem geschützten Rahmen und sei im Übrigen für den massgeblichen Gesundheitszustand im Zeitpunkt der Verfügung nicht aktuell. Indem die

Beschwerdegegnerin auf diese Einschätzung abgestellt habe, sei die Eingliederungsphase samt Arbeitsversuchen im Jahr 2013 und damit die praktisch erzielte Arbeits-/Leistungsfähigkeit nicht gewürdigt worden, was indes zwingend notwendig gewesen wäre. Denn er erbringe offensichtlich nicht dieselben Leistungen wie ein gesunder Mitarbeiter, obschon er als motivierter Mitarbeiter bezeichnet werde. Die absolvierten

Arbeitstrainings und -einsätze hätten denn auch keine Selbstlimitierung und Symptomausweitung zu Tage gebracht. Eventualiter sei zu mindest von einer 20%igen Leistungseinschränkung bei ganztägiger Präsenz auszugehen, da sich die Beschwerden unter Belastung verstärken würden und daher eine volle Arbeitsfähigkeit ohne zusätzliche Pausen und längere Erholungszeiten nicht realistisch sei.

Beim Invalideneinkommen sei vom LSE-Lohn eines Kuriers ein leistungsbedingten Abzug von 20 % zu berücksichtigen. Aufgrund des Streckdefizits von 20 %

und der beginnenden fortgeschrittenen Femorotibialarthrosen sei eine Integritätsentschädigung von 10 % , eventualiter 5 % zuzusprechen (Urk. 1 S. 4 ff., Urk. 21 S. 2 ff. ). 2.3

Es ist unstrittig ausgewiesen, dass der Beschwerdeführer durch den Unfall vom 5. Mai 2011 eine komplexe Meniskuläsion des medialen Hinterhorns rechts erlitt (Urk. 16/5), die am 13. Juli 2011 in der Klinik A.\_\_\_\_ mittels einer Arthroskopie mit Teilmeniskektomie medial und Meniskustrimming lateral operiert wurde (Urk. 16/16), und dass er sich durch den Unfall vom 23. Januar 2012 am linken Knie ebenfalls eine mediale

Meniskushinterhornläsion zuzog (Urk. 15/1, Urk. 15/4, Urk. 15/13/1), die am 9. Februar 2012 im B.\_\_\_\_ wiederum mittels Kniegelenksarthroskopie mit einer Resektion des medialen Meniskushinterhornes und einer Plica-Resektion operativ versorgt wurde (Urk.15/4). Die Beschwerdegegnerin anerkannte ihre Leistungspflicht für diese somatischen Unfallfolgen und deren Folgebeschwerden bis Ende 2012 (Urk. 16/58, Urk. 2).

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht den Fallabschluss betreffend die Unfälle vom 5. Mai 2011 (Verletzung des rechten Meniskus) und vom 23. Januar 2012 (Verletzung des linken Meniskus) per Ende 2012 vornahm (E. 3 ), die bisherige Rente mit einer Erwerbseinbusse von 30 % auf 32 % erhöhte (E. 4 ) und den Anspruch auf eine Integritätsentschädigung für die Knieverletzungen verneinte (E. 5 ). 3. 3.1

Gemäss dem Austrittsbericht vom 27. Juni 2012 der Klinik C.\_\_\_\_ , wo der Beschwerdeführer vom 7. Mai bis 26. Juni 2012 stationär behandelt worden war , klagte der Beschwerdeführer über einen belastungs- und bewegungsverstärkten Dauerschmerz bei einem Streckdefizit von 20 Grad

am linken Knie, einen belastungsabhängigen Schmerz am rechten Knie, einen ruhe- und bewegungsverstärkten Schmerz an der linken Schulter und einen

belastungsabhängigen Schmerz am linken Ellbogen bei einem Streckdefizit von 30 Grad (Urk. 15/29/2 , Urk. 15/29/6, Urk. 15/29/8 ).

Die psychosomatische Abklärung habe keine psychische Störung ergeben, welche eine arbeitsrelevante Leistungsminderung begründen könnte. Das leichte Rezidiv der im Jahr 2006 vor gelegenen depressiven Episode sei gegenwärtig remittiert. Es bestünden aber wie schon in der Vergangenheit verschiedentlich beobachtet, eine Somatisierung- und Symptomausweitungstendenz .

Die Resultate der physischen Leistungstests seien für die Beurteilung der zumutbaren körperlichen Belastbarkeit nicht verwertbar gewesen. Es sei (auch) bei den Leistungstests eine erhebliche Symptomausweitung beobachtet worden, welche die Symptomatik

funktionell überlagere. Das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen lasse

sich mit den objektiveren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung und bildgebenden Abklärung sowie den Diagnosen nur ungenügend erklären. Eine wesentliche Verbesserung der Schmerzsymptomatik habe nicht erreicht werden können. Aus unfallkausalen Sicht sei der Beschwerdeführer in der angestammten Tätigkeit als Gipser nicht mehr arbeitsfähig. In körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeiten ohne ständige Gehens auf unebenem Untergrund, ohne Einsatz auf Leitern und Gerüsten sowie ohne ununterbrochene Hantieren mit beiden Armen sei er ganz tags arbeitsfähig (Urk. 15/29/1-4).

Gegenüber dem Kreisarzt Dr. D.\_\_\_\_, der den Beschwerdeführer am 23. November 2012 untersuchte, gab der Beschwerdeführer gemäss seinem Bericht gleichen Datums an, es gehe ihm momentan gar nicht gut. Seine beiden Knie, links betont, würden stetig Beschwerden bereiten. Die Schmerzen seien jeweils innen seitig. Jegliche Massnahmen wie unter anderem die Einlagenversorgung hätten keinen Effekt gebracht. Die Schmerzen hätten stechenden Charakter und würden belastungsabhängig und nach langem Sitzen verstärkt auftreten. Auch das Treppensteigen sei nicht optimal. Unverändert habe er auch Schmerzen im Bereich der linken Schulter und des linken Ellbogens. Die Schulterschmerzen seien so ausgeprägt, dass die Nachtruhe gestört sei. Er könne den Arm nur mühsam einsetzen. Der Rehabilitationsaufenthalt habe die Schmerzen aufgrund des intensiven Trainings verstärkt. Die Physiotherapie sei abgeschlossen. Dr. D.\_\_\_\_ stellte nach ausführlicher klinischer Untersuchung und Einsicht in die Vorakten

die folgenden Diagnosen: Beidseitige, medialbetonte, beginnende Gonarthrose mit/bei Status nach Teilmeniscektomie rechts am 31. November 2011, Status nach Teilmeniscektomie medial links am 9. Februar 2012 und aktuell persistierenden linksbetonten medialseitigen Kniebeschwerden; chronische Brachialgie links (dominant) mit/bei Status nach Ellbogenluxation und Radiusköpfchenfraktur links mit/bei Status nach offener Reposition und Schraubenosteosynthese am 6. Oktober 2003, Status nach Metallentfernung im Oktober 2004 und posttraumatischer Ellbogenarthrose links; chronische Periarthropathia

humero

scapularis links mit/bei Status nach arthroskopischer

Supraspinatusreinsertion im Jahr 2005. Weiter führte Dr. D.\_\_\_\_ aus, in Bezug auf die Ellbogenluxationsfraktur des Jahres 2003 mit abgeschlossener Behandlung sei gemäss den vorliegenden Akten weiterhin keine operative Revision vorgesehen und indiziert. Aufgrund der klinischen Befunde und der erheblichen Schmerzhaftigkeit, welche nur partiell strukturell erklärt werden könne, sei bei leichter bis mittelschwerer Ellbogenarthrose eine operative Intervention auch seines Erachtens nicht sinnvoll. Eine namhafte Verbesserung könne nicht mehr erwartet werden. Die Knie seien objektiv reizlos und das Gangbild weitgehend hinkfrei. Schoonungszeichen könnten nicht festgehalten werden. Auffallend sei, dass unter Entlastung des medialen Kniegelenkspaltes im Rahmen des Valgusstress (Tests) Beschwerden ausgelöst werden könnten, so dass auch der Misserfolg der lateralen Schuhrandhöhung erklärt werden könne. Aufgrund der vorliegenden klinischen Befunde, wobei vor allem die peripatelläre Region teilweise bereits beim Berühren der Haut schmerzhaft gewesen sei, seien weitere Interventionen nicht mehr gerechtfertigt und ein

stabiler Zustand liege vor. Die geklagten Beschwerden seien aufgrund der objektivierbaren Befunde nicht vollumfänglich erklärbar. Zusammenfassend sei von einem stabilen Zustand auszugehen. Eine nachhaltige Verbesserung der Leistungsfähigkeit könne nicht mehr überwiegend wahrscheinlich erwartet werden. Das Zumutbarkeitsprofil der Rehabilitation C.\_\_\_\_ sei anwendbar (Urk. 15/57/3-9). 3.2

### 3.2.1

Die Einschätzung der Ärzte der Klinik C.\_\_\_\_, welche auf umfassenden Abklärungen beruht, wurde somit durch die Beurteilung von Dr. D.\_\_\_\_ bestätigt, der seinerseits die klinischen Befunde aufgrund eigener sorgfältig dokumentierter und umfassender Untersuchung

vom 23. November 2012 vor dem Hintergrund der vorliegenden Akten nachvollziehbar würdigte und die daraus gezogene Schlussfolgerung schlüssig und überzeugend begründete. Auch liegen keine Hinweise vor, welche die Zuverlässigkeit dieser Experten in Frage stellen (vgl. BGE 137 V 210 E. 1.3.4 und E. 1.4 ; BGE 104 V 209, bestätigt in BGE 122 V 157).

### 3.2.2

Da der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers am 23. November 2012 erneut von Dr. D.\_\_\_\_ beurteilt wurde, beruht die Verfügung der Beschwerde gegen den vom 9. Januar 2013 (Urk. 16/58) somit entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (Urk. 21 S. 2) auf einer aktuellen Befundlage. Ebenfalls nicht zutreffend ist der Einwand des Beschwerdeführers, die Einschätzung der Ärzte der Klinik C.\_\_\_\_ einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer leidensbedingten Beziehung lediglich auf berufliche Massnahmen in einem geschützten Rahmen (Urk. 1 S. 4). Vielmehr schlossen sie auf diese Arbeitsfähigkeit in Bezug auf den allgemeinen Arbeitsmarkt und explizit aus unfallkausaler Sicht (Urk. 15/29/2). Wenn sie zusätzlich in ihren Empfehlungen zum weiteren „Prozedere beruflich“ festhielten, dass der Beschwerdeführer für berufliche Massnahmen im angepassten Rahmen ganztags arbeitsfähig sei (Urk. 15/29/3), ist darin nicht eine weitere Einschränkung zum davor genannten Profil zu sehen, sondern lediglich die Feststellung, dass berufliche Massnahmen in einem leidensangepassten Rahmen ganztags zumutbar sind. 3.2.3

Im Übrigen ist zu Recht unstrittig, dass - wie während des stationären Aufenthalts in der Klinik C.\_\_\_\_ festgestellt wurde (Urk. 15/29/3-4) - das Anfang 2012 aufgetretene leichte Rezidiv der psychischen Beschwerden mit depressiver Verstimmung keine psychische Störung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit darstellte und entsprechende psychische Symptome bei der Leistungsprüfung auszuklämern sind. Dazu gehören auch die dokumentierten Somatics - und Symptomausweitungstendenzen. Dies gilt insbesondere mehr als die Unfälle vom 5. Mai 2011 und 23. Januar 2012 als leichte Unfälle zu qualifizieren sind, bei denen der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychischen Gesundheitsstörungen in der Regel ohne Weiteres zu verneinen ist (BGE 140 V 356 E. 5.3, 115 V 133 E. 6a).

Schon die psychischen Beschwerden nach dem Unfall vom 3. Oktober 2003 waren als nicht unfallkausal beurteilt worden

(vgl. Einspracheentscheid vom 19. März 2008, Urk. 17/132/3-5). Massgeblich ist hier daher

eine objektivierte Beurteilung der klinisch und bildgebend erhobenen somatischen Befunde, wie sie die Ärzte der Klinik C.\_\_\_\_ und Dr. D.\_\_\_\_ nachvollziehbar begründet vorgenommen haben. 3.2.4

Dagegen ist entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 4, Urk. 21 S. 3) die von ihm konkret erbrachte Arbeitsleistung bei den im Jahr 2013 unter Vermittlung der IV-Stelle bei verschiedenen Arbeitgebern durchgeführten Arbeitsversuchen gerade nicht massgeblich. Insbesondere ist sie bei gegebener Sachlage nicht geeignet, die medizinisch-theoretisch Einschätzung einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit von Dr. D.\_\_\_\_ und der Ärzte der Klinik C.\_\_\_\_

zu widerlegen. Daran ändert auch nichts, dass der Beschwerdeführer

im Rahmen der beruflichen Massnahmen der Invalidenversicherung von den Abklärungspersonen der Abklärungsstelle

H.\_\_\_\_

(BEFAS-Abklärung vom 31. Januar bis 25. Februar 2011, Urk. 22/6 S. 9 ff.) und von seinen Arbeitgebern (Arbeitstraining ab 11. April 2011, Urk. 3/4, Urk. 3/5 S. 1, Urk. 17/177; verschiedene Arbeitsversuche ab dem 14. Januar 2013, Urk. 3/5) als motiviert und eingliederungswillig

beschrieben wurde.

Denn es wurde bei ihm nicht etwa eine (bewusstseinsnahe) Aggravation oder Simulation festgestellt, sondern eine Somatisierungs- und Symptomausweitungstendenz, welche zu einer Diskrepanz der subjektiv erfahrenen und der objektiv feststellbaren respektive medizinisch nachvollziehbaren Beschwerden führte, für welche die Unfallversicherung nicht einzustehen hat. 3.2.5

Auch die Einschätzungen der behandelnden Ärzte Dr. F.\_\_\_\_, welcher hauptsächlich die Knie des Beschwerdeführers behandelt(e), und Dr. I.\_\_\_\_ von der Klinik A.\_\_\_\_, der die Schulter- und Ellbogenbeschwerden behandelt(e), vermögen jene von Dr. D.\_\_\_\_ und den Ärzten der Rehaklinik nicht zu entkräften, wie sich aus dem Folgenden ergibt. 3.3 3.3.1

Dr. I.\_\_\_\_ hatte im Bericht vom 6. Mai 2010 aufgrund der (nicht unfallkausalen) Diagnose einer Epicondylarpathia

humero-radialis rechts zur Indikation für eine Operation am rechten Ellbogen Stellung genommen und erklärt, die Problematik sei ausgesprochen multiartikulär. Eine operative Intervention am rechten Ellbogen lehne er wegen der polyartikulären Symptomatik und des Fehlens von harten Fakten in der Bildgebung ab. Hier sei das Arthro-MRT wie auch der szintigraphische Befund weitgehend unauffällig (Urk. 17/154/2). Im Bericht vom 10. November 2010 hielt Dr. I.\_\_\_\_ zudem fest, mehrfache Beurteilungen verschiedener Ärzte des Teams der Oberen Extremitäten (der Klinik A.\_\_\_\_) seien aufgrund multipler bildgebender Abklärungen zum Schluss gekommen, dass durch eine operative Intervention die Ellbogen-symptomatik

am linken Arm nicht relevant und nicht mit ausreichender Sicherheit verbessert werden könne. Im Gegenteil werde dadurch nach seiner Ansicht eine Verschlechterung vorschub geleistet. Er denke nicht, dass durch eine chirurgische Intervention dem Beschwerdeführer merklich geholfen werden könne oder die Arbeitsfähigkeit gesteigert werden könne (Urk. 17/161/2).

Im Bericht vom 20. August 2012 zur Konsultation gleichen Datums hielt Dr.

I.\_\_\_\_ so dann fest, die stationäre Rehabilitation in der Klinik C.\_\_\_\_ habe aus Sicht des Beschwerdeführers zu einer Verschlechterung der Gesamtsymptomatik geführt. Insbesondere würden vermehrt Schulterschmerzen links und Ellbogenbeschwerden beidseits auftreten. Dennoch werde aus medizinischer Sicht an der Einschätzung der früheren Jahre festgehalten, dass eine chirurgische Intervention an den oberen Extremitäten nicht empfehlenswert sei. Die Erfolgsaussichten seien sehr limitiert, eher kontraindiziert (Urk. 17/197/1-2).

Im Bericht vom 11. September 2013 führte Dr. I.\_\_\_\_ aus, in letzter Zeit habe der Beschwerdeführer seine Arbeit als Gabelstaplerfahrer beenden müssen und als Fugengipsler gearbeitet. Dies habe zu einer erheblichen Schmerzzunahme aufgrund der Fehllhaltung und ungünstigen Belastung geführt. Auf eine Wiederholung der Bildgebung sei verzichtet worden. Es liege ein polyartikuläres, massives ausgeprägtes Schmerzbild vor, das sich am besten als Cervicobrachialgie beschreiben lasse. Links komme erschwerend die Arthrofibrose hinzu. Die Epicondylarpathie sei links ausgeprägter als rechts. Infiltrationsmassnahmen mit Cortison seien aufgrund der zeitlich stark limitierten Effekte derzeit nicht indiziert. Seitens der Schulter sei die Situation nicht weniger kompliziert, es bestünden erhebliche Impingementschmerzen. Grundsätzlich rate er weiterhin so wohl in Bezug auf die Schulter als auch in Bezug auf die Ellbogen von jeglicher operativer Intervention ab. Eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer leichten körperlichen Tätigkeit sehe er aktuell nicht als realistisch an. Er schätze diese auf

maximal 50 % (Urk. 17/226/2-3).

Im Bericht vom 18. Juni 2014 hielt Dr. I.\_\_\_\_

schliesslich fest, der Beschwerdeführer sei wegen einer erneuten Schmerz Zunahme vom Hausarzt zuge wiesen worden. Der Beschwerdeführer klagte über Schmerzen vom bekannten Charakter, jedoch mit erneut verstärkter Intensität in beiden Schultern und Armen, linksbetont. Zusätzlich äussere er an beiden Kniegelenken erhebliche Schmerzen. Die Infiltration der periscapulären Weichteile mit Lidocain durch den Hausarzt habe eine spürbare Verbesserung wenn gleich auch bei bleibender eingeschränkter Beweglichkeit gebracht. In Kenntnis der Krankengeschichte rate er weiterhin von jeglicher operativen Massnahme ab. Um die Schmerzhaftigkeit dennoch zu verbessern, rate er zu einer Langzeitphysiotherapie. Mit dieser aktuellen Untersuchung sei eine Neu beurteilung der Arbeitsfähigkeit durchzuführen, welche von ihm und den Ärzten der Klinik C.\_\_\_\_ diskrepant vorgenommen worden sei. In einer körperlich leichten Tätigkeit sei der Beschwerdeführer maximal zu 50 % arbeitsfähig. Selbst geringe körperliche Belastungen, zum Beispiel 5 Kilogramm bis auf Brusthöhe seien nicht zumutbar und unrealistisch (Urk. 22/9). 3.3.2

Die Einschätzung einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit von Dr. I.\_\_\_\_ bezog sich nicht nur auf die hier relevanten Beschwerden an der linken oberen Extremität und an den beiden Knien, sondern zusätzlich auch auf die Beschwerden am rechten Arm.

Ausserdem attestierte er

eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit in einer körperlich leichten Tätigkeit mit Blick auf die vom Beschwerdeführer angegebenen Schmerzen, ohne diese Einschätzung mit bildgebend und klinisch erhobenen Befunden aus objektiver Sicht zu begründen und auf die

in früheren Berichten festgehaltene Diskrepanz zur Befundlage

( Urk. 17/86, Urk. 17/115 , Urk. 17/120/1 , Urk. 15/29, Urk. 15/57 ) einzugehen . Die in den Berichten beschriebene Zunahme der Schmerzen nach der stationären Behandlung in der Klinik C.\_\_\_\_

(ab Juli 2012, Urk. 15/29) und jene aufgrund der Tätigkeit als Fugen gipser (Bericht vom 11. September 2013) gingen zudem nicht mit einer erklärten Zunahme bildgebender Befunde einher. Der Bericht vom 18. Juni 2014 (Urk. 22/9 )

schliesslich liegt ausserhalb des hier beachtlichen

Überprüfungszeitraumes

( vgl. BGE 132 V 220 E. 3.1.1, BGE 122 V 77 E. 2b, Urteil des Bundesgerichts 8C\_76/2009 vom 19. Mai 2009 E. 2, je mit Hinweis) bis zum angefochtenen Einspracheentscheid vom 27. Dezember 2013 (Urk. 2 ), weshalb eine allfällige damit ausgewiesene Verschlechterung der linken Ellbogen- und Schulterproblematik im Rahmen dieses Verfahrens jedenfalls unbeachtlich ist. Auf die Beurteilung von Dr. I.\_\_\_\_ ist somit nicht abzustellen . 3. 4

3.4.1

Dr. F.\_\_\_\_ hatte im Bericht vom 28. September 2012 zur Magnetresonanztomographie (MRT) vom 18. September 2012 des linken Knies (Urk. 15/45), welches am 9. Februar 2012 operiert worden war (Urk. 15/4), festgehalten, ein eindeutiges pathomorphologisches Korrelat zu den Beschwerden des Beschwerdeführers sei nicht eruierbar , weder auf dem MRT noch klinisch. Die Achsenfehlstellung sei zu wenig ausgeprägt, als dass er deswegen mediale Beschwerden haben könnte (Urk. 15/47). Im Bericht vom 7. November 2013 erklärte Dr. F.\_\_\_\_ zudem, auch das Verlaufs-MRT (vom 18. Oktober 2013 vom linken Knie, Urk. 15/110) zeige nur mässig degenerative Veränderungen im Bereich des medialen Kompartimentes, welche die vom Beschwerdeführer angegebenen Beschwerden eigentlich so nicht erklären würden. Therapeutisch käme noch eine Kniegelenksinfiltration in Frage, was dieser aber nicht wünsche (Urk. 15/101). 3.4.2

Damit bestätigte Dr. F.\_\_\_\_ in Bezug auf die Kniebeschwerden des Beschwerdeführers die Feststellungen der Ärzte der Klinik C.\_\_\_\_ und des Kreisarztes Dr. D.\_\_\_\_ , dass die geklagten Beschwerden mit den objektiv festgestellten Befunden an den Knien nicht vollständig zu erklären sind. Es ist daher nicht nachvollziehbar, dass Dr. F.\_\_\_\_ im Bericht vom 9. Januar 2014 zur Konsultation vom 7.

Januar 2014, mithin nur zwei Monate später und nach Erlass des Einspracheentscheides vom 27. Dezember 2013 (Urk. 2), nunmehr erklärte, bei persistierenden Beschwerden an beiden Kniegelenken medialseits

links betont sei ein operatives Vorgehen mittels Umstellungsosteotomie oder Teilprothese wohl nicht zu umgehen (Urk. 15/108). Auch die Einschätzung von Dr. F.\_\_\_\_ gemäss dem Bericht 6. Februar 2014 einer 50%igen Arbeitsfähigkeit in einer vorwiegend sitzenden Tätigkeit (Urk. 8) setzt sich mit der vormals erkannten Problematik eines teilweise fehlenden pathomorphologischen Korrelats nicht auseinander. Dies legt nahe, dass Dr. F.\_\_\_\_ bei seiner Beurteilung von den geklagten Beschwerden und nicht von den

objektiv festgestellten Befunden an den Knien ausging, weshalb darauf für die hier massgeblichen unfallkausalen Belange nicht abzustellen ist. 3. 5 3.5.1

Dies gilt insbesondere auch mit Bezug auf den Zeitpunkt des Fallabschlusses

betreffend die Unfälle vom 5. Mai 2011 und 23. Januar 2012. Denn es kann mit der Beschwerde gegnerin gestützt auf den Bericht des Kreisarztes Dr. D.\_\_\_\_ vom 23. November 2012 (Urk. 15/57) ausgesprochen werden, dass eine Fortsetzung der ärztlichen Behandlung nach diesem Zeitpunkt noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwarten liesse (vgl. Art. 19 Abs. 1 UVG). Eine Verbesserung des unfallbedingten Gesundheitszustandes im Sinne von Art. 19 Abs. 1 UVG durch die Fortsetzung der ärztlichen Behandlung muss namhaft, mit hin ge wichtig sein und dies ist - da die soziale Unfallversicherung ihrer Konzeption nach auf die erwerbstätigen Personen ausgerichtet ist - nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit unfallbedingt beeinträchtigt, zu bestimmen. Unbedeutende Verbesserungen genügen nicht (BGE 134 V 109 E. 4.3).

Dass eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit durch eine weitere Knieoperation erreicht werden könne, wie dies der Beschwerdeführer sinngemäss einwendet (Urk. 1 S. 4), ist angesichts der teilweise objektiv nicht erklärbaren Beschwerdeschilderungen, wie sie auch Dr. F.\_\_\_\_ festgestellt hat, nicht überwiegend wahrscheinlich zu erwarten. Dabei genügt es nicht, dass die von Dr. F.\_\_\_\_ aufgeführten Operationen einer Umstellungsosteotomie und einer Teilprothese (Urk. 15/108) möglicherweise im weiteren Verlauf aus therapeutischer Sicht als Optionen in Betracht fallen könnten. Es geht hier

nicht um den "Endzustand der medizinischen Behandlung und Therapie", mit hin um das Dahinfallen jeglichen Bedarfs an Heilbehandlung. Dass eine weitere Operation oder eine andere ärztliche Behandlung zu einer namhaften Verbesserung der Arbeitsfähigkeit führen könnte, wird im Übrigen auch von den behandelnden Ärzten nicht behauptet. 3.5.2

Unstrittig sind zudem auch keine Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung, deren Abschluss abzuwarten gewesen wäre, zu berücksichtigen.

Denn die beruflichen Massnahmen der Invalidenversicherung ab 2013 beschränken sich auf Arbeitsversuche ( Art. 18a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG) und Arbeitsvermittlung ( Art. 18 IVG) mit dem Ziel einer Festanstellung mit einem 100%igen Pensum in einer angepassten Tätigkeit (Urk. 3/5 S. 2). Rechtsprechungsgemäss kann sich der in Art. 19 Abs. 1 erster Satz UVG vorbehaltene Abschluss allfälliger Eingliederungsmassnahmen der IV, soweit es um berufliche Massnahmen geht, nur auf Vorkehren beziehen, welche geeignet sind, den der Invalidenrente der Unfallversicherung zu Grunde zu legenden Invaliditätsgrad zu beeinflussen (RKUV 2004 Nr. U 508 S. 265, U 105/03, E. 5.2.2). Für das Vorliegen dieser Voraussetzungen braucht es konkrete Anhaltspunkte (Urteile

des Bundesgericht 8C\_588/2013 vom 16. Januar 2014 E. 3.4 und

## **E. 6**

. Juni 2014 an seinen Anträgen fest und reichte die Berichte der Abklärungsstelle H.\_\_\_\_ zur BEFAS-Abklärung vom 31. Januar bis 25.

Februar 2011 (Urk. 22/6) und den Bericht der Klinik A.\_\_\_\_ vom 18. Juni 2014 (Urk. 21 S. 2) ein. In der Duplik vom 2. September 2014 schloss die Beschwerde gegnerin weiterhin auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 26 S. 2).

Auf die Ausführungen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, so weit erforderlich, in den Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

## E. 8

C\_423/2008 vom 10. Juli 2009 E. 5.3), welche hier nicht gegeben sind. 3.6

Schliesslich vermögen auch die übrigen Akten und Vorbringen des Beschwerdeführers keine Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der übereinstimmenden

ärztlichen Feststellungen von Dr. D.\_\_\_\_ und der Ärzte der Klinik C.\_\_\_\_ zu begründen. Es ist daher der Abschluss der Fälle betreffend die Unfälle vom 5. Mai 2011 und 23. Januar 2012 per Ende 2012 nicht zu beanstanden und mit der Beschwerdeführerin spätestens ab Januar 2013 von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten, wechselbelastenden, die linke obere Extremität nicht belastende und knieschonende Tätigkeit auszugehen. Was der Beschwerdeführer vorbringt, rechtfertigt keine andere Betrachtungsweise.

Zu Recht unstrittig und von den Fachärzten einheitlich beurteilt ist im Übrigen, dass dem Beschwerdeführer die angestammte Tätigkeit als angelearnter Gipser nicht mehr zumutbar ist. Dies war von der Beschwerdeführerin

bereits im Einspracheentscheid vom 19. März 2008 aufgrund der linken Schulter- und Ellbogenbeschwerden anerkannt worden (Urk. 17/132/2). Von weiteren medizinischen Abklärungen ist abzusehen, da hiervon keine neuen Erkenntnisse zu erwarten sind (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 136 I 229

E. 5.3; Urteil des Bundesgerichts 8C\_607/2011 vom 16. März 2012 E. 7.2). 4. 4.1 Der Invaliditätsgrad ist mittels eines Einkommensvergleichs von Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage - hier im Jahr 2013 - zu erheben (vgl. BGE 129 V 223 E. 4.2 in fine, 128 V 174).

Die Parteien sind sich zu Recht darin einig, dass das Valideneinkommen (vgl. dazu BGE 134 V 322 E. 4.1 mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts 8C\_322/2011 vom 21. Juli 2011 E. 4.1) gestützt auf die Angaben der ehemaligen Arbeitgeberin Y.\_\_\_\_ AG im Jahr 2013 inklusive AHV-pflichtiger Essenszulagen von monatlich Fr. 400.-- insgesamt Fr. 78'900.-- ([Fr. 5'700.-- x 13] + [Fr.

400.-- x 12]) beträgt (Urk. 1 S. 5 f., Urk. 2 S. 5, Urk. 15/54/2, Urk. 17/101/3). 4.2

### 4.2.1

Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist nach der Rechtsprechung primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein solches tatsächlich erzieltetes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung entweder Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) oder die Zahlen der Dokumentation von Arbeitsplätzen (DAP) der Suva herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3, 129 V 472 E. 4.2.1 mit Hinweisen). 4.2.2

Die Beschwerdeführerin ermittelte für das Jahr 2013 ein Invalideneinkommen von Fr. 53'428.-- ausgehend vom LSE-Tabellenlohn 2010 der Tabelle TA1, alle

Wirtschaftszweige (Zentralwert) , Anforderungsniveau

4 , von monatlich Fr. 4'901.-- und einem leidensbedingten Abzug von 15 %

(Urk. 2 S. 5). Der Beschwerdeführer bemängelt dieses Vorgehen dem Grundsatz nach vorerst nicht, wendet aber ein, dass nicht vom Zentralwert sondern

vom Lohn eines Kuriers

gemäss

Ziffer 53 von Fr. 3'876.-- auszu gehen sei, da er momentan im Arbeits training als Kurier tätig sei und er offensichtlich auf dem freien Arbeits markt einen deutlich tieferen Lohn verdienen würde. Dies würden einerseits auch die DAP-Blätter zeigen und andererseits die Tatsache, dass Einarbeitungszuschüsse der IV-Stelle notwendig gewesen seien, um die (gesundheitlichen) Einschränkungen im Vergleich zu gesunden Mitarbeitern auszugleichen. Daher müssten die Schulter-, Ellbogen- und Kniebeschwerden beim

leidens bedingten Abzug mit 20 % berücksichtigt werden , zumal auch in einer leidensangepassten Tätigkeit wegen schmerz bedingten Arbeitsunterbrüchen/-ausfällen zu rechnen sei und zusätzliche Pausen einzulegen seien sowie keine Einschränkung in der Leistungsfähigkeit infolge Schlaf- und Durchschlafstörungen, Schmerzen und Medikation berücksichtigt worden sei . Zudem habe er mit Jahrgang 1966 gegen über den jungen gesunden Arbeitnehmern mit enormen Lohn einbussen zu rechnen

und er habe vor Eintritt des Gesundheitsschadens als Gipser Schwerstarbeit geleistet habe. Dieser Abzug sei in der Verfügung von Seiten der Beschwerdeführerin noch anerkannt worden (Urk. 1 S. 5). In der Replik bringt der Beschwerdeführer zudem vor, es könne nicht sein, dass die Beschwerde - gegnerin zu ihren Gunsten auswählen könne, ob sie die DAP- oder die LSE-Löhne ver wende. Die DAP-Blätter würden einen Durchschnittswert von Fr. 48'588.40 ergeben. Es sei somit ein entsprechend hoher leidensbedingter Abzug von 20 % (vom LSE-Tabellenlohn) vorzunehmen ( Urk. 21 S. 4). 4.2.3

In BGE 129 V 472 wurden grundsätzliche Einwendungen gegen die Festsetzung des Invalideneinkommens aufgrund von DAP-Lohnangaben überprüft. Vorab wurde festgestellt, dass ein ungeregeltes Nebeneinander der Invaliditäts bemessung gestützt auf die DAP oder die LSE in dem Sinne, dass nach freiem Ermessen entweder die eine oder die andere Methode gewählt werden kann, nicht zu befriedigen vermag. Der einen Praxis grundsätzlich den Vorrang einzuräumen, erschien beim damaligen Stand der Dinge schwierig, da beide Methoden je aus ihrer Entstehung und Eigenart heraus Vor- und Nachteile aufweisen. Im Urteil 8C\_790/2009 vom 27. Juli 2010 E. 4.3 erachtete es das Bundesgericht als wünschenswert, dass die Suva einen Auszug aus der DAP-Datenbank zu den Akten nimmt, wenn sie das Invalideneinkommen aufgrund der LSE bestimmt, um nicht den Verdacht aufkommen zu lassen, sie stelle im Hinblick auf ein gewünschtes Resultat auf die LSE und nicht auf die DAP-Profile ab (BGE 139 V 592 E. 6.2). Aus dem Auszug aus der DAP-Datenbank soll die Unmöglichkeit hervorgehen, die für die DAP-Profile rechtsprechungsgemäss geltenden Voraussetzungen (BGE 139 V 592 E. 6.3, 129 V 472 E. 4.7.2) zu erfüllen. In jenen Fällen, in denen die Vorgaben jedoch eingehalten werden können, darf und soll die Suva auf die DAP abstellen. Dabei muss nicht in jedem Fall noch eine Kontrollrechnung

gemäss LSE durchgeführt werden (Urteil des Bundesgerichts 8C\_790/2009 vom 27. Juli 2010 E. 4.3).

Aufgrund dieser bundesgerichtlichen Rechtsprechung wendet der Beschwerdeführer zu Recht ein, dass das Invalideneinkommen vorliegend nicht unbeschadet der DAP-Profile und -Einkommen gestützt auf den LSE-Tabellenlohn ermittelt werden darf. Es findet sich in der angefochtenen Entscheidung (Urk. 2) und in der Verfügung vom 9. Januar 2013 (Urk. 16/58) keine Begründung dazu, weshalb die Beschwerde gegen die DAP abgestellt wurde. Auch in ihren Parteivorträgen bringen

die Beschwerdeführerinnen nicht zu dieser Frage (Urk. 14, Urk. 26). In der Einspracheentscheidung vom 19. März 2008 hatte sie das Invalideneinkommen dagegen unter Berücksichtigung der damaligen Beschwerden an der linken oberen Extremität noch mittels der DAP-Blätter auf Fr. 52'990.-- festgesetzt (Urk. 17/132).

#### 4.2.4

Gemäss dem erwähnten Grundsatzentscheid BGE 129 V 472 hat sich die Ermittlung des Invalideneinkommens auf mindestens fünf zumutbare Arbeitsplätze zu stützen. Zusätzlich sind Angaben zu machen über die Gesamtzahl der aufgrund der gegebenen Behinderung in Frage kommenden dokumentierten Arbeitsplätze, über den Höchst- und den Tiefstlohn sowie über den Durchschnittslohn der dem jeweils verwendeten Behinderungsprofil entsprechenden Gruppe. Damit soll die Überprüfung des Auswahlermessens ermöglicht werden, und zwar in dem Sinne, dass die Kenntnis der Gesamtzahl der dem verwendeten Behinderungsprofil entsprechenden Arbeitsplätze sowie des Höchst-, Tiefst- und Durchschnittslohnes im Bereich des Suchergebnisses eine zuverlässige Beurteilung der von der Suva verwendeten DAP-Löhne hinsichtlich ihrer Repräsentativität erlaubt. Ist die Suva nicht in der Lage, im Einzelfall den erwähnten Anforderungen zu genügen, kann im Bestreitungsfall nicht auf den DAP-Lohnvergleich abgestellt werden; die SUVA hat diesfalls in der Einspracheentscheidung die Invalidität aufgrund der LSE-Löhne zu ermitteln. Im Beschwerdeverfahren ist es Sache des angerufenen Gerichts, die Rechtskonformität der DAP-Invaliditätssbemessung zu prüfen, gegebenenfalls die Sache an den Versicherer zurück zuweisen oder an Stelle des DAP-Lohnvergleichs einen Tabellenlohnvergleich gestützt auf die LSE vorzunehmen (BGE 139 V 592 E. 6.3, 129 V 472 E. 4.7.2).

Den Akten sind fünf DAP-Arbeitsstellen zu entnehmen, welche dem Anforderungsprofil des Beschwerdeführers gemäss der Beschreibung der Klinik C.\_\_\_\_ (Urk. 15/29/2-3) entsprechen. Auch die übrigen formellen Anforderungen sind erfüllt. Sie weisen ein Durchschnittseinkommen im Jahr 2012 von Fr. 47'548.60 aus. Der Durchschnittslohn der ausgewählten Arbeitsplätze der Industrie liegt damit nur geringfügig unter dem Durchschnittslohn

der Gruppe von Fr. 48'361.-- (2012; Urk. 16/52).

Das DAP-Durchschnittseinkommen der fünf ausgewählten DAP-Arbeitsstellen von Fr. 47'548.60 beträgt unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung bei Männern im Wirtschaftszweig „Verarbeitendes Gewerbe/Herstellung von Waren“ im Jahr 2013

(Bundesamt für Statistik [BFS], Schweizerischer Lohnindex nach Branche [Basis 20

#### E. 10

], Total; 2012: 101.5; 2013: 102.3) Fr. 47'923.35.

Er liegt damit unter dem von der Beschwerde gegnerin

in Bezug auf die LSE (mit einem Abzug von 15 % ) ermittelten Invaliden ein kommen von Fr. 53'428.-- im Jahr 2013 ( Urk. 2 S. 5), wobei allerdings bei einem leidens bedingten Abzug (vgl. dazu (BGE 134 V 322 E. 5.2; zum Ganzen: Urteil des Bundesgerichts 8C\_361/2011 vom 20. Juli 2011 E. 6.1 mit weiteren Hinweisen) von 20

%, wie vom Beschwerdeführer vertreten - ob angemessen oder nicht kann hier offenbleiben -, respektive

maximal 25 % ein Einkommen von Fr. 50'285.60 respektive Fr. 47'142.75 resultieren würde. Der Lohn nach den DAP-Profilen von Fr. 47'923.35 liegt damit im Rahmen möglicher LSE-Löhne.

Da vor diesem Hintergrund kein Grund besteht, weshalb nicht auf das DAP-Einkommen im Jahr 2013 von Fr. 47'923.35 abzustellen sei, und ein solcher trotz der Ausführungen des Beschwerdeführers von Seiten der Beschwerdegegnerin auch nicht vorgebracht wurde, ist rechtsprechungsgemäss von diesem Betrag als Invaliden einkommen auszugehen. 4.3

Aus der Differenz des Valideneinkommens zum Invalideneinkommen ( Fr. 78'900.-- - Fr. 47'923.35 = Fr. 30'976.65 ) resultiert ein e Erwerbseinbusse von gerundet 39 %, die einen e ntsprechenden Rentenanspruch des Beschwerde füh rers ab dem 1. Januar 2013 begründet. 5 .

5.1

Abschliessend ist zu prüfen, ob ein Anspruch auf eine Integritätsentschädigung für die Folgen der Unfälle vom 5. Mai 2011 und vom 23. Januar 2012 an den Knien besteht.

Gestützt auf Art. 24 und Art. 25 UVG besteht Anspruch auf eine Integritätsentschädigung , wenn die versicherte Person durch den Unfall eine dauernde erheb liche Schädigung der körperlichen oder geistigen Integrität er leidet. Die Höhe der Entschädigung, die als Kapitaleistung ausgerichtet wird, richtet sich nach der Schwere des Integritätsschadens und wird aufgrund der Richtlinien bemes sen, die der Bundesrat im Anhang 3 zur UVV aufgestellt hat. Diese Richtlinien sind von der Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva) in Tabellen ver feinert worden, welche die Rechtsprechung im Sinne von Richt werten als anwendbar er klärt hat (vgl. BGE 124 V 29 E. 1c, 116 V 156 E. 3a).

Fallen mehrere körperliche, geistige oder psychische Integritätsentschädigungen aus einem oder mehreren Unfällen zusammen, so wird die Integritäts ent schädi gung nach der gesamten Beeinträchtigung festgesetzt ( Art. 36 Abs. 3 UVV). Die den einzelnen Schädigungen entsprechenden Prozentzahlen werden in diesen Fällen selbst dann zusammengezählt, wenn eine, mehrere oder alle davon für sich die Schwelle von 5 % nicht erreichen; die Entschädigung ist ge schuldet, sobald die Summe der Prozentzahlen die Erheblichkeitsgrenze von 5 % über steigt (RKUV 1988 Nr. U 48 S. 236 E. 2b; BGE 116 V 156 E. 3b; Urteil des Bundesgerichts 8C\_826/2012 vom 28. Mai 2013 E. 3.2 ).

Bei der Festsetzung der Integritäts ent schädi gung werden voraussehbare Ver schlimmerungen des Integritäts scha dens nach Art. 36 Abs. 4 UVV angemessen berücksichtigt, und Revisionen sind nur im Ausnahmefall möglich, wenn die Verschlimmerung von grosser Tragweite ist und nicht voraussehbar war (Urteil des Bundesgerichts 8C\_76/2013 vom 23. Juli 2013, E. 3.4.1 mit Hinweisen). 5.2

5.2.1

Die Beschwerdegegnerin verneinte den Anspruch auf eine Integritätsentschädigung gestützt auf die Beurteilung des Kreisarztes Dr. D.\_\_\_\_ vom 10. Dezember 2012 (Urk. 15/63). Der Beschwerdeführer macht geltend, aufgrund des Streckdefizits von 20 % und der beginnenden fortgeschrittenen Femorotibialarthrosen sei ihm eine Integritätsentschädigung von 10 % eventueliter 5 % zuzusprechen, wobei auch eine zukünftige Entwicklung samt einer allfälligen Knieoperation zu berücksichtigen respektive abzuwarten sei (Urk. 1 S. 6) . 5.2.2

Dr. D.\_\_\_\_ führte in seiner Stellungnahme zur Frage eines massgeblichen

Integritätschadens an den Knien vom 10. Dezember 2012 aus, es fänden sich an beiden Kniegelenken beginnende medialbetonte

Femorotibialarthrosen. Die arthrotischen Veränderungen seien als diskret zu beurteilen. Eine mässiggradige

Femorotibialarthrose, welche gemäss der Feinrastertabelle 5 einen minimalen Integritätsschaden von 5 % rechtfertige, werde nicht erreicht. Die leichten degenerativen Veränderungen würden höchstens die Hälfte des Vorgabenwertes begründen, so dass die Erheblichkeitsgrenze nicht erreicht sei. Der Verlauf in Zukunft könne momentan nicht überwiegend wahrscheinlich abgeschätzt werden. Eine strukturelle Veränderung und entsprechende Anpassung im Bereich des Ellbogens sei ebenfalls nicht überwiegend wahrscheinlich nachzuvollziehen (Urk. 15/63). 5.2.3

Diese Einschätzung von Dr. D.\_\_\_\_ ist namentlich mit Blick auf die hier zutreffend verwendete Suva-Feinrastertabelle 5

„Integrationsschaden bei Arthrosen“ nachvollziehbar. Dies sieht erst bei einer mässigen

Femorotibialarthrose eine Entschädigung von 5-15 % und bei einer schweren von 15-30 % vor. Entgegen dem Vorbringen des Beschwerdeführers ist keine fortgeschrittene Arthrose ausgemessen. So fanden sich gemäss dem MRT des linken Knies vom 28. Oktober 2013 ein lediglich leicht diffus ausgedünnter Knorpel im medialen femorotibialen Kompartiment sowie ein unauffälliger Knorpel im lateralen femorotibialen Kompartiment (Urk. 15/110).

Auch ist eine Integritätsentschädigung aufgrund eines Streckdefizits der Knie

(vgl. dazu die Feinrastertabelle 2) nicht gescheit. Wie die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Entscheid zutreffend ausführte (Urk. 2 S. 7), ist ein solcher Befund nicht erwiesen. Denn Dr. D.\_\_\_\_ hatte anlässlich der Abschlussuntersuchung festgestellt, dass der Bewegungsumfang aktiv im Bereich des linken Knies variabel sei. Im Stehen sei eine vollständige Extension möglich, wogegen im Liegen ein 20° Extensionsdefizit bestehe (Urk. 15/57/8). Rechts stellte er kein Extensionsdefizit fest (Urk. 15/57/7).

Ebenfalls nicht zu beanstanden ist der Schluss von Dr. D.\_\_\_\_, dass der weitere Verlauf der für die Integritätsentschädigung massgeblichen strukturellen Veränderungen und Funktionsstörungen nicht überwiegend wahrscheinlich abgeschätzt werden könne. Entgegen dem Vorbringen des Beschwerdeführers war eine weitere Operation der Knie weder konkret geplant noch absehbar, weshalb eine solche auch nicht abgewartet werden musste. Die wie hiervor festgehalten (E. 3.4) nicht nachvollziehbare allgemein gehaltene Bemerkung von Dr. F.\_\_\_\_ im Bericht vom 9. Januar 2014, aufgrund der persistierenden

Beschwerden an beiden Kniegelenken sei wohl ein operatives Vorgehen nicht zu umgehen, lässt kein andere Schlussfolgerung zu. 5.3

Nach dem Gesagten ist mit der Beschwerdegegnerin der Anspruch auf eine Integritätsentschädigung

für die Folgen der Unfälle vom 5. Mai 2011 und vom 23. Januar 2012 an den Knien zu verneinen. 6.

Im Ergebnis ist der angefochtene Einspracheentscheid vom 27. Dezember 2013 (Urk. 2) in teilweiser Gutheissung der Beschwerde dahingehend abzu ändern, als festzustellen ist, dass der Beschwerdeführer ab dem 1. Januar 2013 Anspruch auf eine Invalidenrente von 39 % hat. Im Übrigen ist die Beschwerde abzu weisen. 7.

Das Verfahren ist kostenlos. Dem teilweise obsiegenden Beschwerdeführer ist eine reduzierte Prozessentschädigung zuzu sprechen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_471/2007 vom 1. Februar 2008 E. 3.2), die nach Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, nach der Schwierigkeit des Prozesses, dem Zeitaufwand und den Barauslagen zu bemessen und auf Fr. 1'700.-- (inkl. Mehrwertsteuer und Barauslagen) festzusetzen ist. Das Gericht erkennt: 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird der angefochtene Einspracheentscheid vom 27. Dezember 2013 dahingehend abgeändert, als festgestellt wird, dass der Beschwerdeführer ab dem 1. Januar 2013 Anspruch auf eine Invalidenrente von 39 % hat. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine reduzierte Prozessentschädigung von Fr. 1'700.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Fortuna Rechtsschutz-Versicherungs-Gesellschaft AG - Rechtsanwalt Christian Leupi - 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). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin GrünigHartmann

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.