Eidgenössisches Versicherungsgericht
Tribunale federale delle assicurazioni
Tribunal federal d'assicuranzas

Sozialversicherungsabteilung
des Bundesgerichts

Prozess
{T 7}
U 347/03

Urteil vom 9. August 2004
IV. Kammer

Besetzung
Präsident Ferrari, Bundesrichterin Widmer und Bundesrichter Ursprung; Gerichtsschreiber Jancar

Parteien
T._____, 1955, Beschwerdeführer, vertreten durch Advokatin Felicitas Huggenberger, Strassburgstrasse 11, 8021 Zürich,

gegen

Schweizerische Unfallversicherungsanstalt, Fluhmattstrasse 1, 6004 Luzern, Beschwerdegegnerin

Vorinstanz
Versicherungsgericht des Kantons Aargau, Aarau

(Entscheid vom 29. Oktober 2003)

Sachverhalt:
A.
Der 1955 geborene T._____ war Bauarbeiter bei der Firma J._____ AG und bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) unfallversichert, als er sich am 18. Mai 1982 bei einem Unfall während des Fussballspielens eine Fraktur des rechten Radiusköpfchens zuzog. Die SUVA erbrachte die gesetzlichen Leistungen (Heilbehandlung und Taggeld). Am 18. August 1982 schloss sie den Fall ab, da der Versicherte seine Arbeit wieder voll aufgenommen hatte.

Die Rehabilitationsklinik B._____, wo der Versicherte vom 23. September bis 14. Oktober 1999 hospitalisiert war, stellte folgende strukturelle Diagnose: schmerzhafte Funktionsstörung des rechten Ellbogens bei initialer Arthrose sowie freiem Gelenkkörper (radiologisch); sekundäre weichteilrheumatische Schmerzen im Nacken-/Schulterbereich rechts; unspezifische Kreuzschmerzen. Die funktionelle Diagnose lautete: eingeschränkte Ellbogenextension mit Schmerzausstrahlung in den ganzen Arm (Bericht vom 15. Oktober 1999). Am 30. November 1999 meldete die Firma C._____, bei welcher der Versicherte als Reinigungsarbeiter angestellt war, einen Rückfall zum Unfall vom 18. Mai 1982 an. Am 13. Januar 2000 wurde der Versicherte in der Orthopädischen Universitätsklinik A._____ operiert (Débridement Arthroplastik und submuskuläre Vorverlagerung nach Learmont Nervus ulnaris rechts). Am 16. Januar 2000 musste daselbst zusätzlich eine Hämatomausräumung am operierten Ellbogen vorgenommen werden. Am 27. Januar 2000 diagnostizierte die Klinik A._____ eine posttraumatische Ellbogenarthrose rechts und ein Sulcusulnarissyndrom bei Zustand nach Radiusköpfchenfraktur im Jahre 1982. In der Folge fanden diverse medizinische Abklärungen und Behandlungen statt. Vom 19. September bis 17. Oktober 2001 weilte der Versicherte zur Abklärung und Therapie in der Rehaklinik E._____. Für die verbliebene Beeinträchtigung aus dem Unfall vom 18. Mai 1982 sprach ihm die SUVA mit Verfügung vom 3. April 2002 eine Integritätsentschädigung bei einer Integritätsein-

busse von 25 % und mit Verfügung vom 15. Juli 2002 ab 1. Juni 2002 eine Invalidenrente bei einer Erwerbsunfähigkeit von 35 % zu. Die dagegen erhobenen Einsprachen wies sie mit Entscheid vom 30. September 2002 ab.
B.
Hiegegen reichte der Versicherte beim Versicherungsgericht des Kantons Aargau Beschwerde ein und legte einen Bericht des Hausarztes Dr. med. I._____, Innere Medizin FMH, vom 27. November 2002 auf. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde änderte das kantonale Gericht den Einspracheentscheid dahingehend ab, dass es den Invaliditätsgrad auf 37,88 % festsetzte (Entscheid vom 29. Oktober 2003).
C.
Mit Verwaltungsgerichtsbeschwerde beantragt der Versicherte, in Aufhebung des kantonalen Entscheides sei die Sache zur Durchführung einer ergänzenden Abklärung, insbesondere zur Anordnung eines arbeitsmedizinischen Obergutachtens, an das kantonale Gericht zurückzuweisen.

Die SUVA schliesst auf Abweisung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde, während das Bundesamt für Gesundheit auf eine Vernehmlassung verzichtet.

Das Eidg. Versicherungsgericht zieht in Erwägung:
1.
Das kantonale Gericht hat korrekt erwogen, dass das am 1. Januar 2003 in Kraft getretene Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 in materieller Hinsicht nicht anwendbar ist (BGE 129 V 356 Erw. 1 mit Hinweisen).

Im Weiteren hat die Vorinstanz die Bestimmung und die Grundsätze über den Anspruch auf Leistungen der Unfallversicherung im Allgemeinen (Art. 6 Abs. 1 UVG), den für die Leistungspflicht des Unfallversicherers vorausgesetzten natürlichen (BGE 129 V 181 Erw. 3.1 mit Hinweisen) und adäquaten (BGE 129 V 181 Erw. 3.2 mit Hinweis) Kausalzusammenhang zwischen Unfall und eingetretenem Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod), die Begriffe des Rückfalls und der Spätfolge (Art. 11 UVV; BGE 127 V 457 Erw. 4b, 118 V 296 f. Erw. 2c; SVR 2003 UV Nr. 14 S. 43 Erw. 4), den im Sozialversicherungsrecht geltenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 129 V 153 Erw. 2.1 mit Hinweisen), die Aufgabe des Arztes im Rahmen der Invaliditätsbemessung (BGE 125 V 261 Erw. 4 mit Hinweisen), den Grundsatz der freien Beweiswürdigung und den Beweiswert eines Arztberichts (BGE 125 V 352 Erw. 3a; AHI 2001 S. 113 Erw. 3a) zutreffend dargelegt. Gleiches gilt hinsichtlich des Anspruchs auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG), der Invaliditätsbemessung bei Erwerbstätigen nach der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs (Art. 18 Abs. 2 Satz 2 UVG; BGE 128 V 30 Erw. 1, 174), der Ermittlung des ohne Invalidität erzielbaren Einkommens
(Valideneinkommen; BGE 129 V 224 Erw. 4.3.1), der Bestimmung des trotz Gesundheitsschädigung zumutbarerweise noch erzielbaren Einkommens (Invalideneinkommen) nach Tabellenlöhnen sowie der von diesem zulässigen Abzüge (BGE 126 V 75 ff.; AHI 2002 S. 62 ff.). Richtig sind auch die vorinstanzlichen Erwägungen zum Anspruch auf eine Integritätsentschädigung und deren Bemessung (Art. 24 Abs. 1 und Art. 25 UVG; Art. 36 UVV; BGE 124 V 31 f. Erw. 1 mit Hinweisen). Darauf wird verwiesen.
2.
2.1
2.1.1 Die Klinik S._____ diagnostizierte im Bericht über die Untersuchung vom 11. Dezember 2000 ein invalidisierendes Schmerzsyndrom nach Débridement-Arthroplastik und submuskulärer Vorverlagerung des Nervus ulnaris rechts am 13. Januar 2000 und einen Status nach Radiusköpfchenfraktur 1982 mit beginnender radiokapitaler Arthrose und sekundär degenerativer Plica humero-ulnar dorsal. Gegenüber der Voruntersuchung vom 23. Oktober 2000 hätten sich die invalidisierenden Schmerzen ventral und ulnarseits des Ellbogens rechts nicht geändert. Der Versicherte sei durch die Schmerzen so invalidisiert, dass er kaum mehr Bewegungen ausführen könne. Im Bereich des rechten Ellbogens bestehe eine aktive Beweglichkeit von 120-70-0, passiv etwa auf 50°herunterdrückbar, jedoch unter grossen Schmerzen. Es liege eine Druckdolenz im Bereich des Pronator-Flexor-Gruppen-Ansatzes und etwas distal davon sowie ventral im gesamten Weichteilmantel vor. Aufgrund der klinischen und radiologischen Untersuchung werde das Schmerzsyndrom wahrscheinlich durch die submuskuläre Lage der Nerven und Zug durch eine Narbenplatte verursacht. Die intraartikuläre Pathologie sei nicht so gross, dass dies die invalidisierenden Schmerzen erklären würde. Empfohlen werde eine

operative Revision mit subcutaner Vorverlagerung des Nervus ulnaris. Eine völlige Beschwerdefreiheit sei dadurch nicht zu erwarten, aber die jetzigen invalidisierenden Schmerzen würden wahrscheinlich besser.
2.1.2 Die Klinik A._____, wo der Versicherte am 13. und 16. Januar 2000 operiert wurde, diagnostizierte am 2. Juli 2001 eine fortgeschrittene Degeneration des Radiohumeralgelenks rechts und eine Reizung des Nervus medianus sowie Nervus ulnaris rechts. Beim Ellbogen werde in 90°Flexion lediglich eine Bewegungsamplitude von 20°toleriert. Die Supination/Pronation betrage 15-0-15°jeweils mit Endstellungsschmerz. Es sei ein positives Tinel-Klopfphänomen ventral des medialen Epicondylus auslösbar. In diesem Bereich lägen ebenfalls starke Druckdolenzen vor. Sensibilitätsstörungen bestünden im Bereich des Nervus medianus sowie ulnaris Interventionsgebietes palmar an der rechten Hand im Sinne einer Hyposensibilität sowie von Kribbelparästhesien. Die Schmerzen seien deutlich artikulär bedingt und auf eine Degeneration des Radiohumeralgelenks sowie auf eine Nervenreizung des Nervus medianus und des Nervus ulnaris zurückzuführen. Therapeutische Massnahmen bestünden im Sinne einer Neurolyse des Nervus medianus sowie ulnaris und einer Resektion gegebenenfalls eines endoprothetischen Ersatzes des Radiohumeralgelenks. Zur Zeit bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit.
2.1.3 Die Rehaklinik E._____ diagnostizierte im Austrittsbericht vom 5. November 2001 eine schmerzhafte Bewegungseinschränkung des rechten Ellbogens mit myofaszialer Ausweitung in Arm-/Schultergürtel und Nackenbereich. Aus psychosomatischer Sicht habe keine Verschlüsselung nach ICD-10 erfolgen können. Positive Belege für eine Konversionssymptomatik seien nicht gefunden worden, wobei das Verhalten des Versicherten von auffallender Schonung geprägt gewesen sei. Der Schmerz sei zwar nachvollziehbar, in den Ausmassen jedoch in den jeweiligen Gesprächssituationen kaum spürbar gewesen, so dass der Psychiater ein Missverhältnis zwischen angegebener Schmerzstärke und objektivierbarem Schaden vermute. In den Therapien sei der Versicherte sehr schmerzfixiert gewesen; der therapeutische Zugang sei deutlich erschwert gewesen. Wegen der Selbstlimitierung sei die Einschätzung der objektiven Behinderung erschwert. Der rechte Arm werde bei den Aktivitäten des täglichen Lebens und der Körperpflege geschont und meist in 90°Flexion vor dem Bauch gehalten; insgesamt sei der Versicherte aber selbstständig. Eine interventionelle Therapie sei vom Versicherten klar abgelehnt worden. Der rechte Arm könne zumindest als Hilfs- und Haltearm eingesetzt
werden. Arbeiten über der Horizontalen rechts seien erschwert. Bei der Handkraftmessung mit dem Jamar würden rechts 2 bis 4 kg, links 30 kg erreicht. Zumutbar sei eine leichte Tätigkeit ganztags unter Berücksichtigung der Behinderung am rechten Arm.
2.1.4 Kreisarzt Dr. med. W._____ legte im Bericht vom 6. Dezember 2001 dar, der Zustand präsentiere sich unverändert. Es handle sich um ein ausgeprägtes, chronifiziertes, invalidisierendes Schmerzsyndrom am rechten Ellbogen mit weiterem starkem Schon- und Vermeidungsverhalten des rechten Arms mit entsprechender Ruhigstellung des rechten Ellbogens in mittlerer Beugestellung mittels einer Mitella. Der rein äusserlich objektivierbare Befund sei gut. Die Schulter sei gut beweglich, auch die Pro-/Supination sei vorhanden. Ebenfalls seien die Dorsal-/Volarflexion und die Beweglichkeit in den Fingern gut erhalten. Aufgrund eingehender Abklärungen bestünden auch keine wesentlichen neurologischen Ausfälle im Bereich des rechten Arms. Der Versicherte wünsche keine weiteren Massnahmen, speziell nicht interventioneller oder chirurgischer Art. Es dürfte zur Zeit schwierig sein, ihn beruflich zu reintegrieren. Die Rehaklinik E._____ erwähne im Zumutbarkeitsprofil, dass der Versicherte den rechten Arm zumindest als Hilfs- und Haltearm einsetzen könne, dass aber Arbeiten über der Horizontalen rechts erschwert und höchstens leichte handwerkliche Tätigkeiten möglich seien, dies bei einem gemessen schwachen Faustschluss; unter Berücksichtigung
der Behinderung sei dem Beschwerdeführer eine leichte Tätigkeit ganztags zumutbar. Als Restfolge bestehe eine massive Belastungsintoleranz des rechten Arms bei ausgeprägtem, chronifiziertem Schmerzzustand im rechten Ellbogen bei posttraumatische Ellbogenarthrose. Der linke, adominante Arm sei intakt.
2.1.5 Der Hausarzt Dr. med. I._____ führte im Bericht vom 27. November 2002 aus, der rechte Ellbogen sei in einer 90°Beugestellung praktisch steif. Es seien nur Flexions- und Extensionsbewegungen von ca. 5°möglich. Dabei träten aber bereits starke Schmerzen auf. Die Schulterabduktion gelinge einmalig kurz bis knapp 90°. Wegen Schmerzen nehme der Versicherte den Arm aber sofort wieder an den Körper. Ein Ablegen des Ellbogens auf einer Tischfläche, entsprechend einer Schulterabduktion von ca. 45°, löse ebenfalls sofort Schmerzen aus. Flexion und Extension im Handgelenk seien wohl etwa zu 60°möglich, führten aber sofort zu starken Schmerzen. Die Pro- und Supination im rechten Handgelenk seien auch stark schmerzhaft. Die Kraft der Finger sei deutlich vermindert. Der Versicherte sei nicht einmal in der Lage, einen Stempel eine oder zwei Minuten in der Hand zu halten. Bewegungen der Halswirbelsäule nach rechts seien weitgehend schmerzfrei, nach links lösten sie die bekannten Schmerzen im rechten Arm aus. Der Versicherte sei bei diesen Befunden

funktionell einarmig. Entgegen dem Bericht der Rehaklinik E._____ sei der rechte Arm nicht als Hilfs- oder Haltearm einsetzbar. Der Beschwerdeführer sei nicht einmal in der Lage, wenige
Gramm schwere Gegenstände kurze Zeit sicher zu halten. Das rechte Handgelenk sei nur passiv und ohne Rücksichtnahme auf die auszulösenden Schmerzen beweglich. Dasselbe gelte für die Dorsal- und Volarflexion des Arms bis zur Schulterhöhe. Der Versicherte könne diese Bewegungen aktiv infolge seiner Schmerzen nicht ausführen. Eine Kraftanwendung, wie sie für irgendeine Arbeit notwendig wäre, sei schon gar nicht möglich. Der Versicherte könne seinen rechten Arm funktionell für keine Tätigkeit einsetzen. Er könne einzig Verrichtungen ausführen, die nur seinen linken Arm ohne Zuhilfenahme des rechten Arms notwendig machten.
2.2 Nach dem Gesagten besteht zwischen den Berichten der Klinik A._____ vom 2. Juli 2001 und des Dr. med. I._____ vom 27. November 2002 auf der einen Seite sowie denjenigen der Rehaklinik E._____ vom 5. November 2001 und des Dr. med. W._____ vom 6. Dezember 2001 auf der anderen Seite eine erhebliche Differenz hinsichtlich der Einschätzung der Beweglichkeit und Belastungsfähigkeit des rechten Arms sowie der daraus resultierenden Arbeitsfähigkeit. Während die Ersteren von vollständiger Arbeitsunfähigkeit ausgehen, erachten die Letzteren eine leichte Tätigkeit unter Berücksichtigung der Behinderung am rechten Arm (Hilfs- und Haltearm) als ganztags zumutbar.

Es sind entgegen der Vorinstanz keine Gründe ersichtlich, den Berichten der Rehaklinik E._____ und des Dr. med. W._____ einen ausschlaggebenden Beweiswert zuzuerkennen. Der Umstand, dass der Versicherte in der Rehaklinik E._____ stationär abgeklärt wurde, ändert hieran nichts. Denn umgekehrt spricht für die Beurteilung der Klinik A._____, dass der Versicherte dort im Januar 2000 operiert und seither regelmässig untersucht wurde.

Im Weiteren überzeugt der Bericht des Dr. med. W._____ vom 6. Dezember 2001 aus folgenden Gründen nicht: Einerseits sprach er von einer massiven Belastungsintoleranz des rechten Arms bei ausgeprägtem chronifiziertem Schmerzzustand im rechten Ellbogen und führte aus, es dürfte zur Zeit schwierig sein, den Beschwerdeführer beruflich zu integrieren. Andererseits übernahm er aber im Ergebnis ohne nähere Begründung die Einschätzung der Rehaklinik E._____, wonach dem Versicherten leichte Arbeit ganztags zumutbar sei. Gegen die Einschätzung der Rehaklinik E._____ spricht auch der Bericht der Klinik S._____ vom 11. Dezember 2000, wonach der Versicherte wegen der Schmerzen ventral und ulnarseits kaum mehr Bewegungen durchführen könne.

Es liegen keine konkreten Indizien vor, die auf mangelnde Objektivität des Dr. med. I._____ schliessen liessen. Mithin kann allein aus der Tatsache, dass er als behandelnder Arzt in einer auftragsrechtlichen Vertrauensstellung zum Versicherten steht, nichts zu Ungunsten seines Berichts vom 27. November 2002 abgeleitet werden. Auch wenn dieser zwei Monate nach Erlass des Einspracheentscheides erstattet wurde, ist er geeignet, die Beurteilung, bezogen auf den damaligen Zeitpunkt, zu beeinflussen (BGE 121 V 366 Erw. 1b, 99 V 102 mit Hinweisen), da darin in keiner Weise von einer seitherigen Verschlechterung des Gesundheitszustandes gesprochen wird. Abgesehen davon liegt dieser Bericht zeitlich am nächsten beim Datum des Einspracheentscheides, da der letzte von der SUVA eingeholte Bericht des Dr. med. W._____ zehn Monate vor diesem Zeitpunkt erging.
2.3 Angesichts dieser Unklarheiten und Widersprüche in medizinischer Hinsicht ist eine abschliessende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit und des Integritätsschadens nicht möglich. Diesbezüglich ist demnach eine medizinische Begutachtung notwendig. Näher zu prüfen ist zudem die Frage, ob der Gesundheitszustand des Versicherten durch eine operative Revision oder andere medizinische Massnahmen verbessert werden kann und ob eine allfällige Behandlung zumutbar ist (Art. 48 UVG).

Nachdem die SUVA bisher kein förmliches Gutachten beigezogen hat, rechtfertigt es sich, die Sache an sie zurückzuweisen (vgl. BGE 122 V 160 Erw. 1b und 163 Erw. 1d in fine).
3.
Das Verfahren ist kostenlos (Art. 134 OG). Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens hat der obsiegende Beschwerdeführer Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der SUVA (Art. 159 Abs. 1 und 2 in Verbindung mit Art. 135 OG). Der Umstand, dass die Sache entgegen seinem Antrag nicht an die Vorinstanz, sondern an die SUVA zurückgewiesen wird, rechtfertigt keine Kürzung der Parteientschädigung (vgl. auch Ur-

teil M. vom 11. September 2003 Erw. 5, I 623/02).

Demnach erkennt das Eidg. Versicherungsgericht:
1.
In Gutheissung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde werden der Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons Aargau vom 29. Oktober 2003 und der Einspracheentscheid vom 30. September 2002 aufgehoben und es wird die Sache an die SUVA zurückgewiesen, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über den Leistungsanspruch neu verfüge.
2.
Es werden keine Gerichtskosten erhoben.
3.
Die SUVA hat dem Beschwerdeführer für das Verfahren vor dem Eidgenössischen Versicherungsgericht eine Parteientschädigung von Fr. 2500.- (einschliesslich Mehrwertsteuer) zu bezahlen.
4.
Das Versicherungsgericht des Kantons Aargau wird über eine Parteientschädigung für das kantonale Verfahren entsprechend dem Ausgang des letztinstanzlichen Prozesses zu befinden haben.
5.
Dieses Urteil wird den Parteien, dem Versicherungsgericht des Kantons Aargau und dem Bundesamt für Gesundheit zugestellt.
Luzern, 9. August 2004
Im Namen des Eidgenössischen Versicherungsgerichts
Der Präsident der IV. Kammer: Der Gerichtsschreiber:
i.V.