

BGer 8C_907/2009 vom 12. Februar 2010

Bundesgericht, 2010-02-12, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger_8C_907_2009

FR: TF 8C_907/2009 du 12 février 2010

IT: TF 8C_907/2009 del 12 febbraio 2010

Erwägungen

E. 1.1

Das Bundesgericht hat sich in dem in der Amtlichen Sammlung noch nicht publizierten Urteil 8C_216/2009 vom 28. Oktober 2009 in E. 4 erneut einlässlich zur Beweiswürdigung ärztlicher Berichte und Gutachten geäußert und die in BGE 122 V 157 und BGE 125 V 351 entwickelten Grundsätze bestätigt. Auch unter Berücksichtigung der neueren Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte zu Art. 6 Abs. 1 EMRK ist es grundsätzlich zulässig, dass ein Gericht auf die vom Versicherungsträger korrekt erhobenen Beweise abstellt und auf ein eigenes Beweisverfahren verzichtet. Die von versicherungsinternen Ärztinnen und Ärzten erstellten Stellungnahmen und Berichte sind keine Gutachten im Sinne von Art. 44 ATSG und es kommt ihnen nicht derselbe Stellenwert zu wie einem im Rahmen von Art. 44 ATSG in Auftrag gegebenen Gutachten. Aus Art. 6 Abs. 1 EMRK folgt nicht, dass die Berichte und Stellungnahme versicherungsinterner Ärzte unbeachtlich wären. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen. Wird die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen, so genügt der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung nicht, um solche Zweifel auszuräumen. Ebenfalls kann nicht bloss darauf verwiesen werden, diese Berichte erfüllten die Anforderungen an Gutachten gemäss BGE 125 V 351 E. 3a S. 352 nicht oder nur unvollständig. Um solche Zweifel auszuräumen, wird das Gericht entweder ein Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Sache zur weiteren Begutachtung an den Versicherungsträger zurückzuweisen haben.

E. 1.2

Bei der Würdigung von sich widersprechenden ärztlichen Berichten und Gutachten ist nicht allein die Diagnose massgebend, sondern unter welchen Beschwerden die versicherte Person leidet, ob diese objektiviert werden können und welche Tätigkeiten der versicherten Person trotz ihrer gesundheitlichen Einschränkungen noch zumutbar sind (vgl. zur Aufgabe des Arztes im Rahmen der Ermittlung des Invaliditätsgrades BGE 132 V 93 E. 4 S. 99 mit Hinweisen).

Objektiverbar sind Untersuchungsergebnisse, die reproduzierbar sind und von der Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten unabhängig sind. Von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen kann somit erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativ//bildgebenden Abklärungen bestätigt wurden und die dabei angewendeten Untersuchungsmethoden wissenschaftlich anerkannt sind (SVR 2009 UV Nr. 30 S. 105 E. 2.1 mit Hinweisen [8C_413/2008]).

E. 2.1

Im Austrittsbericht vom 18. Mai 2004 diagnostizierte die Orthopädische Klinik, Spital Y._____, eine distale intraartikuläre Radiustrümmerfraktur links fest. Am 30. August 2004 hielt sie Restbeschwerden mit beginnender leichter Sudeckdystrophie fest.

E. 2.2

Am 14. Oktober 2004 bestätigte Dr. med. F._____, Facharzt für Neurologie, Klinik Z._____, die Entwicklung eines Morbus Sudeck links und schloss eine Nervenläsion und eine Einklemmungsneuropathie des Nervus medianus im Bereich des Karpaltunnels aus.

E. 2.3

Der Kreisarzt, Facharzt für Chirurgie, empfahl am 24. November 2004 eine genügende Schmerzmitteltherapie und führte die aktuellen Beschwerden auf den abklingenden Morbus Sudeck zurück.

E. 2.4

Die Rheumaklinik und Institut für Physikalische Medizin und Rehabilitation, Spital Y._____, bestätigte am 10. Dezember 2004 die Diagnose eines Morbus Sudeck resp. eines Complex Regional Pain Syndrom (CRPS) I. Am 15. Februar 2005 empfahl sie die weitere konservative Behandlung des CRPS I und attestierte im angestammten Beruf volle Arbeitsunfähigkeit, für leichte Tätigkeiten ohne Gewichtsbelastung und monotone Handarbeiten oder starre Handhaltungen links volle Arbeitsfähigkeit.

E. 2.5

Die Klinik W._____, wo sich der Versicherte vom 13. Juli bis 10. August 2005 stationär aufhielt, diagnostizierte am 30. August 2005 eine distale, intraartikuläre Radiustrümmerfraktur links mit Plattenosteosynthese am 14. Mai 2004 sowie im Verlauf CRPS I linker Arm, inzwischen szintigraphisch abgeklungen. Sie attestierte im angestammten Beruf als Dreher eine Arbeitsfähigkeit von 50 % (ganztags mit reduzierter Leistung und vermehrten Pausen) und in einer leichten bis mittelschweren Tätigkeit ohne repetitive Handgelenksbewegungen links, ohne grossen Kraftaufwand links, ohne Schläge und Vibrationen auf die linke Hand und ohne Arbeit auf Leitern/Gerüsten eine ganztägige Arbeitsfähigkeit. Die geklagten ausgeprägten bewegungs- und belastungsabhängigen Schmerzen im Handgelenk und der Handgelenkswurzel links seien in diesem Ausmass schwerlich erklärbar.

E. 2.6

Der Kreisarzt konstatierte am 11. Oktober 2005, neurologisch liessen sich keine Anhaltspunkte für eine Nervenkompressionsproblematik finden. Der Hausarzt habe die Frage der Depression zu evaluieren.

E. 2.7

Der leitende Arzt der Plastischen, Wiederherstellungs- und Handchirurgie, Spital Y._____, erachtete am 12. Dezember 2005 den Zeitpunkt für eine operative Intervention bei einem momentan sudeckähnlichen Zustandsbild als sehr ungünstig. Es sei der Verlauf einer möglichen posttraumatischen Arthrodesese zu beobachten.

E. 2.8

Nach Einschätzung von Prof. Dr. med. S. _____, Facharzt für Chirurgie, speziell Handchirurgie, Klinik Z. _____, vom 7. Februar 2006 lag eine erhebliche, auch nach zwei Jahren nicht ausgeglichene intraartikuläre Stufenbildung vor. Die deutlich zu lange Elle lege den Verdacht nahe, der Radius sei zu kurz rekonstruiert. Am 17. Februar 2006 berichtete er, die Beurteilung des Kreisarztes sei zutreffend. Erschwerend sei die Überzeugung des Versicherten, einen schweren Sudeck durchgemacht zu haben, obwohl es aktuell dafür keine Anzeichen gebe.

E. 2.9

Am 17. Mai 2006 hielt der Kreisarzt fest, objektiv sei die Situation klinisch ruhig und ohne Anhaltspunkte für einen Morbus Sudeck. Röntgenologisch bestehe eine gewisse Inkongruenz im Bereich der Radiusgelenkfläche sowie allgemein eine leichte Atrophie der Weichteile im Bereich des linken Armes und der linken Hand. Die Restbeschwerden seien objektivierbar, doch sei die Schmerzintensität nicht überzeugend. Anhaltspunkte für ein psychiatrisches Leiden seien nicht vorhanden. Der Versicherte habe seine Arbeit nach einem halben Tag aufgegeben, obwohl diese zumutbar sei. Mit dem Restzustand an der linken adominanten Hand seien leichte bis mittelschwere Arbeiten ohne repetitive Handgelenkbewegungen links und ohne grossen Kraftaufwand links, ohne schlagende Belastungen und Vibrationen sowie ohne Tätigkeiten auf Leitern ganztags zumutbar. Da der Zustand als stabil bezeichnet werden könne und der Versicherte keine chirurgische Therapie wünsche, sei der Fall abzuschliessen. Gestützt auf die Tabelle 5.2 beantragte er eine Integritätsentschädigung von 10 %.

E. 2.10

Dr. med. B. _____, Facharzt für Chirurgie, speziell Handchirurgie, diagnostizierte in seinem Privatgutachten vom 6. Dezember 2006 den Status nach intraartikulärer distaler Radiustrümmerfraktur mit Dislokation des radialen Styloids, den Status nach offener Reposition und palmarer T-Platten-Osteosynthese links, Konsolidation der Fraktur in diskreter Fehlstellung, Verkürzung mit relativem Ulnavorschub und diskreter, intraartikulärer Stufenbildung auf Höhe der Fossa lunata, ein CRPS I und Sympathetically Maintained Pain (SMP) sowie eine radiale TFCC-Läsion links. Das CRPS allein genüge als Erklärung für die geklagten Beschwerden. Der angestammte Beruf sei nicht mehr möglich. In einer leichten oder mittelschweren Tätigkeit sei eine Arbeitsfähigkeit von 66 % (je drei Stunden morgens und nachmittags mit viertelstündigen Pausen zur Schmerzerholung) gegeben. Dabei bestehe eine Traglimite von 1.5 kg und eine beschränkte Greifkraft links. Überkopfarbeit und am Boden sei zu vermeiden. Geeignet seien Tätigkeiten ohne Einsatz des linken Armes oder solche, bei welchen die linke Hand nur Hilfshand sei. Zu empfehlen seien nur die (dominante) rechte Hand belastende manuelle Arbeit, optische oder akustische Kontrollvorgänge, Überwachungs- oder Securitasfunktionen, Botengänge, Kurier- und Sicherheitsdienst. Dr. med. B. _____ schloss auf eine Integritätseinbusse von 18 %.

E. 2.11

Der Kreisarzt nahm am 5. Januar 2007 Stellung zur Einschätzung des Dr. med. B. _____ und hielt dagegen, Prof. Dr. med. S. _____ habe keine Anhaltspunkte für ein CRPS mehr gefunden, Dr. med. B. _____ habe keine bildgebenden Abklärungen durchgeführt, um seine Diagnose zu stützen, weshalb das CRPS möglich, aber nicht wahrscheinlich sei.

E. 2.12

Dr. med. L. _____, Facharzt für orthopädische Chirurgie, SUVA, kam am 21. März 2007 zum Schluss, dem Gutachten des Dr. med. B. _____ liessen sich keine erheblichen neuen Erkenntnisse entnehmen. Es fehle an "harten Fakten" für das Vorliegen eines CRPS, an einer Auseinandersetzung mit anderslautenden ärztlichen Berichten sowie an einer radiologischen Untersuchung, welche ein Wiederaufflackern des CRPS untermauern könnte.

E. 2.13

Dr. med. T. _____, Abteilung für Wirbelsäulenmedizin und Schmerztherapie, Klinik Z. _____, diagnostizierte am 23. Juli 2007 ein chronisches Schmerzsyndrom im linken Arm bei Status nach Fraktur sowie anamnestisch ein CRPS I des linken Arms. Anlässlich der Untersuchung bestehe kein Temperaturunterschied, ein massives Schmerzsyndrom bei Handgelenksbewegungen, vermehrtes Schwitzen unter dem linken Arm, jedoch ein symmetrischer Haarwuchs und keine atrophischen Veränderungen.

E. 2.14

Am 26. Juli 2007 bestätigte Dr. med. B. _____ seine Diagnose, verneinte die Massgeblichkeit der Berichte des Prof. Dr. med. S. _____ und warf dem Kreisarzt sowie Dr. med. L. _____ vor, das "wirkliche Gesicht eines CRPS mit all seinen Aspekten und Folgen nicht ausreichend" zu kennen. Bezüglich der angezweifelten Kooperation des Versicherten bezichtigte er Dr. med. L. _____ "völliger Ignoranz eines echten CRPS". Weiter hielt er fest, "nur ohne Kenntnisse über die klinischen Aspekte und die komplexen Zusammenhänge der einzelnen Symptome ist es zu verstehen, dass Dr. med. L. _____ überhaupt zu einer solchen abstrusen Argumentation kommen kann". Radiologische Untersuchungen und eine Skelett-Szintigraphie seien nicht aussagekräftig. Die "Bezugnahme auf ein negatives Szintigramm vom 28.7.2005" sei "völlig absurd" und zeuge "von wenig Kenntnis der Sache". Weder radiologische, skelettszintigraphische noch neurologische Abklärungen würden neue Erkenntnisse bringen oder ein CRPS ausschliessen können. Er schlug eine funktionelle Magnet-Enzephalographie (fMEG) und eine Positron Emission Tomography (PET) vor. Entgegen Dr. med. L. _____ müssten keine "ggf. dahinter stehende Probleme" psychologisch oder psychiatrisch geklärt werden. Im Gegenteil "müssten solchermassen beurteilenden Ärzten klinisch untermauerte Fortbildungskurse empfohlen werden". Wegen des somatischen Krankheitsgeschehens müsse dem Versicherten "zwingend mit allen Mitteln" geholfen werden. Dass psychische Folgen aufgrund der ständigen Schmerzen auftreten könnten, sei hinlänglich bekannt, könne aber nicht Ursache der Beschwerden sein. Es sei zu wünschen, dass "auch SUVA-Ärzte bis zur obersten Instanz diesen Symptomenkomplex im Anschluss an ein Trauma nicht nur vollumfänglich anerkennen, sondern auch wissenschaftlich aufarbeiten" würden.

E. 2.15

Am 9. November 2007 bestätigte Dr. med. T. _____ das chronische Schmerzsyndrom, das sich auf den ganzen Körper ausgeweitet habe. Klinisch bestünden aktuell kein Verdacht auf ein sympathisch unterhaltendes Schmerzsyndrom, keine atrophischen Veränderungen, keine Überwärmung und keine Allodenie. Er empfehle eine Fortsetzung der medikamentösen Schmerztherapie.

E. 2.16

Dr. med. L. _____ verwies am 23. November 2007 auf Widersprüche im zweiten Gutachten des Dr. med. B. _____. Einerseits würden nächtliche Schmerzschübe verneint; andererseits sei von heftigen Schmerzschüben, vor allem nachts, die Rede. Bei der Hauttemperatur werde links eine spürbare leichtgradige Unterkühlung beschrieben, bei den Messwerten finde sich aber eine minime, subjektiv nicht wahrnehmbare Differenz. Die geringe Differenz beim dominanten Arm sei noch nicht spezifisch für ein Krankheitsbild. Wie Dr. med. B. _____ selber schreibe, betrage diese bei einem CRPS mindestens 2°. Weiter verwies er auf Widersprüche bei den Ödemen und hielt fest, Dr. med. B. _____ gehe mit keinem Wort darauf ein, dass bei konventionellen Röntgenaufnahmen im akuten Stadium eines CRPS typische fleckförmige Veränderungen mit höherer Strahlentransparenz in den befallenen Skelettabschnitten und im Spätstadium eines CRPS Abheilung der akuten dystrophen Phase, in der atrophischen Phase eine deutliche Knochenatrophie im Sinne einer deutlichen Osteopenie mit erhöhter Strahlentransparenz, verstärkter Zeichnung der gelenknahen Knochenteile und der Corticalis bestehe. Röntgenaufnahmen seien somit aussagekräftig und ein CRPS klinisch und radiologisch abzuklären. Die festgestellten Hautveränderungen hätten von keinem anderen Arzt erhoben werden können, so auch kürzlich von Dr. med. T. _____ nicht. Entgegen Dr. med. B. _____ habe die Klinik W. _____ das andauernde Vorliegen des CRPS I verneint. Es würden keine eindeutigen Befunde eines CRPS vorliegen. Dass Patienten, speziell in Begutachtungssituationen, bei der Untersuchung oft ungenügend kooperativ seien, ziehe Dr. med. B. _____ auch nicht nur ansatzweise in Betracht.

E. 2.17

Frau Dr. med. C. _____, Fachärztin für Neurologie, schloss sich am 27. November 2007 der Ansicht des Dr. med. L. _____ an. Nebst dem Kreisarzt und der Klinik W. _____ hätten auch Prof. Dr. med. S. _____ und Dr. med. T. _____ den Versicherten untersucht und übereinstimmend festgehalten, anamnestisch habe ein CRPS bestanden, aktuell lägen jedoch keine Zeichen dafür vor. Die von Dr. med. B. _____ vorgeschlagenen Methoden würden wissenschaftlich diskutiert, seien aber für diagnostische Zwecke nicht geeignet. Das von Dr. med. T. _____ diagnostizierte generalisierte Schmerzsyndrom sei ätiologisch nicht monokausal, weshalb der Unfall nur ein möglicher Faktor sei.

E. 2.18

Am 17. Dezember 2007 hielt Dr. med. B. _____ fest, Dr. med. L. _____ und Frau Dr. med. C. _____ vermöchten seine Einschätzung eines CRPS II nicht umzustossen, da ihre Beurteilung nur auf den Akten, nicht aber einer klinischen Untersuchung beruhe.

E. 2.19

Gemäss Bericht der Eingliederungsstätte A. _____ vom 21. Mai 2008 sei der Versicherte bei den Dreherarbeiten aufgeblüht. Die zusätzlichen Pausen hätten bis auf eine gestrichen werden können und er habe beinahe drei Stunden mit wenig Schmerzen arbeiten können. Momentan halte er ein 60 % Pensum im Bereich Drehen (drei Stunden Arbeit, drei Stunden Pause, drei Stunden Arbeit) für möglich. Am 11. Juli 2008 berichtete die Eingliederungsstätte A. _____, die Erhöhung des Pensums auf 80 % habe sich infolge verstärkter Schmerzen als unrealistisch gezeigt. Wegen verminderter Konzentrationsfähigkeit am Nachmittag hätten sich beinahe zwei Unfälle ereignet. Die Arbeitsfähigkeit sei wieder auf 45 % reduziert worden. Zwei Vorstellungen auf dem 1.

Arbeitsmarkt hätten gezeigt, dass der Versicherte keine Chance habe, die Anforderungen als Dreher zu erfüllen.

E. 2.20

Am 10. September 2008 verwies Dr. med. B. _____ darauf, die SUVA habe ihrer Verfügung vom 26. Mai 2007 eine unrealistische zumutbare Arbeitsfähigkeit zugrunde gelegt, welche nicht mit seiner Einschätzung sowie den Abklärungsergebnissen der Eingliederungsstätte A. _____ übereinstimme. Die von Dritten beobachtete verminderte Leistungsfähigkeit stehe in Einklang mit dem von ihm diagnostizierten CRPS.

E. 3.1

Es bestehen unterschiedliche ärztliche Einschätzungen bezüglich der bestehenden Leiden und der noch zumutbaren Tätigkeiten. Während Dr. med. B. _____ auf ein schweres CRPS schloss (zuletzt ein CRPS II), verneinten der Kreisarzt, Dr. med. L. _____ und Prof. Dr. med. S. _____ aktuelle Anhaltspunkte für das Vorliegen eines CRPS. Dr. med. T. _____ ging anamnestisch von einem CRPS I aus, diagnostizierte aber ein chronisches Schmerzsyndrom, welches sich auf den ganzen Körper ausgeweitet habe. Auch bezüglich der noch zumutbaren Tätigkeiten gehen die Beurteilungen auseinander. Dr. med. B. _____ erachtete gestützt auf die Berichte der Eingliederungsstätte A. _____ eine Arbeitsfähigkeit von 45 % als zumutbar und den Versicherten auf dem 1. Arbeitsmarkt für nicht mehr vermittelbar. Der Kreisarzt und Dr. med. L. _____ erklärten eine leidensangepasste leichte Tätigkeit als voll zumutbar. Dr. med. T. _____ äusserte sich nicht zur Frage der Arbeitsfähigkeit.

E. 3.2

Die Gutachten und Berichte des Dr. med. B. _____ vermögen in Verbindung mit den Feststellungen der Eingliederungsstätte A. _____ zumindest geringe Zweifel an der Einschätzung der zumutbaren Tätigkeiten durch den Kreisarzt und Dr. med. L. _____ zu wecken. Dennoch können der Beurteilung der Leistungsansprüche nicht die Berichte und Gutachten des Dr. med. B. _____ zugrunde gelegt werden, da sie ihrerseits nicht voll zu überzeugen vermögen. Einerseits kann Dr. med. B. _____ die geklagten Beschwerden nicht im Sinne der Rechtsprechung objektivieren und stützt sich bei seiner Beurteilung vornehmlich auf die Schmerzangaben des Versicherten, welche verschiedene Ärzten als unvereinbar mit den vorhandenen Befunden erachteten (vgl. etwa Berichte der Klinik W. _____ vom 30. August 2005 und des Prof. Dr. med. S. _____ vom 17. Februar 2006). Andererseits enthält das Gutachten des Dr. med. B. _____ vom 26. Juli 2007 verschiedentlich diffamierende Aussagen gegenüber anderen beteiligten Ärzten, so dass seine Objektivität in Frage steht. Schliesslich ergeben sich - wie Dr. med. L. _____ aufzeigt - auch aus den Berichten und Gutachten des Dr. med. B. _____ Widersprüche.

E. 3.3

Bei dieser Sachlage ist die Angelegenheit unter Aufhebung des Einsprache- und des vorinstanzlichen Entscheids an die SUVA zurückzuweisen, damit sie nach Einholung eines (eventuell polydisziplinären) Gutachtens bei einer unabhängigen Stelle über die Ansprüche des Versicherten erneut entscheide.

E. 4

Das Verfahren ist kostenpflichtig. Die unterliegende SUVA hat die Gerichtskosten zu tragen (Art. 66 Abs. 1 BGG). Der Versicherte hat Anspruch auf eine Parteientschädigung (

Art. 68 Abs. 1 und 2 BGG).

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