

BL_GERICHTE 725 19 333/284 vom 4. Juli 2018

BL Gerichte, 2018-07-04, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_725_19_333_284

FR: BL_GERICHTE 725 19 333/284 du 4 juillet 2018

IT: BL_GERICHTE 725 19 333/284 del 4 luglio 2018

Regeste

Leistungen

Erwägungen

E. 1

Gemäss Art. 56 Abs. 1 und Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000, dessen Bestimmungen gemäss Art. 2 ATSG in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) vom 20. März 1981 auf die Unfallversicherung anwendbar sind, kann gegen Einspracheentscheide der Unfallversicherer beim zuständigen kantonalen Versicherungsgericht Beschwerde erhoben werden. Zuständig ist nach Art. 58 ATSG das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die versicherte Person zur Zeit der Beschwerdeerhebung ihren Wohnsitz hat. Vorliegend befindet sich dieser im Kanton Basel-Landschaft, weshalb die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. a des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Einspracheentscheide der Versicherungsträger gemäss Art. 56 ATSG. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die - im Übrigen frist- und formgerecht erhobene - Beschwerde des Versicherten vom 7. Oktober 2019 ist demnach einzutreten.

E. 2

Gemäss Art. 6 Abs. 1 UVG hat der Unfallversicherer in der obligatorischen Unfallversicherung, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt, die Versicherungsleistungen bei Berufs-unfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten zu gewähren. Art. 10 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Heilbehandlung). Ist die versicherte Person infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat sie gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG Anspruch auf ein Taggeld. Ist die versicherte Person infolge des Unfalles zu mindestens 10 Prozent invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Erleidet sie durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen oder geistigen Integrität, so hat sie nach Art. 24 Abs. 1 UVG Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung. Diese wird mit der Invalidenrente festgesetzt oder, falls kein Rentenanspruch besteht, bei der Beendigung der ärztlichen Behandlung gewährt (Art. 24 Abs. 2 UVG). 3.1 Streitig und zu prüfen ist, ob die Suva zu Recht gestützt auf die Kreisarztberichte von Prof. C.____ vom 15. Mai 2018 und von Dr. med. I.____, Fachärztin für Allgemein Chirurgie und Traumatologie, vom 11. Juni 2018 von einem Endzustand ausgegangen ist und den Fall am 4. Juli 2018 unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen mit gleichzeitiger Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und eine

Integritätsentschädigung abgeschlossen hat (vgl. Art. 19 Abs. 1 UVG). Dabei ist unbestritten, dass der Endzustand in Bezug auf die Verletzungsfolgen des rechten Unterschenkels und des linken Armes bzw. Handgelenkes eingetreten ist. Zu prüfen ist, ob die geltend gemachten Rückenbeschwerden mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 11. November 2014 zurückzuführen sind und die Suva dafür Versicherungsleistungen erbringen muss. Da diesbezüglich die Behandlung nicht abgeschlossen ist, wäre der Fallabschluss zu früh erfolgt. Ferner stellt sich die Frage, ob Eingliederungsmassnahmen der IV-Stelle dem Fallabschluss entgegenstehen.

3.2 Der Fallabschluss ist vorzunehmen, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden kann und die Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind (BGE 134 V 109 E.4.1). Für die Beurteilung der namhaften Besserung ist einzig auf die unfallbedingten, nicht aber die krankheitsbedingten Einschränkungen abzustellen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 26. Oktober 2009, 8C_398/2009, E. 4.4).

3.3 Vorliegend rügt der Beschwerdeführer den Zeitpunkt des Fallabschlusses unter Hinweis auf laufende Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV). Der Umstand laufender Eingliederungsmassnahmen allein reicht nicht aus, um den Unfallversicherer zur Weiterausrichtung der bisherigen Leistungen zu verpflichten. Nach der Rechtsprechung muss der ausstehende Entscheid der Invalidenversicherung über die berufliche Eingliederung Vorkehren betreffen, die geeignet sind, den Anspruch auf eine Invalidenrente der Unfallversicherung zu beeinflussen; ist der noch vorliegende Gesundheitsschaden jedoch nicht unfallkausal, vermag der Umstand des noch ausstehenden Entscheids der IV über die berufliche Eingliederung den Fallabschluss in der Unfallversicherung nicht zu verhindern (SVR 2009 UV Nr. 39 S. 134 E. 3, 8C_304/2008; Urteile 8C_588/2013 vom 16. Januar 2014 E. 3.4 und 8C_205/2013 vom 5. September 2013 E. 3.2.4, je mit weiteren Hinweisen).

3.4 Wie die Suva zu Recht anführt, hat die IV-Stelle die beruflichen Massnahmen abgebrochen (vgl. Schreiben der IV-Stelle vom 28. August 2019 und Verfügung vom 12. September 2019). Der Versicherte hat aber gegen die Einstellung der beruflichen Massnahmen Beschwerde erhoben, womit die Beendigung der Eingliederungsmassnahmen in der Schwebe ist. Ob dieses Verfahren den Fallabschluss zu verhindern vermag, ist fraglich. Sollte sich erweisen, dass die geltend gemachten Rückenbeschwerden nicht unfallkausal sind, wäre der Ausgang des Beschwerdeverfahrens in Bezug auf die beruflichen Massnahmen für den Fallabschluss so oder so ohne Wirkung.

4.1 Zur Beurteilung medizinischer Sachverhalte ist das Gericht auf ärztliches Fachwissen angewiesen (BGE 132 V 93 E. 4). Es hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) - wie alle anderen Beweismittel - frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach entscheidend, ob dieser 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 der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 und 125 V 351 E. 3a mit Hinweis). 4.2 Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführliche Zusammenstellung dieser Richtlinien in BGE 125 V 351 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 465 E. 4.4 und 4.5). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen). Dagegen sind bei Entscheiden gestützt auf versicherungsinterne ärztliche Beurteilungen, die im Wesentlichen oder ausschliesslich aus dem Verfahren vor dem Sozialversicherungsträger stammen, an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen, ist eine versicherungsexterne medizinische Begutachtung im Verfahren nach Art. 44 ATSG oder ein Gerichtsgutachten anzuordnen (BGE 135 V 471 E. 4.7).

5.1 Unbestritten ist, dass eine Vorgeschichte in Bezug auf die Rückenbeschwerden besteht. Nach einem Treppensturz mit Kontusion der LWS am 12. August 1995 begab sich der Versicherte ins Spital. Wegen Verdachts auf eine Spondylolisthesis (Wirbelgleiten) wurde eine bildgebende Untersuchung angeordnet. Die Röntgenbilder zeigten eine «bilaterale Spondylolyse L5 mit Spondylolisthesis Grad I L5 in Bezug auf S1 und eine fragliche vermehrte Randsklerose im Bereich des rechten iliosacralen Gelenkes mit fraglicher Weitstellung des Gelenkes rechts». Hinweise für frische, traumabedingte Knochenläsionen gab es nicht (vgl. Bericht vom 14. August 1995). In klinischer Hinsicht wurden eine Druckdolenz im Bereich LWK 4/5 sowie Schmerzen bei Bewegungen des Oberkörpers nach vorne festgehalten, bei unauffälligem Neurostatus (vgl. Arztzeugnis UVG vom 20. November 1995). Die weitere Behandlung bestand aus Schmerzmedikation und Physiotherapie. Der Versicherte war ab dem 22. August 1995 wieder voll arbeitsfähig.

5.2 Beim Arbeitsunfall vom 11. November 2014 erlitt der Beschwerdeführer ein Quetschtrauma des linken Ellbogens, ein Quetschtrauma der linken Hand mit SL-Bandläsion, eine undislozierte 2 Etagen-Fibularfraktur (Wadenbeinbruch) rechts mit initial drohendem Kompartmentsyndrom, eine dislozierte, mehrfragmentäre Impressionsfraktur des Sinus frontalis (Stirnhöhle) links, eine undislozierte Fraktur des Processus mastoideus (Knochenwölbung am Schläfenbein) rechts mit initial passagerem Pfeif-Tinnitus sowie Frakturen der Rippen 10-12 rechts. Die Röntgenuntersuchung des Beckens vom 11. November 2014 ergab eine «korrekte» Gelenkartikulation, einen intakten Beckenring und eine gute Artikulation des ISG. Der lumbosacrale Übergang in dieser Projektionsebene sei ebenfalls intakt. Es liege auch keine frische Fraktur vor. Nach stationärem Aufenthalt im Spital vom 11. November 2014 bis 13. November 2014 konnte der Versicherte in gutem Allgemeinzustand nach Hause entlassen werden (vgl. Austrittsbericht des Spitals vom 13. November 2014 sowie Sprechstundenbericht vom 25. November 2014). Eine Verletzung am Rücken wurde nicht festgestellt.

5.3 Am 1. Juni 2015 fand eine neurologische Untersuchung bei Dr. G._____ statt. In ihrem Untersuchungsbericht vom 3. Juni 2015 erwähnte sie neben den bisher bekannten Unfallverletzungen, gewisse

Lumbalgien, die neulich, nach dem Heben der 18 kg schweren Tochter, verstärkt aufgetreten seien. Das Tragen eines Sixpacs Wasserflaschen sei aber möglich. Bei der klinischen Untersuchung führte sie in Bezug auf den Rumpf aus, dass die Wirbelsäule bei leichtem Hartspann im Lot sei, dass der Lasègue negativ und die Valleix-Druckpunkte indolent seien. Die Bauchhautreflexe seien symmetrisch und knapp auslösbar. Die Sensibilität sei intakt. Ätiologisch komme am ehesten eine beginnende Algodystrophie (Schmerzsyndrom) der rechten unteren Extremität in Betracht. 5.4 Am 18. Februar 2016 erfolgte eine kreisärztliche Untersuchung durch J.____, Facharzt für Chirurgie. In Bezug auf die unteren Extremitäten und die Wirbelsäule war der Befund unauffällig. Im weiteren Verlauf war der Versicherte vom 22. August 2017 bis 26. September 2017 in der Rehaklinik in ambulanter Behandlung. Im Austrittsbericht von Dr. med. K.____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, vom 11. Oktober 2017 blieben Rückenbeschwerden unter der Rubrik «Probleme bei Austritt» sowie in der Diagnoseliste unerwähnt. Unter der Rubrik «relevante Befunde bei Austritt», in der die subjektiven Eindrücke des Versicherten wiedergegeben wurden, stand, dass die Schmerzen am Rücken und Schulterblatt in etwa unverändert geblieben seien und jeweils stark fluktuierten. Bei der objektiven Befunderhebung wurde dagegen lediglich erwähnt, dass in Bezug auf die BWS/LWS die Flexion ca. 1/3, die Lateralflexion bds. kaum und die Rotation nach rechts ca. 1/3 und nach links ca. 2/3 eingeschränkt sei. Im Zumutbarkeitsprofil wurden dem Versicherten ganztags leichte Arbeiten attestiert. Tätigkeiten mit repetitivem Einsatz des linken (=dominanten) Armes seien zu vermeiden wie auch die Exposition des linken Armes gegenüber Schlägen, Erschütterungen und Vibrationen. In Bezug auf die BWS/LWS sei zu beachten, dass die Tätigkeit keine länger dauernden Phasen in vorgeneigter und/oder verdrehter Rumpfposition sowie anderweitige, länger dauernde Zwangshaltungen des Rückens beinhalte. 5.5 Dr. E.____ und Prof. F.____ untersuchten den Versicherten infolge persistierender Rückenbeschwerden am 21. März 2018. Gemäss Bericht vom 23. März 2018 leide der Versicherte seit dem Unfall vom 11. November 2014 an tieflumbalen Rückenbeschwerden. Die Schmerzen hätten innerhalb der letzten Monate, speziell seit Herbst 2017 bis heute, zugenommen. Es komme regelmässig zu einem Zwickeln im Bereich der rechten Hüfte und zu einer Schmerzausstrahlung mit Verkrampfung im Bereich der Zehen im rechten Fuss. Vor dem Unfall hätten keine Rückenbeschwerden bestanden. Sie diagnostizierten eine bewegungsabhängige Lumbago bei traumabedingter Spondylolyse L5 beidseits nach Polytrauma am 11. November 2014 mit beidseitiger rechtsbetonter Foraminalstenose und intermittierender rechtsseitiger Lumboischialgie L5. Vorgesehen sei ein konservativer Heilversuch mit einem Korsett. Wichtig sei, auf jegliches Bücken für drei Monate zu verzichten. 5.6 Die Kreisärztin Dr. I.____ gelangte mit Schreiben vom 5. April 2018 an Dr. E.____ und Prof. F.____, da sich offenbar Fragen bezüglich der Kausalität der Rückenbeschwerden stellten. Da die bilaterale Spondylolyse L5 sowie eine Spondylolisthesis Grad I schon im Jahre 1995 nachgewiesen worden seien, könnten diese unmöglich durch das am 11. November 2014 erlittene Trauma verursacht worden sein. In der aktuellen MRT vom 12. Februar 2018 werde der gleiche Befund wie bereits 1995 beschrieben. Im Rahmen der Listhese (Gleiten) würden ferner Foraminalstenosen beidseits mit möglicher Quetschung der Nervenwurzel L5 beidseits intraforaminal genannt. Die Bandscheibe zeige eine Osteochondrose und Zeichen der Aktivierung. Es sei auch zu einer leichten Spondylarthrose gekommen. Insgesamt seien diese Befunde vorbestehend und teilweise degenerativer Genese. Es handle sich beim Versicherten um eine anlagebedingte und nicht um eine unfallkausale Spondylolyse. 5.7 Mit Schreiben vom 7. Mai 2018 nahm

Dr. E._____ zu den Ausführungen von Dr. I._____ Stellung. Die Inzidenz in der allgemeinen Bevölkerung für eine Spondylolyse steige nach der Geburt auf etwa 5% im Alter von etwa 5 Jahren. Es komme also zu einer Ermüdungsfraktur. Ebenso sei die Häufigkeit einer Spondylolyse bei Sportlern erhöht. Folge der Ermüdungsfraktur sei eine erhöhte Beweglichkeit im Segment. Die interessante Frage sei, was bei einer erhöhten Beweglichkeit passiere, wenn zusätzlich ein Trauma auftrete. Diese Frage sei wissenschaftlich bisher unvollständig geklärt. Wahrscheinlich sei, dass das Fazettengelenk L5/S1 die mechanische Belastung bei einem Trauma nicht adäquat auffangen könne. Dadurch werde mutmasslich die Bandscheibe und auch die Lysezzone stark belastet. Es komme mutmasslich zu einer «Distorsion» der Bandscheibe, also einer Überlastung durch Translation oder Rotation. Beim Versicherten bestehe eine Spondylolyse, die seit mindestens 1995 bekannt sei. Durch das Trauma vom 11. November 2014 (mit adäquater mechanischer Belastung und multiplen Frakturen) sei es mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu einer richtunggebenden Verschlimmerung gekommen. Aus diesen Gründen sei die Suva für die aktuelle Behandlung leistungspflichtig. 5.8 Prof. C._____ nahm mit Kreisarztbericht vom 15. Mai 2018 eine Beurteilung der Kausalität der Rückenbeschwerden zum Unfallereignis vom 11. November 2014 vor. Bei Vorliegen einer Spondylolyse, also einer knöchernen Unterbrechung im Bereich des Wirbelbogenansatzes, verliere das entsprechende Bewegungssegment an Stabilität, da die Funktion der Wirbelgelenke aufgehoben sei, wodurch der Wirbelkörper nach ventral (bauchwärts) gleite. Durch die entstandene Instabilität müssten die einwirkenden Kräfte hauptsächlich über die Rückenmuskulatur und die Bandscheibe des betroffenen Segments aufgefangen werden. Sei die Pars interarticularis beidseits unterbrochen (beidseitige Spondylolyse), könne der 5. Lendenwirbel, begünstigt durch die nach vorne (ventral) geneigte Bandscheibe L5/S1, über den 1. Kreuzbeinwirbel nach vorne gleiten. Die isthmisch spondylolytische Form des Wirbelgleitens trete in etwa 80-85% in der Höhe des Wirbelsegments L5/S1, ca. 15% in der Segmenthöhe L4/L5 und sehr selten in der Höhe L3/L4 auf. Dies werde als Spondylolisthesis bezeichnet und nach Meyerding in 4 Schweregrade eingeteilt. Eine Notwendigkeit zur Behandlung der Spondylolyse ohne Wirbelgleiten bestehe nur ausnahmsweise. Die Spondylolisthesis mit geringem Gleitgrad werde erst beim Auftreten von Beschwerden behandlungsbedürftig oder wenn das Risiko einer Progredienz bestehe. Beim Versicherten liege bildgebend, wie von Dr. E._____ und Prof. F._____ in ihrem Bericht vom 7. Mai 2018 erwähnt, eine Spondylolyse L5 beidseits mit Spondylolisthesis Meyerding Grad I vor. Dieser Befund sei bereits im Röntgenbericht der LWS vom 12. August 1995 beschrieben, weshalb der Unfall vom 11. November 2014 nicht Ursache des beidseitigen Wirbelbogenbruchs L5 bzw. der knöchernen Unterbrechung der Wirbelbogen L5 sein könne. Echtzeitlich gebe es denn auch keinen Hinweis auf eine frische Fraktur im Bereich der unteren LWS, insbesondere L5. Der von Dr. E._____ dargestellte Zusammenhang mit einem eventuellen (späteren) Ermüdungsbruch bei jungen Athleten sei unwahrscheinlich, da bereits eine beidseitige Spondylolyse des Wirbelbogens bestanden habe. In Bezug auf die Frage einer richtunggebenden Verschlimmerung sei zu bemerken, dass laut dem Austrittsbericht des Spitals vom 13. November 2014 keine Problematik im Bereich der unteren LWS vorgelegen habe. Zudem sei der Versicherte wiederholt fachärztlich untersucht worden, ohne dass eine relevante Rückenproblematik dokumentiert worden sei. Aufgrund der Akten sei von einem undulierenden Verlauf der etwa ein Jahr nach dem Unfall von 2014 erwähnten Rückenschmerzen auszugehen (vgl. Berichte von Dr. G._____ vom 3. Juni 2015, von Kreisarzt J._____ vom 18. Februar 2016 und von der Rehaklink vom

11. Oktober 2017). Die Rückenschmerzen seien durch die vorbestehenden Veränderungen und die biomechanischen Konsequenzen ausreichend erklärt. Die vorbestehende Spondylolyse L5 führe zu einer chronischen Fehlbelastung mit zunehmender Beckenabkippung und damit verbundenen, typischen lumbalen Rückenschmerzen bzw. Foramenstenosen mit Schmerzausstrahlung in die Nervenwurzeln der Haut. Dr. E. _____ weise darauf hin, dass der Versicherte vor dem Ereignis nie Rückenschmerzen gehabt habe, diese seien erst nach dem Ereignis aufgetreten. Hierzu sei anzumerken, dass ein Rückenschmerz nicht immer gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer lumbalen Pathologie zu sehen sei, wobei der Versicherte eine seit 1995 nachgewiesene Spondylolyse und Spondyloisthesis in Höhe L5/S1 sowie degenerative Veränderungen im Bereich der kleinen Wirbelgelenke habe, und dass auch banale Ereignisse Rückenschmerzen auslösen könnten. Aus dem blossen Auftreten zeitlich nach dem Ereignis könne nicht auf eine Kausalität geschlossen werden, auch wenn dies im klinischen Kontext durchaus Usus sei. 5.9 Am 11. Juni 2018 folgte die kreisärztliche Abschlussuntersuchung bei Dr. I. _____. Danach sei dem Versicherten eine leichte, ganztägige Arbeit zuzumuten. Zu vermeiden seien Tätigkeiten mit repetitivem Einsatz des linken dominanten Armes sowie Expositionen des linken Armes gegenüber Schlägen, Erschütterungen und Vibrationen (Bericht vom 12. Juni 2018). Die Suva schloss daraufhin den Fall unter Einstellung der laufenden Leistungen am 4. Juli 2018 ab. 5.10 Der Beschwerdeführer befand sich weiterhin wegen der Rückenschmerzen in Behandlung bei Dr. E. _____ und Prof. F. _____ (vgl. Berichte vom 14. Mai 2018, 27. Juni 2018 und 26. September 2018). Am 23. Januar 2019 berichteten sie, dass sich die Schmerzintensität nach der Mikrovaskularisationstherapie verringert habe. In der klinischen Untersuchung falle eine Schmerzhaftigkeit mit Muskelverspannung bei Extension auf. Die Röntgenbilder vom 20. Januar 2019 zeigten eine leichte Zunahme der Anterolisthese. Klinisch gehe es dem Versicherten besser. Radiologisch finde sich heute eine leichte Verschlechterung. Aus rein radiologischer Sicht bestehe die Indikation zur Stabilisierung der Wirbelsäule auf Höhe L5/S1. Bei guter klinischer Situation sei aber mit einem Eingriff zuzuwarten. Die Umschulung sei das nächste Ziel und die Steigerung der Leistungsfähigkeit auf 50% sei anzustreben. 5.11 Dr. H. _____ führte in seinem Bericht vom 20. Februar 2020 aus, dass der Versicherte seit 21. Mai 2019 in seiner Behandlung sei. Auf der MRT vom 24. Mai 2019 sei eine fortschreitende Diskusdegeneration L5/S1 mit foraminale Einengung beidseits zu sehen. Nach dem Unfall vom 11. November 2014 seien während des Aufenthaltes in der Rehaklinik erste tieflumbale Rückenschmerzen aufgetreten, welche im weiteren Verlauf zugenommen hätten. Der Versicherte arbeite zurzeit 60% und sei am Ende des Tages erschöpft. Das Unfallereignis sei zwar nicht Ursache für die Wachstumsstörung im lumbosakralen Segment. Es sei hingegen Ursache für eine «Traumatisierung der Spondylolysen». Der Beurteilung von Dr. E. _____ und Prof. F. _____ sei zu folgen. Die MRT-Bilder zeigten, dass die deszendierende Gelenksfazette L4 beidseits in die Pseudarthrose der Pars drücke, was zu den beschriebenen Rückenschmerzen führe. Die foraminale Verhältnisse seien beidseits eng durch das Tiefertreten des Pedikels. 5.12 Die Suva bat daraufhin Prof. C. _____ um eine aktuelle neurochirurgische Beurteilung der Sachlage. Mit Bericht vom 22. Mai 2020 führte sie aus, dass es keinen Anhalt dafür gebe, dass das Unfallereignis zu einer «Traumatisierung der Spondylolysen» geführt habe. Die Rückenbeschwerden seien überwiegend wahrscheinlich multifaktoriell durch die Anlagestörung, die inflammatorischen Begleitprozesse und die Osteochondrose verursacht, was bei der sichtbaren Fehlstellung auch nachvollziehbar sei. Die von Dr. H. _____ als eng beschriebenen foraminale Verhältnisse seien ein Hauptmerkmal einer klinisch relevanten

Spondylolisthesis, anatomisch-funktionell bedingt durch die Listhese der Wirbelkörper und nicht unfallkausal. Eine unfallkausale Foramenstenose wäre nur bei einer Fraktur oder einem traumabedingten Bandscheibenvorfall zu erwarten. Die Indikation zur eventuellen Stabilisierung, wie von Dr. E.____ und Prof. F.____ vorgeschlagen, entspreche dem typischen Verlauf einer beidseitigen Spondylolyse mit Wirbelgleiten. Die Angabe einer Koinzidenz von Unfallgeschehen und Beginn der beklagten Beschwerden könne im Sinne post hoc ergo propter hoc einen kausalen Zusammenhang rein temporal nicht in überzeugender Weise begründen. Bei einer Spondylolyse dieses Ausmasses seien insbesondere auch ohne Trauma Rückenschmerzen als typisches Symptom beschrieben. Die Hypermobilität führe zu lokalen Schmerzen, unter anderem bedingt durch inflammatorische Prozesse an dem betroffenen Segment. Es sei üblicherweise im Verlauf eine Intervention mit Fixierung des instabilen Segments erforderlich. Das Unfallereignis könne hierzu problemlos weggedacht werden. 6.1 In Würdigung der vorliegenden Arztberichte ist festzuhalten, dass sich die Mediziner - nachdem auch Dr. E.____ und Prof. F.____ Kenntnis der Röntgenbilder von 1995 hatten - darin einig sind, dass die Wachstumsstörungen bzw. die bilaterale Spondylolyse sowie die Spondylolisthesis Grad I schon im Jahre 1995 bestanden haben und nicht durch das im November 2014 erlittene Trauma verursacht worden sein können. Echtzeitlich gibt es denn auch keinen Hinweis auf eine frische Fraktur im Bereich der unteren LWS, insbesondere bei L5. Es stellt sich deshalb die Frage, ob der Unfall zu einer richtunggebenden Verschlimmerung der Rückenproblematik geführt hat und somit eine Teilursache dieser darstellt. Diese Meinung vertreten Dr. E.____ und Prof. F.____, wobei sie lediglich von Annahmen ausgehen und zwar, dass es beim Versicherten vorgängig zu einer Ermüdungsfraktur gekommen sei, welche eine erhöhte Beweglichkeit im Segment zur Folge hatte. Es sei zwar wissenschaftlich nicht geklärt, aber wahrscheinlich, dass - bei Vorzustand mit erhöhter Beweglichkeit - das Fazettengelenk L5/S1 die mechanische Belastung des Traumas nicht adäquat habe auffangen können. Dadurch sei mutmasslich die Bandscheibe und auch die Lysezonen (Unterbrechung der Wirbelkörper) stark belastet worden. Es sei sodann mutmasslich zu einer «Distorsion» der Bandscheibe, also einer Überlastung durch Translation oder Rotation gekommen. Allein gestützt auf diese Thesen kann eine richtunggebende Verschlimmerung nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit begründet werden. Da Dr. H.____ die Auffassung von Dr. E.____ und Prof. F.____ teilt, kann auch sein Bericht nicht als Grundlage für eine Leistungspflicht der Suva dienen. Eine versicherungsexterne medizinische Abklärung der Kausalität der Rückenbeschwerden wäre aber vorzunehmen, wenn die Darlegungen von Dr. E.____ und Prof. F.____ an der Richtigkeit der kreisärztlichen Berichte zweifeln lassen. Dies ist vorliegend nicht der Fall. 6.2 Die Beurteilungen von Prof. C.____ vom 15. Mai 2018 und 22. Mai 2020 sind in sich schlüssig. Mit klarer Argumentation widerlegt sie den Standpunkt von Dr. E.____ und Prof. F.____, dass es mit überwiegender Wahrscheinlichkeit durch den Unfall zu einer richtunggebenden Verschlimmerung gekommen sei. In sachlicher Weise legt sie dar, dass die bildgebenden Befunde, der zeitliche Verlauf und die medizinische Dokumentation zum Schluss führen, dass die erst einige Zeit nach dem Unfall aufgetretenen Rückenbeschwerden auch ohne Trauma entstanden wären. Die Annahme von Dr. E.____ und Dr. F.____, dass es im Laufe der Zeit zu einem Ermüdungsbruch mit erhöhter Beweglichkeit im Segment gekommen sei und der Unfall vom November 2014 zu einer Verschlimmerung dieses Vorzustandes geführt habe, ist äusserst unwahrscheinlich, da bereits eine beidseitige Spondylolyse des Wirbelbogens bestanden hat und die

Hypermobilität allein - auch ohne Trauma - zu lokalen Schmerzen führt, unter anderem bedingt durch inflammatorische Prozesse an dem betroffenen Segment. Eine unfallkausale Foramenstenose wäre sodann nur bei einer Fraktur oder einem traumabedingten Bandscheibenvorfall zu erwarten, was vorliegend nicht der Fall ist. Gegen eine richtunggebende Verschlimmerung durch den Unfall sprechen ferner der zeitliche Ablauf und die echtzeitlichen Arztberichte. Zeitnah zum Unfall werden keine Rückenbeschwerden beschrieben. So ist dem Austrittsbericht des Spitals vom 13. November 2014 keine entsprechende Problematik zu entnehmen. Erstmals im Bericht von Dr. G.____ vom 3. Juni 2015 werden gewisse Lumbalgien erwähnt, diagnostisch jedoch nicht erfasst und auch nicht behandelt. Im kreisärztlichen Bericht von Facharzt J.____ vom 23. Februar 2016 fehlen Angaben zu einer Rückenproblematik gänzlich. Nach Angaben des Beschwerdeführers nahmen die Beschwerden im Herbst 2017 zu. Dem Austrittsbericht der Rehaklinik vom 11. Oktober 2017 können diesbezüglich Schilderungen des Versicherten entnommen werden, entsprechende objektive Befunde sind dagegen nicht dokumentiert. Erst im Frühjahr 2018 wurden weitergehende Abklärungen und Behandlungen bei Dr. E.____ und Prof. F.____ vorgenommen. Wie Prof. C.____ nachvollziehbar darlegte, sprechen die medizinischen Angaben für einen undulierenden Verlauf der Rückenproblematik, die ihren Ursprung im Jahr 1995 hat, lange Zeit unauffällig blieb und im Herbst 2017 zunahm und schliesslich im März 2018 zur genaueren Abklärung und Behandlung führte. Für die Annahme, dass die Beschwerden mit dem Unfall im November 2014 auftraten, fehlen beweistaugliche Belege.

E. 7

Als Zwischenergebnis ist somit festzuhalten, dass die Rückenbeschwerden nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit in einem kausalen Zusammenhang mit dem Unfall vom 11. November 2014 stehen. Folglich durfte die Suva den Fall am 4. Juli 2018 abschliessen und die Rentenfrage prüfen sowie den Integrationsschaden bemessen, auch wenn die Frage der Eingliederungsmassnahmen der IV noch nicht abschliessend geklärt ist. 8.1 In Bezug auf die Invaliditätsbemessung macht der Beschwerdeführer geltend, dass der ermittelte IV-Grad von 17% zu tief sei, weil dieser auf einer falschen Zumutbarkeitsbeurteilung basiere. Er sei nicht in der Lage, ein volles Arbeitspensum zu leisten. Bei der Zumutbarkeitsbeurteilung sind lediglich die unfallkausalen Beschwerden zu berücksichtigen. Im kreisärztlichen Abschlussbericht führte Dr. I.____ aus, dass der Versicherte seit der letzten Kreisarztuntersuchung im Februar 2016 mehrmals am linken dominanten Handgelenk operiert worden sei. Nach nun erfolgter Osteosynthesematerialentfernung im März 2018 schein sich die Situation auch am linken Handgelenk unter Ergotherapie zu stabilisieren. Insgesamt hätte sich die Gebrauchsfähigkeit der linken Hand und auch die Schmerzproblematik am linken Handgelenk mit dem letzten Eingriff deutlich verbessert. Es beständen noch leichte Restbeschwerden ulnar in der Handgelenksregion, auf Höhe des resezierten Os triquetrum. Der Versicherte könne alle Langfinger frei bewegen, der Faustschluss sei komplett möglich. Leichte Beschwerden gebe der Versicherte noch im Bereich des rechten Ellbogens in der Region des Muskelanrisses der Extensoren an. Der Ellbogen sei aber frei beweglich. Auch im Bereich des Sprunggelenkes würden eigentlich keine Beschwerden angegeben. Weiterhin berichte der Versicherte, dass der Tinnitus auf der rechten Seite persistiere. Die angestammte Tätigkeit als Maurer sei ihm nicht mehr zumutbar. Diesbezüglich sei vonseiten der IV eine Umschulung geplant. Dem Versicherten sei eine leichte, ganztägige Arbeit möglich. Zu vermeiden seien Tätigkeiten mit repetitivem Einsatz des linken (dominanten) Armes sowie Expositionen des linken Armes gegenüber Schlägen,

Erschütterungen und Vibrationen. 8.2 Die Einschätzung von Dr. I.____ überzeugt. Sie würdigte alle medizinischen Verlaufsberichte, untersuchte den Versicherten persönlich und berücksichtigte seine Schilderungen in Bezug auf die Restfolgen. Anderslautende medizinische Einschätzungen der behandelnden Ärzte gibt es nicht. Die Aussage des Versicherten in Bezug auf eine Teilarbeitsunfähigkeit erfolgte offensichtlich im Zusammenhang mit den unfallfremden Rückenbeschwerden. Diesbezüglich ist den Berichten von Dr. H.____ zufolge von einer Teilarbeitsunfähigkeit auszugehen. Da die Rückenproblematik vorliegend bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit auszuklammern ist, ist an der kreisärztlichen Zumutbarkeitsbeurteilung nichts auszusetzen, was seitens des Versicherten auch nicht ernsthaft bestritten wird. Folglich liegt unfallversicherungsrechtlich eine volle Arbeitsfähigkeit in einer angepassten, leichten Tätigkeit vor. Soweit der Beschwerdeführer mit Schreiben vom 22. September 2020 und MRT-Bericht vom 16. September 2020 neue Beschwerden geltend macht, ist darauf hinzuweisen, dass für die Beurteilung der Streitsache in zeitlicher Hinsicht der Sachverhalt massgebend ist, wie er sich bis zum Erlass des Einspracheentscheides (hier: am 4. September 2019) verwirklicht hat (BGE 130 V 445 E. 1.2 S. 446; Urteil des Bundesgerichts vom 20. Februar 2018, 8C_644/2017, E. 4 mit Hinweisen). Die Suva wird ihre Leistungspflicht im Zusammenhang mit den neu geltend gemachten Beschwerden in einem separaten Verfahren prüfen. 9.1 Die Suva ermittelte einen IV-Grad von 17%. Zur Berechnung des Invalideneinkommens stellte sie auf die Tabellenlöhne der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) 2016 des Bundesamtes für Statistik ab. In Berücksichtigung von Tabelle TA1, Total, Kompetenzniveau 1, Männer, errechnete sie ein Jahreseinkommen von Fr. 67'339.-- (Fr. 5'340.-- x 12: 40 x 41,7 inkl. Teuerung von 0,4% [2017] und 0,4 [2018]). Nach Abzug eines leidensbedingten Abzuges von 10% resultierte ein Invalideneinkommen von Fr. 60'605.--. Diese Berechnung ist unbestritten. Gestützt auf die Angaben der Arbeitgeberin des Beschwerdeführers, der GLB Aargau, vom 23. Mai 2018 setzte die Suva das Valideneinkommen auf Fr. 73'255.-- fest. Aus der Gegenüberstellung des Validen- und Invalideneinkommens resultierte der IV-Grad von 17%. 9.2 Der Beschwerdeführer wendet dagegen ein, dass er in einem Teilzeitpensum (80%) gearbeitet habe. Für die Ermittlung des Valideneinkommens sei sein Lohn auf ein 100%-Pensum hochzurechnen. Diesbezüglich verweist er auf die Akten des Verfahrens betreffend Berechnung des IV-Taggeldes (Verfahren-Nr. 720 19 225). Daraus geht hervor, dass der Beschwerdeführer tatsächlich in einem 80%-Pensum für die B.____ gearbeitet hat. Das Gericht ermittelte aufgrund der Arbeitsrapporte ein durchschnittliches Pensum von 32 Stunden (ca. 80%) und einen entsprechenden Jahresverdienst von Fr. 57'657.60 (vgl. Beschluss vom 30. Juli 2020). Bei der Berechnung des Valideneinkommens stützte sich die Suva auf die Angaben der Arbeitgeberin vom 23. Mai 2018 in Bezug auf die mutmasslichen Jahreslöhne 2015 bis 2018. Die B.____ gab an, dass der Versicherte im Jahr 2018 einen Lohn von 13 x Fr. 5'635.-- erzielt hätte, wenn er im Gesundheitsfall weiterhin bei ihnen gearbeitet hätte. Dabei handelt es sich um den Jahresverdienst für ein 100%-Pensum mit einer Sollarbeitszeit von wöchentlich 40,5 Stunden (vgl. Beschluss vom 30. Juli 2020, Fragebogen für Arbeitgebende vom 2. April 2015 [IV-Dok 14] und Schadenmeldung UVG vom 17. November 2014). Die Suva hat folglich das Valideneinkommen in Höhe von Fr. 73'255.-- korrekt aufgrund eines 100%-Pensums bei der B.____ ermittelt. Der IV-Grad von 17% ist somit nicht zu beanstanden. 10.1 Schliesslich macht der Beschwerdeführer geltend, dass der Integritätsschaden neu zu berechnen sei, da eine prognostizierbare Verschlimmerung des Zustandes nicht berücksichtigt worden sei. 10.2 Gemäss Art. 36 Abs. 4 der Verordnung

über die Unfallversicherung (UVV) vom 20. Dezember 1982 sind voraussehbare Verschlimmerungen des Integritätsschadens angemessen zu berücksichtigen. Revisionen der Integritätsentschädigung sind nur im Ausnahmefall möglich, wenn die Verschlimmerung von grosser Tragweite ist und nicht voraussehbar war. Eine voraussehbare Verschlimmerung liegt vor, wenn im Zeitpunkt der Festsetzung der Integritätsentschädigung eine Verschlimmerung als wahrscheinlich prognostiziert und damit auch geschätzt werden kann. Die blossе Möglichkeit einer Verschlimmerung des Integritätsschadens genügt hingegen nicht (vgl. RKUV 1995 Nr. U 228 S. 192, U 23/93 E. 3a). Diese Prognose im Sinne einer fallbezogenen medizinischen Beurteilung über die voraussichtliche künftige Entwicklung der Gesundheitsbeeinträchtigung ist, genauso wie die Beurteilung der einzelnen Integritätsschäden an sich, eine Tatfrage, die ein Mediziner zu beurteilen hat (Urteile des Bundesgerichts vom 6. September 2010, 8C_32/2010, E. 2.6.2 mit Hinweisen, vom 23. Juli 2013, 8C_76/2013, E. 3.4.1 und vom 14. Januar 2013, 8C_244/2012, E. 4.2 und 4.3).

10.3 Eine erste Beurteilung des Integritätsschadens erfolgte durch Kreisarzt J.____ am 8. November 2017. Er kam aufgrund der radiologischen und klinischen Befunde sowie der Operationsbefunde in Anwendung der Suva-Tabelle 5.2 (Arthrosen) auf einen Schaden in Höhe von 15%. Kreisärztin Dr. I.____ schätzte den Integritätsschaden am 12. Juni 2018 neu auf 25%, ausgehend von einem Status nach Handgelenksarthrodese links bei persistierenden Handgelenksbeschwerden und einer Osteosynthesematerialentfernung sowie einer Resektion des Os triquetrum am 26. Februar 2018 nach schwerem Quetschtrauma des linken Handgelenkes und des linken Ellbogens mit mehreren Eingriffen. Zur Beurteilung des Integritätsschadens seien die Suva-Tabelle 1.2 (Funktionsstörungen an der oberen Extremität) und die Suva-Tabelle 5.2 (Arthrosen) hinzugezogen worden. Bei einer schweren Handgelenksarthrose liege der Integritätsschaden bei 10 bis 25%. Bei einer proximalen Handwurzelresektion sei von einem Schaden in Höhe von 10 bis 15% auszugehen und bei einer radiocapalen Arthrodese von 15%. Unter Berücksichtigung sämtlicher Befunde könne dem Versicherten eine Integritätsentschädigung gestützt auf einen Integritätsschaden von 25% zugesprochen werden. Dies bedeute, dass der am 8. November 2017 geschätzte Integritätsschaden von 15% auf 25% zu erhöhen sei.

10.4 Die Einschätzung des Integritätsschadens durch die Kreisärzte ist schlüssig und stützt sich auf die objektiven Befunde. Dr. I.____ hat den Integritätsschaden anlässlich des Fallabschlusses in Berücksichtigung des medizinischen Verlaufs neu bewertet. Diesbezüglich hat sie die Suva-Tabellen 1.2 und 5.2 als Ausgangspunkt genommen und den ein halbes Jahr vorher von ihrem Kollegen geschätzten Integritätsschaden erhöht, nunmehr ausgehend von einem Endzustand und dessen Folgen. Insbesondere ist zu berücksichtigen, dass bei einer schweren Handgelenksarthrose der Integritätsschaden bei 10 bis 25% liegt. Somit ist bei einem festgesetzten Integritätsschaden von insgesamt 25% eine schwere Arthrose miteingebunden. Eine Verschlimmerung des Endzustandes wurde im Zeitpunkt der Festlegung des Integritätsschadens nicht prognostiziert. Dies deckt sich mit dem Bericht des behandelnden Arztes, Dr. D.____, vom 16. August 2018, wonach am Handgelenk bei stabil konsolidierter Arthrodese nicht mit Spätfolgen zu rechnen sei. In diesem Sinne ist die Schätzung des Integritätsschadens in Höhe von 25% nicht zu beanstanden.

11.1 Demgemäss ist die Beschwerde abzuweisen und es bleibt über die Kosten zu befinden. Nach Art. 61 lit. a ATSG in der hier massgebenden, bis 31. Dezember 2020 geltenden Fassung ist der Prozess vor dem kantonalen Gericht für die Parteien kostenlos. Es sind deshalb keine Verfahrenskosten zu erheben. Gemäss Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. Zufolge

Bewilligung der unentgeltlichen Verbeiständung (vgl. Verfügung vom 9. Oktober 2019) wird dem Rechtsvertreter ein Honorar aus der Gerichtskasse ausgerichtet. Gemäss Honorarnote vom 22. September 2020 werden für den vorliegenden Fall 13,25 Stunden sowie Auslagen von Fr. 170.-- in Rechnung gestellt, was angemessen ist. Ihm ist deshalb ein Honorar in der Höhe von Fr. 3'037.15 (13,25 Stunden à Fr. 200.-- zuzüglich Auslagen von Fr. 170.-- und 7,7% Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse auszurichten. 11.2 Der Beschwerdeführer wird jedoch ausdrücklich auf § 53a Abs. 1 des Gesetzes über die Organisation der Gerichte (GOG) vom 22. Februar 2001 aufmerksam gemacht, wonach eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde, zur Nachzahlung verpflichtet ist, sobald sie dazu in der Lage ist. Demgemäss wird erkannt: ://: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. 3. Es wird keine Parteientschädigung ausgerichtet. Zuzugewilligung der unentgeltlichen Verbeiständung wird dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers ein Honorar in der Höhe von Fr. 3'037.15 (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse ausgerichtet.

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