

# **SO\_GERICHTE VSBES.2018.104 vom 23. Januar 2020**

SO Obergericht, 2020-01-23, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2018.104\\_d20200123](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2018.104_d20200123)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2018.104 du 23 janvier 2020

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2018.104 del 23 gennaio 2020

## **Regeste**

Unfallversicherung

## **Erwägungen**

### **E. 1**

1.1 Der Versicherte A.\_\_\_\_ (fortan: Beschwerdeführer), geb. 1957, war bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt Suva (fortan: Beschwerdegegnerin) gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert, als er sich am 20. September 1987 am rechten Ellbogen sowie am 29. September 1989 am linken Ellbogen jeweils eine Radiusköpfchenfraktur zuzog (s. Akten der Beschwerdegegnerin / Suva-Nrn. I/2 und I/4 sowie I/31). Nach verschiedenen ärztlichen Behandlungen, u.a. einer Radiusköpfchenresektion an jedem Ellbogen, sprach die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 28. März 1996 ab 1. Juni 1993 eine Invalidenrente zu (Suva-Nr. II/164). Sie ging dabei von einer Erwerbsunfähigkeit von 10 % aus, was sie im Einspracheentscheid vom 12. Dezember 1997 bestätigte (Suva-Nr. II/197).

1.2 Der Beschwerdeführer meldete am 16. Dezember 1999 bezüglich des Unfalls vom 20. September 1987 einen Rückfall (Suva-Nr. II/200). Daraufhin verfügte die Beschwerdegegnerin am 8. Juli 2002, dass sich an der seit 1. Juni 1993 ausgerichteten Rente von 10 % nichts ändere. Sie begründete dies damit, dass sich die Unfallfolgen an beiden Ellbogen seit Rentenbeginn nicht verschlimmert hätten. Die psychogenen Beschwerden wiederum seien nicht adäquat kausal zum Unfallereignis (Suva-Nr. II/233). Die dagegen erhobene Einsprache wurde am 23. August 2004 abgewiesen (s. unter Suva-Nr. II/250), was das Versicherungsgericht des Kantons Solothurn (fortan: Versicherungsgericht) mit Urteil vom 24. Februar 2006 schützte (Verfahren VSBES.2004.378, a.a.O.).

1.3 Von ärztlicher Seite wurde am 4. Oktober 2005 und 25. Januar 2006 bezüglich beider Ellbogen ein Rückfall geltend gemacht (Suva-Nr. III/255 f.). Mit Verfügung vom 14. November 2006 lehnte es die Beschwerdegegnerin ab, über die laufende Rente hinaus weitere Leistungen zu erbringen, da sich weder die Unfallfolgen verschlimmert hätten noch die Wiederaufnahme einer ärztlichen Behandlung angezeigt sei (Suva-Nr. III/281). Die dagegen erhobene Einsprache wies die Beschwerdegegnerin mit Entscheid vom 25. Juni 2008 ab (Suva-Nr. III/301), was das Versicherungsgericht mit Urteil vom 29. April 2009 bestätigte (Verfahren VSBES.2008.220, Suva-Nr. III/302).

1.4 Am 29. Juni 2015 meldete der Beschwerdeführer erneut einen Rückfall, da sich die Beschwerden an beiden Ellbogen verschlimmert hätten (Suva-Nr. IV/338). Später machte er ausserdem Beschwerden an der linken und rechten Schulter geltend. Die Beschwerdegegnerin lehnte es mit Verfügung vom 22. Juni 2017 ab, die laufende Rente zu

revidieren und / oder für die Schulterbeschwerden Leistungen zu erbringen (Suva-Nr. V/399). Das Zumutbarkeitsprofil habe sich in Bezug auf die unfallbedingten Beschwerden an den beiden Ellbogen seit der Berentung nicht verändert. Eine Wiederaufnahme der ärztlichen Behandlung sei nicht angezeigt. Zwischen dem Unfallereignis vom 29. September 1989 und den Beschwerden an der rechten Schulter sei kein Kausalzusammenhang erstellt. Was die Beschwerden an der linken Schulter angehe, so sei der Beschwerdeführer zur Zeit des fraglichen Unfalls vom 12. Juli 2010 nicht bei der Beschwerdegegnerin unfallversichert gewesen. Die dagegen erhobene Einsprache wurde mit Entscheid vom 28. Februar 2018 abgewiesen (Aktenseite / A.S. 1 ff.).

## **E. 2**

2.1 Soweit das UVG nichts anderes bestimmt, werden die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Art. 6 Abs. 1 UVG). Ist die versicherte Person infolge des Unfalles zu mindestens 10 % invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts / ATSG, SR 830.1). Revisionsbegründend kann insbesondere eine Änderung des Gesundheitszustandes oder seiner erwerblichen Auswirkungen sein (BGE 133 V 545 E. 6.1 S. 546, 130 V 343 E. 3.5 S. 349 f.). Im Unfallversicherungsrecht gilt eine Veränderung dann als erheblich, wenn sich der Invaliditätsgrad um mindestens fünf Prozentpunkte ändert (BGE 140 V 85 E. 4.3 S. 87).

### **E. 2.2**

2.2.1 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität des Versicherten beeinträchtigt hat, der Unfall mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis oder einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber der Versicherer bzw. im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181). Der Beweis des natürlichen Kausalzusammenhangs (resp. seines Wegfallens) wird in erster Linie mittels Angaben der medizinischen Fachpersonen geführt (Alexandra Rumo-Jungo / André Pierre Holzer: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum UVG, 4. Aufl., Zürich 2012, S. 55). Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt nicht, um einen Leistungsanspruch zu begründen (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181). Weiter ist für den Nachweis einer

unfallkausalen gesundheitlichen Schädigung der Grundsatz «post hoc, ergo propter hoc», wonach eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch einen Unfall verursacht gilt, wenn sie nach diesem aufgetreten, nicht massgebend (s. BGE 119 V 335 E. 2b/bb S. 341 f.).

2.2.2 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt weiter 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 S. 181).

Im Sozialversicherungsrecht spielt die Adäquanz, als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers, im Bereich organisch objektiv ausgewiesener Unfallfolgen praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt (BGE 134 V 109 E. 2.1 S. 112 mit Hinweisen).

2.2.3 Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht länger die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (status quo sine), erreicht ist. Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosse Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalles genügt nicht (BGE 117 V 359 E. 4a S. 360, 117 V 369 E. 3a S. 376, 115 V 133 E. 8b S. 142). Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die entsprechende Beweislast ■ anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist ■ nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (Rumo-Jungo / Holzer, a.a.O., S. 54). Der Beweis des Wegfalls des natürlichen Kausalzusammenhangs muss indes nicht durch den Nachweis unfallfremder Ursachen erbracht werden. Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliege oder die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei. Entscheidend ist allein, ob unfallbedingte Ursachen des Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind (Kaspar Gehring in: Ueli Kieser / Kaspar Gehring / Susanne Bolliger [Hrsg.], Kommentar zu den Bundesgesetzen über die Krankenversicherung, die Unfallversicherung und den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, Zürich 2018, Art. 4 ATSG N 40).

2.2.4 Die Unfallversicherung gewährt auch für Rückfälle und Spätfolgen Leistungen (Art. 11 Verordnung über die Unfallversicherung / UVV; SR 832.202), wobei der Versicherer des erstmaligen Unfallereignisses zuständig ist (Gehring, a.a.O., Art. 6 N 25). Bei einem Rückfall handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Gesundheitsschädigung, so dass eine ärztliche Heilbehandlung notwendig wird und es

möglicherweise zu einer (weiteren) Arbeitsunfähigkeit kommt. Von Spätfolgen spricht man, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Verlaufe längerer Zeit organische oder auch psychische Veränderungen bewirkt, die zu einem völlig anders gearteten Krankheitsbild führen (Irene Hofer in: Basler Kommentar zum UVG, Art. 6 N 117; Gehring, a.a.O., Art. 6 N 26 f.).

Rückfälle und Spätfolgen schliessen an ein bestehendes Unfallereignis an. Der damalige Unfallversicherer ist nur dann leistungspflichtig, wenn zwischen dem versicherten Unfallereignis und dem Rückfall resp. der Spätfolge ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht. Dabei kann von der im Grundfall anerkannten natürlichen Kausalität nicht ohne weiteres auf einen Kausalzusammenhang zwischen Unfall und Rückfall geschlossen werden. Der Beweis für den Bestand des natürlichen Kausalzusammenhangs obliegt der versicherten Person, d.h. bei Beweislosigkeit fällt der Entscheid zu deren Lasten aus (Hofer, a.a.O., Art. 6 N 117; André Nabold in: Marc Hürzeler / Ueli Kieser [Hrsg.], Kommentar zum schweizerischen Sozialversicherungsrecht ■ UVG, Bern 2018, Art. 6 N 90; Gehring, a.a.O., Art. 6 N 28). Je grösser der zeitliche Abstand zwischen dem Unfall und dem Auftreten der gesundheitlichen Beeinträchtigung ist, desto strengere Anforderungen sind an den Wahrscheinlichkeitsbeweis des natürlichen Kausalzusammenhangs zu stellen (Gehring, a.a.O., Art. 6 N 28). Für den adäquaten Kausalzusammenhang wiederum geltend die gleichen Kriterien wie beim ursprünglichen Unfallereignis (a.a.O., N 29).

Die Anerkennung eines Rückfalls oder von Spätfolgen setzt eine nachträgliche Änderung der anspruchsrelevanten Verhältnisse voraus (Thomas Flückiger in: Basler Kommentar zum UVG, Art. 22 N 44). Führt der Rückfall oder die Spätfolge zu einer dauerhaften Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit, so ist die beim Abschluss des Grundfalls zugesprochene Rente in Anwendung von Art. 17 Abs. 1 ATSG zu revidieren (Nabold, a.a.O., Art. 6 N 92).

2.3 Sowohl das Verwaltungsverfahren wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben Verwaltung und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum ■ auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe geltenden ■ Grundsatz der freien Beweiswürdigung auf. Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung (BGE 132 V 393 E. 4.1 S. 400) zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 134 I 140 E. 5.3 S. 148, 124 V 90 E. 4b S. 94). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an der Vollständigkeit und / oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 8C\_281/2018 vom 25. Juni 2018 E. 3.2.1).

2.4 Hinsichtlich des Beweiswertes eines medizinischen Gutachtens ist entscheidend, ob dieses 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 des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 135 V 465 E. 4.3 S. 468 ff., 125 V 351 E. 3a S. 352 ff.). Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee S. 353 f.). Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 139 V 225 E. 5.2 S. 229, 135 V 465 E. 4.4 S. 470). Insbesondere genügt in Fällen, in welchen die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen wird, der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung nicht, um die geltend gemachten Zweifel auszuräumen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_193/2014 vom 19. Juni 2014 E. 4.1).

### **E. 3**

Juli 2002 und 20. Mai 2003 lasse sich an keinem der beiden Ellbogen eine erhebliche Verschlimmerung feststellen, weder klinisch noch radiologisch. Objektiv seien die Ellbogen reizlos und weitgehend frei beweglich. Neurologische Ausfälle seien erneut ausgeschlossen worden. Das Ausmass der Beschwerden sei körperlich nicht ausreichend erklärbar, sondern entspreche weiterhin der somatoformen Schmerzstörung. Die kreisärztliche Beurteilung vom 18. Juli 2006 sei vollumfänglich zu bestätigen. Die Zumutbarkeit bleibe unverändert, weitere körperliche Behandlungen seien weder notwendig noch sinnvoll.

3.2 Als es die Beschwerdegegnerin in ihrer Verfügung vom 22. Juni 2017 (Suva-Nr. V/399) sowie im angefochtenen Einspracheentscheid vom 28. Februar 2018 ablehnte, eine höhere Rente auszurichten, stützte sie sich auf die beiden folgenden kreisärztlichen Stellungnahmen:

3.2.1 Anlässlich der Untersuchung vom 6. Februar 2017 (Suva-Nr. IV/379) stellte Dr. med. D.\_\_\_\_, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, folgende Diagnosen (S. 4):

Der Beschwerdeführer gebe an, es bestünden Schmerzen im Bereich des rechten Ellbogens, welche seit vielen Jahren weitgehend unverändert und therapieresistent seien. Die Schmerzen würden rechts bis in die Finger ulnarseitig sowie in die Schulter und zum rechten Ohr ausstrahlen. Das Tragen von Gegenständen sei nur schwer möglich. Der Beschwerdeführer beschreibe eine Angst vor Blockaden im Bereich des rechten Ellbogens, welche aber in letzter Zeit nicht aufgetreten seien. Seitens des linken Ellbogens seien die Beschwerden ähnlich, jedoch nicht derart ausgeprägt. Bei Bedarf nehme der Beschwerdeführer Celecoxib und Zaldiar. Gegenwärtig finde keine Physiotherapie statt

(S. 3).

Aktuell bestehe ein sehr gutes Bewegungsausmass. Dieses könne durch die diskutierte Implantation einer Ellbogenprothese nicht substantiell verbessert werden, da eine solche nicht sehr belastbar sei. Unter Berücksichtigung der medizinischen Dokumentationen sowie der klinischen Untersuchung sei eine leichte Arbeit ganztägig möglich. Bezüglich der beiden Arme bestünden folgende Einschränkungen: Eine exquisite Monotonie sowie Tätigkeiten an vibrierenden und schlagenden Maschinen kämen nicht in Frage. Arbeiten in der Höhe (mit der Notwendigkeit, sich mit einer Hand zu halten und mit der anderen zu arbeiten) seien ungeeignet, was Tätigkeiten auf Leitern oder Gerüsten praktisch ausschliesse. Insgesamt seien Arbeiten wie anlässlich der letzten kreisärztlichen Untersuchung im Jahr 2006 (s. dazu E. II. 3.1.3 hiervor) unverändert möglich. Die geltend gemachten Beschwerden der rechten Schulter stünden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht in Zusammenhang mit den Unfallereignissen, welche zu den beiden Radiusköpfchenverletzungen geführt hätten (S. 4).

3.2.2 In ihrer Beurteilung vom 4. Mai 2017 (Suva-Nr. V/394) führte die Kreisärztin Dr. med. D.\_\_\_\_ aus, im Jahr 2015 werde erstmals, durch Dr. med. E.\_\_\_\_, die Diagnose von Schulter-Arm-Schmerzen rechts bei Tendinopathie der Supraspinatussehne mit kleinster PASTA-Läsion, Begleitbursitis subacromialis und kleiner Oberrandläsion Subscapularis sowie AC-Gelenkarthrose erwähnt. Wenn während mehr als 20 Jahren keine Schulterbeschwerden medizinisch dokumentiert worden seien, so müsse man davon ausgehen, dass kein Zusammenhang mit dem Unfallereignis bestehe, welches zu den beiden Ellbogenverletzungen geführt habe. Bei einer Kausalität wäre innerhalb eines zeitlich kurzen Intervalls eine abklärungsbedürftige Klinik mit entsprechenden Schulterschmerzen und entsprechendem Funktionsausfall aufgetreten, was nicht der Fall gewesen sei. Folglich bestehe mit überwiegender Wahrscheinlichkeit kein Zusammenhang mit dem Unfallereignis von 1989 (S. 3).

3.3 Es besteht kein Anlass, am Beweiswert der kreisärztlichen Beurteilung vom 6. Februar / 4. Mai 2017 zu zweifeln, erfüllt diese doch sämtliche Anforderungen der Rechtsprechung: Bei der Kreisärztin Dr. med. D.\_\_\_\_ handelt es sich um eine Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, d.h. sie verfügt über die erforderliche Kompetenz, um den vorliegenden medizinischen Sachverhalt fundiert zu würdigen. Die Kreisärztin nahm weiter die Vorakten zur Kenntnis, gab dem Beschwerdeführer Gelegenheit, seine subjektiven Beschwerden zu schildern, und führte eine gründliche klinische Untersuchung durch. Ihre Schlussfolgerungen sind überzeugend:

3.3.1 Vor dem Hintergrund der objektiven Untersuchungsergebnisse erscheint es als nachvollziehbar, wenn die Kreisärztin davon ausgeht, dass sich die Ellbogenbeschwerden nicht verschlimmert haben und nach wie vor dasselbe Zumutbarkeitsprofil gilt, wie es Dr. med. B.\_\_\_\_ im Jahr 2006, vor der letzten Überprüfung der Rente, festgelegt hatte (s. E. II. 3.1.3 hiervor). Für die vorhergehende Zeit wiederum geht aus den Urteilen des Versicherungsgerichts vom 24. Februar 2006 und 29. April 2009 hervor, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers und damit dessen Arbeitsfähigkeit seit der ursprünglichen Rentenzusprache nicht in einer Weise verändert haben, welche für den Rentenanspruch relevant wäre (s. Suva-Nr. II/250 E. II. 8 sowie Nr. III/302 E. II. 7). Dies korrespondiert denn auch mit der Aussage des Beschwerdeführers gegenüber der Kreisärztin, die Situation sei schon seit vielen Jahren im Wesentlichen unverändert (s. E. II. 3.2.1 hiervor).

Weiter ist darauf hinzuweisen, dass der Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeinmedizin FMH, in seinem Bericht vom 2. Mai 2017 (Suva-Nr. V/396) die kreisärztliche Beurteilung als zutreffend ansieht und leichte körperliche Tätigkeiten ebenfalls als ganztags zumutbar erachtet. Diese Übereinstimmung stärkt den Beweiswert der Einschätzung von Dr. med. D.\_\_\_\_ zusätzlich.

3.3.2 Was die Schulterbeschwerden angeht, so begründet die Kreisärztin den fehlenden Kausalzusammenhang mit den Unfällen von 1987 resp. 1989 schlüssig damit, dass nach diesen Ereignissen mehr als 20 Jahre vergangen seien, bis erstmals Schulterbeschwerden ärztlich festgestellt worden seien; falls damals tatsächlich die Schultern verletzt worden wären, so hätten sich wenig später entsprechende Symptome zeigen müssen. Bestätigt wird diese Auffassung durch Dr. med. F.\_\_\_\_, der ebenfalls davon ausgeht, dass sich die Schulterbeschwerden nicht auf die besagten Unfälle zurückführen lassen (Suva-Nr. V/396). Im Übrigen ist daran festzuhalten, dass sich der Unfall vom 12. Juli 2010, der die linke Schulter betraf (s. a.a.O.), zu einem Zeitpunkt ereignete, als der Beschwerdeführer nicht bei der Beschwerdegegnerin versichert war, d.h. insoweit besteht von vornherein keine Leistungspflicht.

3.4 Die Kritik des Beschwerdeführers am Einspracheentscheid und an der kreisärztlichen Beurteilung, auf welche sich der Entscheid stützt, dringt nicht durch.

3.4.1 Der Beschwerdeführer rügt einmal, der angefochtene Einspracheentscheid begnüge sich damit, die Akten wiederzugeben, anstatt auf die von ihm vorgebrachten Einwände einzugehen. Eine Missachtung des rechtlichen Gehörs durch eine unzureichende Begründung liegt indes nicht vor. Die Beschwerdegegnerin war nicht gehalten, sich ausdrücklich mit sämtlichen Vorbringen des Beschwerdeführers zu befassen. Es genügt vielmehr, dass sich dem Einspracheentscheid die wesentlichen Überlegungen entnehmen lassen, auf welche die Beschwerdegegnerin bei ihrer Beurteilung abstellte (s. dazu die Erwägungen unter A.S. 12 ff.). Der Beschwerdeführer war denn auch in der Lage, den Entscheid sachgerecht beim Versicherungsgericht anzufechten (BGE 124 V 180 E. 1a S. 181).

3.4.2 Der Beschwerdeführer beruft sich weiter darauf, dass die Beurteilung der Kreisärztin im Widerspruch zu den verschiedenen Berichten der Universitätsklinik G.\_\_\_\_ stehe:

Aus diesen Berichten kann der Beschwerdeführer nichts zu seinen Gunsten ableiten, denn sie vermögen auch keine geringfügigen Zweifel an der kreisärztlichen Beurteilung zu erwecken. Die besagten Berichte belegen nicht, dass sich die bekannte Problematik der Ellbogen mit posttraumatischer Arthrose objektiv verschlechtert hat. Es fehlt hierzu an einem Vergleich mit der früheren Beurteilung von Dr. med. B.\_\_\_\_ aus dem Jahr 2006, wie ihn die Kreisärztin Dr. med. D.\_\_\_\_ vorgenommen hat. Ausserdem hinterlassen die Berichte der Universitätsklinik keinen verlässlichen Eindruck, sind doch die Angaben zur Situation der Ellbogen nicht kohärent: Diesbezüglich ist zunächst von einer geringen Einschränkung (12. August 2015) und einem stabilen Verlauf die Rede (1. Februar 2017), dann unvermittelt von einer «sicherlich» hochgradigen Einschränkung (16. Oktober 2017), was wenig präzise ist und eine nähere Begründung vermissen lässt. Eine detaillierte Darstellung des Verlaufs, welche diesen Widerspruch allenfalls hätte ausräumen können, unterblieb. Der Bericht vom 21. März 2018, welcher nach dem angefochtenen Einspracheentscheid erging, attestierte dann zwar eine vollständige Arbeitsunfähigkeit, stellte dies aber ausdrücklich unter den Vorbehalt einer orthopädischen Begutachtung. Eine solche

Abklärung war indes bereits erfolgt, nämlich durch die Kreisärztin Dr. med. D.\_\_\_\_. Dies war den Ärzten der Universitätsklinik G.\_\_\_\_ offenbar nicht bekannt, weshalb sie sich damit auch nicht auseinander setzen konnten.

Was den Kausalzusammenhang zwischen den Schulterbeschwerden und den Unfällen von 1987 resp. 1989 betrifft, so bejaht der Bericht der Universitätsklinik vom 14. Juli 2017 einen solchen Zusammenhang. Dies überzeugt aber in keiner Weise: Einerseits ist dieser Bericht zu wenig bestimmt, wenn er davon spricht, es dürfte sich «eher» um eine Unfallfolge handeln. Auf den massgeblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nimmt er keinen Bezug. Insgesamt entsteht so der Eindruck, dass der postulierte Kausalzusammenhang nicht mehr als eine blosser Möglichkeit darstellt. Andererseits legt der Bericht nirgends dar, warum nicht schon zeitnah zu den Unfallereignissen Schulterbeschwerden auftraten, wenn eine ursächliche Verbindung bestehen soll. Die einleuchtende Argumentation der Kreisärztin, es sei zu viel Zeit vergangen, bis erstmals Schulterbeschwerden erwähnt worden seien, wird somit nicht widerlegt.

3.4.3 Der Einwand des Beschwerdeführers, die Kreisärztin habe bei ihrer Untersuchung trotz seiner schlechten Deutschkenntnisse keinen Dolmetscher beigezogen, verfängt nicht. Aus dem entsprechenden Bericht vom 6. Februar 2017 ergeben sich keine Hinweise auf Verständigungsschwierigkeiten. Die Kreisärztin war über das Beschwerdebild und die Vorgeschichte offenkundig orientiert (s. Suva-Nr. IV/379). Im Vordergrund standen die klinische Untersuchung sowie die Schmerzangaben des Beschwerdeführers, wozu es ■ anders als bei einer psychiatrischen Exploration ■ keiner vertieften Sprachkenntnisse bedurfte (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_780/2014 vom 2. Juni 2015 E. 4.1.2). Im Übrigen sahen auch die Ärzte der Universitätsklinik G.\_\_\_\_ keinen Anlass, bei den verschiedenen Untersuchungen des Beschwerdeführers einen Dolmetscher beizuziehen, was ebenfalls gegen dessen Notwendigkeit spricht.

Auch mit dem Hinweis, das Gespräch mit der Kreisärztin habe nur ca. 15 Minuten gedauert, dringt der Beschwerdeführer nicht durch. Zwar finden sich im Kreisarztbericht keine Angaben zur Untersuchungsdauer. Nach der Rechtsprechung lässt sich jedoch kein genereller Zeitrahmen für eine Untersuchung definieren (Urteil des Bundesgerichts 8C\_464/2011 vom 9. März 2012 E. 5.2). Für den Aussagegehalt eines Arztberichts kommt es grundsätzlich nicht auf die Dauer der Untersuchung an; massgebend ist in erster Linie, ob der Bericht inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist, was hier zutrifft. Es fehlen konkrete Hinweise dafür, dass sich die Untersuchungsdauer negativ auf die Qualität des Kreisarztberichtes ausgewirkt hat, dieser erscheint vielmehr von Umfang und Dichte her dem zu beurteilenden Sachverhalt angemessen (Urteile des Bundesgerichts 8C\_354/2018 vom 20. Dezember 2018 E. 4.2 und 8C\_639/2011 vom 5. Januar 2012 E. 4.3.1).

3.5 Zusammenfassend bestehen keinerlei Zweifel an der Beurteilung der Kreisärztin Dr. med. D.\_\_\_\_ vom 6. Februar / 4. Mai 2017. Diese genießt vollen Beweiswert, so dass sich die vom Beschwerdeführer begehrten weiteren Abklärungen erübrigen. Der kreisärztlichen Beurteilung folgend ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass hinsichtlich der beiden Ellbogen keine gesundheitliche Verschlechterung eingetreten ist und nach wie vor die früher festgesetzte Arbeitsunfähigkeit gilt, auf der die laufende Rente von 10 % beruht. Somit gibt es keine Grundlage dafür, diese Rente zu erhöhen. Andererseits besteht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit kein Kausalzusammenhang zwischen den beiden Unfällen von 1987 und 1989 sowie den aktuellen Schulterbeschwerden, weshalb dafür

keine Leistungen erbracht werden können. Die Beschwerde stellt sich folglich als unbegründet heraus und ist abzuweisen.

### **E. 3.1**

3.1.1 Als die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer ab Juni 1993 eine Rente von 10 % zusprach (s. Suva-Nrn. II/164 + 197), stellte sie auf die folgenden Berichte des Suva-Kreisarztes Dr. med. B.\_\_\_\_ ab:

3.1.2 Bei der Rentenbestätigung vom 8. Juli 2002 / 23. August 2004 (Suva-Nrn. II/233 + 250) folgte die Beschwerdegegnerin ihrem beratenden Arzt Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie FMH. Dieser hielt nach der Untersuchung vom 3. Juli 2002 fest (Suva-Nr. II/232), gegenüber der kreisärztlichen Untersuchung vom 8. Oktober 1997 ergäben sich klinisch und radiologisch keine neuen Erkenntnisse. Die psychiatrische Problematik (welche die Invalidenversicherung zur Ausrichtung einer ganzen Rente veranlasst habe, in der Unfallversicherung aber ein juristisches Adäquanzproblem darstelle) sei nicht zu berücksichtigen. Eine somatische Verschlimmerung sei nicht nachweisbar, am rechten Ellbogen sei sogar eine objektive Verbesserung eingetreten. Bei einem identischen körperlichen Befund ändere sich selbstverständlich auch nichts an der zumutbaren Arbeitsfähigkeit, d.h. der Beschwerdeführer sei nach wie vor arbeitsfähig im Rahmen der bestehenden Rente. Weitere Behandlungen seien weder notwendig noch sinnvoll.

3.1.3 Als die Beschwerdegegnerin die laufende Rente am 14. November 2006 / 25. Juni 2008 letztmals unverändert bestätigte (Suva-Nrn. III/281 + 301), stützte sie sich einmal auf die Stellungnahme des Kreisarztes Dr. med. B.\_\_\_\_ vom 18. Juli 2006 (Suva-Nr. III/264). Danach berichtete der Beschwerdeführer über starke Beschwerden in beiden Ellbogen. Es handle sich um Restbeschwerden nach beidseitiger Radiusköpfchenresektion mit Entwicklung einer posttraumatischen Ellbogenarthrose. Psychisch lägen, laut Gutachten im IV-Verfahren vom 6. Mai 2000 (s. Suva-Nr. II/223), eine chronifizierte neurotische Fehlverarbeitung, eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung sowie eine psychosoziale Stresssituation bei Langzeitarbeitslosigkeit vor. Die in mehreren medizinischen Berichten erwähnte Diskrepanz zwischen der Schmerzempfindung und dem klinischen Befund sei auch heute festzustellen. Die Ellbogen seien im Moment reizlos. Die Verletzungsart, die notwendig gewordenen Operationen sowie die posttraumatische Arthrose liessen eine gewisse Belastungsintoleranz beider Ellbogen vermuten. Das Ausmass der Beschwerden mit der subjektiven Einschätzung einer vollen Erwerbsunfähigkeit korreliere aber nicht mit dem Befund. Man könne annehmen, dass die fehlende Arbeitsmotivation und die somatoforme Schmerzstörung für die bestehende Invalidität verantwortlich seien. Aus versicherungsärztlicher Sicht seien keine weiteren Behandlungen mehr zu übernehmen, da sämtliche bisherigen Versuche subjektiv zu keiner Besserung geführt hätten. Hinsichtlich der Zumutbarkeit sei die Situation gleich wie bei den früheren Beurteilungen. Er, der Kreisarzt, sei nach wie vor der Überzeugung, dass dem Beschwerdeführer mit dem aktuellen klinischen und röntgenologischen Befund leichte bis mittelschwere Arbeiten ganztägig zumutbar seien. Diese Einschätzung berücksichtige nur die somatischen Unfallrestfolgen. Der laufende Rückfall könne sowohl für den rechten wie auch für den linken Ellbogen abgeschlossen werden. Gestützt auf den aktuellen sehr günstigen Zustand sei von weiteren somatisch orientierten Therapien keine wesentliche Besserung zu erwarten.

Dr. med. C. \_\_\_ erklärte nach der Untersuchung vom 7. November 2006 (Suva-Nr. III/280), gegenüber den Untersuchungen vom

#### **E. 4**

4.1 Bei diesem Verfahrensausgang steht dem Beschwerdeführer keine Parteientschädigung zu. Die Beschwerdegegnerin wiederum hat als mit öffentlich-rechtlichen Aufgaben betraute Organisation ■ abgesehen von hier nicht interessierenden Ausnahmen ■ keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. etwa BGE 128 V 133 E. 5b, 126 V 150 E. 4a).

4.2 Da der Beschwerdeführer unterlegen ist, entschädigt der Kanton seinen unentgeltlichen Rechtsbeistand angemessen (Art. 122 Abs. 1 lit a Schweizerische Zivilprozessordnung / ZPO, SR 272). Das Gericht setzt die Kostenforderung des Rechtsbeistands fest, wobei der Stundenansatz CHF 180.00 beträgt (§ 160 Abs. 3 i.V.m. § 161 Gebührentarif / GT, BGS 615.11).

Die vom Vertreter des Beschwerdeführers eingereichte Kostennote vom 14. Februar 2019 (A.S. 74 f.) weist einen Zeitaufwand von 16,75 Stunden aus. Dieser ist wie folgt zu kürzen:

Somit verbleibt ein anrechenbarer Zeitaufwand von 15,45 Stunden. Daraus ergibt sich mit dem massgeblichen Stundenansatz von CHF 180.00 sowie CHF 115.30 Auslagen und CHF 191.15 Mehrwertsteuer (7,7 %), eine armenrechtliche Entschädigung von CHF 3'119.30. Diese Summe ist zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleiben der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren sowie der Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsbeistandes im Umfang von CHF 832.00 (Differenz zum vollen Honorar von CHF 3'951.30 mit dem geltend gemachten Stundenansatz von CHF 230.00), wenn der Beschwerdeführer zur Nachzahlung in der Lage ist (§ 123 ZPO).

5. Im Beschwerdeverfahren der Unfallversicherung sind keine Verfahrenskosten zu erheben (Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. a ATSG).

Demnach wird erkannt:

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagenseit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Präsident

Der Gerichtsschreiber

Flückiger

Haldemann

#### **E. 8**

Oktober 1997 (Suva-Nr. II/193): Der Beschwerdeführer gebe starke Schmerzen sowohl im rechten als auch im linken Ellbogen an, obwohl der klinische Zustand beidseits reizlos sei

sowie freie funktionelle Verhältnisse und eine gute Muskulatur vorlägen. Am Zumutbarkeitsprofil vom 20. Dezember 1995 sei festzuhalten. Es kämen viele mittelschwere Arbeiten in der Industrie in Frage. 3.1.2 Bei der Rentenbestätigung vom 8. Juli 2002 / 23. August 2004 (Suva-Nrn. II/233 + 250) folgte die Beschwerdegegnerin ihrem beratenden Arzt Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie FMH. Dieser hielt nach der Untersuchung vom 3. Juli 2002 fest (Suva-Nr. II/232), gegenüber der kreisärztlichen Untersuchung vom 8. Oktober 1997 ergäben sich klinisch und radiologisch keine neuen Erkenntnisse. Die psychiatrische Problematik (welche die Invalidenversicherung zur Ausrichtung einer ganzen Rente veranlasst habe, in der Unfallversicherung aber ein juristisches Adäquanzproblem darstelle) sei nicht zu berücksichtigen. Eine somatische Verschlimmerung sei nicht nachweisbar, am rechten Ellbogen sei sogar eine objektive Verbesserung eingetreten. Bei einem identischen körperlichen Befund ändere sich selbstverständlich auch nichts an der zumutbaren Arbeitsfähigkeit, d.h. der Beschwerdeführer sei nach wie vor arbeitsfähig im Rahmen der bestehenden Rente. Weitere Behandlungen seien weder notwendig noch sinnvoll. 3.1.3 Als die Beschwerdegegnerin die laufende Rente am 14. November 2006 / 25. Juni 2008 letztmals unverändert bestätigte (Suva-Nrn. III/281 + 301), stützte sie sich einmal auf die Stellungnahme des Kreisarztes Dr. med. B.\_\_\_\_ vom 18. Juli 2006 (Suva-Nr. III/264). Danach berichtete der Beschwerdeführer über starke Beschwerden in beiden Ellbogen. Es handle sich um Restbeschwerden nach beidseitiger Radiusköpfchenresektion mit Entwicklung einer posttraumatischen Ellbogenarthrose. Psychisch lägen, laut Gutachten im IV-Verfahren vom 6. Mai 2000 (s. Suva-Nr. II/223), eine chronifizierte neurotische Fehlverarbeitung, eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung sowie eine psychosoziale Stresssituation bei Langzeitarbeitslosigkeit vor. Die in mehreren medizinischen Berichten erwähnte Diskrepanz zwischen der Schmerzempfindung und dem klinischen Befund sei auch heute festzustellen. Die Ellbogen seien im Moment reizlos. Die Verletzungsart, die notwendig gewordenen Operationen sowie die posttraumatische Arthrose liessen eine gewisse Belastungsintoleranz beider Ellbogen vermuten. Das Ausmass der Beschwerden mit der subjektiven Einschätzung einer vollen Erwerbsunfähigkeit korreliere aber nicht mit dem Befund. Man könne annehmen, dass die fehlende Arbeitsmotivation und die somatoforme Schmerzstörung für die bestehende Invalidität verantwortlich seien. Aus versicherungsärztlicher Sicht seien keine weiteren Behandlungen mehr zu übernehmen, da sämtliche bisherigen Versuche subjektiv zu keiner Besserung geführt hätten. Hinsichtlich der Zumutbarkeit sei die Situation gleich wie bei den früheren Beurteilungen. Er, der Kreisarzt, sei nach wie vor der Überzeugung, dass dem Beschwerdeführer mit dem aktuellen klinischen und röntgenologischen Befund leichte bis mittelschwere Arbeiten ganztägig zumutbar seien. Diese Einschätzung berücksichtige nur die somatischen Unfallrestfolgen. Der laufende Rückfall könne sowohl für den rechten wie auch für den linken Ellbogen abgeschlossen werden. Gestützt auf den aktuellen sehr günstigen Zustand sei von weiteren somatisch orientierten Therapien keine wesentliche Besserung zu erwarten. Dr. med. C.\_\_\_\_ erklärte nach der Untersuchung vom 7. November 2006 (Suva-Nr. III/280), gegenüber den Untersuchungen vom 3. Juli 2002 und 20. Mai 2003 lasse sich an keinem der beiden Ellbogen eine erhebliche Verschlimmerung feststellen, weder klinisch noch radiologisch. Objektiv seien die Ellbogen reizlos und weitgehend frei beweglich. Neurologische Ausfälle seien erneut ausgeschlossen worden. Das Ausmass der Beschwerden sei körperlich nicht ausreichend erklärbar, sondern entspreche weiterhin der somatoformen Schmerzstörung. Die kreisärztliche Beurteilung vom 18. Juli 2006 sei

vollumfänglich zu bestätigen. Die Zumutbarkeit bleibe unverändert, weitere körperliche Behandlungen seien weder notwendig noch sinnvoll. 3.2 Als es die Beschwerdegegnerin in ihrer Verfügung vom 22. Juni 2017 (Suva-Nr. V/399) sowie im angefochtenen Einspracheentscheid vom 28. Februar 2018 ablehnte, eine höhere Rente auszurichten, stützte sie sich auf die beiden folgenden kreisärztlichen Stellungnahmen: 3.2.1 Anlässlich der Untersuchung vom 6. Februar 2017 (Suva-Nr. IV/379) stellte Dr. med. D.\_\_\_\_, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, folgende Diagnosen (S. 4): · Posttraumatische Ellbogenarthrose rechts mit / bei - Status nach konservativ behandelter Radiusköpfchenfraktur (1987) - Status nach Radiusköpfchenresektion und Entfernung Gelenkkörper (2001) - Status nach Nachresektion des Radiusstumpfes bei persistierenden Schmerzen · Posttraumatische Ellbogenarthrose links mit / bei - Status nach Radiusköpfchenfraktur links (1989). - Status nach Radiusköpfchenresektion links (1990). - Status nach Zuggurtungsosteosynthese einer mehrfragmentären Olecranonfraktur links (2005). Der Beschwerdeführer gebe an, es bestünden Schmerzen im Bereich des rechten Ellbogens, welche seit vielen Jahren weitgehend unverändert und therapieresistent seien. Die Schmerzen würden rechts bis in die Finger ulnarseitig sowie in die Schulter und zum rechten Ohr ausstrahlen. Das Tragen von Gegenständen sei nur schwer möglich. Der Beschwerdeführer beschreibe eine Angst vor Blockaden im Bereich des rechten Ellbogens, welche aber in letzter Zeit nicht aufgetreten seien. Seitens des linken Ellbogens seien die Beschwerden ähnlich, jedoch nicht derart ausgeprägt. Bei Bedarf nehme der Beschwerdeführer Celecoxib und Zalidar. Gegenwärtig finde keine Physiotherapie statt (S. 3). Aktuell bestehe ein sehr gutes Bewegungsausmass. Dieses könne durch die diskutierte Implantation einer Ellbogenprothese nicht substantiell verbessert werden, da eine solche nicht sehr belastbar sei. Unter Berücksichtigung der medizinischen Dokumentationen sowie der klinischen Untersuchung sei eine leichte Arbeit ganztägig möglich. Bezüglich der beiden Arme bestünden folgende Einschränkungen: Eine exquisite Monotonie sowie Tätigkeiten an vibrierenden und schlagenden Maschinen kämen nicht in Frage. Arbeiten in der Höhe (mit der Notwendigkeit, sich mit einer Hand zu halten und mit der anderen zu arbeiten) seien ungeeignet, was Tätigkeiten auf Leitern oder Gerüsten praktisch ausschliesse. Insgesamt seien Arbeiten wie anlässlich der letzten kreisärztlichen Untersuchung im Jahr 2006 (s. dazu E. II. 3.1.3 hiervor) unverändert möglich. Die geltend gemachten Beschwerden der rechten Schulter stünden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht in Zusammenhang mit den Unfallereignissen, welche zu den beiden Radiusköpfchenverletzungen geführt hätten (S. 4). 3.2.2 In ihrer Beurteilung vom 4. Mai 2017 (Suva-Nr. V/394) führte die Kreisärztin Dr. med. D.\_\_\_\_ aus, im Jahr 2015 werde erstmals, durch Dr. med. E.\_\_\_\_, die Diagnose von Schulter-Arm-Schmerzen rechts bei Tendinopathie der Supraspinatussehne mit kleinster PASTA-Läsion, Begleitbursitis subacromialis und kleiner Oberrandläsion Subscapularis sowie AC-Gelenkarthropathie erwähnt. Wenn während mehr als 20 Jahren keine Schulterbeschwerden medizinisch dokumentiert worden seien, so müsse man davon ausgehen, dass kein Zusammenhang mit dem Unfallereignis bestehe, welches zu den beiden Ellbogenverletzungen geführt habe. Bei einer Kausalität wäre innerhalb eines zeitlich kurzen Intervalls eine abklärungsbedürftige Klinik mit entsprechenden Schulterschmerzen und entsprechendem Funktionsausfall aufgetreten, was nicht der Fall gewesen sei. Folglich bestehe mit überwiegender Wahrscheinlichkeit kein Zusammenhang mit dem Unfallereignis von 1989 (S. 3). 3.3 Es besteht kein Anlass, am Beweiswert der kreisärztlichen Beurteilung vom 6. Februar / 4. Mai 2017 zu zweifeln, erfüllt diese doch

sämtliche Anforderungen der Rechtsprechung: Bei der Kreisärztin Dr. med. D.\_\_\_\_ handelt es sich um eine Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, d.h. sie verfügt über die erforderliche Kompetenz, um den vorliegenden medizinischen Sachverhalt fundiert zu würdigen. Die Kreisärztin nahm weiter die Vorakten zur Kenntnis, gab dem Beschwerdeführer Gelegenheit, seine subjektiven Beschwerden zu schildern, und führte eine gründliche klinische Untersuchung durch. Ihre Schlussfolgerungen sind überzeugend: 3.3.1 Vor dem Hintergrund der objektiven Untersuchungsergebnisse erscheint es als nachvollziehbar, wenn die Kreisärztin davon ausgeht, dass sich die Ellbogenbeschwerden nicht verschlimmert haben und nach wie vor dasselbe Zumutbarkeitsprofil gilt, wie es Dr. med. B.\_\_\_\_ im Jahr 2006, vor der letzten Überprüfung der Rente, festgelegt hatte (s. E. II. 3.1.3 hiervor). Für die vorhergehende Zeit wiederum geht aus den Urteilen des Versicherungsgerichts vom 24. Februar 2006 und 29. April 2009 hervor, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers und damit dessen Arbeitsfähigkeit seit der ursprünglichen Rentenzusprache nicht in einer Weise verändert haben, welche für den Rentenanspruch relevant wäre (s. Suva-Nr. II/250 E. II. 8 sowie Nr. III/302 E. II. 7). Dies korrespondiert denn auch mit der Aussage des Beschwerdeführers gegenüber der Kreisärztin, die Situation sei schon seit vielen Jahren im Wesentlichen unverändert (s. E. II. 3.2.1 hiervor). Weiter ist darauf hinzuweisen, dass der Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeinmedizin FMH, in seinem Bericht vom 2. Mai 2017 (Suva-Nr. V/396) die kreisärztliche Beurteilung als zutreffend ansieht und leichte körperliche Tätigkeiten ebenfalls als ganztags zumutbar erachtet. Diese Übereinstimmung stärkt den Beweiswert der Einschätzung von Dr. med. D.\_\_\_\_ zusätzlich. 3.3.2 Was die Schulterbeschwerden angeht, so begründet die Kreisärztin den fehlenden Kausalzusammenhang mit den Unfällen von 1987 resp. 1989 schlüssig damit, dass nach diesen Ereignissen mehr als 20 Jahre vergangen seien, bis erstmals Schulterbeschwerden ärztlich festgestellt worden seien; falls damals tatsächlich die Schultern verletzt worden wären, so hätten sich wenig später entsprechende Symptome zeigen müssen. Bestätigt wird diese Auffassung durch Dr. med. F.\_\_\_\_, der ebenfalls davon ausgeht, dass sich die Schulterbeschwerden nicht auf die besagten Unfälle zurückführen lassen (Suva-Nr. V/396). Im Übrigen ist daran festzuhalten, dass sich der Unfall vom

## **E. 12**

August 2015 (Suva-Nr. IV/339): Im Bereich der Wirbelsäule finde sich für die beschriebene Beschwerdesymptomatik keine Ursache. Der Beschwerdeführer berichte über persistierende Schmerzen, vor allem im Ellbogenbereich lokalisiert mit Ausstrahlung nach distal und proximal im Schulterbereich. Bezüglich der Hauptschmerzen im Ellbogenbereich sei der Beschwerdeführer momentan wenig eingeschränkt. Infiltrationen hätten keine Besserung bewirkt, weshalb man hinsichtlich einer Ellbogenprothese zurückhaltend sei. Bei der Schulteruntersuchung zeige sich ein Druckschmerz im Bereich des AC-Gelenkes. Eine subacromiale oder glenohumerale Pathologie als Ursache der Ellbogenschmerzen lasse sich klinisch nicht aufzeigen, sollte aber ausgeschlossen werden. Die in der Folge durchgeführten Infiltrationen des AC-Gelenkes blieben ohne Wirkung (s. Suva-Nr. IV/351). · 20. Januar 2016 (Suva-Nr. IV/354): Neu wurden Schulter-Armschmerzen rechts diagnostiziert. Der Beschwerdeführer leide unter einer langjährigen Schmerzsymptomatik am rechten Arm bei bekannter posttraumatischer Arthrose des rechten Ellbogens. Er berichte, seit einem Unfall im Jahr 1987 stets Schmerzen im Bereich des rechten Ellbogens verspürt zu haben. Auch die erfolgten Operationen hätten keine wesentliche Besserung gebracht. Der Schmerz am rechten Arm bestehe lateral am Ellbogen, strahle in den ulnaren

Unterarm, in den Klein- und Ringfinger sowie nach proximal über die Schulter bis lateral zum Hals aus. Der Beschwerdeführer verspüre eine Schwäche im gesamten rechten Arm, ausserdem zeitweise Kribbelparästhesien im distalen ulnaren Unterarm sowie im Klein- und Ringfinger rechts. Klinisch zeigten sich keine Hinweise auf ein akutes radikuläres Ausfallsyndrom. · 1. Februar 2017 (Suva-Nr. IV/377): Neu wurde der Verdacht auf eine Ruptur der Subscapularissehne rechts bei vorbekannter Tendinopathie der Subscapularis- und Supraspinatussehne diagnostiziert. Der Beschwerdeführer berichte, dass seitens der bekannten Ulnarisproblematik und der bekannten Ellbogenarthrose die Situation seit der letzten Untersuchung vom Mai 2016 unverändert sei. Deutlich schlechter seien die Schulterbeschwerden. Insbesondere die Schmerzsituation sei störend, aber auch die Beweglichkeit sei zunehmend eingeschränkt. Seitens der Ellbogenarthrose und der N. ulnaris-Neuropathie zeige sich ein stabiler Verlauf ohne Verschlechterungszeichen. Der Leidensdruck sei diesbezüglich weiterhin zu gering, um hier eine Ellbogen-Arthroplastik durchzuführen. · 6. März 2017 (Suva-Nr. IV/382): Beim Beschwerdeführer bestehe eine schmerzhaft Subscapularis-Oberrandläsion mit subluxierter Biceptendinopathie, welche zu einer Kraftminderung und Bewegungseinschränkung führe. In der Folge wurde am 19. Mai 2017 eine Schulterarthroskopie durchgeführt (s. unter Suva-Nr. V/404). ·

#### **E. 14**

Juli 2017 (unter Suva-Nr. V/403): Die klinischen, radiologischen und intraoperativen Befunde erlaubten keine sichere Aussage darüber, ob die Subscapularisruptur eine Unfallfolge oder krankheitsbedingt sei. Angesichts des ausgeprägten intraoperativen Befundes mit kompletter Ruptur könne eher von einem Unfallgeschehen ausgegangen werden, auch wenn sich dies nicht mit letzter Sicherheit attestieren lasse. Ab dem 50. Lebensjahr entstünden Läsionen der Rotatorenmanschette eher auf Grund einer Degeneration, doch seien degenerative Läsionen selten komplette Rupturen der Subscapularissehne, wie man es hier angetroffen habe. ·

#### **E. 16**

Oktober 2017 (Suva-Nr. V/405): Der postoperative Verlauf nach der Arthroskopie des Schultergelenks und der Rekonstruktion der Rotatorenmanschette vom 19. Mai 2017 sei regelrecht. Insgesamt bleibe jedoch anzumerken, dass der Beschwerdeführer einerseits durch seine Schulterpathologie, aber andererseits auch durch seine zusätzlichen Probleme bei beidseitiger posttraumatischer Ellbogenarthrose sicherlich hochgradig eingeschränkt sei. ·

#### **E. 21**

März 2018 (Suva-Nr. V/415): Die Ellbogenbeschwerden seien unverändert. Der Beschwerdeführer sei für eine mittelschwere bis schwere oder auch leichte körperliche Tätigkeit, bei der er die Arme einsetzen müsste, zu 100 % arbeitsunfähig. Grund hierfür seien die langjährig bekannten beidseitigen posttraumatischen Ellbogenarthrosen. Für die Festlegung der Arbeitsfähigkeit sei eine orthopädische gutachterliche Untersuchung notwendig. Aus diesen Berichten kann der Beschwerdeführer nichts zu seinen Gunsten ableiten, denn sie vermögen auch keine geringfügigen Zweifel an der kreisärztlichen Beurteilung zu erwecken. Die besagten Berichte belegen nicht, dass sich die bekannte Problematik der Ellbogen mit posttraumatischer Arthrose objektiv verschlechtert hat. Es fehlt hierzu an einem Vergleich mit der früheren Beurteilung von Dr. med. B.\_\_\_\_ aus dem Jahr 2006, wie ihn die Kreisärztin Dr. med. D.\_\_\_\_ vorgenommen hat. Ausserdem

hinterlassen die Berichte der Universitätsklinik keinen verlässlichen Eindruck, sind doch die Angaben zur Situation der Ellbogen nicht kohärent: Diesbezüglich ist zunächst von einer geringen Einschränkung (12. August 2015) und einem stabilen Verlauf die Rede (1. Februar 2017), dann unvermittelt von einer «sicherlich» hochgradigen Einschränkung (16. Oktober 2017), was wenig präzise ist und eine nähere Begründung vermissen lässt. Eine detaillierte Darstellung des Verlaufs, welche diesen Widerspruch allenfalls hätte ausräumen können, unterblieb. Der Bericht vom 21. März 2018, welcher nach dem angefochtenen Einspracheentscheid erging, attestierte dann zwar eine vollständige Arbeitsunfähigkeit, stellte dies aber ausdrücklich unter den Vorbehalt einer orthopädischen Begutachtung. Eine solche Abklärung war indes bereits erfolgt, nämlich durch die Kreisärztin Dr. med. D.\_\_\_\_. Dies war den Ärzten der Universitätsklinik G.\_\_\_\_ offenbar nicht bekannt, weshalb sie sich damit auch nicht auseinandersetzen konnten. Was den Kausalzusammenhang zwischen den Schulterbeschwerden und den Unfällen von 1987 resp. 1989 betrifft, so bejaht der Bericht der Universitätsklinik vom 14. Juli 2017 einen solchen Zusammenhang. Dies überzeugt aber in keiner Weise: Einerseits ist dieser Bericht zu wenig bestimmt, wenn er davon spricht, es dürfte sich «eher» um eine Unfallfolge handeln. Auf den massgeblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nimmt er keinen Bezug. Insgesamt entsteht so der Eindruck, dass der postulierte Kausalzusammenhang nicht mehr als eine blosser Möglichkeit darstellt. Andererseits legt der Bericht nirgends dar, warum nicht schon zeitnah zu den Unfallereignissen Schulterbeschwerden auftraten, wenn eine ursächliche Verbindung bestehen soll. Die einleuchtende Argumentation der Kreisärztin, es sei zu viel Zeit vergangen, bis erstmals Schulterbeschwerden erwähnt worden seien, wird somit nicht widerlegt.

3.4.3 Der Einwand des Beschwerdeführers, die Kreisärztin habe bei ihrer Untersuchung trotz seiner schlechten Deutschkenntnisse keinen Dolmetscher beigezogen, verfängt nicht. Aus dem entsprechenden Bericht vom 6. Februar 2017 ergeben sich keine Hinweise auf Verständigungsschwierigkeiten. Die Kreisärztin war über das Beschwerdebild und die Vorgeschichte offenkundig orientiert (s. Suva-Nr. IV/379). Im Vordergrund standen die klinische Untersuchung sowie die Schmerzangaben des Beschwerdeführers, wozu es – anders als bei einer psychiatrischen Exploration – keiner vertieften Sprachkenntnisse bedurfte (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_780/2014 vom 2. Juni 2015 E. 4.1.2). Im Übrigen sahen auch die Ärzte der Universitätsklinik G.\_\_\_\_ keinen Anlass, bei den verschiedenen Untersuchungen des Beschwerdeführers einen Dolmetscher beizuziehen, was ebenfalls gegen dessen Notwendigkeit spricht. Auch mit dem Hinweis, das Gespräch mit der Kreisärztin habe nur ca. 15 Minuten gedauert, dringt der Beschwerdeführer nicht durch. Zwar finden sich im Kreisarztbericht keine Angaben zur Untersuchungsdauer. Nach der Rechtsprechung lässt sich jedoch kein genereller Zeitrahmen für eine Untersuchung definieren (Urteil des Bundesgerichts 8C\_464/2011 vom 9. März 2012 E. 5.2). Für den Aussagegehalt eines Arztberichts kommt es grundsätzlich nicht auf die Dauer der Untersuchung an; massgebend ist in erster Linie, ob der Bericht inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist, was hier zutrifft. Es fehlen konkrete Hinweise dafür, dass sich die Untersuchungsdauer negativ auf die Qualität des Kreisarztberichtes ausgewirkt hat, dieser erscheint vielmehr von Umfang und Dichte her dem zu beurteilenden Sachverhalt angemessen (Urteile des Bundesgerichts 8C\_354/2018 vom 20. Dezember 2018 E. 4.2 und 8C\_639/2011 vom 5. Januar 2012 E. 4.3.1).

3.5 Zusammenfassend bestehen keinerlei Zweifel an der Beurteilung der Kreisärztin Dr. med. D.\_\_\_\_ vom 6. Februar / 4. Mai 2017. Diese genießt vollen Beweiswert, so dass sich die vom Beschwerdeführer begehrten weiteren Abklärungen erübrigen. Der kreisärztlichen Beurteilung folgend ist mit

überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass hinsichtlich der beiden Ellbogen keine gesundheitliche Verschlechterung eingetreten ist und nach wie vor die früher festgesetzte Arbeitsunfähigkeit gilt, auf der die laufende Rente von 10 % beruht. Somit gibt es keine Grundlage dafür, diese Rente zu erhöhen. Andererseits besteht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit kein Kausalzusammenhang zwischen den beiden Unfällen von 1987 und 1989 sowie den aktuellen Schulterbeschwerden, weshalb dafür keine Leistungen erbracht werden können. Die Beschwerde stellt sich folglich als unbegründet heraus und ist abzuweisen.

4. 4.1 Bei diesem Verfahrensausgang steht dem Beschwerdeführer keine Parteientschädigung zu. Die Beschwerdegegnerin wiederum hat als mit öffentlich-rechtlichen Aufgaben betraute Organisation – abgesehen von hier nicht interessierenden Ausnahmen – keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. etwa BGE 128 V 133 E. 5b, 126 V 150 E. 4a).

4.2 Da der Beschwerdeführer unterlegen ist, entschädigt der Kanton seinen unentgeltlichen Rechtsbeistand angemessen (Art. 122 Abs. 1 lit a Schweizerische Zivilprozessordnung / ZPO, SR 272). Das Gericht setzt die Kostenforderung des Rechtsbeistands fest, wobei der Stundenansatz CHF 180.00 beträgt (§ 160 Abs. 3 i.V.m. § 161 Gebührentarif / GT, BGS 615.11). Die vom Vertreter des Beschwerdeführers eingereichte Kostennote vom 14. Februar 2019 (A.S. 74 f.) weist einen Zeitaufwand von 16,75 Stunden aus. Dieser ist wie folgt zu kürzen:

- Ein Aufwand von 2,5 Stunden (inkl. Vorbereitung) für die Besprechung mit dem Beschwerdeführer vom 6. Februar 2019 erscheint als zu hoch, zumal sie erst nach dem doppelten Schriftenwechsel erfolgte. Diese Position ist daher um eine Stunde auf einen angemessenen Aufwand von 1,5 Stunden zu kürzen.
- Nicht zu vergüten ist die Kenntnisnahme von Verfügungen des Versicherungsgerichts, mit welchen weder ein Begehren des Beschwerdeführers abgewiesen noch ihm eine Frist gesetzt wurde (3 x 0,1: 23. und 24. April sowie 8. Juni 2018). Somit verbleibt ein anrechenbarer Zeitaufwand von 15,45 Stunden. Daraus ergibt sich mit dem massgeblichen Stundenansatz von CHF 180.00 sowie CHF 115.30 Auslagen und CHF 191.15 Mehrwertsteuer (7,7 %), eine armenrechtliche Entschädigung von CHF 3'119.30. Diese Summe ist zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleiben der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren sowie der Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsbeistandes im Umfang von CHF 832.00 (Differenz zum vollen Honorar von CHF 3'951.30 mit dem geltend gemachten Stundenansatz von CHF 230.00), wenn der Beschwerdeführer zur Nachzahlung in der Lage ist (§ 123 ZPO).

5. Im Beschwerdeverfahren der Unfallversicherung sind keine Verfahrenskosten zu erheben (Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. a ATSG).

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