

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2002.00158 vom 18. September 2003

ZH Sozialversicherungsgericht, 2003-09-18, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2002.00158

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2002.00158 du 18 septembre 2003

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2002.00158 del 18 settembre 2003

Erwägungen

E. 1

1.1 Der 1946 geborene B. ___ arbeitete seit dem 1. November 1978 als Wagenreiniger bei den Schweizerischen Bundesbahnen (SBB; Dienststelle A. ___, Z. ___) und war damit bei der SUVA obligatorisch unfallversichert (Urk. 12/1).

1.2 Am 8. September 2000 rutschte der Versicherte beim Herabsteigen von einem Bahnwagen aus und stürzte auf den Geleiseschotter, wobei er sich beim Absetzen eine Kontusion beziehungsweise Distorsion der rechten, dominanten Hand zuzog (Urk. 12/1). Trotz Schmerzen arbeitete er vorerst einige Tage weiter und verreiste anschliessend für mehrere Wochen in die Ferien, worauf sich die Beschwerdesymptomatik vorübergehend etwas beruhigte.

Bei der Arbeitswiederaufnahme Ende Oktober 2000 traten dann aber belastungsabhängige Handgelenksschmerzen auf, worauf der vom Hausarzt, Dr. med. A. ___, Arzt für Allgemeine Medizin, Z. ___, konsiliarisch beigezogene Dr. med. C. ___, Spezialarzt für Radiologie, Z. ___, am 29. Januar 2001 einen Status nach Lunatum-Querfraktur mit nach dorsal und volar dislozierten Lunatum-Fragmenten bei alter konsolidierter Scaphoid-Fraktur und beginnender Arthrose im proximalen Handgelenk erhob; gleichzeitig stellte der Radiologe eine diskrete Gonarthrose im medialen Abschnitt des rechten Kniegelenks und eine massive Gonarthrose im medialen Abschnitt des linken Kniegelenks mit reaktiven Veränderungen an Gelenkkopf und -pfanne, leichter Varusstellung des Tibiakopfs sowie diskreter Femurpatellararthrose mit reiskorngrosser Exostose im distalen Femurdrittel medial fest (Urk. 12/2). Der weiter zugezogene Dr. med. D. ___, Spezialarzt für orthopädische Chirurgie, Z. ___, diagnostizierte am 2. Februar 2001 eine beginnende Metacarpal-Arthrose am rechten Handgelenk bei Status nach verpasster beziehungsweise unbehandelter Naviculare-Fraktur rechts im September 2000 sowie eine mediale Gonarthrose links und ein fragliches Meniskus-Problem rechts (Urk. 12/3).

1.3 Die SUVA erbrachte dem Versicherten auf die Unfallmeldung vom 6. Februar 2001 (Urk. 12/1) hin die gesetzlichen Leistungen (Heilbehandlung und Taggeld).

Nach dem Beizug des Zwischenberichts von Dr. A. ___ vom 27. Februar 2001 (Urk. 12/4) und einer am 13. März 2001 erfolgten Besprechung mit dem Versicherten (Urk. 12/5) liess die SUVA am 28. März 2001 eine kreisärztliche Untersuchung vornehmen (Bericht von Dr. med. E. ___, Arzt für Orthopädische Chirurgie, Kreisarzt SUVA Z. ___ [Urk. 12/7]; vgl. Urk. 12/6). Gestützt darauf sowie auf den Bericht von Dr. D. ___ vom 4. April 2001 (Urk. 12/8) und auf die weiteren kreisärztlichen Stellungnahmen vom 11. und 20. April 2001 (Urk. 12/9) teilte sie dem Versicherten mit Schreiben vom 10. Mai 2001

(Urk. 12/10) mit, die Kosten für die Behandlung der von Dr. D.____ untersuchten (rechtsseitigen) Kniebeschwerden gingen nicht zu ihren Lasten.

Alsdann zog die SUVA die Berichte von Dr. med. F.____, Ärztin für Handchirurgie und Orthopädische Chirurgie, Z.____, vom 12. März 2001 (Urk. 12/12) und vom 27. Juni 2001 (Urk. 12/17; vgl. Urk. 12/11) sowie den Bericht von Dr. D.____ vom 22. Mai 2001 (Urk. 12/14) bei, bevor sie nach weiterer Kenntnisnahme der Berichte von Dr. E.____ über die kreisärztliche Abschlussuntersuchung und die Beurteilung des Integritätsschadens vom 15. August 2001 (Urk. 12/18-19) den Versicherten am 26. September 2001 zur Kooperation betreffend die (kreis-)ärztlich empfohlene Handgelenksarthrodese-Operation aufforderte, unter gleichzeitiger Androhung, dass bei Verweigerung des als zumutbar taxierten operativen Eingriffs lediglich die Leistungen gewährt würden, die beim erwarteten Erfolg dieser Massnahme wahrscheinlich zu entrichten seien (Urk. 12/21).

Im Anschluss an die ausdrückliche Weigerung des Versicherten, sich der als indiziert erachteten Handgelenks-Versteifung zu unterziehen (Urk. 12/22), verneinte die SUVA mit Verfügung vom 19. Oktober 2001 (Urk. 12/23) einen Rentenanspruch und setzte die Integritätsentschädigung auf 3.75 % fest.

Die vom Versicherten dagegen am 2. November 2001 vorsorglich erhobene (Urk. 12/25) sowie am 15. Januar 2002 bekräftigte und begründete (Urk. 12/27) Einsprache wies die SUVA nach der Kenntnisnahme des Berichts von Dr. A.____ vom 18. Januar 2002 (Urk. 12/29) und im Anschluss an die Einholung der Stellungnahme von Dr. med. G.____, Facharzt für Chirurgie, SUVA-Ärzteam Unfallmedizin, L.____, vom 12. August 2002 (Urk. 12/45) mit Entscheid vom 23. August 2002 (Urk. 2 = Urk. 12/46) ab.

E. 2.1

Hiergegen erhob der Versicherte mit Eingabe vom 25. November 2002 (Urk. 1) beim Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Beschwerde, mit dem Rechtsbegehren um kosten- und entschädigungspflichtige Aufhebung des angefochtenen Entscheids und Zusprechung einer **ganzen**, eventuell einer **halben** Invalidenrente respektive einer solchen nach Massgabe eines Invaliditätsgrads von mindestens 50 % sowie einer Integritätsentschädigung auf der Basis einer Einbusse von 20 % beziehungsweise im Betrag von Fr. 21'360.-- (Urk. 1 S. 2, S. 6 Ziff. II/2 und S. 7 Ziff. II/3).

2.2 **Ein** vom hiesigen Gericht am 12. Dezember 2002 in der unzutreffenden Annahme, die Beschwerde sei verspätet, gefällter Nichteintretensentscheid (Urk. 6) wurde - im ausdrücklichen Einverständnis beider Parteien (vgl. Urk. 7) - mit Beschluss vom 15. Januar 2003 (Urk. 9A) zurückgenommen.

2.3 **Die** SUVA schloss mit Beschwerdeantwort vom 19. März 2003 (Urk. 11) auf Abweisung der Beschwerde und Bestätigung von Verfügung und angefochtenem Einspracheentscheid (Urk. 11 S. 2).

Mit Replik vom 9. Mai 2003 (Urk. 16) modifizierte der Beschwerdeführer seinen eingangs gestellten Antrag betreffend Integritätsentschädigung dahingehend, dass eine Einbusse von mindestens 10 % zu entschädigen sei (Urk. 16 S. 4 Rz 4).

Die Beschwerdegegnerin bekräftigte mit Duplik vom 13. Juni 2003 (Urk. 19) ihren auf Beschwerdeabweisung lautenden Antrag (Urk. 19 S. 2), worauf der Schriftenwechsel mit Verfügung vom 16. Juni 2003 (Urk. 20) geschlossen wurde.

nebst den vorgenannten Gründen, aber immerhin äusserst knappe und ungenaue Abklärungen sowie kaum überzeugende oder nicht sachgerechte Schlussfolgerungen bieten (BGE 126 V 293 Erw. 2d; AHI 2001 S. 86 f. Erw. 2d; SVR 2001, IV Nr. 22 S. 68 f. Erw. 2d; vgl. auch ZBJV 136/2000 S. 678 ff.).

E. 2.4

2.4.1.1 Nach Art. 24 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung, wenn sie durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen oder geistigen Integrität erleidet. Die Integritätsentschädigung wird in Form einer Kapitaleistung gewährt. Sie darf den am Unfalltag geltenden Höchstbetrag des versicherten Jahresverdienstes nicht übersteigen und wird entsprechend der Schwere des Integritätsschadens abgestuft (Art. 25 Abs. 1 UVG).

2.4.2.1 Gemäss Art. 25 Abs. 2 UVG in Verbindung mit Art. 36 Abs. 1 UVV gilt ein Integritätsschaden dann als dauernd, wenn er voraussichtlich während des ganzen Lebens mindestens in gleichem Umfang besteht. Er ist erheblich, wenn die körperliche oder geistige Integrität, unabhängig von der Erwerbsfähigkeit, augenfällig oder stark beeinträchtigt wird. Die Bemessung der Integritätsentschädigung erfolgt nach den Richtlinien des Anhangs 3 zur UVV (Art. 36 Abs. 2 UVV). Fallen mehrere körperliche oder geistige Integritätsschäden aus einem oder mehreren Unfällen zusammen, so wird die Integritätsentschädigung nach der gesamten Beeinträchtigung festgesetzt (Art. 36 Abs. 3 UVV).

2.4.3.1 Die Richtlinien für die Bemessung der Integritätsschäden gemäss Anhang 3 zur UVV enthalten eine als gesetzlich anerkannte, nicht abschliessende Skala (BGE 124 V 32 Erw. 1b mit Hinweisen), worin wichtige und typische Schäden prozentual gewichtet werden. Für die darin genannten Integritätsschäden entspricht die Entschädigung im Regelfall dem angegebenen Prozentsatz des Höchstbetrages des versicherten Verdienstes (Ziff. 1 Abs. 1 des Anhangs 3 zur UVV). Die Entschädigung für spezielle oder nicht aufgeführte Integritätsschäden wird nach dem Grad der Schwere vom Skalenwert abgeleitet (Ziff. 1 Abs. 2 des Anhangs 3 zur UVV). Integritätsschäden, die gemäss der Skala 5 % nicht erreichen, geben keinen Anspruch auf Entschädigung (Ziff. 1 Abs. 3 des Anhangs 3 zur UVV). Die völlige Gebrauchsunfähigkeit eines Organs wird dem Verlust gleichgestellt; bei teilweisem Verlust und teilweiser Gebrauchsunfähigkeit wird der Integritätsschaden entsprechend geringer, wobei die Entschädigung jedoch ganz entfällt, wenn der Integritätsschaden weniger als 5 % des Höchstbetrages des versicherten Verdienstes ergäbe (Ziff. 2 des Anhangs 3 zur UVV).

Die Medizinische Abteilung der SUVA hat in Weiterentwicklung der Skala gemäss Anhang 3 zur UVV weitere Bemessungsgrundlagen in tabellarischer Form (sog. Feinraster) erarbeitet. Diese von der Verwaltung herausgegebenen Tabellen stellen zwar keine Rechtsätze dar und sind für die Parteien nicht verbindlich. Soweit sie jedoch lediglich Richtwerte enthalten, mit denen die Gleichbehandlung aller Versicherten gewährleistet werden soll, sind sie mit dem Anhang 3 zur UVV vereinbar (BGE 124 V 32 Erw. 1c und 116 V 157 Erw. 3a).

E. 2.5

2.5.1.1. Gemäss Art. 48 Abs. 2 UVG werden die Versicherungsleistungen ganz oder teilweise verweigert, wenn sich die versicherte Person trotz Aufforderung einer zumutbaren Behandlung oder einer von der Invalidenversicherung angeordneten Eingliederungsmassnahme für eine wesentliche Verbesserung der Erwerbsfähigkeit entzieht.

Entzieht sich eine versicherte Person einer zumutbaren Behandlung oder Eingliederungsmassnahme, so wird sie nach Art. 61 Abs. 1 UVV schriftlich auf die Rechtsfolgen der Weigerung unter Ansetzung einer angemessenen Überlegungsfrist aufmerksam gemacht.

Der versicherten Person, die sich ohne zureichenden Grund weigert, sich einer zumutbaren Behandlung oder Eingliederungsmassnahme zu unterziehen, werden lediglich die Leistungen gewährt, die beim erwarteten Erfolg dieser Massnahmen wahrscheinlich hätten entrichtet werden müssen (Art. 61 Abs. 2 UVV). Behandlungen und Eingliederungsmassnahmen, die eine Gefahr für Leib und Gesundheit darstellen, sind nicht zumutbar (Art. 61 Abs. 3 UVV).

2.5.2. Die Zumutbarkeit einer Operation ist zu bejahen, wenn es sich um einen erfahrungsgemäss unbedenklichen, nicht mit Lebensgefahr verbundenen Eingriff handelt, der mit Sicherheit oder grosser Wahrscheinlichkeit völlige Heilung oder doch erhebliche Besserung des Leidens und damit verbunden eine wesentliche Erhaltung der Erwerbsfähigkeit erwarten lässt, der ferner nicht zu einer normalerweise sichtbaren Entstellung führt und nicht übermassige Schmerzen verursacht. Die Frage der Zumutbarkeit ist dabei aufgrund der konkreten Umstände und mit Blick auf die betroffene Person zu beurteilen (BGE 105 V 179; RKUV 1996 Nr. U 244 S. 154 Erw. 7e/aa und 1995 Nr. U 213 S. 68 Erw. 2b).

E. 3

3.1. Mit Verfügungen der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich (SVA), IV-Stelle, vom 11. Dezember 2002 (Urk. 12/52-53) wurde dem Beschwerdeführer auf Gesuch vom 20. März 2002 eine ganze Rente der Invalidenversicherung mit Wirkung ab dem 1. Januar 2002 zugesprochen (Invaliditätsgrad: 100 %; samt Zusatzrente für die Ehefrau, H. ____, und unter Verrechnung möglicher Nachzahlungen mit Rückforderungsansprüchen Dritter; vgl. Urk. 12/47; Urk. 12/51). Dies mitunter gestützt auf das Gutachten von Dr. med. I. ____, Arzt für Orthopädische Chirurgie, Z. ____, vom 5. Juli 2002 (Urk. 3/4; vgl. Urk. 12/41).

3.2. Seitens der Arbeitgeberin wurde der Beschwerdeführer - mitunter gestützt auf die Beurteilung von deren ärztlichem Dienst, Dr. med. J. ____, vom 13. Juni 2002 (Urk. 3/5) - für berufsunfähig befunden und demzufolge - unter Zuerkennung eines entsprechenden Rentenanspruchs gegenüber der zuständigen Pensionskasse - medizinisch pensioniert (Urk. 3/6).

Das Gericht zieht in Erwägung:

1.

1.1. Am 1. Januar 2003 sind das ATSG und die Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 11. September 2002 (ATSV) in Kraft getreten und haben in einzelnen Sozialversicherungsgesetzen und -verordnungen zu Revisionen geführt, so mitunter auch im Bundesgesetz über die Unfallversicherung

(UVG) und in der dazugehörigen Verordnung (UVV).

In materiellrechtlicher Hinsicht gilt jedoch der allgemeine Übergangsrechtliche Grundsatz, dass der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen sind, die gegolten haben, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 467 Erw. 1 und 126 V 136 Erw. 4b, je mit Hinweisen).

1.2 Da sich der hier zu beurteilende Sachverhalt vor dem 1. Januar 2003 verwirklicht hat (Unfall vom 8. September 2000) - und weil ferner das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung eines Falles grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses des streitigen Entscheids eingetretenen Sachverhalt abstellt (BGE 121 V 366 Erw. 1b; vorliegend: 23. August 2002) - gelangen die materiellen Vorschriften des ATSG und der ATSV sowie die gestützt darauf erlassenen Gesetzes- und Verordnungsrevisionen im vorliegenden Fall noch nicht zur Anwendung.

Bei den im Folgenden zitierten Gesetzes- und Verordnungsbestimmungen handelt es sich deshalb - soweit nichts anderes vermerkt wird - um die Fassungen, wie sie bis Ende 2002 - beziehungsweise zum Zeitpunkt des angefochtenen Entscheids (23. August 2002) - in Kraft gewesen sind.

2.

2.1 Gemäss Art. 6 Abs. 1 UVG werden - soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt - die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt.

E. 3.1

Unbestritten und erstellt ist, dass die Beschwerden am rechten Handgelenk in natürlichem Kausalzusammenhang mit dem Unfall vom 8. September 2000 stehen. Unstreitig zu bejahen ist diesbezüglich ebenfalls die adäquate, rechtserhebliche Kausalität.

Wie aus den Beurteilungen der Dres. E.____ und G.____ vom 28. März 2001 (Urk. 12/7) und vom 15. August 2001 (Urk. 12/18) beziehungsweise vom 12. August 2002 (Urk. 12/45) hervorgeht, lässt sich der status quo sine beziehungsweise der status quo ante bezüglich der zum Unfallzeitpunkt zwar schon jahrelang vorbestandenen und weit fortgeschritten gewesenen, bis dahin jedoch asymptomatisch gebliebenen und erst durch die Handgelenkskontusion/-distorsion vom 8. September 2000 im Gleichgewicht gestörten und schmerzhaft gewordenen Lunatummalazie nicht mehr erreichen.

3.2 Nicht streitig ist weiter, dass die am 29. Januar 2001 von Dr. C.____ festgestellte (Urk. 12/2) und nachfolgend wiederholt bestätigte (Urk. 3/4; Urk. 12/3; Urk. 12/8; Urk. 12/14) beidseitige, zunächst links-, später rechtsbetonte Kniegelenksproblematik (medial betonte Gonarthrose links; Meniscus-Läsion rechts medial) nicht auf den Unfall vom 8. September 2000 zurückzuführen und damit vorliegend - im Gegensatz zur Invalidenversicherung - grundsätzlich nicht zu berücksichtigen ist (vgl. insbes. Urk. 12/5). Das Gleiche gilt im Übrigen auch für die bislang offenbar asymptomatischen Befunde am linken Handgelenk (Pseudoarthrose an der Basis des Processus styloideus ulnae zufolge alter Abrissfraktur; vgl. Urk. 12/3; Urk. 12/7; Urk. 12/12; Urk. 12/18).

werden. Und auch Dr. I. ___ vertrete die Ansicht, dass mit den vorgeschlagenen Operationen zwar eine Besserung des Gesundheitszustands erreicht werden könnte, jedoch keineswegs sicher sei, dass sich damit auch eine Arbeitswiederaufnahme realisieren lasse (Urk. 1; Urk. 16).

E. 4.2.1

Kreisarzt Dr. E. ___ erachtete in den Berichten vom 28. März 2001 (Urk. 12/7) und vom 15. August 2001 (Urk. 12/18) eine operative Behandlung als angezeigt, wobei er die Durchführung einer vollständigen radiocarpalen Arthrodese als "verlässlichste Technik" empfahl. Die Beweglichkeit beziehungsweise Beweglichkeitsamplitude im Handgelenk sei derart eingeschränkt respektive gering, dass der durch die Arthrodese zu gewärtigende weitere Beweglichkeitsverlust von verhältnismässig geringer Bedeutung, der dadurch erzielte Gewinn infolge verminderter beziehungsweise reduzierter Schmerzhaftigkeit jedoch erheblich sein dürfte. Bei einem ansprechenden Resultat respektive bei einem einigermaßen günstigen Verlauf (wofür indes keine Garantie gegeben werden könnte) beständen gute Aussichten, dass der Beschwerdeführer im - angeblich von einem Betriebsbesuch her bekannten - Reinigungsdienst bei der SBB wieder integriert werden könne. Die operativen Risiken seien bei objektiver Betrachtung gering, könne man doch mittels Plexus-Anästhesie vorgehen; mit der üblichen Prophylaxe sei auch das Thrombose- und Embolie-Risiko annähernd vernachlässigbar. Die Haupteingriffsrisiken beständen in der Entstehung einer Pseudoarthrose oder im allfälligen Auftreten eines Infekts oder eines Morbus Sudek. Generell müsse aber dringend davon abgeraten werden, sogenannte Wahleingriffe wie eine Handgelenksarthrodese zu erzwingen, da es für den Fall, dass der Patient selber nicht voll dahinter stehe, meist an der für ein günstiges Resultat sehr wichtigen Kooperation in der Rehabilitationsphase fehle. Nach erfolgreicher Arthrodese würde die rechte Hand fix in Verlängerung des Vorderarms stehen, leicht nach dorsal ausgelenkt; die Umwendbewegung wäre gewährt, und auch die Fingerbeweglichkeit bliebe frei. Zwar wäre die Faustschlusskraft vermindert, doch würde das arthrodeseierte Handgelenk einer mässigen Belastung wie im Wagenreinigungsdienst der SBB wieder standhalten. Würde der jetzige Zustand belassen, sei die Belastbarkeit des Handgelenks geringer, indem nur leichte Gewichte von maximal wenigen Kilogramm gehandhabt werden könnten, am Besten bei Zugbeanspruchung, wogegen Scherung und vor allem Torquierung schlechter toleriert würden; rasch sich wiederholende Handgelenksbewegungen seien diesfalls ebenso zu vermeiden, wie auf das Gelenk wirkende Schläge oder Vibrationen. Unter diesen Voraussetzungen sei ein Ganztageseinsatz zumutbar. Konkret werde es ausserordentlich schwierig sein, den Beschwerdeführer beruflich zu integrieren. Wegen der unfallfremden Knieproblematik sei mindestens aktuell die Gehfähigkeit etwas eingeschränkt, wobei sich wahrscheinlich auch hier mittels operativer Meniscus-Sanierung (wovor der Beschwerdeführer allerdings ebenfalls zurückschrecke) eine Besserung erzielen lasse.

4.2.2.2 Die Handchirurgin Dr. F. ___ legte in den Berichten vom 12. März 2001 (Urk. 12/12) und vom 27. Juni 2001 (Urk. 12/17) dar, die Prognose bezüglich Spontanverlauf der Schmerzen zufolge sekundär arthrotisch verändertem rechtem Handgelenk bei Morbus Kienbock mit kollabiertem, fragmentiertem Lunatum (Stadium IV) sei ungünstig. Die am wenigsten belastende Therapie-Option mit kurzer Rehabilitationszeit sei eine Handgelenksdenervation; nachteilig sei dabei das insbesondere auch mittelfristig

etwas ungewisses Resultat, und es müssten vorgängig eines solchen Eingriffs Test-Infiltrationen durchgeführt werden, welche vom Beschwerdeführer kategorisch abgelehnt würden. Alternativ stehe die Radiusverkrüchtungsosteotomie mit Entlastung des radiolunären Gelenks zur Diskussion; dieser Eingriff zeige gute Resultate bezüglich Schmerzbefreiung, doch werde die Beweglichkeit dadurch nicht verbessert. Schliesslich komme eine PRC (Primary Row Carpectomy) in Frage, eine sowohl bezüglich Schmerzbefreiung als auch hinsichtlich Beweglichkeit gute Operation, bei der sich die Beweglichkeit konkret jedoch nicht verbessern dürfte, sondern bestenfalls nicht verschlechtern würde. Bei Misslingen einer dieser Eingriffe bestehe in jedem Fall die Option einer Umwandlung in eine vollständige Handgelenksarthrodese, womit eine Schmerzbefreiung und Erhaltung der Pro-/Supinationsfunktion erzielt werden könne, unter Aufgabe der Flexion/Extension und Ulnar/Radial-Abduktion. Nach keinem dieser Eingriffe könne davon ausgegangen werden, dass der Beschwerdeführer in der Lage sein werde, die angestammte Arbeit teilweise oder vollständig wieder aufzunehmen; dies sei aber erfahrungsgemäss auch nicht ganz ausgeschlossen. Der Beschwerdeführer habe erhebliche Angst vor jeglichem operativen Vorgehen und lehne ein solches kategorisch ab. Er verlange eine Garantie, dass die Operation komplikationslos verlaufe und zu einem 100%ig guten Resultat führe, welche nicht abgegeben werden könne, und lehne nebst einer grossen Abneigung gegenüber Operationen auch die Vorstellung einer Arthrodese des Handgelenks ab. Hinzu komme, dass er nicht mehr arbeite, bezüglich des rechten Handgelenks beschwerdearm sei und aus seiner Sicht deshalb kein therapeutischer Bedarf bestehe; zwar gebe er an, er sei im Alltag auch ohne zu arbeiten nicht ganz beschwerdefrei, doch seien die Schmerzen gut tolerierbar. Die erwähnten operativen Eingriffe seien allesamt zumutbar, wobei die vollständige Handgelenksarthrodese bezüglich Schmerzbefreiung die sicherste operative Option mit nur einmaligem Eingriff (exkl. allfälliger Platten-Entfernung) und einer einmaligen mittelfristigen Rehabilitationsdauer darstelle.

4.2.3.3 Der SUVA-Unfallmediziner Dr. G. ___ hielt in seiner Beurteilung vom 12. August 2002 (Urk. 12/45) dafür, der Leidensdruck des Beschwerdeführers sei offenbar nur gering; da er nicht mehr arbeite und das rechte Handgelenk dementsprechend schonen könne, seien die Beschwerden erträglich. Eine vollständige Versteifung des Handgelenks sei im konkreten Fall insofern weniger invasiv, als der Bewegungsumfang arthrosebedingt bereits massiv eingeschränkt sei. Um so mehr dürfe rein theoretisch mit einer deutlichen Schmerzreduktion und damit indirekt mit einer Verbesserung der Faustschlusskraft gerechnet werden. In Bezug auf die Frage der Zumutbarkeit einer Handgelenksarthrodese komme man zu verschiedenen Antworten, je nachdem, ob die Unbedenklichkeit eines solchen Eingriffs oder dessen Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Erwerbsfähigkeit beurteilt würden. Eine Handgelenksarthrodese sei erfahrungsgemäss nicht mit besonders grossen, lebensbedrohlichen Gefahren behaftet. Das Risiko einer Pseudo-Arthrose oder eines Infekts nach einer Arthrodese sei bei kunstgerechter Handhabung vertretbar klein, und auch die Gefahr einer Algodystrophie (Morbus Sudek) sei nicht grösser als bei anderen Eingriffen an der Hand, was auch für das Trombose-Risiko gelte, vor allem bei Vornahme des Eingriffs unter Plexus-Anästhesie. Mit Blick auf das (Operations-)Risiko könne eine Handgelenksarthrodese somit als unbedenklich bezeichnet werden. Anders sehe es jedoch in Bezug auf die Wiedereingliederungschancen aus. Erfahrungsgemäss trete ein von den Betroffenen antizipiertes schlechtes Resultat tatsächlich auch ein, wenn ein

vorgeschlagener Eingriff entgegen deren Äusserungen und Befürchtungen vorgenommen werde. Da der Beschwerdeführer einen Eingriff kategorisch ablehne, müsse allein schon deswegen mit einem schlechten Resultat gerechnet werden. Der 56-Jährige dürfte seine angestammte Tätigkeit demnach selbst nach einer erfolgreichen Handgelenksarthrodese wahrscheinlich nicht mehr aufnehmen, zumal noch unfallfremde Knieschmerzen zu verzeichnen seien. Mit einer objektivierbaren Funktionseinbusse sei nach solch einem Eingriff erfahrungsgemäss nicht zu rechnen; gegenteils könne bei korrekt durchgeführt und ohne Komplikationen durchgebaute Arthrodese theoretisch mit einem Funktionsgewinn gerechnet werden, der sogar eine Reintegration als Wagenreiniger erlauben würde. Dies setze allerdings einen motivierten, von Anfang an von einem positiven Operationsresultat überzeugten Patienten voraus. Ob man in diesem individuellen Kontext die vorgeschlagene Arthrodese als zumutbar erachten wolle, sei letztlich eine Rechtsfrage.

4.2.4.4 Der von der SVA, IV-Stelle, als Gutachter beigezogene Chirurg Dr. I. ___ vermerkte in seiner Expertise vom 5. Juli 2002 (Urk. 3/4) nach Angaben des Beschwerdeführers im Vordergrund stehende, dorsal lokalisierte Schmerzen im rechten Handgelenk; die Belastung und die Funktionen im rechten Handgelenk seien deutlich eingeschränkt, wobei der Beschwerdeführer nach eigenem Bekunden nurmehr 2-3 kg tragen und heben könne. Die Schmerzen traten nicht nur beim Bewegen und bei Belastung, sondern zum Teil auch nachts auf, weshalb der Beschwerdeführer regelmässig Schmerzmedikamente benötigte. Klinisch fand Dr. I. ___ lokal eine gewisse Weichteilschwellung im Bereich des rechten Handgelenks vor, palpatorisch eine dorsale Druckschmerzhaftigkeit mit stark eingeschränkter Handgelenksfunktion und deutlichen Bewegungsschmerzen sowie radiologisch eine Lunatummalazie Stadium IV rechts. Nebst der diesbezüglich diagnostizierten traumatisierten Handgelenksarthrose rechts bei Lunatummalazie Stadium IV stellte Dr. I. ___ die Diagnose einer medial betonten Gonarthrose links und einer Meniscus-Läsion recht medial und führte aus, der Beschwerdeführer sei infolge der verschiedenen Probleme von Seiten des Bewegungsapparats als Wagenreiniger nicht mehr arbeitsfähig. Die 100%ige Arbeitsunfähigkeit hinsichtlich der vormaligen Tätigkeit im Wagenreinigungsdienst der SBB sei mithin einerseits durch die schmerzhaft eingeschränkte Funktion des rechten Handgelenks, andererseits aber auch durch die medial betonte Gonarthrose links beziehungsweise Meniscus-Läsion rechts bedingt, welche die Gehfähigkeit des Beschwerdeführers, beispielsweise beim Umhergehen auf dem Schotterbett oder beim Besteigen von Bahnwagen deutlich einschränkten. Sowohl für das rechte Handgelenk als auch für das rechte Knie seien verschiedene Operationsmöglichkeiten vorgeschlagen und besprochen worden, ohne dass sich der Beschwerdeführer jedoch bislang zur Durchführung eines Eingriffs habe entschliessen können. Theoretisch sei anzunehmen, dass mit den vorgeschlagenen Operationen eine Verbesserung des Gesundheitszustands und damit möglicherweise eine berufliche Reintegration in einer angepassten Tätigkeit erreicht werden könnte, ohne dass aber sicher sei, dass damit eine Arbeitswiederaufnahme auch tatsächlich realisierbar werde. Arbeiten auf dem Bau oder im Wagenreinigungsdienst der SBB würden in Zukunft selbst nach operativer Behandlung nicht mehr ausführbar sein. In Frage komme wohl noch eine sitzende Tätigkeit ohne grosse Belastung der oberen Extremitäten und ohne spezielle manuelle Arbeiten, wie etwa eine im Sitzen verrichtbare Überwachungstätigkeit. Angesichts der Gesamtsituation dürfte eine berufliche Reintegration realistischerweise jedoch nicht zu

erwarten sein, da mit einer relativ langen Rehabilitationszeit gerechnet werden und der Beschwerdeführer anschliessend auch noch umgeschult werden müsste. Konkret sei nach Abschluss der medizinischen Behandlung eine Abklärung der möglichen beruflichen Tätigkeiten durchzuführen.

4.2.5.1 Dr. J. ___ vom Ärztlichen Dienst der SBB (der allgemeinen Bundesverwaltung, der Post und der Swisscom) wies in seiner Stellungnahme vom 13. Juni 2002 (Urk. 3/5) auf Probleme im Bereich des rechten Handgelenks und des linken Kniegelenks hin. Bezüglich des rechten Handgelenks sei eine Operation vorgeschlagen worden, welche vom Beschwerdeführer jedoch abgelehnt werde. Auch mit einer Operation sei jedoch keine Heilung zu erwarten, und es sei sicher so, dass damit die Arbeitsfähigkeit nicht unbedingt verbessert werden könne, sondern bei gutem Verlauf primär eine Besserung der Schmerzen erreicht werde. Zukünftig werde wohl auch eine Operation des Kniegelenks notwendig werden. Die Prognose müsse offen gelassen werden; es werde sich jedoch wohl auch in Zukunft kaum eine wesentliche Besserung der Beschwerden einstellen. Aufgrund der Befunde sei der Beschwerdeführer für die Wagenreinigung als untauglich zu betrachten. Manuelle Tätigkeiten mit der rechten Hand (Gewichtsbelastungen bzw. repetitive Bewegungen) seien auch in Zukunft nur eingeschränkt zumutbar, und wegen der Knieprobleme dürfe das Gehen in unebenem Gelände sowie das häufige Auf- und Absteigen von Zügen nicht mehr zumutbar sein. Für einfache Tätigkeiten, welche in wechselnder Arbeitsposition erledigt werden könnten (mehr sitzend als stehend und gehend), könne durchaus noch von einer Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden (z.B. hinsichtlich einfacher Botengänge, leichter administrativer Tätigkeiten bzw. Sortierarbeiten, welche primär mit der linken Hand erledigt werden könnten), und es stelle sich die Frage, welche Einsatzmöglichkeiten unter diesen Bedingungen bei den SBB zur Verfügung ständen. Falls keine entsprechende Arbeit realisiert werden könne, komme wohl nur die vorzeitige medizinische Vollpensionierung als Lösung in Frage.

E. 4.3.1

Zunächst ist festzuhalten, dass die von der Beschwerdegegnerin in Aussicht genommene Handgelenksarthrodese-Operation keine unzumutbare Gefahr für Leib und Gesundheit darstellt:

Wie die Dres. E. ___ und G. ___ übereinstimmend betonen, ist ein entsprechender operativer Eingriff erfahrungsgemäss gesundheitlich unbedenklich und mit keiner Lebensgefahr verbunden. Den Verlautbarungen der übrigen involvierten Ärzte und Ärztinnen ist nichts zu entnehmen, was gegen diese Einschätzung sprechen würde. Die Zumutbarkeit der operativen Handgelenksversteifung unter dem Aspekt der damit verbundenen Gefährdung von Leib und Gesundheit wird vom Beschwerdeführer denn auch nicht ernsthaft in Frage gestellt (vgl. Urk. 1 S. 4 Ziff. II/2).

Ferner liegen aufgrund der vorliegenden medizinischen Akten keine Anhaltspunkte dafür vor, dass die von der Beschwerdegegnerin ins Auge gefasste Handgelenksarthrodese-Operation zu einer unzumutbaren Entstellung führe oder übermässige Schmerzen verursache.

4.3.2.1 Fest steht sodann, dass sich eine völlige Heilung des Leidens mittels der dem Beschwerdeführer von der Beschwerdegegnerin abverlangten Handgelenksarthrodese-Operation nicht erreichen lässt. Nach den in dieser Hinsicht

Äbereinstimmenden Ärztlichen Beurteilungen darf zwar eine Schmerzverminderung oder womöglich gar eine -befreiung erwartet werden, indessen wird sich weder eine uneingeschränkte Handgelenksbeweglichkeit noch -belastbarkeit erzielen lassen. Nach Dr. G. ___ soll bei korrekt durchgeführter und ohne Komplikationen durchgebaute Arthrodesis wohl theoretisch mit einem Funktionsgewinn gerechnet werden können, doch geht selbst Dr. E. ___ von einem durch die Arthrodesis zu gewärtigenden weiteren Beweglichkeitsverlust und einer damit einhergehenden Verminderung der Faustschlusskraft aus und hat die auf Handchirurgie spezialisierte Dr. F. ___ plausibel dargelegt, dass lediglich die Pro-/Supinationsfunktion erhalten werden könnte, während die Flexion/Extension und Ulnar-/Radial-Abduktion aufgegeben werden müssten.

4.3.3 Was die Wahrscheinlichkeit einer Besserung des Leidens und der zu erwartenden Erhaltung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit angeht, liegen voneinander erheblich abweichende ärztliche Einschätzungen vor, welche insgesamt nicht mit dem erforderlichen Wahrscheinlichkeitsgrad auf eine erhebliche Besserung des Handgelenksleidens und damit verbunden auf eine wesentliche Erhaltung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit schliessen lassen:

Während die Dres. E. ___ und G. ___ annehmen, nach erfolgreicher Arthrodesis würde die (in Verlängerung des Vorderarms leicht nach dorsal ausgelenkt fixierte, hinsichtlich Umwend- wie auch Fingerbeweglichkeit freibleibende) rechte Hand (bei verminderter Faustschlusskraft) einer massigen Belastung wie derjenigen im Wagenreinigungsdienst der SBB wieder standhalten, sind die Dres. F. ___, I. ___ und J. ___ der Meinung, auch nach einem solchen Eingriff werde der Beschwerdeführer wohl nicht in der Lage sein, die angestammte Arbeit teilweise oder vollständig wieder aufzunehmen, obschon sich dies erfahrungsgemäss auch nicht ganz ausschliessen lasse. Auch bei positivem Operations- und Rehabilitationsergebnis wäre nach deren Auffassung eine berufliche Reintegration bestenfalls in einer adaptierten Tätigkeit zu erwarten, wenngleich eine Wiederaufnahme der angestammten Arbeit zumindest nach der Erfahrung von Dr. F. ___ nicht gänzlich ausgeschlossen sei. Zwar scheint die entsprechende Einschätzung von Dr. I. ___ auf einer Gesamtbetrachtung unter Einbezug der Kniebeschwerden zu gründen, doch haben zumindest die Dres. F. ___ und J. ___ deutlich zwischen der für ihre entsprechende Beurteilung bereits allein massgeblichen Hand- und der diese überschüssenden Knieproblematik differenziert. Im Übrigen hat Dr. E. ___ selbst die mittels Arthrodesierung mutmasslich erreichbare Verbesserung in seiner Integritätsschädigung vom 15. August 2001 (Urk. 12/19) auf 25 % quantifiziert (15%ige statt 20%ige Einbusse), was tendenziell ebenfalls gegen die Annahme einer wesentlichen Steigerbarkeit der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit spricht.

4.3.4 Weiter ist Folgendes zu beachten:

Nebst den rechtsseitigen Handbeschwerden zufolge traumatisierter Handgelenksarthrose bei Lunatummalazie Stadium IV leidet der Beschwerdeführer anerkanntermassen unter beidseitigen Kniebeschwerden infolge einer medial betonten Gonarthrose links und einer Meniscus-Läsion recht medial, welche seine Gehfähigkeit, namentlich auf unebener Unterlage oder beim häufigen Treppen- beziehungsweise Leiternsteigen, einschränken. Von einer diesbezüglichen Einschränkung geht nebst Dr. I. ___ auch Kreisarzt Dr. E. ___ (Urk. 12/18) und mit diesem ebenfalls Dr. G. ___ (Urk. 12/45) aus. Wie die Dres. I. ___ und J. ___ übereinstimmend darlegen, erweist sich unter dem Aspekt der zusätzlich zu gewärtigenden Kniebeschwerden eine Wiederaufnahme der

Wagenreinigungstätigkeit bei den SBB als unzumutbar. Dies ist angesichts des damit wohl notwendigerweise verbundenen Umhergehens auf Geleiseschotter sowie häufigen Auf- und Absteigens von Zügen ohne weiteres nachvollziehbar. Der entsprechenden Einschätzung steht auch die nur vermeintlich anderslautende Beurteilung von Dr. E. ____ (und mit ihm gleichlautend Dr. G. ____) nicht entgegen, welche sich deklariertermassen lediglich auf die manuellen Belange bezieht.

Es ist mithin bereits aus diesem Grund wenig wahrscheinlich, mit der in Frage stehenden Handgelenksoperation die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit des Beschwerdeführers deutlich zu steigern, da dieser zusätzlich an leistungsmindernden Kniebeschwerden leidet, welche der von der Beschwerdegegnerin angenommenen Möglichkeit zur Wiederaufnahme der angestammten Tätigkeit entgegenstehen. Die SVA, IV-Stelle, hat zudem unter Einbezug der unfallfremden Knieleiden selbst die Eingliederungsmöglichkeiten hinsichtlich einer adaptierten Tätigkeit als praktisch ausgeschlossen beurteilt und eine 100%ige Invalidität angenommen. Dies darf bei der Zumutbarkeitsbeurteilung nach Art. 48 Abs. 2 UVG nicht ausser Acht gelassen werden, wiewohl es sich um zusätzliche, unfallfremde Beschwerden handelt (vgl. Urteil des EVG vom 9. April 2002 in Sachen S., U 368/01, Erw. 6c/bb in Verbindung mit Erw. 2d).

E. 4.4

Zusammenfassend ergibt sich, dass von einer Handgelenksarthrodese-Operation rechts weder mit Sicherheit noch mit grosser Wahrscheinlichkeit eine erhebliche Besserung des Handgelenkleidens und damit verbunden eine wesentliche Erholung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit erwartet werden kann. Vielmehr ist aufgrund der bestehenden, wenngleich unfallfremden Kniebeschwerden die Erzielbarkeit einer wesentlichen Erholung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu verneinen. Unter diesen Umständen kann diese Operation nicht als zumutbare Behandlung im Sinne von Art. 48 Abs. 2 UVG gewertet werden. Das ablehnende Verhalten des Beschwerdeführers bedarf damit keiner weiteren Beurteilung, womit offen bleiben kann, worauf seine Widersetzlichkeit im Einzelnen zurückzuführen ist.

E. 5.1

5.1.1.1. In der - nach dem oben Gesagten unhaltbaren (Erw. 4.4 hiervor) - Annahme, der Beschwerdeführer weigere sich ohne zureichenden Grund, sich einer zumutbaren Behandlung zu unterziehen, hat sich die Beschwerdegegnerin bei der Prüfung der Rentenfrage auf die Feststellung beschränkt, es seien lediglich die Leistungen zu gewähren, die beim erwarteten Erfolg dieser Massnahmen zu entrichten wären, wobei davon auszugehen sei, dass diesfalls die angestammte Tätigkeit als Wagenreiniger bei den SBB hätte fortgeführt werden können (Urk. 2 = Urk. 12/46). Hieran hält sie im Beschwerdeverfahren fest (Urk. 11; Urk. 19).

5.1.2. Der Beschwerdeführer stellt sich demgegenüber auf den Standpunkt, dass eine berufliche Reintegration jedenfalls mit einer wesentlichen unfallbedingten Erwerbseinbusse verbunden wäre. Zumutbar seien höchstens noch leichte Arbeiten, bei denen die rechte Hand nicht belastet würde, doch sei solch eine Arbeitsstelle kaum zu finden, zumal selbst die SBB mit gegen 30'000 Mitarbeitenden in 200 verschiedenen Berufen nach entsprechender Prüfung eine Umplatzierung als unmöglich erachtet habe. Daraus sei zu schliessen, dass der Beschwerdeführer bestenfalls absolut unqualifizierte Hilfsarbeiten ausüben könnte, welche ihm ein Einkommen von höchstens Fr.

35'000.-- einbrächten. Verglichen mit dem ohne Unfall erzielten Einkommen von Fr. 68'753.-- resultiere somit - selbst nach durchgeführter Handgelenksarthrodese-Operation - ein unfallbedingter Invaliditätsgrad von mindestens 50 % (Urk. 1, insbes. S. 6 Ziff. II/2; Urk. 16).

E. 5.2

Nachdem sich die Beschwerdegegnerin bislang - weder im Verwaltungs- noch im Beschwerdeverfahren - mit dem ohne (unzumutbare) Arthrodese-Operation bezüglich der unfallbedingten Handbeschwerden medizinisch-theoretisch resultierenden Restleistungsvermögen nicht auseinandergesetzt und sich auch zu den demzufolge verbleibenden beruflichen Einsatzmöglichkeiten und der infolgedessen zu gewärtigenden Einkommenseinbusse nicht geäußert hat, erweist sich die Rentenfrage im vorliegenden Beschwerdeverfahren nicht als spruchreif.

E. 6.1

6.1.1.1. Die Beschwerdegegnerin erwog mit Bezug auf die Integritätsentschädigung, Dr. E. ___ sei bei durchgeführter Arthrodese von einer Einbusse von 15 % ausgegangen, wobei er den Vorzustand mit 75 % bewertet habe, was zu einer Einbusse von 3.75 % führe (Urk. 2 S. 5 Erw. 3 = Urk. 12/46 S. 5 Erw. 3).

Im Beschwerdeverfahren hält sie daran fest, mit der Ergänzung, dass der krankhafte Vorzustand zufolge fortgeschrittener Lunatummalazie durch den Unfall sicher gesturrt worden sei, der massive Vorzustand aber zu einer ungünstigen Entwicklung geführt habe, was von Dr. E. ___ zu Recht mitberücksichtigt worden sei. Bei einer Arthrodesierung wäre eine Einbusse von 15 % anzunehmen, wobei der unfallbedingte Anteil am Schaden 25 % betrage, so dass eine unfallbedingte Integritatseinbusse von 3.75 % resultiere (Urk. 11 S. 5 Rz 4; vgl. Urk. 19).

6.1.2.1. Der Beschwerdeführer macht demgegenüber geltend, relevant sei nicht der Gesundheitszustand nach erfolgreicher Operation, sondern die derzeitige Einschränkung, welche von Dr. E. ___ mit 20 % angegeben worden sei. Seine Bewertung des krankhaften Zustands mit hohen 75 % könne jedoch angesichts der Tatsache, dass die Lunatummalazie durch den Unfall in ihrem bisher bestehenden Gleichgewicht entscheidend gesturrt worden sei, nicht mehr als angemessene Kürzung im Sinne von Art. 36 Abs. 2 UVG angesehen werden. Es bestehe eine unfallbedingte Integritatseinbusse von mindestens 10 % (Urk. 1 S. 6 f. Ziff. II/3; Urk. 16 S. 4 Rz 4).

E. 6.2

Zunächst ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer seinen eingangs erhobenen Einwand, wonach eine Berücksichtigung des Vorzustandes bei der Schätzung der Integritatseinbusse ausser Betracht falle (Urk. 1 S. 6 Ziff. II/3), duplicando zu Recht hat fallen lassen (Urk. 16 S. 4 Rz 4).

Führen nämlich beim Zusammentreffen verschiedener Schadensursachen in Form teils versicherter, teils nicht versicherter Ereignisse (wie z.B. ein Vorzustand oder ein nicht versicherter Unfall) zu einem Integritätsschaden, das heisst zu einem Beschwerdebild, ist in einem ersten Schritt der Integritätsschaden nach Anhang 3 zur UVV (unter Beizug der von der SUVA entwickelten tabellarischen Feinrazer) einzuschätzen. Alsdann ist in einem zweiten Schritt die Entschädigung nach Massgabe von Art. 36 Abs. 2 UVG zu kürzen (BGE 116 V 157 f. Erw. 3c).

E. 6.3

Kreisarzt Dr. E. ___ fÄ¼hrte in seiner IntegritÄ¼tsschadensbeurteilung vom 15. August 2001 (Urk. 12/19) aus, als Folge des Unfalls vom 8. September 2000 bestehe eine schmerzhafte Arthrose des rechten Handgelenks bei fortgeschrittener Lunatummalazie; die Situation sei definitiv, die an sich indizierte Arthrodesierung werde vom BeschwerdefÄ¼hrer abgelehnt. Zur Einstufung sei die im Jahr 2000 revidierte SUVA-Tabelle 5 betreffend IntegritÄ¼tsschädigung gemÄ¼ss UVG heranzuziehen. FÄ¼r eine schwere Handgelenksarthrose sei darin eine Einbusse von 10-25 % vorgesehen, fÄ¼r eine Arthrodesese eine solche von 15 %. Die Situation beim BeschwerdefÄ¼hrer sei heute mit 20 % zu werten, wobei nicht auf den Maximalwert (von 25 %) geschlossen werden dÄ¼rfe, da keine Ruhe- oder Nachtschmerzen bestÄ¼nden. Durch eine Arthrodesierung wÄ¼re mit Wahrscheinlichkeit eine Verbesserung auf den Tabellenwert von 15 % zu erreichen. Es bleibe zu berÄ¼cksichtigen, dass die fortgeschrittene Lunatummalazie auf einem krankhaften Prozess beruhe, der schon seit Jahren oder gar Jahrzehnten abgelaufen sei. Diesem Vorzustand komme an der jetzigen ungÄ¼nstigen Entwicklung eine Ä¼berragende Bedeutung zu, weshalb er mit 75 % zu bewerten sei. Entsprechend ergebe sich eine unfallbedingte IntegritÄ¼tseinbusse von 5 %.

E. 6.4

6.4.1Ä¼ Auch bei der Festsetzung des IntegritÄ¼tsschadens ist zu berÄ¼cksichtigen, dass eine Handgelenksarthrodese-Operation medizinisch wohl mÄ¼glichlicherweise indiziert sein mag, jedoch nicht als zumutbare Behandlung im Sinne von Art. 48 Abs. 2 UVG gewertet werden darf und demgemÄ¼ss auf die ohne operativen Eingriff resultierende IntegritÄ¼tseinbusse abzustellen ist (Erw. 4.4 hiervor).

6.4.2Ä¼ Die Quantifizierung der zu gewÄ¼rtigenden Einbusse auf 20 % liegt im oberen Rahmen der einschlä¼gigen Richtwerte gemÄ¼ss SUVA-Tabelle 5 Ä¼ IntegritÄ¼tsschaden bei ArthrosenÄ¼, wo fÄ¼r eine schwere Handgelenks-Arthrose eine allgemeine Bandbreite von 10-25 % definiert wird.

Soweit Dr. E. ___ argumentiert, der Maximalwert von 25 % kÄ¼nne mangels Ruhe- oder Nachschmerz nicht zugestanden werden, ist dies nach den Ä¼brigen medizinischen Unterlagen nicht zu beanstanden. Anlä¼sslich der kreisÄ¼rztlichen Abschlussuntersuchung vom 15. August 2001 hat der BeschwerdefÄ¼hrer angegeben, die Beschwerden im Handgelenk rechts seien erträ¼glich, der Schlaf sei nicht gestÄ¼rt; gelegentlich brauche er eine Tablette, dies jedoch nicht tÄ¼glich (Urk. 12/18). Diese Darstellung deckt sich mit den anlä¼sslich der kreisÄ¼rztlichen Untersuchung vom 28. MÄ¼rz 2001 gemachten Angaben, wonach das Handgelenk bei hÄ¼herer Beanspruchung schmerze und nachts gelegentlich Schmerzen aufträ¼ten, weshalb der BeschwerdefÄ¼hrer bisweilen eine Tablette schlucke, dies jedoch nicht tÄ¼glich (Urk. 12/7). Laut Dr. F. ___, die den BeschwerdefÄ¼hrer mehrmals untersucht hat, bestehen je nach Belastung tagsÄ¼ber erhebliche Schmerzen nachts; seit der BeschwerdefÄ¼hrer nicht mehr arbeite, sei er bezÄ¼glich des rechten Handgelenks jedoch beschwerdearm, wobei er nach eigenen Angaben zwar im Alltag auch ohne zu arbeiten nicht ganz beschwerdefrei sei, die Schmerzen indes gut tolerierbar seien (Urk. 12/12; Urk. 12/17). GegenÄ¼ber Dr. I. ___ hat der BeschwerdefÄ¼hrer angegeben, die Schmerzen trä¼ten nicht nur beim Bewegen und bei Belastung, sondern zum Teil auch nachts auf, weshalb er regelmÄ¼ssig Schmerzmedikamente benÄ¼tze (Urk. 3/4).

Es ist demnach zwar von gewissen Ruhe- und auch Nachtschmerzen auszugehen, doch kann von einem ständigen, unablässigen Schmerzaufkommen keine Rede sein. Der Beschwerdeführer lässt die von Dr. E. mit 20 % angegebene Einschränkung als solche im Beschwerdeverfahren denn auch zu Recht unbeanstandet (Urk. 1 S. 6 f. Ziff. II/3; Urk. 16 S. 4 Rz 4).

6.4.3 Dr. C. hielt im Radiologiebericht vom 29. Januar 2001 (Urk. 12/2) fest, es zeige sich eine Fraktur des Lunatum; die beiden Frakturhäften seien nach dorsal und volar disloziert. Die übrigen Carpalia seien regelmäßig begrenzt. Der Gelenkspalt des proximalen Handgelenks sei verschmälert, wobei am distalen Radius-Ende kleine Osteophyten zu erkennen seien. Im mittleren Drittel des Scaphoid zeige sich eine querverlaufende Sklerosierung der Spongiosa.

Dr. E. schloss daraus in den Untersuchungsberichten vom 28. März 2001 (Urk. 12/7) und vom 15. August 2001 (Urk. 12/18) auf eine fortgeschrittene Lunatummalazie mit Fragmentierung und arthrotischen Veränderungen.

Dr. F. hielt in ihrer fachärztlichen Beurteilung vom 12. März 2001 (Urk. 12/12) fest, es bestehe eine Lunatummalazie, wobei das Lunatum klassisch-röntgenologisch nur noch erahnt werden könne; die Fragmente seien zum Teil nach dorsal, zum Teil nach palmar luxiert, und das Capitatum artikuliere fast mit der lunären Gelenkfacette des Radius. Magnetresonanz- und computertomographisch erscheine das Lunatum kollabiert und insgesamt hypointens. Es fanden sich am Radius dorsal und palmar osteophytäre Randzacken, wobei der Gelenksknorpel aber mindestens teilweise erhalten zu sein scheine, was auch für das Radioscaphoidal-Gelenk und für das Capitatum gelte. Zudem beständen arthrotische Sekundärveränderungen im Sinne von Geröll-Zysten im Radius, Scaphoid und Capitatum. Zusammenfassend finde sich ein als solches bislang nicht bekanntes, erst anlässlich des Unfalls vom 8. September 2000 symptomatisch gewordenes sekundär arthrotisch verändertes rechtes Handgelenk bei Morbus Kienbock mit kollabiertem, fragmentiertem Lunatum (Stadium IV).

Dr. G. fasste die medizinische Situation anhand der ihm vorgelegten Akten in seiner Beurteilung vom 12. August 2002 (Urk. 12/45) dahingehend zusammen, die zum Unfallzeitpunkt schon weit fortgeschrittene und bis dahin wahrscheinlich schon viele Jahre bestandene Lunatummalazie sei durch die am 8. September 2000 erlittene Handgelenkskontusion schmerzhaft geworden.

Dr. I. vermerkte im Gutachten vom 5. Juli 2002 (Urk. 3/4) in anamnestischer Hinsicht, der Beschwerdeführer sei vor Aufnahme seiner Wagenreinigerätigkeit bei den SBB mehrere Jahre auf dem Bau tätig gewesen und habe dabei auch mit Pressluftgeräten gearbeitet. Unter Hinweis auf die aktenkundigen radiologischen Erhebungen bestätigte er den Befund einer Lunatummalazie in fortgeschrittenem Stadium (Stadium IV).

6.4.4 Der von Dr. E. mit 75 % berücksichtigte Anteil des Vorzustands an der zu gewärtigenden Gesamteinbusse (von 20 %) ist im Lichte der allseits als massiv bezeichneten, wenngleich bis zum Unfall asymptomatisch gebliebenen Kienbock-Krankheit nicht zu beanstanden. Wohl mag das bis dahin bestehende (und wohl zunehmend labilere) Gleichgewicht durch den Unfall vom 8. September 2000 entscheidend gestört worden sein, doch sind der ungünstige Spontanverlauf der für sich allein wenig gravierenden Handgelenkskontusion beziehungsweise -distorsion und das letztlich resultierende Beschwerdebild nachvollziehbar überwiegend auf die vorbestehende,

bereits in spätem Stadium sich befindliche Nekrose des Os lunatum zurückzuführen (vgl. Urk. 12/12).

Bei 75%iger Kürzung des auf 20 % eingeschätzten Integritätsschadens ergibt sich eine zu entschädigende Einbusse von 5 % (= 20 % x 25 %).

E. 7.1

Zusammenfassend ergibt sich, dass der angefochtene Einspracheentscheid vom 23. August 2002 (Urk. 2 = Urk. 12/46) insoweit aufzuheben ist, als damit ein Rentenanspruch sowie ein 3.75 % übersteigender Anspruch auf Integritätsschädigung verneint wurde. Dem Beschwerdeführer ist statt dessen eine Integritätsschädigung nach Massgabe einer Einbusse von 5 % zuzusprechen. Im Übrigen ist die Sache an die Beschwerdegegnerin zwecks weiterer medizinischer Abklärungen und neuer Invaliditätsbemessung zurückzuweisen.

7.2 Das Verfahren ist kostenlos.

E. 7.3

Ausgangsmässig hat der anwaltlich vertretene Beschwerdeführer Anspruch auf eine Prozessentschädigung, welche nach der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses auf Fr. 2'200.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer [MWSt]) festzusetzen ist.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass der angefochtene Einspracheentscheid vom 23. August 2002 aufgehoben, dem Beschwerdeführer eine Integritätsschädigung nach Massgabe einer Einbusse von 5 % zugesprochen und die Sache im Übrigen zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen und zu neuem Entscheid über den Rentenanspruch an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 2'200.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwältin Caroline Busslinger Moos
- Rechtsanwalt Dr. Stefan Mattmann
- Bundesamt für Sozialversicherung (BSV)

5. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Eidgenössischen Versicherungsgericht Verwaltungsgerichtsbeschwerde eingereicht werden.

Die Beschwerdeschrift ist dem Eidgenössischen Versicherungsgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, in dreifacher Ausfertigung zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift der beschwerdeführenden Person oder ihres Vertreters

zu enthalten; die Ausfertigung des angefochtenen Entscheides und der dazugehörige Briefumschlag sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die beschwerdeführende Person sie in Händen hat (Art. 132 des Bundesgesetzes über die Organisation der Bundesrechtspflege [Bundesrechtspflegegesetz/OG] in Verbindung mit Art. 106 OG und Art. 108 OG).

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