

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2003.00168 vom 29. Oktober 2004

ZH Sozialversicherungsgericht, 2004-10-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2003.00168

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2003.00168 du 29 octobre 2004

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2003.00168 del 29 ottobre 2004

Erwägungen

E. 2

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

2.2. Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 Prozent invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG).

Als invalid gilt, wer voraussichtlich bleibend oder für längere Zeit in seiner Erwerbsfähigkeit beeinträchtigt ist (Art. 18 Abs. 2 Satz 1 UVG). Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der unfallbedingten Invalidität und nach Durchführung allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 18 Abs. 2 Satz 2 UVG).

2.3. An diesen Grundsätzen hat das Inkrafttreten des ATSG am 1. Januar 2003 mit den geänderten Bestimmungen im UVG nichts geändert (vgl. Art. 10 Abs. 1 UVG, Art. 16 Abs. 1 UVG in Verbindung mit Art. 6 ATSG, Art. 18 Abs. 1 UVG in Verbindung mit Art. 7 und 8 ATSG, Art. 19 Abs. 1 UVG, Art. 16 ATSG; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen A. vom 30. April 2004, I 626/03).

2.4. Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt zunächst 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 beziehungsweise 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 der versicherten Person

beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 129 V 181 Erw. 3.1, 406 Erw. 4.3.1, 123 V 45 Erw. 2b, 119 V 337 Erw. 1, 118 V 289 Erw. 1b, je mit Hinweisen).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltungsbeziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 181 Erw. 3.1, 119 V 338 Erw. 1, 118 V 289 Erw. 1b, je mit Hinweisen).

2.5 Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht 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 in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Nach der Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts kommt auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte Beweiswert zu, sofern sie die von der Rechtsprechung herausgebildeten Kriterien (BGE 125 V 352 Erw. 2) erfüllen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Vielmehr bedarf es besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung als objektiv begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 125 V 353 f. Erw. 3b/ee).

3. Ä Ä Ä Ä Ä Ä

3.1 Ä Ä Ä Ä Die Beschwerdegegnerin stützte sich zur Begründung der zugesprochenen 22%igen Rente im angefochtenen Einspracheentscheid vom 23. Mai 2003 (Urk. 2) im Wesentlichen auf die Berichte der Rehaklinik H. (Abschlussbericht vom 15. Oktober 2002, Urk. 8/90; Bericht über das Ergonomie-Trainingsprogramm vom 11. Oktober 2002, Urk. 8/92; Bericht über das psychosomatische Konsilium vom 12. September 2002, Urk. 8/91). Sie äusserte die Ansicht, dass lediglich die Beeinträchtigung am rechten Ellenbogen in einem natürlichen Kausalzusammenhang mit dem Unfallereignis vom 29. Juni 2000 stehe. Als unfallfremd bezeichnete sie einen Schulterhochstand, ebenso eine nicht adäquat kausale Fehlverarbeitung. Dem Beschwerdeführer sei die angestammte Tätigkeit als Maurer nicht mehr möglich und zumutbar, da er dabei mit schweren Lasten hantieren und beidhändig arbeiten musste. Hingegen könne der Versicherte eine leichte Tätigkeit ohne wiederholten Kräfteinsatz des rechten Armes und der rechten Hand sowie ohne länger dauerndes Arbeiten über Brusthöhe und in Kriechposition ganztags ausüben.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Bei der Bemessung der Integritätsentschädigung stellte die Beschwerdegegnerin auf die Beurteilung durch Dr. E. vom 13. Mai 2002 (Urk. 8/72) ab,

der den Integritätsschaden mit 5 % beziffert hatte.

3.2.2. Demgegenüber lässt der Beschwerdeführer zusammengefasst einwenden (Urk. 1, Urk. 12), er leide nebst den Beschwerden im rechten Ellenbogen an Nacken- und Schulterschmerzen. Dieser Schmerzproblematik habe die Rehaklinik H. ___ bei ihrer Einschätzung zu wenig Rechnung getragen, sie könne daher nicht als Gesamtbeurteilung betrachtet werden. Sodann habe sich sein Gesundheitszustand seit dem Austritt aus der Rehaklinik H. ___ Ende 2002 zunehmend verschlechtert. Weiter lässt der Versicherte vorbringen, dass im Austrittsbericht vom 15. Oktober 2002 (Urk. 8/90) nach Prüfung des Berichts über das Ergonomie-Trainingsprogramm ab 17. September 2002 lediglich von einer vorläufigen Arbeitsfähigkeit von 50 % für leichte Arbeiten ausgegangen worden sei. Hinsichtlich des von der Beschwerdegegnerin ermittelten Invalideneinkommens von Fr. 48'300.-- stellt sich der Versicherte auf den Standpunkt, dass er bereits wegen der Schmerzen nie ein solches Einkommen erzielen konnte. Insgesamt kommt der Beschwerdeführer zum Schluss, dass ergänzende fachärztliche Abklärungen zur Feststellung des unfallbedingten Schadens unter Berücksichtigung der eingereichten ärztlichen Berichte, insbesondere derjenigen von Dr. med. I. ___, Spezialärztin für Physikalische Medizin, vom 21. Oktober 2003 (Urk. 13/3) und des Dr. med. J. ___, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 13. November 2003 (Urk. 13/4), notwendig seien.

4. Der Beschwerdeführer lässt vorab in formeller Hinsicht geltend machen, die Beschwerdegegnerin habe seinen Anspruch auf rechtliches Gehör verletzt, indem seine Mitwirkungsrechte im Zusammenhang mit der im Rahmen des Einspracheverfahrens vorgenommenen kreisärztlichen Beurteilung nicht wahrgenommen worden seien. Zum einen sei diese Beurteilung kein hinreichendes Gutachten, es seien keine Expertenfragen gestellt worden, und er habe auch nicht zu diesen Stellung nehmen können. Auch zur Person des Gutachters habe er sich nicht äussern können (Urk. 12 S. 4).

Im Rahmen des ersten Einspracheverfahrens wurden seitens der SUVA die Akten zweien Ärzten unterbreitet. Zum einen erfolgte am 13. Mai 2002 die Einschätzung des Integritätsschadens durch Kreisarzt Dr. E. ___ (Urk. 8/72), zum andern erfolgte am 6. Januar 2003 eine Durchsicht der medizinischen Akten durch Dr. med. K. ___, Facharzt für Chirurgie, zur Prüfung der Frage nach der Unfallkausalität der Beschwerden (Urk. 8/112). Bei beiden ärztlichen Auskünften handelt es sich nicht um Sachverständigengutachten, bei denen die Verfahrensvorschriften eines Sachverständigenbeweises berücksichtigt werden müssten. Vielmehr handelt es sich dabei um Amtsberichte von Verwaltungsärzten, die an der Vorbereitung von Verfügungen und Einspracheentscheiden mitwirkten. Die vorgebrachten Rügen im Zusammenhang mit diesen Berichten - wobei aus den beschwerdeführerischen Vorbringen nicht deutlich wird, auf welchen Bericht sie sich beziehen - gehen daher fehl, ist doch das rechtliche Gehör bei der Einholung dieser Berichte nicht im erwähnten strengen Sinne zu wahren (RKUV 2000 Nr. U 361 S. 39 f.). Es ist ausreichend, dass der Beschwerdeführer zu diesen beiden ärztlichen Berichten, die Grundlage des angefochtenen Entscheids bilden, im Rahmen des erneuten Einspracheverfahrens Stellung nehmen konnte, was der Fall ist. Ob diese inhaltlich überzeugen, wird im Folgenden zu prüfen sein (Urk. 12 S. 4).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä

E. 5

5.1.1.1 Unbestritten und anerkannt ist, dass die Beeinträchtigung des rechten Ellenbogens ein unfallkausales Leiden darstellt, wofür dem Versicherten eine Rente gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 22 % zugesprochen wurde. Streitig und zu präzisieren ist, ob der Versicherte an weiteren unfallbedingten Gesundheitsschädigungen mit Folgen für die Arbeitsfähigkeit leidet.

5.2.1.1 Am 29. Juni 2000 rutschte der Beschwerdeführer auf der Baustelle beim Ziehen eines PVC-Formstückes aus einem Rohr ab und schlug mit dem rechten Ellenbogen gegen einen Stein an der Kanalisationswand (Urk. 8/1). Dabei zog er sich am Ellenbogen des rechten dominanten Armes eine Kontusion zu (Urk. 8/3), welche zunächst durch den Hausarzt Dr. B. konservativ behandelt wurde. Als der Versicherte in der Folge über zunehmende linksseitige Nackenbeschwerden klagte, fand auf Veranlassung des Hausarztes (Urk. 8/4) am 25. August 2000 (Urk. 8/6) die erste kreisärztliche Untersuchung statt. Der Kreisarzt-Stellvertreter, Dr. A., stellte nebst einem Schulterschiefstand rechts über links eine Epicondylitis im Bereich des rechten Ellenbogens und eine unauffällige Halswirbelsäule (HWS) fest. Dem Beschwerdeführer wurde eine 50-%ige Arbeitsfähigkeit attestiert, mit dem Hinweis, dass in zwei Wochen eine Steigerung auf 100 % erreicht werden sollte. Am 25. September 2000 (Urk. 8/9) wurde der Beschwerdeführer erstmals am rechten Ellenbogen operiert. Auf Veranlassung des Kreisarztes Dr. E. wurden in der Folge durch Dr. med. L., Spezialarzt für Radiologie, Ellenbogenaufnahmen angefertigt, welche eine diskrete Tendoperiostose erkennen liessen (Urk. 8/14). Nachdem Dr. E. am 6. März 2001 (Urk. 8/20) eine diffuse leichte Schwellung, eine leichte Rötung und Äbberwärmung des rechten Ellenbogens festgestellt hatte, erfolgte eine Äbberweisung des Beschwerdeführers an die Universitätsklinik F. (Urk. 8/25). Das dort am 23. Mai 2001 angefertigte MRI ergab indes kein hinreichendes pathologisches Korrelat für die vom Versicherten geschilderten Beschwerden. Daraufhin wurde am 24. Juli 2001 (Urk. 8/34) eine weitere Operation mit Seitenbandrekonstruktion am rechten Ellenbogen vorgenommen und zur Ruhigstellung eine Oberarmgippschiene angepasst. Im kreisärztlichen Bericht vom 26. Oktober 2001 (Urk. 8/42) führte Dr. E. aus, dass eine mässige Äbberwärmung und eine subkutane Flüssigkeitsansammlung im rechten Ellenbogen gegeben seien. Aus diesem Grund überwies er den Versicherten erneut zur Abklärung an die Universitätsklinik F. (Urk. 8/43). Diese gelangte am 29. Januar 2002 zum Schluss, dass der Beschwerdeführer an den Folgen einer Schädigung der Strecksehnen im Bereich des Epicondylus radialis und des radialen Seitenbandes leide. Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit wurde darauf hingewiesen, dass keine Einschränkung für Tätigkeiten bestehe, bei denen der rechte Arm nicht eingesetzt werden müsse, so seien dem Versicherten sitzende oder stehende Arbeiten möglich und zumutbar. Der Arm könne jetzt an und für sich voll belastet werden (Urk. 8/54).

5.3.1.1 Anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung vom 6. März 2002 (Urk. 8/62) klagte der Beschwerdeführer über Muskelschmerzen im rechten Oberarm und in der Schulter sowie über Nackenschmerzen. Er sprach von Befürchtungen, den rechten Arm amputieren zu müssen und davon, dass es immer schlechter gehe. Als einzigen objektivierbaren Befund stellte Dr. E. eine leichte Schwellung und Weichteilverdickung im Bereich des rechten Ellenbogens fest, jedoch ohne funktionelle Einschränkung. Vielmehr ging der Kreisarzt von einem appellativen Verhalten aus und erachtete den

Versicherten in einer mittelschweren Tätigkeit ohne Pickeln, Schaufeln oder Arbeiten an vibrierenden Maschinen als arbeitsfähig. In der Folge wurden die Abklärungen in der Universitätsklinik abgeschlossen und dem Beschwerdeführer im Bericht vom 19. April 2002 (Urk. 8/70) bei stabilem Ellenbogen eine 40-%ige Arbeitsunfähigkeit als Maurer attestiert. Eine behinderungsangepasste leichte Tätigkeit sei ihm zu 100 % möglich und zumutbar.

5.4 Vom 5. August bis zum 13. September 2002 war der Beschwerdeführer in der Rehaklinik H. hospitalisiert. Medizinisch wurden neue Röntgenaufnahmen der HWS, der Brustwirbelsäule (BWS) und der Lendenwirbelsäule (LWS) angefertigt (Urk. 8/90 S. 3), und es fand ein psychosomatisches Konsilium statt (Urk. 8/91). Sodann wurde mit dem Versicherten zur Steigerung und umfassenden Evaluation der Belastbarkeit ein intensives Ergonomietraining absolviert (Urk. 8/92). Im Austrittsbericht vom 15. Oktober 2002 wurde zu den funktionellen Diagnosen und Befunden festgehalten, es bestanden chronische Ellenbogenschmerzen rechts, ein Schulterhochstand links unklarer Aetiologie und ein maladaptiv getriebenes Überzeugungs- und Bewältigungsmuster mit Tendenz zu hypochondrer Verarbeitung und Somatisierung bei psychosozialer Belastung. Sodann kamen die Ärzte zum Schluss, dass dem Beschwerdeführer die angestammte Tätigkeit als Maurer nicht mehr zumutbar sei. In einer leichten Tätigkeit ohne wiederholten Krafteinsatz des rechten Armes und der rechten Hand sowie ohne länger dauerndes Arbeiten über Brusthöhe und in Kriechposition sei er indessen anfänglich - zur Erleichterung des beruflichen Einstiegs - ab dem 17. September 2002 zu 50 %, später zu 100 % arbeitsfähig (Urk. 8/90 S. 4, Urk. 8/92 S. 2).

5.5 Der Beschwerdeführer begab sich auf Anraten seiner Rechtsvertreterin ab 26. März 2002 in die Behandlung zu Dr. I., die zusätzliche Abklärungen veranlasste (Urk. 8/68). Sie überwies den Beschwerdeführer an Dr. med. M., Facharzt für Neurologie. Dieser ging im Bericht vom 28. November 2002 (Urk. 8/108) von einer Kontusion der rechten Schulter und des rechten Armes aus und stellte im Wesentlichen die Verdachtsdiagnose einer posttraumatischen Cervicalgie und Lumbalgie mit Reizsymptomen in den rechten Extremitäten und mit diskretem sensiblen Ausfall C6/7 rechts. Dr. I. hielt in der Folge im Bericht vom 16. Dezember 2002 (Urk. 8/111 Anhang) unter Berücksichtigung der neurologischen Untersuchung fest, dass die Rehaklinik H. den Cervicalgien, die unfallkausal seien, zu wenig Rechnung getragen habe. Weiter wurde der Beschwerdeführer in der Klinik N. abgeklärt. Dort kamen die Ärzte zum Schluss, dass wahrscheinlich ein Impingementsyndrom der rechten Schulter vorliege (Bericht vom 19. Mai 2003, Urk. 8/132). Diese Verdachtsdiagnose wurde jedoch im Bericht vom 16. Juni 2003 (Urk. 8/135) wieder fallen gelassen. Vielmehr wurde auf einen stabilen Ellenbogen mit einer geringen Bizepspathologie ohne Indikation für eine Operation hingewiesen. Am 23. Juli 2003 wurde der Versicherte Dr. med. O., Facharzt für orthopädische Chirurgie, zugeführt. In seinem Bericht vom 3. September 2003 (Urk. 13/1) ging der Arzt davon aus, dass der Versicherte einen Sturz auf die rechte Seite erlitten habe. Nebst einem massiven Schulterschiefstand nach rechts, der sich seiner Ansicht nach nicht pathologisch erklären lasse, legte Dr. O. dar, dass trotz klinischer Impingement-Situation kein operativer Eingriff an der rechten Schulter zu empfehlen sei, sondern sich der Versicherte vielmehr in vertrauensärztliche Behandlung zu einem Hausarzt oder Psychiater begeben solle. Hingegen seien die Schmerzen im rechten Ellenbogen nach den Operationen glaubhaft. In einem weiteren Bericht des Dr. M. vom

1. Oktober 2003 (Urk. 13/2) legte dieser dar, dass das Beschwerdebild im Wesentlichen gleich geblieben sei. Dr. I. ___ berichtete am 21. Oktober 2003 (Urk. 13/3) davon, dass der Beschwerdeführer aufgrund der therapieresistenten Cervicobrachialgien, des lumbospondylogenen Syndroms und insbesondere der rechtsseitigen Schulterbeschwerden mit Impingement in einer körperlich nicht belastenden Tätigkeit zu etwa 40 % arbeitsfähig sei. Die Rechtsvertreterin holte weiter einen Bericht von Dr. J. ___ ein, bei dem der Versicherte seit dem 9. September 2003 in psychiatrischer Betreuung steht. Dr. J. ___ diagnostizierte im Bericht vom 13. November 2003 (Urk. 13/4) im Wesentlichen eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4), und er beurteilte den Versicherten als höchstens zu 50 % arbeitsfähig.

E. 6

6.1

6.1.1 Nach der am 24. Juli 2001 in der Universitätsklinik F. ___ durchgeführten zweiten Operation (Urk. 8/34) litt der Beschwerdeführer weiterhin an starken Schmerzen im Bereich des rechten Ellenbogens (Urk. 8/47, Urk. 8/70) und an Beschwerden im Nacken-Schultergürtelbereich rechts (Urk. 8/68 Anhang). Zur Klärung der Belastbarkeit des Versicherten und zur Festlegung der Unfalldiagnosen wurde der Versicherte in der Rehaklinik H. ___ abgeklärt. Nach Vornahme eingehender Untersuchungen in medizinischer, psychischer und ergonomischer Hinsicht (Urk. 8/90-92) fällten die Gutachter im Austrittsbericht vom 15. Oktober 2002 (Urk. 8/90 S. 2) als funktionelle Diagnosen und Befunde chronische Ellenbogenschmerzen rechts, betont am Epicondylus humeroradialis, mit vor allem schmerzhafter Supination, einen Schulterhochstand links unklarer Aetiologie und ein maladaptiv getriggertes Überzeugungs- und Bewältigungsmuster mit Tendenz zu hypochondrer Verarbeitung und Somatisierung bei psychosozialer Belastung an.

6.1.2 In somatischer Hinsicht ist festzuhalten, dass bereits der Kreisarzt Dr. E. ___ im Bericht vom 7. März 2002 (Urk. 8/62) als einzigen objektivierbaren Befund eine leichte Schwellung und Weichteilverdickung am rechten Ellenbogen festgestellt hatte. Auch das Neuroradiologische und Radiologische Institut der Klinik P. ___ konnte am 11. April 2002 (Urk. 8/76) gestützt auf das am 9. April 2002 angefertigte MRI des rechten Ellenbogens lediglich einen minimalen Gelenkserguss unklarer Aetiologie eruieren. In die gleiche Richtung geht die Beurteilung der Universitätsklinik F. ___, wonach die postoperativen Behandlungen gemäß dem Bericht vom 19. April 2002 (Urk. 8/70) trotz persistierender Schmerzen abgeschlossen worden waren, nachdem mit Physiotherapie keine Besserung der Beschwerden hatte erreicht werden können.

Im Weiteren findet die Schlussfolgerung der Rehaklinik H. ___, dass für die Nacken-, Schulter- und Kreuzschmerzen keine wesentlichen somatischen Befunde vorliegen und damit nebst der Beeinträchtigung des rechten Ellenbogens keine weiteren Unfallfolgen gegeben sind, auch in den übrigen medizinischen Akten eine Stütze. So hatte sich bereits aus der im ersten kreisärztlichen Bericht vom 25. August 2000 (Urk. 8/6) erwähnten Röntgenaufnahme der HWS, welche der Versicherte zur Untersuchung mitgebracht hatte, und aus den später angefertigten bildgebenden Untersuchungen der HWS, BWS, LWS und des Beckens (Berichte vom 18. und 25. April 2002, Urk. 8/71) ergeben, dass in diesem Bereich keine massgebenden Befunde vorliegen. So sprach denn der Radiologe im Wesentlichen von einer Fehllagerung der BWS und der LWS. Sodann

berichtete Dr. M.____ am 28. November 2002 (Urk. 8/108) davon, dass keine relevante Schädigung einer cervicalen oder lumbalen Wurzel gegeben sei, was von Dr. O.____ bestätigt wurde (Bericht vom 3. September 2003, Urk. 13/1). Wenn Dr. M.____ dann am 1. Oktober 2003 (Urk. 13/2) bei grundsätzlich gleich gebliebenem Beschwerdebild auf eine früher durchgemachte Schädigung von cervicalen Wurzeln hinweist, sind diese Ausführungen nicht einsichtig.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Auch bezüglich der Schulterbeschwerden deckt sich die von der Rehaklinik H.____ vertretene Ansicht im Wesentlichen mit derjenigen des Kreisarzt-Stellvertreters Dr. A.____ im Bericht vom 25. August 2000 (Urk. 8/6). Bereits damals wurde auf einen Schultertiefstand rechts gegenüber links hingewiesen, ohne dass ein relevanter pathologischer Befund erhoben werden konnte (Urk. 8/6 S. 2). Im Gegenteil war die Schulterstellung reversibel, doch sie wurde vom Versicherten in der ordentlichen Position als "schiefe Haltung" empfunden (Urk. 8/92 S. 1). In der Folge wurde die Einschätzung der Klinik H.____, durch die Berichte der Klinik N.____ vom 16. Juni 2003 (Urk. 8/135) und des Dr. O.____ vom 3. September 2003 (Urk. 13/1) bestätigt. Nach dem Gesagten ist in somatischer Hinsicht auf die von der Rehaklinik H.____ im Austrittsbericht vom 15. Oktober 2002 (Urk. 8/90) erhobenen Diagnosen und Befunde abzustellen.

6.1.3 Ä Ä Im Rahmen des psychosomatischen Konsiliums der Rehaklinik H.____ vom 9. September 2002 (Urk. 8/91) wurde der Beschwerdeführer psychiatrisch untersucht. Dabei stellten die Gutachter Verarbeitungsschwierigkeiten fest, welche sie auf psychosoziale Belastungsfaktoren wie den Saisonierstatus, die körperlich anstrengende Maurertätigkeit und finanzielle Schwierigkeiten zurückführten, denen sie indes keinen Krankheitswert beimessen. Demgegenüber stellte Dr. J.____ am 13. November 2003 fest (Urk. 13/4), dass der Beschwerdeführer an einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) leide, und deswegen seit dem 9. September 2003 regelmässig bei ihm in Behandlung sei. Damit steht fest, dass sich die psychiatrische Einschätzung auf die Zeit nach dem massgebenden Zeitpunkt des Erlasses des Einspracheentscheides vom 23. Mai 2003 (Urk. 2) bezieht, weshalb sie bereits aus diesem Grund nicht als massgeblich betrachtet werden kann. Hinzu kommt, dass Dr. J.____ die - vom Eidgenössischen Versicherungsgericht gemäss einem neuesten zur Publikation vorgesehenen Entscheid vom 12. März 2004 in Sachen N., I 683/03, Erw. 2.2.3 bei einer somatoformen Schmerzstörung erforderliche - Komorbidität mit dem Vorliegen einer depressiven Symptomatik begründete. Die Beurteilung des psychosomatischen Konsiliums der Rehaklinik H.____, welches trotz eingehender Untersuchungen und unter Berücksichtigung der vom Versicherten geschilderten Nervosität und Schmerzproblematik gerade keine psychiatrische Diagnose mit Krankheitswert stellen konnte (Urk. 8/91 S. 3), vermag zu überzeugen. So hatten sich während des vom 5. August bis zum 13. September 2002 dauernden Aufenthalts, während welchem mit dem Beschwerdeführer insbesondere ein intensives Ergonomietraining absolviert wurde, keine Hinweise auf eine depressive Symptomatik oder ein anderes relevantes psychisches Leiden gezeigt. Der Versicherte wurde vielmehr als kooperativ beurteilt, eine Selbstlimitierung war nicht feststellbar, und die Konsistenz bei den Tests wurde als gut bezeichnet (Urk. 8/92/46 S. 2).

6.2 Ä Ä Ä Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers besteht kein Anlass, die Zuverlässigkeit der spezialärztlichen Beurteilung der Rehaklinik H.____ in Frage zu stellen. So liegen keine Anhaltspunkte für die Annahme vor, die Gutachter hätten es an

der erforderlichen Sorgfalt und Objektivität fehlen lassen. Das Gutachten genügt den von der Rechtsprechung herausgebildeten Kriterien für beweiskräftige ärztliche Entscheidungsgrundlagen (BGE 125 V 352 Erw. 3a): Es ist für die streitigen Belange umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden und ist in Kenntnis der wesentlichen Vorakten abgegeben worden; zudem sind die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation einleuchtend und beinhalten begründete Schlussfolgerungen.

So wurden sämtliche vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden in die gutachterliche Beurteilung miteinbezogen. Neben den Ellenbogenschmerzen wurde auch den linksseitigen Nacken- und Schulterschmerzen sowie den Kreuzschmerzen (Urk. 8/91) nachgegangen und nach einer Objektivierung derselben gesucht. Zu diesem Zweck wurden am 29. August 2002 neue Röntgenbilder der HWS, BWS und LWS angefertigt, welche indessen wenige degenerative Veränderungen zeigten (Urk. 8/90 S. 3). Im Weiteren fand zur Klärung der Beschwerden ein schmerztherapeutisches Konsilium statt (Urk. 8/90 S. 2). Auch bei der Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit schenken die Ärzte neben den Ellenbogenbeschwerden der Schulter- und Rückenproblematik Beachtung. Dies lässt sich den Feststellungen entnehmen, dass beim Tragen mit der linken Hand eine reduzierte Stabilisierungsfähigkeit der linken Nacken- und Schultermuskulatur und beim vorgeneigten Sitzen sowie beim Knien eine reduzierte Stabilisierungsfähigkeit im oberen Rücken gegeben seien (Urk. 8/92 S. 6 f.). Was den rechten Ellenbogen anbelangt, wurden bei den Tests eine reduzierte Stabilisierungsfähigkeit, eine leicht eingeschränkte Beweglichkeit sowie eine leichte Schwellung und Überwärmung des Ellenbogengelenks nach Belastung festgestellt (Urk. 8/90 S. 3, Urk. 8/92 S. 1). Da sich bei den Tests vor allem die eingeschränkte Belastbarkeit des rechten Armes limitierend auswirkte (Urk. 8/92 S. 1 f.), ist die Schlussfolgerung im Gutachten, dass der Beschwerdeführer im Wesentlichen als Unfallfolge an einer chronischen Schmerzsymptomatik des rechten Ellenbogens leidet, überzeugend. Ebendies gilt auch für die Arbeitsfähigkeitsbeurteilung, wonach dem Versicherten eine leichte Tätigkeit ohne wiederholten Krafteinsatz des rechten Armes und der rechten Hand sowie ohne länger dauerndes Arbeiten über Brusthöhe und in Kriechposition ganztags möglich und zumutbar ist (Urk. 8/92 S. 2). Zu dieser Einschätzung gelangten die Gutachter unter Berücksichtigung der somatischen Beeinträchtigungen und der Trainingsergebnisse. Zwar wurde zur Erleichterung des beruflichen Einstiegs zunächst lediglich von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit ausgegangen, was angesichts dessen, dass der Beschwerdeführer seit längerer Zeit nicht mehr gearbeitet hatte, einleuchtend ist, jedoch an der Beurteilung nichts zu ändern vermag.

6.3 Bereits Dr. E. hatte den Beschwerdeführer im kreisärztlichen Bericht vom 7. März 2002 (Urk. 8/62) in einer behinderungsangepassten - unter Berücksichtigung des Ellenbogenleidens - mittelschweren manuellen Tätigkeit als arbeitsfähig erachtet. Auch die Universitätsklinik F. hatte im Bericht vom 29. Januar 2002 (Urk. 8/54) die Ellenbogenbeschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als unfallbedingt eingeschätzt und den Versicherten dementsprechend für sitzende und stehende Tätigkeiten ohne Einsatz des rechten Armes als arbeitsfähig beurteilt. Im Abschlussbericht vom 19. April 2002 (Urk. 8/70) wurde dann präzisierend ausgeführt, dass in einer behinderungsangepassten leichten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit des

Beschwerdeführers von 100 % gegeben sei.

6.4. Die Berichte der Dr. I. ___ vom 29. April 2002 (Urk. 8/68 Anhang), vom 10. April 2003 (Urk. 8/126) und vom 21. Oktober 2003 (Urk. 13/3), gemäss welchen die Rückenbeschwerden als unfallkausal zu betrachten sind und der Beschwerdeführer in einer behinderungsangepassten Tätigkeit zu 40 % respektive zu 50 % arbeitsfähig sein soll, vermögen in somatischer Hinsicht keine Zweifel an der Richtigkeit des Gutachtens der Rehaklinik H. ___ aufkommen zu lassen. Die Ärztin stützt sich im Wesentlichen auf subjektive Angaben des Versicherten und auf die Beurteilungen des Dr. M. ___ (Urk. 8/108, Urk. 13/2), dessen Einschätzung jedoch ein unzutreffender Unfallablauf zugrunde liegt. So ging der Neurologe davon aus, der Versicherte habe am 29. Juni 2000 eine Kontusion der rechten Schulter und des rechten Armes erlitten (Urk. 8/108). Im Weiteren konnte Dr. M. ___ keine wesentlichen Befunde - was Dr. O. ___ im Bericht vom 3. September 2003 (Urk. 13/1) explizit festhielt - erheben. Zwar stellte der Neurologe für die geklagten cervikalen und lumbalen Beschwerden eine Diagnose, nahm indessen zu deren Unfallkausalität nicht eindeutige Stellung und machte keine Angaben zur Arbeitsfähigkeit des Versicherten. Somit kann seine Beurteilung nicht als massgeblich betrachtet werden.

Anzumerken bleibt, dass der Versicherte aus den mit der Beschwerde eingereichten ärztlichen Berichten aus Coimbra (Urk. 3/18-19) nichts zu seinen Gunsten ableiten kann, enthalten sie doch keine relevanten Angaben zur Arbeitsfähigkeit. Im übrigen hätte selbst eine gutachterliche Invaliditätsschätzung nach portugiesischen Bemessungsmethoden keine Bedeutung für den schweizerischen Unfallversicherungsträger.

6.5. Der Beschwerdeführer macht geltend, dass sich sein Gesundheitszustand nach dem Aufenthalt in der Rehaklinik H. ___ noch deutlich verschlechtert habe (Urk. 12). In somatischer Hinsicht bestehen keine Anhaltspunkte dafür, dass bis zum massgebenden Zeitpunkt eine wesentliche Verschlechterung eingetreten ist, wurde doch in den ab Ende 2002 erstellten Berichten grundsätzlich kein anderes Leiden entdeckt oder behandelt, das nicht bereits während des Aufenthalts in der Rehaklinik H. ___ bekannt gewesen wäre. Jedenfalls lässt sich aus dem Umstand, dass der Versicherte einen nach der Entlassung aus der Rehaklinik H. ___ unternommenen Arbeitsversuch bei der R. ___ AG Bauunternehmung bereits nach kurzer Zeit schmerzbedingt abgebrochen hat (Urk. 8/111 Anhang), keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes ableiten, ist doch unklar, für welche Arbeiten der Versicherte konkret eingesetzt worden war. Ebenso wenig gibt es Hinweise dafür, dass sich bis zum Erlass des Einspracheentscheides am 23. Mai 2003 eine massgebende psychische Störung entwickelt hätte, begab sich der Versicherte doch - wie bereits ausgeführt - erst seit dem 9. September 2003 in regelmässige psychiatrische Behandlung (Urk. 13/4).

6.6. Zusammenfassend ist somit gestützt auf die umfassende Beurteilung der Rehaklinik H. ___ von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit des Versicherten in einer behinderungsangepassten leichten Tätigkeit ohne wiederholten Krafteinsatz des rechten Armes und der rechten Hand sowie ohne länger dauerndes Arbeiten über Brusthöhe und in Kriechposition auszugehen (Urk. 8/90 S. 4, Urk. 8/92 S. 2). Weiterer medizinischer Abklärungen bedarf es - entgegen dem Eventualantrag des Versicherten (Urk. 1, Urk. 11) - nicht, sind doch davon keine neuen Erkenntnisse zu erwarten (vgl. SVR 2001 IV Nr. 10 S. 28 Erw. 4b; BGE 122 V 162 Erw. 1d mit Hinweis).

E. 7

7.1.1.1 Streitig und zu präzisieren ist sodann, wie sich diese Arbeitsfähigkeit in erwerblicher Hinsicht auswirkt.

7.2.1.1

7.2.1.1 Die Beschwerdegegnerin ging für die Bemessung des mutmasslichen Valideneinkommens des Jahres 2002 davon aus, dass der Beschwerdeführer ohne Unfall weiterhin als Hilfsmaurer bei der R. AG Bauunternehmung tätig gewesen wäre, und bemass das Valideneinkommen gestützt auf die Lohnangaben der Arbeitgeberin vom 24. Juli 2002 (Urk. 8/82) mit Fr. 61'870.-- (Fr. 27.05 [Stundenlohn brutto] + 8,3 % [Gratifikation/13. Monatslohn] x 2'112 [massgebende Jahresarbeitszeit gemäss dem Landesmantelvertrag 2000 vom 13. Februar 1998 für das schweizerische Bauhauptgewerbe, Art. 24]; Urk. 2, Urk. 8/119, Urk. 8/121). Von diesem Einkommen, welches im übrigen unbestritten ist, ist auszugehen.

7.2.1.2 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens zog die Beschwerdegegnerin fünf eigene interne Dokumentationen über Arbeitsplätze (DAP, Urk. 8/95-99) heran und ermittelte gestützt darauf bei einer 100%igen Arbeitsfähigkeit des Versicherten ein Invalideneinkommen von Fr. 48'300.-- (Urk. 2, Urk. 8/100, Urk. 8/119, Urk. 8/121).

7.2.1.3 In Anbetracht der Tatsache, dass das massgebliche Invalideneinkommen nicht nur gestützt auf fünf Arbeitsplätze zu ermitteln ist und der Beschwerdeführer im Zeitpunkt des Rentenbeginns arbeitslos war, ist für die Festsetzung des Invalideneinkommens auf statistische Angaben zurückzugreifen und die Schweizerische Lohnstrukturerhebung 2002 (LSE) des Bundesamtes für Statistik heranzuziehen (BGE 126 V 76 f. Erw. 3b/bb, 124 V 322 Erw. 3b/aa). Damit kann die Frage, ob die von der SUVA der Invaliditätsbemessung zugrunde gelegten Tätigkeiten für den Versicherten geeignet sind, offen bleiben. Bei der Anwendung der Tabellenlöhne sind die Möglichkeiten der in Frage kommenden Verweisungstätigkeiten möglichst breit zu streuen, so dass vom gesamten privaten Sektor von männlichen Arbeitnehmern in der Kategorie 4 (einfache und repetitive Tätigkeiten) erzielten, auf eine 40-Stundenwoche standardisierten Bruttoeinkommen (inkl. 13. Monatslohn) im Jahr 2002 in der Höhe von Fr. 4'557.-- (Tabelle TA 1 S. 43) auszugehen ist, was ein Jahreseinkommen von Fr. 54'684.-- ergibt. Rechnet man diesen Betrag auf die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit im Jahr 2002 von 41,7 Stunden (Die Volkswirtschaft 9/2004, Tabelle B9.2 S. 86) um, ergibt sich ein Invalideneinkommen von Fr. 57'008.--. Das Eidgenössische Versicherungsgericht hat in BGE 126 V 75 seine bisherige Rechtsprechung zu den Abzügen von Tabellenlöhnen zusammengefasst und festgehalten, dass die Frage, ob und in welchem Ausmass solche Abzüge zu gewähren seien, von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalls abhängen. Dabei seien nicht für jedes zur Anwendung gelangende Kriterium separat quantifizierte Abzüge vorzunehmen und zu addieren, da auf diese Weise Wechselwirkungen ausgeblendet würden. Vielmehr seien die jeweiligen Merkmale (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad) unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei es sich rechtfertige, den Abzug auf insgesamt höchstens 25 % zu begrenzen (BGE 126 V 79 f. Erw. 5b). Zu beachten gilt es sodann, dass insbesondere gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die

bisher körperliche Schwerarbeit verrichtet haben, und nun selbst bei leichten Hilfsarbeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmassig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen (BGE 124 V 323 Erw. 3b/bb, AHI 1998 S. 177 Erw. 3a, 291 Erw. 3b). Angesichts dessen, dass der Beschwerdeführer nur noch leichte Tätigkeiten ohne wiederholten Krafteinsatz des rechten dominanten Arms und der rechten Hand sowie ohne länger dauerndes Arbeiten über Brusthöhe und in Kriechposition verrichten kann, zudem wegen des Saisonierstatuts eine Minderentlohnung in Kauf nehmen muss, erscheint eine Herabsetzung des Tabellenlohnes um 15 % als angemessen. Damit ergibt sich ein hypothetisches Invalideneinkommen von Fr. 48'457.--.

7.2.3.3 Bei einem Valideneinkommen von Fr. 61'870.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 48'457.-- resultiert ein Invaliditätsgrad von rund 22 %. Diesbezüglich erweist sich der Einspracheentscheid somit als rechtens.

E. 8

8.1 Da der Versicherte in der Beschwerde die Zusprechung der gesetzlichen Leistungen beantragt (Urk. 1), ist im Folgenden ausserdem zu prüfen, ob er Anspruch auf eine Integritätsentschädigung von über 5 % hat.

8.2 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).

Die Bemessung der Integritätsentschädigung richtet sich laut Art. 25 Abs. 1 UVG nach der Schwere des Integritätsschadens. Diese beurteilt sich nach dem medizinischen Befund. Bei gleichem medizinischen Befund ist der Integritätsschaden für alle Versicherten gleich; er wird abstrakt und egalitär bemessen (BGE 115 V 147 Erw. 1, 113 V 221 Erw. 4b mit Hinweisen; RKUV 2001 Nr. U 445 S. 555 ff.).

Im Anhang 3 zur Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) hat der Bundesrat Richtlinien für die Bemessung der Integritätsschäden aufgestellt und in einer als gesetzmassig erkannten, nicht abschliessenden Skala (BGE 124 V 32 Erw. 1b mit Hinweisen) wichtige und typische Schäden prozentual gewichtet. Für die darin genannten Integritätsschäden entspricht die Entschädigung im Regelfall dem angegebenen Prozentsatz des Höchstbetrages des versicherten Verdienstes (Ziff. 1 Abs. 1). Die Entschädigung für spezielle oder nicht aufgeführte Integritätsschäden wird nach dem Grad der Schwere vom Skalenwert abgeleitet (Ziff. 1 Abs. 2).

Integritätsschäden, die gemäss der Skala 5 Prozent nicht erreichen, geben keinen Anspruch auf Entschädigung (Ziff. 1 Abs. 3). 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 Prozent des Höchstbetrages des versicherten Verdienstes ergäbe (Ziff. 2).

Die Medizinische Abteilung der SUVA hat in Weiterentwicklung der bundesrechtlichen Skala 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, umso mehr als Ziff. 1 von Anhang 3 zur UVV bestimmt, dass der in der Skala angegebene Prozentsatz des Integritätsschadens für den «Regelfall» gilt, welcher im Einzelfall Abweichungen nach unten wie nach oben ermöglicht. 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, 116 V 157 Erw. 3a).

Für den Anspruch auf Integritätsentschädigung stützt sich die Beschwerdegegnerin hinsichtlich des Integritätsschadens auf die Beurteilung durch Dr. E. (Urk. 8/72). Nach seinen Ausführungen besteht ein Status nach modifizierter Hohmann-Operation und Dekompression des Nervus interosseus sowie nach radialer Seitenband-Rekonstruktion am rechten Ellenbogen, wobei der Versicherte an Schmerzen über dem Epicondylus lateralis entsprechend einer Epicondylalgie leide. Der Kreisarzt schätzte die Beeinträchtigung auf 5 %.

Aufgrund der übereinstimmenden Beurteilung der Rehaklinik H. (Urk. 8/90), der Universitätsklinik F. (Urk. 8/70) und der Klinik N. (Urk. 8/135), ergaben die vom Versicherten geklagten cervikalen und lumbalen Beschwerden sowie die Schulterschmerzen kein wesentliches organisches Korrelat. Eine Entschädigung ist indessen nur für den durch das Unfallereignis natürlich kausal verursachten Integritätsschaden und somit für die somatisch erklärbaren Unfallfolgen geschuldet, was bei diesen geklagten Beschwerden nicht der Fall ist. In der Tabelle 5 der SUVA-Richtwerte ("Integritätsschaden bei Arthrosen") wird der Integritätsschaden bei mässiger Ellenbogen-Arthrose mit 5-10 % bewertet. Angaben für eine Epicondylalgie enthält die Tabelle nicht. Da gemäss den medizinischen Akten das rechte Ellenbogengelenk stabil ist (Urk. 8/70, Urk. 8/135) und der Gebrauch des rechten Arms durch die natürlich kausalen Unfallfolgen nicht erheblich eingeschränkt wird (Urk. 8/90, Urk. 8/92), ist nicht zu beanstanden, dass Dr. E. das Schmerzbild mit einer leichten bis mittelschweren Ellenbogenarthrose verglichen und dementsprechend die Integritätseinbusse gestützt auf die Tabelle 5 und im Vergleich zur Skala im Anhang 3 zur UVV (Verlust eines Armes: Schaden 50 %) mit 5 % bewertet hat. Weitere unfallbedingte, dauernde Schädigungen der Integrität sind nicht bekannt, weshalb sich die Zusprechung einer Integritätsentschädigung basierend auf einer Integritätseinbusse von 5 % als korrekt erweist.

Diese Erwägungen führen zur Abweisung der Beschwerde.

Das Gericht erkennt:

- Die Beschwerde wird abgewiesen.
- Das Verfahren ist kostenlos.
- Zustellung gegen Empfangsschein an:
 - Rechtsanwalt Hans Stäni
 - Rechtsanwalt Dr. Beat Frischkopf
 - Bundesamt für Gesundheit

