

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00004 vom 30. April 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-04-30, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2008.00004](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2008.00004)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00004 du 30 avril 2010

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00004 del 30 aprile 2010

## Erwägungen

### E. 1

1.1. Gemäss Art. 6 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) werden - soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt - die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Abs. 1). Der Bundesrat kann Körpererschädigungen, die den Folgen eines Unfalles ähnlich sind, in die Versicherung einbeziehen (Abs. 2). Ausserdem erbringt die Versicherung ihre Leistungen bei Schädigungen, die den Verunfallten bei der Heilbehandlung zugefügt werden (Abs. 3).

Die Versicherungsleistungen werden auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt (Art. 11 der Verordnung über die Unfallversicherung, UVV).

### 1.2. Die

1.2.1 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).

Wird durch den Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, fällt der natürliche Kausalzusammenhang dahin, wenn und sobald der Gesundheitsschaden nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der 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 (RKUV 1992 Nr. U 142 S. 75 Erw. 4b mit Hinweisen; nicht publiziertes Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes in Sachen A. vom 26. April 1995, U 172/94). Das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens muss mit



übersteigen und wird entsprechend der Schwere des Integritätsschadens abgestuft (Art. 25 Abs. 1 UVG).

Gemäss Art. 25 Abs. 2 UVG regelt der Bundesrat die Bemessung der Entschädigung. Von dieser Befugnis hat er in Art. 36 UVV Gebrauch gemacht. Abs. 1 dieser Vorschrift bestimmt, dass ein Integritätsschaden als dauernd gilt, 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. Gemäss Abs. 2 gelten für die Bemessung der Integritätsentschädigung die Richtlinien des Anhangs 3. Fallen mehrere körperliche oder geistige Integritätsschäden aus einem oder mehreren Unfällen zusammen, so wird die Integritätsentschädigung nach der gesamten Beeinträchtigung festgesetzt (Abs. 3). Nach Abs. 4 von Art. 36 UVV werden voraussehbare Verschlimmerungen des Integritätsschadens angemessen berücksichtigt. Revisionen sind nur im Ausnahmefall möglich, wenn die Verschlimmerung von grosser Tragweite ist und nicht voraussehbar war (vgl. auch die vorgehend in Kraft gestandene Ziffer 3 des Anhangs 3 zur UVV).

Gemäss Art. 36 Abs. 2 UVG werden die Invalidenrenten, die Integritätsentschädigungen und die Hinterlassenenrenten angemessen gekürzt, wenn die Gesundheitsschädigung oder der Tod nur teilweise die Folge eines Unfalles ist. Gesundheitsschädigungen vor dem Unfall, die zu keiner Verminderung der Erwerbsfähigkeit geführt haben, werden dabei nicht berücksichtigt (BGE 121 V 333 Erw. 3c mit Hinweis).

2.1.1

Der Beschwerdeführer lässt geltend machen, der Unfall vom 24. September 2004 habe zu einer degenerativen Verschlechterung der vom ersten Unfall herrührenden Verletzung an der rechten Hand und zu schweren, degenerativen Veränderungen des linken Ellenbogens geführt. Darüber hinaus bestehe am linken Handgelenk ein Complex Regional Pain Syndrome (CRPS). Es liege eine augenfällige Schwellung des linken Handgelenks und Ellenbogens vor. Selbst Kreisarzt Dr. med. G. \_\_\_ gehe davon aus, dass der Sturz vom 24. September 2004 zu einer richtunggebenden Verschlimmerung des Vorzustandes an der linken Hand und dem Ellenbogen geführt habe. Vor dem Treppensturz sei der linke Arm voll einsatzfähig gewesen, wovon die Beschwerdegegnerin bei der Bemessung der Arbeitsfähigkeit nach dem ersten Unfall vom 14. August 1991 ausgegangen sei (Urk. 1 S. 4 f.). Angesichts der festgestellten schweren rechtsseitigen Brachialgie und der schwersten degenerativen Veränderungen stelle sich die Beschwerdegegnerin zu Unrecht auf den Standpunkt, es lägen keine erheblichen Verschlimmerungen der Folgen des Arbeitsunfalles vom 14. August 1991 vor (Urk. 1 S. 6). Dr. F. \_\_\_ vergleiche das durch den Treppensturz bewirkte muskuläre und durch die Sudeck Dystrophie manifestierte Ungleichgewicht sowie die degenerativen Veränderungen nur über den zu kurzen Zeitraum von 1 1/2 Jahren. Zudem genüge der Vergleich von Röntgenbildern nicht, um rechtsseitig eine osteoartikuläre Verschlechterung auszuschliessen (Urk. 13 S. 4). Auch spreche bereits die Sudeck Dystrophie dafür, dass eine strukturelle Veränderung der Weichteile stattgefunden habe (Urk. 13 S. 4).

Die Beschwerdegegnerin demgegenüber stellt sich auf den Standpunkt, den Berichten des H.\_\_\_\_ und der E.\_\_\_\_ und nun auch von Dr. F.\_\_\_\_ sei zu entnehmen, dass die Vorzustände am linken Arm und an der rechten Hand nicht erheblich beziehungsweise richtunggebend verschlimmert worden seien. Sodann stimme die aktuelle Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in der E.\_\_\_\_ im Wesentlichen mit derjenigen nach dem Unfall vom 14. August 1991 überein. Soweit sich aufgrund der Beschwerden am linken Ellenbogen zusätzliche Einschränkungen ergäben, so seien diese nicht auf einen bei der SUVA versicherten Unfall zurückzuführen (Urk. 8 S. 3 f.). Durch die Beurteilung des I.\_\_\_\_ (I.\_\_\_\_) vom 12. Februar 2009 werde die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit, wie sie die E.\_\_\_\_ vorgenommen habe, bestätigt (Urk. 24).

2.2 Da der Versicherte vor dem Unfall vom 14. August 1991 nicht in der Erwerbsfähigkeit beeinträchtigt gewesen war, wurde bei der Zusprechung der Invalidenrente für die Erwerbseinbusse von 33,33 % der gesamten Problematik an der rechten Hand und dem rechten Arm Rechnung getragen und keine Kürzung vorgenommen (vgl. Urk. 10/II/82b, 10/II/97 Erw. 3; vgl. Art. 36 Abs. 2 UVG). Strittig und zu prägen ist, ob die seit dem 1. Januar 1995 laufende (vgl. Urk. 10/II/90) Invalidenrente ab dem 1. Juni 2006 zu erhöhen ist. Dafür ist festzustellen, ob sich an der rechten Hand und am rechten Arm als Folge des weiteren Unfalles vom 24. September 2004 - oder unabhängig davon - eine massgebliche Veränderung eingestellt hat (vgl. Urteil des Bundesgerichts in Sachen B. vom 30. Januar 2009, 8C\_634/2008, Erw. 4.3). Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer rentenerheblichen Veränderung ist der Entscheid vom 18. Januar beziehungsweise vom 29. Oktober 2002, mit welchem die bisherige Rente bestätigt wurde, nachdem Dr. med. J.\_\_\_\_, Praktischer Arzt, am 9. Januar 2002 von einem grundsätzlich unveränderten Befund berichtet hatte (Urk. 10/II/103-105). Einander gegenüberzustellen sind damit die tatsächlichen Verhältnisse im Zeitpunkt des Entscheides vom 29. Oktober 2002 mit denjenigen vom 3. Dezember 2007 und weil - bei im Wesentlichen unverändertem Zustand - dazu keine gesonderten medizinischen Feststellungen zur Verfügung stehen, diejenigen im Vorfeld der erstmaligen Rentenzusprechung (vgl. Urteil des Bundesgerichtes in Sachen H. vom 8. Mai 2007, I 274/06, Erw. 3). Andererseits stellt sich die Frage, ob die Beeinträchtigungen an der linken Hand und am linken Ellenbogen (noch) Folge des weiteren Unfalles vom 24. September 2004 sind und zu einer höheren Invalidenrente führen (vgl. Urteil des Bundesgerichts in Sachen B. vom 30. Januar 2009, 8C\_634/2008, Erw. 4.3).

Auch bezüglich eines Anspruchs auf eine höhere Integritätsentschädigung ist zu prägen, ob sich seit deren Zusprechung mit Verfügung vom 2. Dezember 1994 auf der rechten Seite eine erhebliche Änderung eingestellt hat und ob linksseitig neue leistungsbegrenzende Unfallfolgen vorliegen (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen I. vom 13. Dezember 2002, U 148/02, Erw. 3.4). Bei der Bemessung der Integritätsentschädigung mit Verfügung vom 2. Dezember 1994 wurden im Ergebnis nur die Dekompensation der vorbestehenden Einengung des Nervus medianus und die Irritation des Nervus ulnaris als Unfallfolgen berücksichtigt (vgl. Urk. 10/II/79, 10/II/84; vgl. Art. 36 Abs. 2 UVG).

### E. 3

3.1 Im Vorfeld der erstmaligen Leistungszusprechung diagnostizierte Dr. med. K.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, speziell Handchirurgie, von der E.\_\_\_\_ im Bericht vom 26. Januar 1994 ein Schmerzsyndrom der rechten Hand mit Einbezug von Oberarm, Schulter

und des Nackenbereichs nach Traumatisierung einer inveterierten perilunären Luxation, ein residuelles Kompressions- und Irritationssyndrom des Nervus medianus nach operativer Eröffnung des Carpaltunnels, einen Verdacht auf konversionsneurotische Entwicklung mit Therapieresistenz, eine Teilversteifung des rechten Schultergelenks und ein Kompressions- und Irritationssyndrom des Nervus ulnaris im Sulcusbereich (Urk. 10/II/50 Handchirurgisches Konsilium S. 2). Durch das Schmerzsyndrom seien die rechte Hand und der rechte Arm praktisch funktionslos geworden (Urk. 10/II/50 S. 2). Zumutbar seien alle Tätigkeiten, die einhändig durchgeführt werden könnten. Die rechte Hand könne in beschränktem Mass als Stütze und Gegenhalt eingesetzt werden (Urk. 10/II/50 S. 2 und Handchirurgisches Konsilium S. 2). Nach den Angaben von Kreisarzt Dr. med. D. \_\_\_ vom 3. März 1994 brauchte es bei der vorbestanden massiven Deformierung des Handgelenks mit wahrscheinlicher Einengung des Carpalkanals wenig, um den Nervus medianus zu schädigen. In der Zwischenzeit sei es durch die schmerzbedingte Ruhigstellung auch zu einer Bewegungseinschränkung in der Schulter gekommen, welche trotz der Behandlung in der E. \_\_\_ nicht gebessert habe. Es bleibe ein praktisch funktionsloser rechter Arm (Urk. 10/II/51). Auch nach den Angaben der L. \_\_\_ im Bericht vom 16. August 1994 "musste der rechte Arm weitgehend und endgültig abgeschrieben werden". Aus psychiatrischer Sicht bestand wohl der Verdacht auf eine Konversionssymptomatik, andererseits liessen aber die anatomischen Deformationen und die objektivierten neurologischen Störungen echte und erhebliche Funktionseinbussen erkennen. Nur eine Arbeit, die linksseitig bewältigt werden könne, stehe aktuell zur Diskussion (Urk. 10/II/77 S. 7).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Nach den späteren Angaben von Kreisarzt Dr. D. \_\_\_ vom 10. Oktober 1994 wurde die massive Deformation des Bewegungsapparates durch den Unfall vom 14. August 1991 nicht verändert. Das verbleibende Irritations- und Kompressionssyndrom des Nervus medianus erkläre weder die völlige Funktionslosigkeit der rechten Hand, das auffallende Zittern noch den vollständigen Kraftverlust (Urk. 10/II/78 S. 2). Der Versicherte amputiere den Arm psychisch. Allein aus den Verletzungsfolgen wäre dem Versicherten mit der geschwächten Hand eine Montagearbeit zeitlich unbeschränkt zumutbar, wobei der Krafteinsatz links erfolgen müsste und nicht rechts (Angaben vom 21. November 1994, Urk. 10/II/82; vgl. auch Urk. 10/II/79).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Das Eidgenössische Versicherungsgericht stellte bei der Überprüfung der Invaliditätsbemessung auf die ärztlichen Zumutbarkeitsbeurteilungen der E. \_\_\_ vom 4. Februar 1994, von Kreisarzt Dr. D. \_\_\_ vom 3. März 1994 und den Schlussbericht von L. \_\_\_ vom 16. August 1994 ab (Urk. 10/II/97 Erw. 3).

Dr. J. \_\_\_ berichtete am 9. Januar 2002 von einem grundsätzlich unveränderten Befund. Es bestehe eine ausgeprägte Muskelatrophie (Urk. 10/II/103).

3.2 Ä Ä Ä Ä Gemäss den Angaben von Dr. med. M. \_\_\_ des H. \_\_\_ vom 16. Dezember 2004 bestanden die im Jahr 1991 und später beschriebenen Einschränkungen an der rechten Hand und am rechten Arm weiterhin. Durch den Treppensturz hätten sich die Schmerzen verstärkt, die Gefühllosigkeit und das Zittern der rechten Hand hätten zugenommen (Urk. 10/I/5 S. 1). Die rechte Hand werde wahrscheinlich kaum oder nicht benutzt. Die Haut wirke dystroph, die Muskeln seien insgesamt verschmachtet. Der Versicherte fühle sich nicht in der Lage, mit der rechten Hand zu greifen, die Faust zu

schliessen und gezielte Streck-, Supinations- oder Pronationsbewegungen durchzuführen (Urk. 10/I/5 S. 2). Auch links beständen nun Gefährdungen (Urk. 10/I/5 S. 1 f.). Bezüglich der neurogenen Schäden im Zusammenhang mit schwersten degenerativen Veränderungen des linken Ellenbogens sei eine zusätzliche Beurteilung einzuholen (Urk. 10/I/5 S. 3). Gemäss den Angaben von Dr. M. \_\_\_ vom 1. Februar 2005 riet der hinsichtlich einer chirurgischen Interventionsbedürftigkeit im Bereich des linken Ellenbogens konsultierte Prof. Dr. med. N. \_\_\_ unter Berücksichtigung der Vorgeschichte mit dem Verdacht eines CRPS in ungewöhnlich ausgeprägter Form (DD: Konversionsneurose) von der Operation ab. Die Beschwerden seien linksseitig unscharf. Der Befund lasse zwar eine umschriebene kubitale Problematik annehmen, darüber hinaus beständen jedoch auch andere neurologische Störungen, die über ein kubitales Kompressionssyndrom hinausgingen (Urk. 10/II/12).

Die Ärzte der O. \_\_\_ des H. \_\_\_ diagnostizierten im Bericht vom 14. Februar 2005 traumatisch bedingte Nervenläsionen rechts und einen Verdacht auf ein leichtgradiges Reizsyndrom des Nervus ulnaris links, wahrscheinlich im Sulcus ulnaris und ohne klinisch objektivierbare Ausfälle (Urk. 10/I/9). Die elektrodiagnostische Untersuchung vom 3. März 2005 ergab ein beidseitiges Carpaltunnelsyndrom (rechts mässig, links leicht) und ein beidseitiges Sulcus ulnaris Syndrom (rechts leicht, links mässig; Urk. 10/I/10). Kreisarzt Dr. med. G. \_\_\_ bejahte am 1. November 2005, dass es zu einer richtunggebenden Verschlimmerung des teils unfallbedingten und teils unfallfremden Vorzustandes an der rechten Hand beziehungsweise dem linken Ellenbogen gekommen sei (Urk. 10/I/15).

Nach den Angaben der E. \_\_\_ vom 24. Januar 2006 findet sich neben der schweren Schädigung aus dem Jahr 1996 (richtig: 1976) im Bereich des rechten Handgelenks eine leichte Arthrose des distalen Radioulnargelenks. Die osteoartikuläre Handgelenksproblematik, ergänzt durch das Carpaltunnelsyndrom, bedeuteten zwar eine schwere Funktionseinbusse für die rechte Hand. Dass der Versicherte aber selbst mit in Manschette oder Schiene ruhiggestelltem Handgelenk mit der rechten Hand nichts machen könne, sei durch die organischen Befunde nicht erklärbar. Diese Funktionslosigkeit und der Tremor seien im Rahmen einer Symptomausweitung und der psychosomatischerseits beschriebenen konversionsneurotischen Anteile zu sehen. An der linken oberen Extremität bestehe eine ausgeprägte Ellenbogenarthrose, welche schon auf Röntgenbildern kurze Zeit nach diesem Sturz und unverändert auf den aktuellen Bildern zu sehen sei. Neurologischerseits seien am linken Arm ein mässiges Sulcus ulnaris Syndrom und ein leichtes Carpaltunnelsyndrom verifiziert worden (Urk. 10/I/20 S. 4). Die letzte ausgeübte Tätigkeit als Lagerist in einer Schraubenfirma wäre ganztags zumutbar. Auch andere berufliche Tätigkeiten seien ganztags ausübbar. Die rechte Hand sei dabei nur als Zudienhand einsetzbar und die Handgelenksmanschette müsse getragen werden können. Beim linken Arm - diese Einschränkungen seien unfallfremd - könnten keine repetitiven Drehbewegungen des Unterarms und keine repetitiven Ellenbogenbewegungen durchgeführt werden (Urk. 10/I/20 S. 2). Dr. J. \_\_\_ sodann gab am 7. August 2006 an, seit der Beurteilung durch die E. \_\_\_ vom 24. Januar 2006 seien in der gesamten medizinischen Situation inklusive Arbeitsfähigkeit keine neuen medizinischen Aspekte aufgetreten. Die dort getroffenen Entscheide betreffend Arbeitsfähigkeit seien unverändert gültig (Urk. 18/52/1).

Gemäss der neurologischen Beurteilung des I. \_\_\_ vom 9. Februar 2009 gestaltete sich die Kraftprüfung der rechten oberen Extremität als schwierig und dies bei zusätzlicher

schmerzbedingter Minderinnervation. Rechts seien die Fingerstrecker, die Fingerbeuger sowie die Fingerspreizer nicht sicher innerviert worden. Im Bereich der linken oberen Extremität hätten keine Paresen nachgewiesen werden können. Bei der Sensibilitätsprüfung sei eine verminderte Berührungs- und Schmerzempfindung rechtsbetont in der Hand und im Vorderarmbereich bis zum Ellenbogen angegeben worden. Rechts sei die Vibrationsempfindung im Bereich des Zeigefingers aufgehoben. Gemäss den Unterlagen sei bekannt, dass ein Status nach Medianus- und Ulnarisneuropathie rechts vorliege. Die aktuelle Ausprägung der Paresen sowie der Sensibilitätsstörung könne jedoch nicht allein durch die Läsion dieser Nerven erklärt werden. Die Minderinnervation der Muskeln dürfte zum Teil schmerzbedingt sein, weiter sei von einer funktionellen Überlagerung auszugehen. Im Bereich beider Sulcus ulnaris finde sich ein Tinelzeichen; dies sei vereinbar mit einem Sulcus ulnaris Reizsyndrom. Sodann wurden bei den Untersuchungen vorwiegend tendomyogen bedingte Nacken-/Schulter-Armschmerzen beidseits sowie ein Lumbovertebralsyndrom mit rechtsseitiger Lumboischialgie diagnostiziert, Diagnosen, die sich ebenfalls auf die Arbeitsfähigkeit auswirkten (Urk. 18/69/15-16). Die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch die E.\_\_\_\_ entspreche etwa der aktuellen Einschätzung. Prozentual wirkten sich die Einschränkungen mit nun zusätzlichen Beschwerden im Rücken- und Nackenbereich auch quantitativ mit 40 % auf die Arbeitsfähigkeit aus (Urk. 18/69/18).

#### E. 4

4.1 Nach den Angaben im Bericht der E.\_\_\_\_ vom 24. Januar 2006 fand sich beim rechten, schwerst geschädigten Handgelenk neu auch eine leichte Arthrose im Radioulnargelenk (Urk. 10/I/20 S. 3). Das massige Carpal tunnel syndrome und das leichte Sulcus ulnaris Syndrom bestanden demgegenüber bereits bei der ursprünglichen Rentenfestsetzung (vgl. Urk. 10/II/41). Dies gilt auch für die Muskelatrophie im Bereich des Vorderarms und der Hand (Urk. 10/II/50 S. 4, 10/II/78 S. 2, 10/II/103, 10/I/5 S. 2, 10/I/20 S. 8). Bereits bei der ursprünglichen Rentenfestsetzung lag ein Zustandsbild mit somatisch objektivierbaren Anteilen sowie mit einem Verdacht auf eine Konversionsstörung oder eine Symptomausweitung vor (Urk. 10/II/50 S. 2 und Psychosomatisches Konsilium S. 2 sowie Handchirurgisches Konsilium S. 1 f.; Urk. 10/II/77 S. 7, 10/II/82; vgl. auch Bericht des Psychiaters Dr. med. P.\_\_\_\_, Urk. 18/32/4). Auch insoweit ist keine Veränderung ersichtlich; die E.\_\_\_\_ schloss nach dem Aufenthalt vom 23. November bis 21. Dezember 2005 und den vorgenommenen, insbesondere auch röntgenologischen Abklärungen, wobei etwa keine Inaktivitätsosteoporose feststellbar war, wie sie im chronischen Stadium eines CRPS auftreten würde (vgl. Urk. 10/I/20 S. 3; Psychrembel, Klinisches Wörterbuch, 259. Auflage, Berlin 2002, S. 1421 Reflexdystrophie, sympathische; vgl. auch de.wikipedia.org, komplexes regionales Schmerzsyndrom), wiederum auf ein schwierig einzuordnendes, komplexes Zustandsbild im Grenzbereich zwischen neurogenen Beschwerden, einem maladaptiven Überzeugungs- und Bewältigungsmuster im Sinne einer Symptomausweitung sowie bei konversionsartigen Anteilen bei psychosozialer Belastung (Urk. 10/I/20 S. 1).

Selbst wenn im Zeitpunkt des Einspracheentscheides vom 3. Dezember 2007 mit der Arthrose im Radioulnargelenk ein zusätzlicher Befund vorlag, so ist damit nicht von einer rentenerheblichen Veränderung der Situation auszugehen. Bereits bei der erstmaligen Rentenfestsetzung wurde wegen des therapieresistenten Arm-Schultersyndroms

von der praktischen Funktionslosigkeit der rechten Hand und des rechten Arms ausgegangen, wobei die rechte Hand nur noch in beschränktem Mass als Stütze und Gegenhalt eingesetzt werden konnte (Urk. 10/II/97 Erw. 3). Inwiefern sich diese Einschränkung noch einmal verschärft haben soll, wird auch vom Beschwerdeführer nicht geltend gemacht. Die Zumutbarkeitsbeurteilung der Rehaklink Bellikon vom 24. Januar 2006 ist denn auch im Wesentlichen identisch mit der früheren vom 4. Februar 1994 (Urk. 10/I/20 S. 2, 10/II/50 Handchirurgisches Konsilium S. 2). Dieser Zumutbarkeitsbeurteilung schlossen sich zudem auch Dr. J.\_\_\_\_ (Urk. 18/52/1) sowie grundsätzlich - was die rechtsseitige Problematik betrifft - die Ärzte des I.\_\_\_\_ an (Urk. 18/69/18).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Bis zum Zeitpunkt des Einspracheentscheides vom 3. Dezember 2007 hatte sich am rechten Arm und an der rechten Hand somit keine erhebliche Verschlimmerung eingestellt, die Anlass für die Revision der laufenden Invalidenrente bilden konnte. Damit kann insoweit auch offenbleiben, ob für die nach dem Unfall vom 14. August 1991 entwickelte leichte Arthrose eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin bestünde (vgl. auch Urteil des Bundesgerichts in Sachen J. vom 6. November 2001, U 63/01, Erw. 2a).

4.2 Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Linksseitig lagen im Zeitpunkt der Leistungseinstellung am 31. Mai 2005 die röntgenologisch nachgewiesene Arthrose und Deformierung des Ellenbogens sowie das elektrodiagnostisch nachgewiesene mässige Sulcus ulnaris Syndrom und das leichte Carpaltunnelsyndrom vor (Urk. 10/I/20 S. 4). Während Kreisarzt Dr. G.\_\_\_\_ ohne nähere Begründung von einer richtunggebenden Verschlimmerung des Vorzustandes am linken Ellenbogen durch das Ereignis vom 24. September 2004 ausging (Urk. 10/I/15), hielten die Ärzte der E.\_\_\_\_ einzig unter Hinweis auf die vorbestandene Arthrose fest, die Einschränkungen am linken Arm seien unfallfremd (Urk. 10/I/20 S. 2 und 4). Die von der Beschwerdegegnerin im Beschwerdeverfahren eingereichte Stellungnahme von Dr. F.\_\_\_\_ vom 27. Februar 2008 äussert sich zwar dazu, ob es am linken Ellenbogen zu einer röntgenologisch nachweisbaren frischen strukturellen Verletzung oder im Verlauf zu einer strukturell nachweisbaren Verschlechterung gekommen war (Urk. 9 S. 3). Jedoch fehlt es an einer ausdrücklichen ärztlichen Beurteilung, ob das Sulcus ulnaris Syndrom und das Carpaltunnelsyndrom durch den Unfall vom 24. September 2004 (mit)verursacht wurden. Beim ersten Unfall vom 14. August 1991 war es nach der Einschätzung von Kreisarzt Dr. D.\_\_\_\_ gerade wegen des Vorzustands mit Einengung des Carpalkanals zu einer Schädigung der rechtsseitigen Nervus medianus und wahrscheinlich des Nervus ulnaris gekommen (Urk. 10/II/51 S. 1, 10/II/78 S. 2, 10/II/79). Es ist damit zumindest nicht ausgeschlossen, dass das Anschlagen des linken Ellenbogens wegen des Vorzustands mit Arthrose und Deformierung zu den erwähnten Nervenbeeinträchtigungen geführt haben konnte. Es trifft denn auch nicht zu, was Dr. F.\_\_\_\_ im Bericht vom 27. Februar 2008 ebenfalls festhielt, dass am rechten Handgelenk keine richtunggebende Verschlimmerung festgestellt worden sei und die SUVA ihre Leistungen eingestellt habe (vgl. Urk. 9 S. 2 unten und S. 3 oben). Vielmehr ist die Beschwerdegegnerin bezüglich des verbliebenen Irritations- und Kompressionssyndroms des Nervus medianus und wahrscheinlich des Nervus ulnaris vom Bestehen von Unfallfolgen ausgegangen (vgl. Urk. 10/II/78 S. 2, 10/II/79).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Da somit die vorhandenen ärztlichen Kausalitätsbeurteilungen unvollständig oder nicht nachvollziehbar begründet sind, wird die SUVA zur Frage, ob

im Bereich des linken Ellenbogens und der linken Hand im Zeitpunkt der Leistungseinstellung am 31. Mai 2006 (noch) Folgen des Unfalles vom 24. September 2004 vorlagen, eine externe, neurologische/orthopädische Beurteilung einzuholen haben. Diese Beurteilung wird sich im Hinblick auf eine für allfällige Folgen des Ereignisses vom 24. September 2004 zuzusprechende Integritätsentschädigung auch ergänzend zur Frage zu äussern haben, ob im Bereich der oberen rechten Extremität Folgen des zweiten Unfalles vom 24. September 2004 bestehen.

Die Sache ist damit an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie nach Vornahme der ergänzenden Abklärung über den Anspruch auf eine höhere Invalidenrente und eine höhere Integritätsentschädigung neu entscheide.

Ausgangsgemäss steht dem vertretenen Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung zu, welche auf Fr. 3'800.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen ist.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass der angefochtene Einspracheentscheid vom 3. Dezember 2007 aufgehoben und die Sache an die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (SUVA) zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, neu über den Anspruch auf eine höhere Invalidenrente und Integritätsentschädigung verfähre.

2. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 3'800.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Dr. Jörg Baur
- Schweizerische Unfallversicherungsanstalt
- Bundesamt für Gesundheit

4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

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