

BL_GERICHTE 725 2013 174 vom 10. Januar 2012

BL Gerichte, 2012-01-10, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_725_2013_174

FR: BL_GERICHTE 725 2013 174 du 10 janvier 2012

IT: BL_GERICHTE 725 2013 174 del 10 gennaio 2012

Regeste

Leistungen

Erwägungen

E. 1

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

E. 2

In ihrer Verfügung vom 10. Januar 2012 reduzierte die Beschwerdegegnerin ab 1. Februar 2012 die ausgerichteten Taggelder um 50%. Mit Schreiben vom 20. August 2012 und Verfügung vom 4. Oktober 2012 hat die Beschwerdegegnerin die Taggeldleistungen und sinngemäss die Übernahme der Heilbehandlungskosten per 30. September 2012 eingestellt. Streitig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer über diese Daten hinaus weiterhin Anspruch auf (volle) Taggeldleistungen und die Übernahme der Heilbehandlungskosten hat und verneinendenfalls ist zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin den Invaliditätsgrad des Beschwerdeführers korrekt festgelegt hat. Da über den Anspruch auf eine allfällige Integritätsentschädigung im Rahmen der angefochtenen Verfügungen und des angefochtenen Einspracheentscheids vom Versicherungsträger noch nicht entschieden wurde, kann diese Frage im vorliegenden Verfahren nicht beurteilt werden (vgl. BGE 125 V 414 E. 1a). 3.1 Gemäss Art. 6 Abs. 1 UVG hat der Unfallversicherer in der obligatorischen Unfallversicherung, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt, die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten zu gewähren. 3.2 Art. 10 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Heilbehandlung). Ist die versicherte Person infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat sie gemäss Art. 16 Abs. 1

UVG Anspruch auf ein Taggeld. Art. 18 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf eine Invalidenrente, wenn sie infolge des Unfalles zu mindestens 10% invalid ist. Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV) abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (vgl. Art. 19 Abs. 1 UVG). Erleidet die versicherte Person durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen oder geistigen Integrität, so hat sie nach Art. 24 Abs. 1 UVG Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung. Diese wird mit der Invalidenrente festgesetzt oder, falls kein Rentenanspruch besteht, bei der Beendigung der ärztlichen Behandlung gewährt (Art. 24 Abs. 2 UVG).

3.3 Für Leistungen nach UVG hat der Unfallversicherer grundsätzlich nur unter der Voraussetzung aufzukommen, dass zwischen dem versicherten Ereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Arbeitsunfähigkeit, Invalidität, Integritätsschädigung) ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, das Ereignis mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die rechtsanwendende Behörde – die Verwaltung oder im Streitfall das Gericht – im Rahmen der ihr obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen). Die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers spielt im Bereich organisch objektiv ausgewiesener Unfallfolgen praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt (BGE 127 V 103 E. 5b/bb mit Hinweisen).

3.4 Im Entscheid 134 V 109 ff. hat sich das Bundesgericht einlässlich mit der Thematik befasst, in welchem Zeitpunkt der Unfallversicherer einen Fall abzuschliessen und – gegebenenfalls – den Anspruch auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung zu prüfen habe (BGE 134 V 113 E. 3.2). Dies habe, so das Bundesgericht, gestützt auf Art. 19 Abs. 1 UVG in dem Zeitpunkt zu geschehen, in welchem von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person mehr erwartet werden könne und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen seien (BGE 134 V 113 ff. E. 4). Was unter einer namhaften Besserung des Gesundheitszustandes zu verstehen sei, umschreibe das Gesetz nicht näher. Mit Blick darauf, dass die soziale Unfallversicherung ihrer Konzeption nach auf die erwerbstätigen Personen ausgerichtet sei (vgl. etwa Art. 1a und Art. 4 UVG), werde sich dies namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit unfallbedingt beeinträchtigt, bestimmen. Die Verwendung des Begriffes "namhaft"

durch den Gesetzgeber verdeutliche dabei, dass die durch weitere Heilbehandlung zu erwartende Besserung ins Gewicht fallen müsse. Unbedeutende Verbesserungen genügen nicht (BGE 134 V 115 E. 4.3 mit Hinweisen).

4.1 Gemäss dem im Sozialversicherungsverfahren geltenden Untersuchungsgrundsatz haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgericht von Amtes wegen und ohne Bindung an die Parteibegehren für die richtige und vollständige Feststellung des Sachverhaltes zu sorgen (vgl. Thomas Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 3. Auflage, Bern 2003, S. 443 f. Rz 2 ff.). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne einer Beweisführungspflicht begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesenen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten will (Locher, a.a.O., S. 451 Rz 41). Nach der Praxis des Eidgenössischen Versicherungsgerichts (EVG, heute: Schweizerisches Bundesgericht, Sozialrechtliche Abteilungen) liegt die Beweislast bei anspruchsbegründenden Tatfragen demzufolge bei der Partei, welche den Anspruch geltend macht. Bei anspruchsaufhebenden Tatfragen liegt sie bei der Partei, welche sich auf das Dahinfallen des Anspruches beruft (vgl. Kranken- und Unfallversicherung – Rechtsprechung und Verwaltungspraxis [RKUV] 1994 Nr. U 206 S. 328 E. 3b). Diese Beweisregeln kommen allerdings erst dann zur Anwendung, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf Grund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die überwiegende Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wahrheit zu entsprechen (vgl. BGE 117 V 264 E. 3b mit Hinweisen).

4.2 Zur Abklärung medizinischer Sachverhalte – wie der Beurteilung des Gesundheitszustandes und der medizinischtheoretischen Arbeitsfähigkeit der versicherten Person – ist die rechtsanwendende Behörde regelmässig auf Unterlagen angewiesen, die ihr vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind (BGE 122 V 158 f. E. 1b mit zahlreichen Hinweisen). Das Gericht hat diese medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) – wie alle anderen Beweismittel – frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist somit grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 232 E. 5.1, 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c).

4.3 Dennoch erachtet es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführlichen

Zusammenstellungen dieser Richtlinien in BGE 125 V 352 ff. E. 3b und in AHI-Praxis 2001 S. 114 E. 3b, jeweils mit weiteren Hinweisen). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen). Stützt sich der angefochtene Entscheid hingegen ausschliesslich auf versicherungsinterne medizinische Unterlagen, sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. In solchen Fällen sind bereits bei geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 27. Juli 2009, 8C_113/2009, E. 3.2 mit weiteren Hinweisen).

4.4 In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 353 E. 3b/cc). Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und von Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (vgl. BGE 124 I 175 E. 4; Urteil des EVG vom 13. Juni 2001, I 506/00, E. 2b) lässt nicht zu, ein Administrativoder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 25. Mai 2007, I 514/06, E. 2.2.1, mit Hinweisen).

5.1 Vorliegend ist zwischen den Parteien in erster Linie strittig, ob der medizinische Sachverhalt genügend abgeklärt worden ist. Von der Beantwortung dieser Frage hängt es ab, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht zunächst die Taggelder reduziert und danach den Fall unter Einstellung der Übernahme der Heilbehandlungskosten und der Taggelder abgeschlossen und einen Rentenanspruch des Beschwerdeführers geprüft hat.

5.2 Für die Beurteilung des vorliegenden Falles sind im Wesentlichen die folgenden medizinischen Unterlagen zu berücksichtigen:

5.2.1. Gemäss Austrittsbericht des D. Spitals vom 26. Oktober 2010 erlitt der Versicherte beim Unfall vom 15. Oktober 2010 eine distale Unterarmfraktur links, ein Schädel-Hirn-Trauma mit Nasenbeinfraktur und Weichteilhämatom frontal, ein stumpfes Abdominaltrauma mit im CT sichtbaren Hämatom in der Faszia Gerota, eine Thorax- sowie eine Beckenkontusion links. Ausserdem wurde der Verdacht auf eine posttraumatische Belastungsreaktion geäussert.

5.2.2. Mit Bericht vom 28. Dezember 2010 diagnostizierte Dr. med. E., D. Spital, beim Patienten neu ein komplexes regionales Schmerzsyndrom (CRPS) des linken Handgelenks. Der Patient beklage ausserdem eine eingeschränkte Nasenatmung durch das linke Nasenloch sowie Restbeschwerden beider Flanken sowie im Unterbauch nach der Becken- und Thoraxkontusion. Der Patient bleibe zu 100% arbeitsunfähig.

5.2.3 Dr. med. F., FMH Chirurgie, stellte mit Bericht vom 8. Februar 2011 fest, dass sich betreffend die geklagten Thoraxbeschwerden sowohl klinisch wie auch röntgenologisch und CTgraphisch kein Anhalt für eine Pathologie im Bereich des Sternums bzw. Xiphoids zeige. Es ergebe sich somit kein somatisches Korrelat für die Beschwerden des Patienten.

5.2.4 Mit Schreiben vom 23. März 2011 berichtete Dr. med. G., FMH Psychiatrie und

Psychotherapie, dass der Versicherte seit September 2010 bei ihm in psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung stehe. Im Fokus der Behandlung stünden seit Beginn die Ereignisse vom 29. Mai 2005, als der Patient vom geschiedenen Ehemann seiner heutigen Ehefrau überfallen und mit Messerstichen verletzt worden sei. Die aktuellen Unfallfolgen spielten in seiner Behandlung derzeit bloss noch eine untergeordnete Rolle. Der Patient sähe die Unfallfolgen vor allem im Zusammenhang mit dem Überfall, da er glaube, dass der Unfall absichtlich herbeigeführt worden sei, um ihm und seiner Ehefrau zu schaden. Aufgrund der Ereignisse im Jahr 2005 zeige sich der Patient nach wie vor stark verunsichert. Die Ereignisse hätten zur Entwicklung einer posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) sowie zu einer andauernden Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung (ICD-10 F62.0) geführt. Es bestehe weiterhin der Verdacht auf eine somatoforme Störung (ICD-10 F45.8) mit linksseitiger Schmerzsymptomatik sowie Verdacht auf eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1). Eine kulturell bedingte Komponente scheine bei der Gesamtsituation eine nicht unwesentliche Rolle zu spielen. Die Arbeitsfähigkeit sei bisher stets durch die somatischen Beschwerden begründet worden.

5.2.5 Mit Arztbericht vom 8. April 2011 hielt der behandelnde Hausarzt Dr. med. H., FMH Allgemeine Innere Medizin, in Absprache mit Dr. I., FMH Rheumatologie und Physikalische Medizin und Rehabilitation, fest, dass ab 11. April 2011 eine 50%ige Arbeitsfähigkeit zu bejahen sei.

5.2.6 Am 27. April 2011 fand eine kreisärztliche Untersuchung des Versicherten statt. Der zuständige Kreisarzt Dr. med. J., FMH Chirurgie, berichtete gleichentags, dass der Versicherte Schmerzen im linken Arm, ausstrahlend bis zur Schulter, eine deutliche Einschränkung der Funktion der linken Hand, Schmerzen im Thorax und im Bereich des distalen Sternums beklage. Bei der Untersuchung hätten sich reizlose Narbenverhältnisse am linken Vorderarm gezeigt; die Trophik sei weitgehend normalisiert, die Hauttemperatur sei links jedoch noch etwas kühler. Palpatorisch bestünde eine Druckdolenz im Bereich des Handgelenkspaltes sowie der Handwurzel in Verlängerung des zweiten Strahles. Die Handgelenkbeweglichkeit sei links im Vergleich zu rechts geringgradig eingeschränkt. Die Fingerfunktion sei frei und auch die Sensibilität sei intakt. Die linke Schulter sei frei beweglich, wobei Schmerzen im Bereich der linken Scapula geklagt würden. Paravertebral thorakal bestehe links ein leicht erhöhter Muskeltonus. Eine kursorische Untersuchung der Lendenwirbelsäule (LWS) habe eine Druckdolenz im lumbosakralen Übergang sowie im Bereich des dorsalen Beckenkamms rechts gezeigt. Diagnostiziert werde ein Status nach Autounfall am 15. Oktober 2010 mit distaler Vorderarmfraktur links, einem Schädel-Hirn-Trauma mit Nasenbeinfraktur und Weichteilhämatom frontal, einem stumpfen Abdominaltrauma mit im CT sichtbaren Hämatom in der Faszia Gerota, einer Thoraxkontusion sowie einer Beckenkontusion links und dem Verdacht auf eine posttraumatische Belastungsstörung sowie ein Status nach offener Reposition und Plattenosteosynthese der distalen Radiusfraktur und der distalen Ulnafraktur nach Anschwellung der Weichteile am 22. Oktober 2010; ein Status nach Reposition der Nasenbeinfraktur am 22. Oktober 2010 sowie nach passagerem CRPS am linken Vorderarm. Die Unfallkausalität bezüglich der gestellten Diagnosen sei gegeben. Der Versicherte klage ausserdem seit März über lumbale Rückenschmerzen mit Ausstrahlung ins rechte Bein. Echtzeitlich seien keine Rückenbeschwerden mit Ischialgie dokumentiert, weshalb diese Beschwerden als unfallfremd anzusehen seien. Aufgrund der geklagten diffusen Schmerzen anlässlich der Untersuchung sei auf eine erhebliche psychische Überlagerung zu schliessen. Die festgestellte 50%ige Arbeitsfähigkeit könne einstweilen bestätigt werden. Therapeutisch

werde eine stationäre Rehabilitation empfohlen. 5.2.7 Im Triage-Assessment der K. vom 9. Mai 2011 wird festgehalten, dass sich eine entsprechende biomechanische Beurteilung nach den üblichen Beurteilungsschemata erübrige, da keine Beschwerden der Halswirbelsäule (HWS) dokumentiert seien. Solche Beschwerden wären aufgrund der in der technischen Bewertung ermittelten Fahrzeugbelastung jedoch grundsätzlich vorstellbar. 5.2.8. Der Beschwerdeführer befand sich vom 17. Mai 2011 bis zum 15. Juni 2011 in der stationären Rehabilitation in der Klinik L. . Im Austrittsbericht vom 21. Juni 2011 bestätigte die Ärzteschaft der Klinik im Wesentlichen die betreffend den Unfall vom 15. Oktober 2010 gestellten Diagnosen. Ausserdem diagnostizierten sie im Zusammenhang mit dem Unfall eine schmerzhaft funktionseinschränkende des linken Handgelenks bei weitgehend regredientem CRPS und neuromartiger Schmerzen über der Basis metacarpale II links; eine eingeschränkte Nasenatmung links; ein myofaszielles Schmerzsyndrom am Schultergürtel links, persikapulär sowie über dem Xiphoid sowie ein Zervikalsyndrom. In psychiatrischer Hinsicht werde ein Verdacht auf chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) sowie auf Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion (ICD-10 F43.22) diagnostiziert. Als weitere Diagnosen seien ein Status nach Überfall mit Messerstichverletzungen am Nacken und rechten Ohr am 29. Mai 2005 mit psychiatrischer Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung und einer andauernden Persönlichkeitsstörung sowie einem Verdacht auf somatoforme Störung und Verdacht auf rezidivierende depressive Störung im Verlauf; seit Ende März 2011 Rückenschmerzen mit Ausstrahlung ins rechte Bein; ein Status nach Kontusion des Mittelfusses rechts am 13. September 2010 (abgeheilt); eine arterielle Hypertonie sowie eine Adipositas Grad I festzuhalten. Der Patient beklage Dauerschmerzen am Xiphoid mit Schmerzverstärkung und Auslösung von Husten bei Drücken und tiefer Einatmung, Schmerzen im Bereich des linken Schulterblattes, Schmerzen am Nacken und Rücken lumbal seit dem Unfall mit Ausstrahlung nach beiden Seiten und neu auch ins rechte Bein bis zum Fuss. Die Nacken- und Rückenschmerzen seien andauernd, verstärkt beim Liegen und konstant beim Sitzen. Zusätzlich empfinde der Patient einschiessende Schmerzen tief lumbal ohne Ausstrahlung ins rechte Bein. Er verneine Husten-schmerz, gebe allerdings blitzartige Schmerzen tief lumbal durch die Aussenseite des rechten Beins beim Niesen an sowie vermehrter Schwindel und Schmerzen am Hinterkopf bei raschem Drehen des Kopfes oder raschem Gehen. Die Schmerzen im Bereich der Weichteilverletzung am linken Auge seien noch vorhanden, hätten sich jedoch gebessert. Im Bereich der Narbe am linken Handgelenk würden bei Bewegung und lokalem Druck Schmerzen mit Ausstrahlung in den Zeigefingern auftreten. Das linke Handgelenk schmerze bei Bewegungen in allen Richtungen. Die linke Hand schwitze vermehrt, sei manchmal kälter und in der Farbe rötlicher und dunkler. Die Finger der linken Hand könne der Patient bewegen, empfinde aber Taubheitsgefühle. Durch das linke Nasenloch könne er schlechter atmen und auch sonst habe er Mühe, insbesondere mit dem tiefen Durchatmen. Der Patient beklage ferner Gedächtnisprobleme, Schlafstörungen, allgemeine Kraftlosigkeit sowie Unfallereinerungen und Unfallträume. Die während des Klinik-Aufenthaltes durchgeführte Röntgenaufnahme des linken Handgelenks hätte konsolidierte Frakturen gezeigt. Im Rahmen des handchirurgischen Konsiliums empfahl Dr. med. M. , FMH Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie und Handchirurgie, die vollständige Osteosynthesematerialentfernung. Ein MRI des Schädels am 31. Mai 2011 habe ergeben, dass keine Traumafolgen, jedoch eine altersungemässe Leukenzephalopathie und initiale Mikroangiopathie vorliegen würden. Am 19. Mai 2011 seien ausserdem

Röntgenaufnahmen der HWS angefertigt worden, die mässige ventrale Spondylophyten an den Wirbeln C5 und C6 gezeigt hätten. Im neurologischen Konsilium empfahl PD Dr. med. N. , FMH Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie, die Durchführung einer weiteren neurovaskulären Untersuchung inklusive Doppler-Sonographie. Eine neuropsychologische Untersuchung sei nicht angezeigt. Ferner wurden Röntgenaufnahmen der LWS angefertigt. Hier hätten sich eine eher flache Lordose, eine diskrete skoliotische Fehllhaltung mit Überhang nach rechts, mögliche Schmorl'sche Knötchen sowie diskrete degenerative Veränderungen mit einem diskreten ventralen Spondylophyten gezeigt. Es seien keine traumatisch bedingten knöchernen Läsionen ersichtlich gewesen. Eine weitere Abklärung mittels MRI sei empfehlenswert. Die psychosomatische Abklärung durch lic. phil. O. habe eine eingeschränkte Schmerzproblematik in verschiedensten Körperregionen, bei welcher aufrechterhaltende psychosoziale Faktoren wie Schmerzfokussierung, Schulden und Schonverhalten vermutet würden, ergeben. Der Verdacht auf eine posttraumatische Belastungsstörung habe sich nicht bestätigen können. Seit dem Unfall bestehe jedoch eine leichte, diffuse ängstlichdepressive Symptomatik mit Vergesslichkeit, unklaren Bedrohungsgefühlen, Schlafproblemen und einer leichten vegetativen Auslenkung, die am denkbarsten einer Anpassungsstörung zugeordnet werden könne. Gesamthaft betrachtet seien die präsentierten Beschwerden aufgrund der Diagnosen sowie der klinischen und radiologischen Befunde aus somatischer Sicht nur zum Teil erklärbar. Der Patient habe eine sehr geringe Belastungsfähigkeit gezeigt und es sei eine erhebliche Symptomausweitung festgestellt worden. Das Schmerzverhalten sei undifferenziert bzw. nicht adäquat. Es habe im Rahmen des Aufenthalts keine wesentliche Verbesserung der Schmerzproblematik erreicht werden können; auch die körperliche Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit hätten auf geringem Niveau nicht wesentlich gesteigert werden können. Der Patient habe berichtet, dass er von der stationären Rehabilitation nicht habe profitieren können. Die Tätigkeit als Hilfsschaler sei aktuell nicht zumutbar. Eine Zumutbarkeitsbeurteilung betreffend die arbeitsrelevante Bewegungseinschränkung des rechten Handgelenks und des diagnostizierten CRPS könne erst nach Durchführung der Osteosynthesematerialentfernung erfolgen. Die Prognose für eine berufliche Wiedereingliederung sei jedoch aufgrund der Symptomausweitung als eher schlecht einzustufen.

5.2.9 Ein am 28. Juni 2011 durchgeführtes MRI der LWS und des Iliosakralgelenks (ISG) ergab einen Flachrücken thorakolumbal und lumbal sowie eine Hyperlordose lumbosakral. Es läge keine lumbale Instabilität vor. Aufgezeigt werden könnten Residuen Schmorl'scher Knötchen an den Wirbeln L2 und L3 sowie in der Deckplatte L5. Es zeigten sich ferner multisegmentale initiale Osteochondrosen mit beginnender Dehydration der Bandscheiben; ausserdem initiale Spondylarthrosen an den Wirbeln L5 und S1, beidseits mit Reizergüssen, rechts ausgeprägter als links. Es lägen keine Diskushernien oder anderweitige Neurokompressionen vor. Es zeige sich eine sehr kräftige, symmetrische Psoas- und Rückenmuskulatur sowie ein normal konfiguriertes ISG. Eine Sacroileitis liege nicht vor. Ebenso habe sich kein Status nach Wirbelkörperfrakturen oder posttraumatische Spondylolysen manifestiert.

5.2.10 Mit Arztbericht vom 29. August 2011 stellte PD Dr. med. P. , FMH Chirurgie und Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, fest, dass die vom Patienten berichtete Beschwerdesymptomatik nicht konsistent zu interpretieren sei. Die beklagten Schmerzen seien einerseits diffus und andererseits bloss teilweise mit den objektivierbaren Verletzungen in Verbindung zu bringen. Da der Patient selbst zu einer Osteosynthesematerialentfernung eher gleichgültig bis anlehndend entgegenstünde, hätte er ihm empfohlen, vorerst mit einem operativen

Eingriff zuzuwarten. Er verspreche sich von einem operativen Eingriff keine wesentliche Verbesserung insbesondere im Hinblick auf die Arbeitsfähigkeit des Patienten. 5.2.11. Am 8. Dezember 2011 berichtete der Kreisarzt Dr. med. Q. , FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparats, von der gleichentags durchgeführten kreisärztlichen Untersuchung des Versicherten. Aus klinischer Sicht zeige sich unbestritten am linken Unterarm ein CRPS im Sinne einer Schwellung, einer leichten lividen Verfärbung, einer Hyperästhesie sowie einer Bewegungseinschränkung des Handgelenks, insbesondere in Supination und Flexion. Unfallfremd seien die Schmerzen an der LWS ohne strukturelle Unfallfolgen und ohne erst- und echtzeitberichtlichen Bezug, ebenso die Beschwerden an der HWS und zerebral. Die Druckdolenz über dem linken Auge sei unerheblich und somit unbedeutend, die Nase habe ihre Achse nicht verändert, sei jedoch am Nasenrücken verbreitert. Hier liege kein erheblicher Integritätsschaden vor. Die Behandlung des linken Arms sei noch nicht abgeschlossen, eine Operationsindikation bestehe indessen gemäss ausführlicher Abklärung nicht. Auch nach Ansicht des Kreisarztes ergebe sich aktuell keine Indikation zur Metallentfernung. Unfallkausal seien dem Versicherten bezüglich der Belastung des linken Unterarms knapp ganztags leichte bis selten mittelschwere Arbeiten ohne Vibration, Nässe, Kälte oder Zugluft und ohne vermehrte Umwendebewegungen im Sinne einer Handgelenksrotation zumutbar. Zu unterlassen seien mittelschwere und schwere manuelle Tätigkeiten. Für den Kreisarzt bestehe mit Sicherheit keine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Er halte in Bezug auf dieses Leiden aktuell eine 50%ige Arbeitsfähigkeit, abgeglichen mit dem allgemeinen Arbeitsmarkt, für angebracht. 5.2.12. Dr. med. R. , FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, und PD Dr. med. S. , FMH Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie sowie Handchirurgie, bestätigten mit Sprechstundenbericht vom 20. Dezember 2011, dass das CRPS erneut im Stadium I vorliege. Aus versicherungsmedizinischer und rechtlicher Sicht lasse sich zwar eine 50%ige Arbeitsfähigkeit rechtfertigen. Es scheine aufgrund der Befunde jedoch illusorisch, den körperlich tätigen Patienten in diesem Umfang wieder ins Berufsleben zu integrieren. 5.2.13 Mit Bericht vom 1. März 2012 stellten Dr. S. und Dr. med. T. , FMH Chirurgie und Handchirurgie, fest, dass die Röntgenbefunde unveränderte Verhältnisse im Vergleich zur Untersuchung vom 19. Dezember 2012 zeigen würden. Das CRPS sei regredient. Der Patient sei in seinem alten Beruf weiterhin zu 100% arbeitsunfähig. Die Arbeitsunfähigkeit in einem anderen Beruf bleibe zu evaluieren. Die behandelnden Ärzte empfehlen aufgrund der Komplexität des Falles die Durchführung eines polydisziplinären Gutachtens. 5.2.14 PD Dr. med. U. , FMH Chirurgie und Handchirurgie, berichtete am 15. Juni 2012, dass der Patient über dauernd zunehmende Schmerzen und Taubheit der lateralen Beinseite klage. Mit ihm sei besprochen worden, dass die Schmerzen aufgrund der mit MRI-Befund vom 2. Juni 2012 sichtbar gemachten paramedianen Diskushernie L5 und S1 mit rezessaler Kompression der Nervenwurzel S1 rechts erklärbar seien, die Hernie aber nicht zwingend für die Schmerzen verantwortlich sei. 5.2.15 Mit Schreiben vom 16. Juli 2012 nahm der Kreisarzt Dr. J. eine medizinische Beurteilung der Kausalität der Rückenbeschwerden vor. Dabei kam er zum Schluss, dass die geklagten Rückenbeschwerden nicht in einem kausalen Zusammenhang mit dem Unfall vom 15. Oktober 2010 stünden. Echtzeitlich seien keine lumbalen Rückenschmerzen dokumentiert. In der bildgebenden Abklärung hätten sich ferner keine strukturell objektivierbaren unfallbedingte Veränderungen im Bereich der LWS gezeigt. Vielmehr seien deutliche degenerative Veränderungen im Bereich der LWS, insbesondere im lumbosakralen Übergang, sichtbar geworden. In diesen degenerativen

Veränderungen sei die Ursache für die Beschwerden des Versicherten zu sehen. 5.2.16 Mit Arztbericht vom 25. Juli 2012 stellte Dr. med. V., Neurologische Poliklinik am D. Spital, fest, dass beim Patienten ein multiples Schmerzsyndrom nach einem Verkehrsunfall bestehe. Eine am 20. März 2012 durchgeführte Doppler-Sonographie betreffend die festgestellten Marklagerläsionen habe einen regelrechten Befund der extrakraniellen zerebralen Arterien im Karotisversorgungsgebiet gezeigt. Die ergänzenden Laboruntersuchungen auf Vaskulitiserkrankungen seien unauffällig ausgefallen. Die Marklagerläsionen seien damit am ehesten mikroangiopathischer Genese. 5.2.17 Am 15. August 2012 fand eine erneute kreisärztliche Untersuchung des Versicherten statt. Dr. Q. hielt im entsprechenden Bericht fest, dass in Bezug auf die unfallkausalen Beschwerden keine relevante Änderung verglichen mit der kreisärztlichen Untersuchung vom 8. Dezember 2011 eingetreten sei. Sowohl in Bezug auf die unfallfremde HWS-Problematik wie auch die Beurteilung einer zumutbaren Tätigkeit könne deshalb auf den entsprechenden Bericht verwiesen werden. Das CRPS am linken Unterarm habe sich ebenfalls nicht relevant verändert. In Bezug auf die geltend gemachten Beschwerden der LWS sei auf die Beurteilung von Dr. J. zu verweisen. Es fehle an jeglichen traumatischen Befunden. Gleiches gelte für die HWS. In Bezug auf den Thorax und das Abdomen sowie auf die somatischen Beschwerden im Gesicht (Nasenbein, Weichteilhämatom) bestünden keine erheblichen Restfolgen und keinerlei funktionelle Einschränkungen. In unfallfremder Hinsicht sei die Problematik des Versicherten vielschichtig. Es bestehe der dringende Verdacht einer somatoformen Schmerzstörung; es bestünden auch positive Waddell-Zeichen, wobei keine objektivierbare Befunderhebung vorliege, welche die Beschwerdesymptomatik erklären könnte. Die psychiatrische Situation sei bisher nicht herausgearbeitet. Es müsste klinisch eruiert werden, ob eine Belastungssituation sozioemotional vorliege oder die Schmerzsituation im Zusammenhang zu einer psychiatrischen Grundproblematik stehe. Eine Erhaltungstherapie werde nicht als erforderlich angesehen, namentlich sei die jetzt durchgeführte Therapie mit Psychopharmaka als unfallfremd einzustufen. Gesamtmedizinisch und vom sozialen Aspekt her mache der Versicherte nicht den Eindruck, einer regelmässigen Arbeit nachgehen zu können. Dies liege vor allem an den nicht objektivierbaren Schmerzangaben am ganzen Körper, die Schmerzausweitung und das Ineinanderfliessen von Arm- und Rückenbeschwerden, was sich nicht durch die somatischen Unfallfolgen erklären lasse. Unfallkausal seien dem Versicherten knapp ganztags leichte bis selten mittelschwere Arbeiten ohne Vibration, Nässe, Kälte oder Zugluft und ohne vermehrte Umwendebewegungen im Sinne einer Handgelenksrotation zumutbar. Zu unterlassen seien mittelschwere und schwere manuelle Tätigkeiten. Es bestehe weiterhin mit Sicherheit keine 100%ige Arbeitsunfähigkeit aus unfallkausalen Sicht. 5.2.18 Gemäss Arztbericht vom 8. August 2012 von den Dres. R. und S. habe sich der Befund seit Februar 2012 nicht wesentlich verändert. Der Patient sei weiterhin zu 100% arbeitsunfähig. 5.2.19 Die Dres. U. und W. hielten mit Arztbericht vom 8. Oktober 2012 fest, dass der Patient im Juni die Schmerztherapie abgebrochen habe und sich nun mit Schmerzexazerbation im Bereich der linken Hand, der linken Schulter, des Nackens, des rechten Beins sowie lumbal vorstelle. Es habe eine Schmerzverschlechterung im Vergleich zum Juni stattgefunden, insbesondere eine Verschlechterung des Gesamtzustands. Die psychische Situation trage sicher negativ zum Heilungsverlauf bei. Eine interdisziplinäre Begutachtung sei dringend vorzunehmen. 5.2.20 Die Dres. S. und T. wiesen mit Arztbericht vom 18. Februar 2013 nochmals ausdrücklich darauf hin, dass eine multidisziplinäre Begutachtung des Patienten dringend

angezeigt sei. Es sei nicht von der Hand zu weisen, dass der Patient sowohl somatische wie auch psychiatrische Probleme habe. Eine abschliessende Beurteilung könne deshalb aus handchirurgischer Sicht nicht vorgenommen werden. 5.2.21. Mit Arztbericht vom 22. Februar 2013 diagnostizierte Dr. med. X., FMH Neurologie, ein persistierendes, schwer therapierbares Schmerzsyndrom mit Betonung am linken Schultergürtel und Arm bis zum Handbereich links (bei sekundärem CRPS an der linken Hand), chronischem Zervikalsyndrom mit linksbetonten posttraumatischen Kopfschmerzen, chronischem lumbovertebralem Schmerzsyndrom mit ischialgieformen Schmerzen im rechten Bein bei Status nach Polytrauma nach Verkehrsunfall. Der Patient beklage Schmerzen an verschiedenen Lokalisationen des Körpers, namentlich im linken Arm, und könne nach eigenen Angaben die linke (nichtdominante) Hand kaum noch einsetzen. Des Weiteren beklage der Patient starke Schmerzen in der linken Schulter und im Nackenbereich, ausstrahlend über den Kopf, ohne Migräne. Zudem bestünden Schmerzen im Lumbalbereich mit Ausstrahlung auf der rechten Gesässhälfte und im ganzen Bein; der Patient gehe am Stock. Ausserdem bestünden starke Schmerzen mit Herniation im Oberbauch. Im psychischen und kognitiven Bereich beklage er vermehrte Vergesslichkeit, Traurigkeit und Schlafstörungen, ausserdem Schwindel bei raschen Kopfbewegungen mit Schwarzwerden vor Augen. Bei der klinischen Untersuchung habe sich eine eindeutige, schmerzbedingte Bewegungseinschränkung des linken Arms, handbetont, sowie des rechten Beins gezeigt. Die Diagnose eines CRPS vermöge die Beschwerden des linken Arms gut zu erklären. Im rechten Bein habe kein eindeutiger Hinweis auf eine Beeinträchtigung von lumbosakralen Nervenwurzeln eruiert werden können. Aufgrund des chronischen Schmerzsyndroms bestehe eine sekundäre Depressivität, welche medikamentös behandelt werde. Obwohl ihm nicht alle Unterlagen vorlägen, bestehe aus seiner Sicht zweifelsohne eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit als Bauarbeiter, auch eine leichtere Tätigkeit erachte er als nicht zumutbar. 5.3 Die Beschwerdegegnerin stütze sich bei der Beurteilung des vorliegenden Falls vollumfänglich auf die kreisärztlichen Beurteilungen der Dres. J. und Q. und ging demzufolge davon aus, dass der Fall per 30. September 2012 abgeschlossen habe werden können und der Beschwerdeführer in einer angepassten Tätigkeit voll arbeitsfähig sei. Der Beschwerdeführer bestreitet die genügende Abklärung des vorliegenden Sachverhalts und bringt namentlich vor, dass die kreisärztlichen Beurteilungen nicht genügen würden, um die Arbeitsfähigkeit festzulegen, und die behandelnden Ärzte eine polydisziplinäre Begutachtung für dringend angezeigt halten. 5.4 Wie in Erwägung 4.2 hiervor ausgeführt, prüft das Gericht frei, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist demnach entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge einleuchtet und seine Schlussfolgerungen begründet sind. Rechtsprechungsgemäss sind an versicherungsinterne Beurteilungen, wie die vorliegenden Berichte der Kreisärzte Dres. J. und Q., strenge Anforderungen zu stellen und bereits bei geringen Zweifeln an deren Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit ergänzende Abklärungen vorzunehmen (Urteil des Bundesgerichts vom 27. Juli 2009, 8C_113/2009, E. 3.2; vgl. oben Erwägung 4.3). Solche Zweifel liegen vorliegend entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers jedoch nicht vor. 5.4.1. Bezüglich der geklagten HWS- und LWS-Beschwerden begründen die Dres. J. und Q. schlüssig und nachvollziehbar, dass kein kausaler Zusammenhang mit dem Unfall vom 15. Oktober 2010 vorliege. Ausserhalb der ärztlichen Untersuchungen beklage der Beschwerdeführer zwar

schon relativ früh Schmerzen im Kreuz (Protokoll der Besprechung vom 13. Dezember 2010, SUVA-Akte Nr. 9) bzw. im Rücken (Protokolle der Telefonate vom 21. Januar 2011, SUVA-Akte Nr. 25, und vom 24. Februar 2011, SUVA-Akte Nr. 35). Die diversen bildgebenden Untersuchungen, namentlich die im Rahmen des stationären Rehabilitationsaufenthalts angefertigten Röntgenaufnahmen und die am 28. Juni 2011 durchgeführte MRI-Untersuchung zeigten jedoch bloss degenerative Veränderungen (Skoliose, Flachrücken) ohne traumatische Genese. Festzuhalten ist ferner, dass der Beschwerdeführer gemäss Angaben des behandelnden Psychiaters (Protokoll des Telefongesprächs vom 7. April 2011, SUVA-Akte Nr. 53) im April 2011 wegen einer unfallfremden Ischialgie in Behandlung war und im Juni 2012 mittels MRI eine Diskushernie im Bereich L5 und S1 festgestellt wurde, welche gemäss Dr. U. die Schmerzen des Beschwerdeführers erklären könnte. Die HWS- und LWS-Beschwerden des Beschwerdeführers stehen damit nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in einem Kausalzusammenhang mit dem versicherten Unfall. Für eine unfallkausale Verschlechterung einer vorbestehenden degenerativen Symptomatik liegen in den vorliegenden Unterlagen keinerlei Anhaltspunkte vor.

5.4.2 Ebenso wurde auf kognitiver bzw. neurologischer Ebene kein unfallkausaler Befund erhoben. Die festgestellten Marklagerveränderungen sind gemäss sämtlichen vorliegenden Arztberichten auf eine altersungemässe Leukenzephalopathie zurückzuführen, die mit überwiegender Wahrscheinlichkeit mikroangiopathischer Genese und damit unfallfremd ist.

5.4.3 Die kreisärztlichen Beurteilungen vermögen auch in psychiatrischer Hinsicht weitgehend zu überzeugen. Zwar erachtet Dr. Q. eine Ausarbeitung der psychiatrischen Situation als wünschenswert. In Anbetracht der übrigen diesbezüglichen Unterlagen scheint eine solche jedoch – zumindest im Rahmen des unfallversicherungsrechtlichen Verfahrens – nicht unabdingbar. Der Beschwerdeführer war bereits vor dem Unfall in psychiatrischer Behandlung. Mit Bericht vom 23. März 2011 führte der behandelnde Psychiater Dr. G. aus, dass der Unfall vom 15. Oktober 2010 bloss noch eine untergeordnete Rolle in seiner Behandlung spiele. In einem Telefongespräch vom 7. April 2011 bestätigte Dr. G. ausserdem, dass aus psychischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit bestehe (Protokoll des Telefongesprächs vom 7. April 2011, SUVA-Akte Nr. 53). Auch die psychosomatische Beurteilung in der Klinik L. führt zu keinem anderen Schluss. Als unfallkausal wird lediglich eine leichte, diffuse ängstlichdepressive Symptomatik, die am denkbarsten mit einer Anpassungsstörung in Einklang zu bringen ist, genannt. Eine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit wird nirgendwo festgehalten. Der Beschwerdeführer bringt indessen auch nicht vor, inwiefern eine auf den Unfall zurückzuführende psychische Einschränkung vorliegen soll.

5.4.4 Nach dem Ausgeführten ist festzuhalten, dass die Kreisärzte nachvollziehbar lediglich betreffend die Beschwerden der linken Hand bzw. des linken Arms eine unfallkausale Einschränkung der Arbeitsfähigkeit angenommen haben. Dem Beschwerdeführer sind nach Einschätzung der Kreisärzte unter Berücksichtigung dieser Einschränkung knapp ganztags leichte bis selten mittelschwere Arbeiten ohne Vibration, Nässe, Kälte oder Zugluft und ohne vermehrte Umwendebewegungen im Sinne einer Handgelenksrotation zumutbar. Zu unterlassen seien mittelschwere und schwere manuelle Tätigkeiten. Dieser Einschätzung ist zu folgen. Die von den behandelnden Ärzten zum Teil festgestellte vollständige Arbeitsunfähigkeit wird von diesen nicht näher begründet. Vielmehr scheinen die behandelnden Ärzte bei ihrer Einschätzung auch die weiteren, nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall zurückzuführenden Beschwerden sowie sozioökonomische Umstände zu berücksichtigen, die vorliegend keine Rolle spielen dürfen. Unklar bleibt aufgrund ihrer Angaben auch, ob sich die von ihnen festgestellte

Arbeitsunfähigkeit bloss auf den angestammten Beruf als Hilfsschaler oder auch auf eine angepasste Tätigkeit bezieht. 5.5 Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass zur Ermittlung des massgeblichen Sachverhalts auf die kreisärztlichen Untersuchung abgestellt werden kann. Die übrigen vorhandenen medizinischen Unterlagen vermögen an den dort festgehaltenen Einschätzungen keine Zweifel zu wecken. Eine weitere Abklärung des Gesundheitszustands erübrigt sich damit. Die Kreisärzte begründen schlüssig und nachvollziehbar sowie in Kenntnis der Vorakten, nach eigenen Untersuchungen und unter Berücksichtigung aller geklagten Beschwerden die unfallkausalen Einschränkungen des Beschwerdeführers. Die Beschwerde ist somit in diesem Punkt abzuweisen.

E. 6

Der Beschwerdeführer bringt weiter vor, dass seine Arbeitsfähigkeit durch weitere Therapiemassnahmen gesteigert werden könne und ein medizinischer Endzustand deshalb im Zeitpunkt des Fallabschlusses per 30. September 2012 noch nicht erreicht gewesen sei. Er verweist diesbezüglich auf einen weiteren einmonatigen stationären Aufenthalt in der Klinik Y. . Aus den vorliegenden medizinischen Akten wird deutlich, dass beim Beschwerdeführer seit längerem ein unveränderter Befund vorliegt, welcher in erster Linie mit Schmerz-, Physio-, Ergo- und Wassertherapien sowie medikamentös behandelt werde. Es handelt sich dabei jedoch augenscheinlich in erster Linie um Erhaltungstherapien, nicht um medizinische Heilbehandlungen. Damit mag sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers subjektiv verbessern. Die Frage, ob eine namhafte Besserung noch möglich ist, bestimmt sich rechtsprechungsgemäss jedoch allein nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit. Unbedeutende Verbesserungen genügen nicht (vgl. oben Erwägung 3.4; BGE 134 V 115 E. 4.3; Urteil des Bundesgerichts vom 18. März 2009, 8C_725/2008, E. 6). Für eine solche Verbesserung sind in den vorliegenden Unterlagen keine Anhaltspunkte ersichtlich. Namentlich wurde eine diskutierte Osteosynthesematerialentfernung nicht durchgeführt, weil davon keine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit erwartet wurde. Die Symptomatik des Beschwerdeführers wird denn auch von Dr. X. als schwer therapierbar beschrieben. Nach Lage der Akten kann somit ohne weitere Abklärungen gesagt werden, dass die vorgenommenen und gegebenenfalls noch vorzunehmenden Therapiemassnahmen keinen bedeutenden Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit haben. Der Fallabschluss auf den 30. September 2012 ist damit grundsätzlich nicht zu beanstanden. 7.1 Schliesst der Unfallversicherer den Fall unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen ab, so hat er gleichzeitig einen Anspruch der versicherten Person auf eine Invalidenrente und – gegebenenfalls – auf eine Integritätsentschädigung zu prüfen. Während Letzteres mangels eines Anfechtungsobjekts vorliegend nicht zur Diskussion steht, hat die Beschwerdegegnerin den Rentenanspruch geprüft und dem Beschwerdeführer in der Verfügung vom 4. Oktober 2012 bzw. im angefochtenen Einspracheentscheid vom 7. Mai 2013 eine Invalidenrente entsprechend einer Erwerbsunfähigkeit im Umfang von 15% zugesprochen. 7.2 Nach Art. 16 ATSG wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrades das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander

gegenübergestellt werden. Aus der Einkommensdifferenz lässt sich der Invaliditätsgrad bestimmen (BGE 128 V 30 E. 1).

7.3 Die Beschwerdegegnerin hat in der Verfügung vom 4. Oktober 2012 den erforderlichen Einkommensvergleich vorgenommen. Dabei hat sie sowohl das Invalideneinkommen als auch das Valideneinkommen anhand der Tabellenlöhne der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik, konkret LSE 2010, Tabelle TA 1, Total Männer, Anforderungsniveau 4, ermittelt und einen leidensbedingten Abzug von 15% vorgenommen. Der Beschwerdeführer beanstandet die Höhe des Validen- und Invalideneinkommens – zu Recht – nicht. Auch der vorgenommene leidensbedingte Abzug von 15% erweist sich in Anbetracht der bloss „knapp“ ganztägigen Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit und den leidensbedingten Einschränkungen an der linken, nichtdominanten Hand als angemessen. Nicht anzurechnen sind indessen die fremde Nationalität und das damit verbundene sprachliche Defizit des Beschwerdeführers, da diese letztgenannten Elemente durch die Wahl des Anforderungsniveaus 4 bereits angemessen berücksichtigt sind bzw. sich in diesem Anforderungsniveau nicht (zusätzlich) lohnmindernd auswirken. Die Invaliditätsbemessung der Beschwerdegegnerin ist somit nicht zu beanstanden.

8.1 Fraglich und zu prüfen ist indessen noch, ob die Reduktion der Taggelder von 100% auf 50% mit Verfügung vom 10. Januar 2012 korrekt vorgenommen wurde. Noch vor Fallabschluss begründete die Beschwerdegegnerin die Reduktion der Taggelder damit, dass dem Beschwerdeführer gemäss kreisärztlicher Untersuchung vom 8. November 2011 wiederum ganztags geeignete leichte bis mittelschwere Tätigkeiten zumutbar seien und auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt somit wieder eine mindestens 50%ige Arbeitsfähigkeit bestehe.

8.2 Der Anspruch auf Taggelder der Unfallversicherung setzt eine zumindest teilweise Arbeitsunfähigkeit voraus (Art. 16 Abs. 1 UVG), deren Grad für die Bemessung des Taggeldes von Bedeutung ist. Arbeitsunfähigkeit ist gemäss Art. 6 ATSG die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Urteil des Bundesgerichts vom 19. April 2013, 8C_838/2012, E. 3.1, vom 17. Dezember 2010, 8C_803/2010, E. 3.2.1 und vom 20. August 2008, 8C_173/2008 mit weiteren Hinweisen). Steht fest, dass die versicherte Person unter dem Blickwinkel der Schadenminderungspflicht einen Berufswechsel vorzunehmen hat, so hat der Versicherungsträger sie dazu aufzufordern und ihr zur Anpassung an die veränderten Verhältnisse sowie zur Stellensuche eine angemessene Übergangsfrist einzuräumen, während welcher das bisherige Taggeld geschuldet bleibt (Urteile des Bundesgerichts vom 19. April 2013, 8C_838/2012, E. 3.1, vom 17. Dezember 2010, 8C_803/2010, E. 3.2.1 und vom 20. August 2008, 8C_173/2008 mit weiteren Hinweisen). Diese Übergangsfrist bemisst sich nach den jeweiligen Umständen des Einzelfalles. In der Praxis der sozialen Krankenversicherung, welche gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung sinngemäss auch im Bereich der sozialen Unfallversicherung gilt, wurden Zeiten von drei bis fünf Monaten als angemessen betrachtet (Urteil des Bundesgerichts vom 20. August 2008, 8C_173/2008 mit weiteren Hinweisen; vgl. auch: Urteile des Bundesgerichts vom 19. April 2013, 8C_838/2012, E. 3.1 und vom 17. Dezember 2010, 8C_803/2010, E. 3.2.1).

8.3 Mit Verfügung vom 10. Januar 2012 reduzierte die Beschwerdegegnerin per 1. Februar 2012 die Taggelder um 50%. Unbestrittenermassen war der Fallabschluss, welcher per 30. September 2012 verfügt wurde, zu diesem Zeitpunkt noch kein Thema. Nach dem kreisärztlichen Bericht von Dr. Q. vom 8. Dezember 2011, wonach nach dem unter

Erwägung 5.4 hiervor Ausgeführten abgestellt werden kann, war dem Beschwerdeführer ab dem Zeitpunkt der Untersuchung eine mindestens 50%ige Tätigkeit in einem angepassten Beruf zumutbar. Anlässlich der nachfolgenden Besprechung mit der Beschwerdegegnerin am 9. Dezember 2011 kündigte die zuständige Sachbearbeiterin gestützt auf die Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit eine Reduktion der Taggelleistungen an. Der Beschwerdeführer habe sich dem entgegengesetzt und auf einem bereits gescheiterten Arbeitsversuch im Rahmen des invalidenversicherungsrechtlichen Verfahrens verwiesen. Den Akten ist somit zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer frühestens am 9. Dezember 2011 und spätestens am 10. Januar 2012 um seine medizinischtheoretische Arbeitsfähigkeit in einer dem Leiden angepasste Tätigkeit wusste und von der Beschwerdegegnerin aufgefordert worden war, einen Berufswechsel vorzunehmen. Dass die behandelnden Ärzte, namentlich die Dres. H. und I., den Beschwerdeführer teilweise bereits ab April 2011 in der angestammten Tätigkeit als zu 50% arbeitsfähig erachteten, kann im Hinblick auf die unterschiedlichen Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit durch die verschiedenen behandelnden Ärzte nicht massgeblich sein. So erachtete die Ärzteschaft der Klinik L. die angestammte Tätigkeit bloss einen Monat später als unzumutbar. Unter diesem Blickwinkel muss auch die Bestätigung der von den Dres. H. und I. festgelegten 50%igen Arbeitsfähigkeit durch den Kreisarzt Dr. J. am 27. April 2011 gesehen werden. Fest steht jedenfalls, dass der Beschwerdeführer erstmals am 9. Dezember 2011 mündlich und am 10. Januar 2012 schriftlich aufgefordert worden ist, einen Berufswechsel vorzunehmen. Folglich ist dieser Zeitpunkt für die Auslösung der zu gewährenden Übergangsfrist massgeblich. Eine solche Übergangsfrist wurde dem Beschwerdeführer jedoch augenscheinlich nicht eingeräumt. In der Verfügung vom 10. Januar 2012 wurde die Taggeldreduktion auf Ende Monat angekündigt, bereits in der Besprechung vom 9. Dezember 2011 war eine Reduktion der Taggelder auf 1. Januar 2012 vorgesehen. Dieses Vorgehen ist im Hinblick auf die unter Erwägung 8.2 zitierte Rechtsprechung nicht zulässig. Dem Beschwerdeführer hätte ab 9. Dezember 2011 bzw. ab 10. Januar 2012 eine Übergangsfrist von drei bis fünf Monaten eingeräumt werden müssen, während welcher noch das volle Taggeld auszurichten gewesen wäre. In Berücksichtigung der Umstände des Falles, namentlich der beruflichen und persönlichen Situation des Beschwerdeführers sowie seiner Weigerung, die festgestellte Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit zu akzeptieren, erscheint eine drei- bis viermonatige Übergangsfrist bis zum 30. April 2012 angemessen. In teilweiser Gutheissung der vorliegenden Beschwerde ist nach dem Ausgeführten festzustellen, dass der Beschwerdeführer bis zum 30. April 2012 Anspruch auf ein volles Taggeld der SUVA hat. 9.1 Art. 61 lit. a ATSG bestimmt, dass das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Gericht für die Parteien kostenlos zu sein hat. Es sind deshalb für das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben. 9.2 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Vorliegend obsiegt der Beschwerdeführer insofern, als ihm das volle Taggeld bis zum 30. April 2012 zugesprochen wird. Er obsiegt im vorliegenden Prozess demnach lediglich teilweise, weshalb ihm nur eine reduzierte Parteientschädigung zu Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen ist. Der Rechtsvertreter des Versicherten macht in seiner Honorarnote vom 9. September 2013 eine Entschädigung von insgesamt Fr. 1'394.20 geltend. Dieser Betrag setzt sich aus einem Honorar von Fr. 1'250.– (Aufwand von 5 Stunden à Fr. 250.–), aus Auslagen von Fr. 41.– sowie aus der Mehrwertsteuer von Fr. 103.20 zusammen. Die Forderung erweist sich umfangmässig in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen grundsätzlich als angemessen. Im Hinblick auf

das teilweise Obsiegen des Beschwerdeführers, erscheint es angemessen, ihm eine Parteientschädigung im halben Umfang des von seinem Rechtsvertreter geltend gemachten Honorars zuzusprechen. Der Beschwerdeführer hat demnach Anspruch auf eine reduzierte Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 697.15 (inkl. Auslagen und 8% Mehrwertsteuer) zu Lasten der Beschwerdegegnerin. 9.3 In der vorliegenden Beschwerde ersucht der Beschwerdeführer um Bewilligung der unentgeltlichen Verbeiständung. Gemäss § 22 Abs. 1 und 2 VPO wird der beschwerdeführenden Person, der die nötigen Mittel fehlen und deren Begehren nicht offensichtlich als aussichtslos erscheint, von der Bezahlung der Verfahrenskosten und der Kosten der Beweismassnahmen befreit. Unter den gleichen Voraussetzungen wird einer Partei der kostenlose Beizug eines Anwalts bzw. einer Anwältin gewährt, sofern dies zur Wahrung ihrer Rechte notwendig erscheint. Mit Eingabe 12. Juli 2013 reichte der Beschwerdeführer eine Bestätigung der Gemeinde C. ein, wonach er seit dem 1. April 2012 von der Sozialhilfe unterstützt wird. Damit wies er seine prozessuale Bedürftigkeit für das vorliegende Verfahren hinreichend aus. In Anbetracht der teilweisen Gutheissung kann die vorliegende Beschwerde zudem nicht als aussichtslos bezeichnet werden. Die Voraussetzungen für die Bewilligung der unentgeltlichen Verbeiständung sind demnach gegeben, weshalb das betreffende Gesuch zu bewilligen ist. Für seine restlichen, durch die reduzierte Parteientschädigung nicht abgedeckten Bemühungen ist der Vertreter des Beschwerdeführers demnach aus der Gerichtskasse zu entschädigen. Gemäss § 3 Abs. 2 der Tarifordnung für die Anwältinnen und Anwälte vom 17. November 2003 beträgt das Honorar bei unentgeltlicher Verbeiständung Fr. 180.– pro Stunde. Dem Vertreter des Beschwerdeführers ist demnach ein Honorar in der Höhe von Fr. 508.15 (2.5 Stunden à Fr. 180.– sowie Auslagen in der Höhe von Fr. 20.50 und 8% Mehrwertsteuer im Umfang von Fr. 37.65) auszurichten. Der Beschwerdeführer wird ausdrücklich auf § 53a Abs. 1 des Gesetzes über die Organisation der Gerichte (GOG) vom 22. Februar 2001 aufmerksam gemacht, wonach eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde, zur Nachzahlung verpflichtet ist, sobald sie dazu in der Lage ist. Demgemäss wird e r k a n n t : 1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid vom 7. Mai 2013 insoweit aufgehoben, als er den Taggeldanspruch des Beschwerdeführers per 1. Februar 2012 auf 50% herabsetzt, und es wird festgestellt, dass der Beschwerdeführer bis zum 30. April 2012 Anspruch auf ein volles Taggeld der SUVA hat. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen. 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. 3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine reduzierte Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 697.15 (inkl. Auslagen und 8% MwSt.) zu bezahlen. Zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Verbeiständung wird dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers ein Honorar in der Höhe von Fr. 508.15 (inkl. Auslagen und 8% MwSt.) aus der Gerichtskasse ausgerichtet. Gegen diesen Entscheid wurde vom Beschwerdeführer am 1. Februar 2014 Beschwerde beim Bundesgericht (siehe nach Vorliegen des Urteils: Verfahren-Nr. 8C_102/2014) erhoben.

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