

SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2008/7 vom 26. August 2008

Sg Versicherungsgericht, 2008-08-26, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2008_7

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2008/7 du 26 août 2008

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2008/7 del 26 agosto 2008

Regeste

Art. 6 und 18 UVG. Kausalität von gesundheitlichen (psychischen) Beschwerden im Nachgang zu einem Unfall. Prüfung der Invaliditätsbemessung (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 26. August 2008, UV 2008/7).

Erwägungen

E. 1

1.1 Streitig ist, inwieweit die gesundheitlichen Probleme des Beschwerdeführers in einem adäquat-kausalen Zusammenhang zum Unfall vom 14. März 2002 stehen. Streitig sind im weiteren die Höhe der dem Beschwerdeführer ab 1. Januar 2004 zustehenden Invalidenrente (IV-Grad). Die Beschwerdegegnerin legte im angefochtenen Entscheid die rechtlichen Voraussetzungen eines adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen Gesundheitsschädigung und in Frage stehendem Unfall sowie der Bemessung von Invalidenrenten zutreffend dar (Erwägungen 1, 3); darauf ist zu verweisen. Nicht Gegenstand des angefochtenen Entscheids bildet die Frage der Integritätsentschädigung. Auf diese Frage kann auch im vorliegenden Verfahren nicht eingetreten werden, da im Beschwerdeverfahren lediglich Leistungsansprüche geprüft werden können, zu welchen die Vorinstanz im Einspracheentscheid und in der vorangehenden Verfügung Stellung genommen hat. Eine Verfahrensausdehnung (vgl. dazu BGE 122 V 34 Erw. 2a) auf die Frage der Integritätsentschädigung kommt entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (act. G 11 S. 3) schon deshalb nicht in Betracht, weil es - abgesehen vom Verweis auf das Gutachten von Dr. med. E.____ (UV-act. I/160 S. 10 unten) in der Beschwerdeantwort (S. 14) - an einer diesbezüglichen materiellen Stellungnahme der Beschwerdegegnerin fehlt.

1.2 Kreisarzt Dr. med. F.____, Spezialarzt FMH für Orthopädische Chirurgie, berichtete am 25. September 2002, von Seiten des linken Daumens sei der Patient vollständig beschwerdefrei; der Daumen weise eine vollumfängliche Funktion mit erhaltener Sensibilität auf. Der klinische Befund an der linken Hand zeige gute Funktionen mit vollständigem Faustschluss und erhaltener Sensibilität. Auch bestehe im Radiocarpalgelenk eine gute Funktion. Die Beschwerden des Patienten seien zu interpretieren als Dekonditionierung nach bald einem halben Jahr Arbeitsunfähigkeit. Nach einer Woche mit 50%iger Arbeitsfähigkeit sei der Patient vollumfänglich arbeitsfähig (UV-act. II/10). Am 12. Dezember 2003 diagnostizierten die Ärzte der Klinik für Orthopädische Chirurgie am Kantonsspital St. Gallen beim Beschwerdeführer einen Verdacht auf Somatisierungsstörung bei Status nach Metacarpale V Fraktur links. Zum momentanen Zeitpunkt seien keine objektiven Befunde gesehen worden, welche die Handgelenksbeschwerden erklären könnten. Mit dem Patienten sei die Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit zu 50% ab 15. Dezember 2003 besprochen worden (UV-act. I/65). Am 9. Januar 2004 wurde von Seiten

der Klinik für Orthopädische Chirurgie bestätigt, aus handchirurgischer Sicht bestehe derzeit keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (UV-act. I/76). Eine Begutachtung in der Orthopädie am Rosenberg ergab gemäss Bericht von Dr. med. L.____ vom 12. Mai 2004 unter anderem, es sei mehr als fraglich, ob durch weitere Eingriffe am Handgelenk der chronische Schmerzzustand gelindert werden könne. Für eine leichte Arbeit bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit (UV-act. I/90). Im Bericht vom 11. Januar 2005 rieten auch die Ärzte der Klinik für Hand-, Plastische- und Wiederherstellungschirurgie am Kantonsspital St. Gallen von weiteren Operationen ab (UV-act. I/122; vgl. auch UV-act. I/141). Am 28. Februar 2005 berichtete Dr. D.____, es sei im Rahmen der Abklärung der Handbeschwerden zu einer massiven funktionellen Überlagerung gekommen, welche unter anderem Wiedereingliederungsmassnahmen beim M.____ verunmöglicht habe. Die Situation schein langsam zu eskalieren, und die Betreuung werde immer schwieriger (UV-act. I/128; vgl. auch Abklärungsbericht Verzahnungsprogramm vom 30. März 2005, UV-act. I/137). Im Nachgang zu einem stationären Aufenthalt berichtete die Klinik Gais am 19. Juli 2005, beim Beschwerdeführer bestehe eine mittelgradige depressive Episode und eine somatoforme Schmerzstörung (Differentialdiagnose). Es bestehe eine volle Arbeitsunfähigkeit (UV-act. I/148). Im Gutachten der Schulthess Klinik, Zürich, vom 11. November 2005 gelangte Dr. med. E.____ unter anderem zum Schluss, es gebe keinen objektiven Nachweis eines Narbenneurom-Rezidivs. Auch bestünden klinisch keine Hinweise für das Vorliegen eines chronisch-regionalen Schmerzsyndroms vom Typ 2, das heisse einer Dystrophie-Situation, ausgelöst von einem peripheren Nervenast. Es könne deshalb auch nicht von den üblichen Massnahmen, die bei einem chronisch-regionalen Schmerzsyndrom des Typs 2 durchgeführt würden, eine erhebliche Besserung der Situation erwartet werden. Aus handchirurgischer Sicht könne keine schlüssige Diagnose gestellt werden. Es liege die Verdachtsdiagnose eines Narbenneuromrezidivs im Raum, welches sekundär zu einer massiven Symptomausweitung geführt habe. Objektiv habe dies aber bisher nicht nachgewiesen werden können und werde wahrscheinlich auch nie nachweisbar sein. Aus handchirurgischer Sicht sei eine leichtere Tätigkeit, die vorwiegend rechtsdominant unter assistivem Einsatz der linken Hand durchgeführt werden könne, zu 100% möglich (UV-act. I/160). Eine in der Klinik Stephanshorn durchgeführte Kernspintomographie der linken Hand vom 13. Juni 2006 ergab das Vorliegen einer wahrscheinlich vollständigen Ruptur der Extensor carpi ulnaris-Sehne auf Höhe des Processus styloideus mit perifokalen narbigen Veränderungen. Im Übrigen wurde ein normales Kernspintogramm bestätigt, insbesondere ohne Nachweis einer neurinomverdächtigen Läsion (UV-act. I/168). Im Bericht des Kantonsspitals St. Gallen, Klinik für Handchirurgie, vom 15. August 2006 wurde festgehalten, die radiologisch beschriebene Extensor carpi ulnaris-Ruptur könne klinisch nicht nachvollzogen werden. Aufgrund eines Kontroll-MRI's wurde eine Extensor carpi ulnaris-Sehnenruptur ausgeschlossen (UV-act. I/175; UV-act. I/193a). Dr. med. G.____, FMH Chirurgie, speziell Handchirurgie, berichtete am 25. August 2006, weitere operative Eingriffe würden mit Sicherheit zu keiner Verbesserung des Schmerzzustandes führen. Objektiv sei die ganze Symptomatik nicht nachvollziehbar und aus handchirurgischer Sicht könne keine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert werden. Auch Dr. G.____ hielt fest, dass die im MRI (vom 13. Juni 2006) beschiedene Sehnenruptur sich klinisch nicht objektivieren lasse, da das Handgelenk problemlos extendiert werden könne. Die Sehne lässt sich in ihrem Verlauf palpieren und sei nicht schmerzhaft. (UV-act. I/178). Am 5. September 2006 ergänzte Dr. G.____, eine leichtere Tätigkeit mit hauptsächlicher Belastung der rechten Hand und nur

gelegentlichem assistivem Einsatz der linken Hand könne weiterhin zu 100% ausgeführt werden (UV-act. I/180). Dr. D.____ bescheinigte am 12. September 2006, dass der Patient aufgrund des Unfallereignisses zu 50% arbeitsunfähig geschrieben sei. Zudem sei er wegen funktionellen Beschwerden auch für die weiteren 50% aktuell nicht arbeitsfähig (UV-act. I/181). In seiner Beurteilung vom 27. Oktober 2006 gelangte Suva-Arzt Dr. med. H.____, Facharzt FMH für Chirurgie, unter anderem zum Schluss, auch der Arztbericht aus der Heimat des Patienten (UV-act. I/185) enthalte keine unfallrelevanten medizinischen Erkenntnisse, sondern falls klinisch relevant, ein unfallfremdes Carpaltunnelsyndrom. Dafür bestünden jedoch keine klinischen subjektiven oder objektiven Anhaltspunkte, da ein solches nicht im Bereich des Kleinfingers verursacht werde (UV-act. I/191). Im Gutachten der MEDAS Zentralschweiz vom 12. Juli 2007 wurden als Diagnosen ein chronifizierter therapierefraktärer schmerzhafter Residualzustand der linken oberen Extremität mit funktioneller Einarmigkeit sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung festgehalten. Die angestammte Tätigkeit als Gipser sei dem Beschwerdeführer, wie auch jede andere manuell kraftaufwändige Tätigkeit, nicht mehr zumutbar (seit März 2002); limitierend würden sich vor allem die rheumatologischen Befunde mit funktioneller Einarmigkeit erweisen. Eine körperlich und vor allem manuell leichte Tätigkeit mit vermindertem Einsatz der linken Hand (Zudien-/Hilfshand) sowie vorwiegend rechtsdominante Arbeiten seien ihm noch zu 90% der Norm zumutbar; limitierend würden sich diesbezüglich die psychopathologischen Befunde erweisen. Durch medizinische Massnahmen könne die Arbeitsfähigkeit kaum verbessert werden. Eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung sei dringend indiziert (act. G 1.1/11 S. 21, 22). In der Stellungnahme vom 7. Januar 2008 hielt Dr. D.____ unter anderem fest, rein organisch gesehen könne die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit kaum auf mehr als 10% eingeschätzt werden; die psychische Verarbeitung des Ganzen sei limitierend für die Arbeitsfähigkeit (act. G 1.1/12). Dr. med. J.____, Spital Altstätten, berichtete am 8. Februar 2008, aktuell bestünden neben den invalidisierenden Schmerzen und der depressiven Begleitsymptomatik eine ausgeprägte vegetative Begleitreaktion mit Tachykardie, Arbeitshypertonie, Schwindel, Dyspnoe und Cephalaea (act. G 11 Beilage 1). Dr. D.____ bestätigte am 28. März 2008, dass der Patient arbeitsmässig auch für leichte Arbeiten nicht belastbar sei. Die Arbeitsunfähigkeit aufgrund der somatoformen Schmerzstörung schätze er auf 50%; vor allem wegen der depressiven Begleitsymptomatik sei der Patient zu 100% arbeitsunfähig. Die arterielle Hypertonie könne wohl kaum kausal auf den Unfall zurückgeführt werden. Die schwere depressive Entgleisung beinhalte allerdings das Auftreten der arteriellen Hypertonie und die vegetative und depressive Entgleisung stehe im Zusammenhang mit dem Unfall (act. G 11 Beilage 4).

E. 2

2.1 Im Bericht des Spitals Walenstadt vom 15. Dezember 2006, auf welchen sich der Beschwerdeführer beruft (act. G 1 S. 4), wurde festgehalten, bezüglich Arbeitsfähigkeit in dieser bereits speziellen Situation werde keine Stellung genommen. Es werde lediglich die bestehende 50%ige Arbeitsunfähigkeit weiter attestiert (act. G 1.1/7). Eine eigenständige Arbeitsfähigkeitsschätzung - unabhängig von früheren Bestätigungen - ist aus diesem Bericht nicht ersichtlich. Auch wurde nicht angegeben, auf welche Tätigkeiten sich die "weiter attestierte" Arbeitsfähigkeit bezieht. Darauf kann für die vorliegend streitige Frage nicht abgestellt werden. Aufgrund der geschilderten medizinischen Akten (UV-act. I/76, I/90, I/160, I/180) ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass dem Beschwerdeführer - bei nicht klar bzw. nur teilweise nachgewiesenen organischen

Unfallrestfolgen - aus orthopädischer und rheumatologischer Sicht eine leichtere Tätigkeit mit hauptsächlichlicher Belastung der rechten Hand und nur gelegentlichem assistivem Einsatz der linken Hand uneingeschränkt zumutbar ist. Die von den MEDAS-Gutachtern bescheinigte Einschränkung von 10% in einer dem Gesundheitsschaden adaptierten Tätigkeit wurde ausschliesslich mit Hinweis auf die psychopathologischen Befunde begründet (act. G 1.1/11 S. 21 unten). Die 10%ige Einschränkung geht denn auch auf die Einschätzung des psychiatrischen MEDAS-Konsiliararztes zurück. Aus rheumatologischer Sicht wurde bei 100%iger Arbeitsfähigkeit lediglich ein verminderter Einsatz der linken Hand und ein assistiver Einsatz derselben bestätigt (act. G 1.1/11: Gutachten S. 21, psychiatrisches Konsilium S. 6 und rheumatologisches Konsilium S. 7). Insofern brachte das MEDAS-Gutachten im Vergleich zu den früheren Arztberichten und Gutachten entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (act. G 11 S. 4 oben) in somatischer Hinsicht keine neuen Erkenntnisse.

2.2 Mit Bezug auf die psychischen Probleme des Beschwerdeführers (UV-act. I/148; act. G 1.1/11) kann die Frage der natürlichen Unfallkausalität sowie die Frage, in welchem Umfang der Beschwerdeführer als psychisch bedingt arbeitsunfähig zu erachten ist, wie nachstehend zu zeigen ist, offen bleiben (vgl. SVR 1995 UV Nr. 23, S. 68 Erw. 3c). Aufgrund des MEDAS-Gutachtens ist sodann als erstellt zu erachten, dass die beim Beschwerdeführer bestehende anhaltende somatoforme Schmerzstörung als invalidisierendes Leiden zu gelten hat (vgl. act. G 1.1/11: Gutachten S. 21 oben, psychiatrisches Konsilium S. 5), womit sich eine weitere diesbezügliche Prüfung erübrigt (vgl. act. G 1 S. 7 Ziffer 23). Für die Beurteilung der Adäquanz dieser Beschwerden ging die Beschwerdegegnerin beim Unfall vom 14. März 2002 mit Anschlägen der linken Hand an einem Türrahmen von einem leichten Ereignis aus. In Anbetracht der unmittelbaren Verletzungsfolgen (Metacarpale V Schrägfraktur links) erscheint diese Einstufung nicht ohne weiteres gerechtfertigt, da es sich nicht um ein geringfügiges Anschlagen hatte handeln können. Vielmehr ist - auch mit Blick auf die bisherige Praxis (vgl. A. Rumo-Jungo, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 3. A., S. 54-56) - von einem mittelschweren Ereignis (im Grenzbereich zu den leichten Unfällen) auszugehen. Was die in diesem Zusammenhang von der Rechtsprechung aufgestellten Kriterien betrifft (vgl. angefochtener Entscheid, Erw. 1), können dramatische Begleitumstände oder eine besondere Eindrücklichkeit nicht bejaht werden. Eine besondere Eindrücklichkeit lässt sich auch nicht damit begründen, dass die Hand nur drei Tage vor dem Unfall ein zweites Mal operiert worden und entsprechend verletzt und schmerzhaft gewesen sei (act. G 1 S. 7). Die erlittenen Verletzungen (Metacarpale V Schrägfraktur links) waren zwar zweifellos erheblich; ein besonderer Schweregrad oder die erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen, kann jedoch nicht angenommen werden. Die versicherte Person hat solange Anspruch auf die zweckmässige Behandlung (Art. 10 Abs. 1 UVG) der Unfallfolgen, als von ihrer Fortsetzung eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann (Art. 19 Abs. 1 UVG e contrario). Nach dem Unfall vom 14. März 2002 bestätigte Kreisarzt Dr. F.____ am 25. September 2002 hinsichtlich des linken Daumens und der Hand eine gute Funktion mit erhaltener Sensibilität (UV-act. II/10). Gemäss Bericht der Klinik für Orthopädische Chirurgie vom 1. April 2003 konnten - bei völlig konsolidierter Fraktur - keine Pathologie gefunden und keine spezifischen Massnahmen (ausser Krafttraining) vorgeschlagen werden (UV-act. I/37). Am 12. Dezember 2003 wurde von Seiten der Klinik für Orthopädische Chirurgie ein Verdacht auf Somatisierungsstörung diagnostiziert (UV-act. I/65), welcher sich im weiteren Verlauf bestätigte. Die weiteren ärztlichen Bemühungen umfassten in

somatischer Hinsicht im Wesentlichen Abklärungsmassnahmen (UV-act. I/76, 90, 122, 141), nicht jedoch eigentliche Behandlungen. Mit Blick auf die weniger als einjährige Behandlung von körperlichen Unfallfolgen kann nicht von einer ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung gesprochen werden. Sodann lagen weder ein schwieriger Heilungsverlauf noch erhebliche Komplikationen oder eine die Unfallfolgen erheblich verschlechternde ärztliche Behandlung vor. Aus dem Umstand, dass eine Sehnenruptur am 13. Juni 2006 festgestellt wurde – die sich allerdings, wie dargelegt, später klinisch auch im Kontroll-MRI nicht bestätigen liess - (UV-act. I/168), lässt sich entgegen der Ansicht des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers (act. G 1 S. 7 Ziffer 25) ohne weitere Anhaltspunkte keine ärztliche Fehlbehandlung bzw. eine Verursachung der Ruptur durch die durchgeführten Operationen ableiten, zumal später wie erwähnt eine Extensor carpi ulnaris-Sehnenruptur ausgeschlossen wurde (UV-act I/193a). Jedenfalls ergab sich daraus keine erhebliche Verschlechterung der Unfallfolgen im Sinn dieses Adäquanzkriteriums, zumal Dr. D. ___ im Bericht vom 7. Januar 2008 dazu festgehalten hatte, die MRT-Diagnose (vgl. UV-act. I/168) sei unter funktionellen Aspekten im MEDAS-Gutachten genügend berücksichtigt worden. Eine partielle Ruptur der Extensor carpi Sehne führe bei leidensangepasster Tätigkeit kaum zu einer verminderten Arbeitsfähigkeit (act. G 1.1/12). Prof. Dr. med. K. ___, Kantonsspital St. Gallen, hatte in diesem Zusammenhang bereits im Bericht 23. November 2006 eine Generalisierung der Beschwerden bei chronischer Schmerzsymptomatik im Bereich der linken Hand und des linken Handgelenks bestätigt (UV-act. I/193b). Die Behauptung des Beschwerdeführers, Dr. med. E. ___ habe ihm gegenüber Aussagen über Behandlungsfehler gemacht, wurde zum einen lediglich allgemein - nicht bezogen auf den Beschwerdeführer - formuliert ("... mitgeteilt hat, dass es bei Operationen an der Hand immer wieder zu Verletzungen von Nerven kommt"; UV-act. I/171). Zum anderen ist die Behauptung auch insofern nicht sehr plausibel, als solche Feststellungen aus dem Gutachten dieses Arztes (UV-act. I/160) nicht ersichtlich sind. Soweit es - wie der Beschwerdeführer geltend machen lässt (act. G 11 S. 8) - hinsichtlich der nicht den streitigen Unfall betreffenden Entfernung des Fremdkörpers in der linken Hand zu einem Behandlungsfehler kam (Übersehen des Glassplitters anlässlich ersten Operation), wurde dieser anlässlich der zweiten Operation vom 5. Juli 2002 behoben (UV-act. II/2 und II/4). Nach dem streitigen Unfall bescheinigte Kreisarzt Dr. F. ___ aus orthopädischer Sicht eine volle Arbeitsfähigkeit ab Oktober 2002 (UV-act. II/10). Von einer vollen Arbeitsfähigkeit gingen am 1. April 2003 auch die Ärzte der Klinik für Orthopädische Chirurgie aus (UV-act. I/37); nachdem weitere Abklärungen durchgeführt worden waren, bestätigten sie diese Einschätzung am 9. Januar 2004 (UV-act. I/76). Die weiteren medizinischen Abklärungen ergaben wie erwähnt die aus somatischer Sicht vollzeitliche Zumutbarkeit einer leichteren Tätigkeit. Eine lang dauernde, somatisch begründete Arbeitsunfähigkeit liegt damit ebenfalls nicht vor. Soweit aus den späteren ärztlichen Berichten und Gutachten eine Arbeitsunfähigkeit hervorgeht, ergingen die entsprechenden Einschätzungen weitgehend unter Berücksichtigung der psychischen bzw. nichtorganischen Faktoren sowie der unfallfremden Beschwerden (UV-act. I/128, act. G 1.1/11, act. G 1.1/12), die vorliegend ausser Acht bleiben müssen. Nachdem das Schmerzempfinden im späteren Verlauf durch die psychische Komponente und die unfallfremden Gesundheitsbeeinträchtigungen beeinflusst war, können auch körperliche (unfallbedingte) Dauerschmerzen nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bejaht werden. Aber selbst wenn somatisch bedingte Dauerschmerzen zu bejahen wären, müsste der adäquate Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und den psychischen

Beschwerden – bei Erfüllung nur eines Kriteriums - verneint werden. Für die Bemessung der unfallbedingten Invalidität können dementsprechend lediglich die unfallkausalen Beeinträchtigungen in somatischer Hinsicht miteinbezogen werden.

E. 3

3.1 Zur Festlegung des Valideneinkommens 2004 von Fr. 70'122.-- ging die Beschwerdegegnerin von den Angaben der früheren Arbeitgeberin aus, welche einen Grundlohn pro Monat (13x) von Fr. 5'394.-- meldete (UV-act. I/214 S. 2). Von diesem unbestritten gebliebenen Betrag ist auszugehen. 3.2 Das zumutbare Invalideneinkommen ist anhand der Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik zu ermitteln. Dabei ist auf Tabelle 1 (Privater Sektor) Niveau 4 (einfache und repetitive Tätigkeiten) abzustellen. Zugrunde zu legen sind wie beim Valideneinkommen die Zahlen des Jahres 2004. Der Beschwerdeführer ist zwar auf leichte Hilfsarbeiten beschränkt, er wäre aber in der Lage, seine Restarbeitsfähigkeit in vielen Branchen zu verwerten, sowohl im Sektor Produktion als auch im Sektor Dienstleistungen. Auszugehen ist deshalb vom allgemeinen Durchschnittslohn aller Branchen. Aus LSE 2004 TA 1 Niveau 4 ist für Männer ein Monatssalär von Fr. 4'588.-- ersichtlich. Das hieraus errechnete Jahressalär von Fr. 55'056.-- (2004) basiert auf 40 Wochenstunden und ist auf die betriebsübliche durchschnittliche Arbeitszeit 2004, d.h. auf 41.6 Stunden, aufzurechnen, woraus sich ein Betrag von Fr. 57'258.-- ergibt. Es ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer seine Erwerbsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt wegen der unfallbedingten Einschränkungen lediglich mit unterdurchschnittlichem Erfolg verwerten kann. Was hingegen den Einwand betrifft, der Beschwerdeführer sei faktisch ein funktioneller Einhänder, weshalb sich ein Abzug von zumindest 20% rechtfertige (act. G 1 S. 8), ist festzuhalten, dass im MEDAS-Gutachten aus rheumatologischer Sicht lediglich ein verminderter Einsatz der linken Hand und ein assistiver Einsatz derselben bestätigt wurde (act. G 1.1/11: Gutachten S. 21 und rheumatologisches Konsilium S. 7). Die im Gutachten ebenfalls bestätigte Diagnose einer funktionellen Einarmigkeit wurde denn auch im Wesentlichen mit psychischen und damit nicht unfallkausalen Gegebenheiten begründet (vgl. act. G 1.1/11: MEDAS-Gutachten S. 20f); dies im Gegensatz zum Sachverhalt im Urteil des Bundesgerichts vom 22. November 2007 i/S R. [U 499/06] Erw. 4 und 5), wo ein 20%iger Abzug bei einer Person zugelassen wurde, welche den einen Arm unfallbedingt erwerblich praktisch überhaupt nicht mehr einsetzen konnte (Urteil, a.a.O., Erw. 2). Von somatisch (unfall-)bedingter Einhändigkeit kann daher beim Beschwerdeführer nicht ausgegangen werden. Ein Teilzeitabzug fällt vorliegend ausser Betracht, zumal dem Beschwerdeführer eine vollzeitliche Präsenz am Arbeitsplatz möglich ist. Er verfügt sodann über eine Niederlassungsbewilligung C (UV-act. I/44), so dass von einer lohnmässigen Benachteiligung im Vergleich zu Schweizern nicht ausgegangen werden kann (vgl. BGE 126 V 75 Erw. 5a cc). Der von der Beschwerdegegnerin angenommene Leidensabzug von 10% trägt damit den konkreten Umständen zureichend Rechnung. Unter Berücksichtigung eines Leidensabzuges von 10% ergibt sich ein Invalideneinkommen von Fr. 51'532.--. Im Vergleich zum Valideneinkommen von Fr. 70'122.-- ergibt sich eine Erwerbsunfähigkeit von 27 % (aufgerundet; zur Prozentgenauigkeit vgl. BGE 130 V 121 Erw. 3.2). Im übrigen ist festzuhalten, dass die IV den IV-Grad von 32% auf der Basis der aus psychischen Gründen reduzierten 90%igen Leistungsfähigkeit gemäss MEDAS-Gutachten berechnet hatte (vgl. UV-act. I/232 S. 2). Der IV-Entscheid basiert somit auf anderen Grundlagen.

E. 4

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde, soweit darauf einzutreten ist, unter Bestätigung des Einspracheentscheids vom 10. Dezember 2007 abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Aufgrund der bewilligten unentgeltlichen Rechtsbeistandung hat der Rechtsbeistand des Beschwerdeführers Anspruch auf Entschädigung durch den Staat. Es rechtfertigt sich, diese angesichts der konkreten Umstände auf pauschal Fr. 3'200.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer und unter Berücksichtigung des Abzugs von einem Fünftel gemäss Art. 31 Abs. 3 AnwG [sGS 963.70]) festzulegen. Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG entschieden: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf eingetreten wird. 2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben. 3. Der Staat hat den Rechtsbeistand des Beschwerdeführers mit Fr. 3'200.-- zu entschädigen.

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