

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2003.00198 vom 26. Januar 2005

ZH Sozialversicherungsgericht, 2005-01-26, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2003.00198

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2003.00198 du 26 janvier 2005

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2003.00198 del 26 gennaio 2005

Erwägungen

E. 1

1.1. Der 1959 im ehemaligen Jugoslawien geborene, über keine spezifische Berufsausbildung verfügende und seit 1980 in der Schweiz lebende (Niederlassungsbewilligung C) M. ___ war seit Mitte 1989 bei der X. ___ AG, '___', als 'Operator' (Führung/Einrichtung/Überwachung von Produktions-/Packmaschinen) tätig und in dieser Eigenschaft bei der SUVA gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen sowie Berufskrankheit obligatorisch versichert (vgl. Urk. 10/1; Urk. 10/6; Urk. 21/2 S. 6).

1.2. Am 16. August 2002 geriet der Versicherte bei der Arbeit mit der linken Hand in eine Maschine, wobei er sich ein Quetschtrauma der Fingerendglieder Dig. III und IV (Mittel- und Ringfinger) zuzog. Die SUVA erbrachte ihm daraufhin die gesetzlichen Unfallversicherungsleistungen (vgl. Urk. 10/1-39).

1.3. Die medizinische Erstversorgung des Versicherten erfolgte im Spital C. ___, '___', wo eine Stumpfrevision, mit Einsetzen künstlicher Nägel, durchgeführt wurde. Am 18. August 2002 wurde der Versicherte nach komplikationslosem postoperativem Verlauf in gutem Allgemein- und Ernährungszustand nach Hause entlassen (Austrittsbericht der Dres. med. D. ___ und E. ___ vom 21. August 2002 [Urk. 10/2]).

Der mit der Nachbehandlung befasste Hausarzt, Dr. med. F. ___, Arzt für Allgemeine Medizin, '___', berichtete am 2. Dezember 2002 über eine gute Wundheilung, mit seit dem 2. Oktober 2002 trockenen und demzufolge verbandfreien Wundverhältnissen, und stellte eine 100%ige Arbeitswiederaufnahme auf den 16. Dezember 2002 in Aussicht, wobei er allerdings darauf hinwies, dass sich der sehr schmerzempfindliche Versicherte selbst nicht für arbeitsfähig halte (Urk. 10/5).

Am 3. Dezember 2002 umschrieb der Versicherte seine Beschwerden dahingehend, dass sich der Mittelfinger der linken Hand wegen ziehender Schmerzen nicht richtig schliessen lasse, der linke Ringfinger bei weniger starkem Schmerzempfinden ebenfalls noch nicht ganz in Ordnung sei und beide Finger vorne noch stark stossempfindlich seien. Alsdann gab er Auskunft über seine bei der X. ___ AG verrichtete Tätigkeit und äusserte die Ansicht, dass er noch nicht arbeitsfähig sei (Gesprächsrapport vom 3. Dezember 2002 [Urk. 10/6]).

Nachdem Dr. F. ___ dem Versicherten am 16. Dezember 2002 eine bis zum 5. Januar 2003 fortdauernde 100%ige Arbeitsunfähigkeit bescheinigt (vgl. Urk. 10/8) und sich die X. ___ AG kritisch über das Verhalten des Versicherten anlässlich der am 6. Januar 2003 erfolgten 50%igen Arbeitsaufnahme geäußert hatte (vgl. Urk. 10/9), wurde der

Versicherte zu einer kreisärztlichen Untersuchung aufgeboten. Dr. med. G.____, Facharzt für Chirurgie, Kreisarzt SUVA '____', erachtete den Versicherten in der Folge mit Wirkung ab dem 13. Januar 2003 für voll arbeitsfähig (Bericht vom 9. Januar 2003 [Urk. 10/12], samt Fotodokumentation [Urk. 10/10-11]).

Nach vorübergehend voller Arbeitstätigkeit wurde dem Versicherten seitens Dr. F.____ am 28. Januar 2003 wiederum eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (vgl. Urk. 10/13-16), welche im Bericht vom 24. Februar 2003 (Urk. 10/18) mit einer belastungsbedingt gesteigerten Hyperalgesie in den Fingerkuppen (v.a. Dig. III), begründet wurde; gleichzeitig wurde eine handchirurgische Abklärung angeregt und dafür Dr. med. H.____, Spezialarzt für Chirurgie, '____', vorgeschlagen.

Nach Einholung der Stellungnahme von Kreisarzt Dr. G.____ vom 28. Februar 2003 (Urk. 10/20) stellte die SUVA mit Verfügung vom 11. März 2003 (Urk. 10/21) ihre Taggeldleistungen rückwirkend per 13. Januar 2003 ein; dies mit Hinweis auf die seit diesem Zeitpunkt volle Arbeitsfähigkeit (S. 1).

1.4 Die vom Versicherten dagegen mit Eingabe vom 4. April 2003 (Urk. 10/27; samt Beilage [Urk. 10/25]) erhobene, auf die Aufhebung der angefochtenen Verfügung und die Weiterausrichtung der gesetzlichen Versicherungsleistungen (Taggeld/Rente), eventuell auf die Durchführung einer handchirurgischen Begutachtung, gerichtete Einsprache, welcher sich die Z.____ als zuständiger Krankenversicherer mit Eingaben vom 24. April 2003 (Urk. 10/32) beziehungsweise vom 23. Mai 2003 (Urk. 10/35) anschloss, wurde von der SUVA - nach Kenntnisnahme des ärztlichen Zwischenberichts des Spitals C.____ vom 3. April 2003 (gezeichnet: med. pract. I.____; Urk. 10/30) und des Berichts des von Dr. F.____ zwischenzeitlich zugezogenen Dr. H.____ vom 24. April 2003 (Urk. 10/31; vgl. dazu auch Telefonnotiz von Kreisarzt Dr. G.____ vom 5. Mai 2003 [Urk. 10/33]) sowie nach Einholung der ärztlichen Beurteilung von Dr. med. J.____, Facharzt für Chirurgie, SUVA-Abteilung Versicherungsmedizin, Luzern, vom 24. Juni 2003 (Urk. 10/37) - mit Entscheid vom 30. Juni 2003 (Urk. 2 = Urk. 10/38) abgewiesen.

E. 2

2.1 Hiergegen liess der durch Rechtsanwältin Christine Fleisch, Zürich, vertretene Versicherte mit Eingabe vom 1. Oktober 2003 (Urk. 1; samt Beilage [Urk. 3]) beim Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Beschwerde erheben, mit dem Rechtsbegehren, es sei die Verfügung vom 11. März 2003 (richtig: der Einspracheentscheid vom 30. Juni 2003) aufzuheben, und es seien ihm rückwirkend per 13. Januar 2003 die gesetzlichen Versicherungsleistungen (Taggeld/Rente) zuzusprechen, unter Entschädigungsfolge zulasten der SUVA (S. 2).

2.2 Die SUVA schloss mit Beschwerdeantwort vom 30. Januar 2004 (Urk. 9; samt Verwaltungsakten [Urk. 10/1-39]) auf Abweisung der Beschwerde (S. 2).

Mit Replik vom 24. Mai 2004 (Urk. 15; samt Beilagen [Urk. 15/1-3; worunter: Bericht von Dr. med. K.____, Arzt für Innere Medizin, '____', vom 2. Februar 2004 {Urk. 15/1}]) liess der Beschwerdeführer seine eingangs gestellten Begehren bekräftigen (S. 2). Mit Zuschrift vom 30. Juli 2004 (Urk. 20) reichte er sodann das beschwerdeweise in Aussicht gestellte medizinische Gutachten (von Dr. med. Y.____, Arzt für Chirurgie, speziell Handchirurgie, '____'[Urk. 21/1]) sowie eine weitere Expertise (von Dr. med. N.____ und Physiotherapeutin O.____, P.____ GmbH, '____', vom 22. Juli 2004 betreffend eine vom Krankenversicherer veranlasste 'Funktionsorientierte Medizinische Abklärung' [FOMA];

Urk. 21/2) nach.

Die Beschwerdegegnerin erneuerte mit Duplik vom 27. September 2004 (Urk. 26; samt Beilagen [Urk. 27/40-41]) ihren auf Beschwerdeabweisung lautenden Antrag (S. 4).

Mit GerichtsverfÄ¼gung vom 29. September 2004 (Urk. 28) wurde der Schriftenwechsel geschlossen (Disp.-Ziff. 1), unter Kenntnisgabe der von der Beschwerdegegnerin neu aufgelegten Unterlagen (Urk. 27/40-41; worunter: Ä¼rztliche Beurteilung von Dr. J. ___ vom 11. August 2004 [Urk. 27/41]) zuhanden des BeschwerdefÄ¼hrers (Disp.-Ziff. 2; vgl. Urk. 30).

E. 3

3.1 Ä¼ Ä¼ Ä¼ Die Beschwerdegegnerin erwog, aufgrund der Ä¼rztlichen Beurteilung von Dr. J. ___ vom 24. Juni 2003 (Urk. 10/37) sei die mit VerfÄ¼gung vom 11. MÄ¼rz 2003 (Urk. 10/21) unterstellte volle ArbeitsfÄ¼higkeit mit Wirkung ab dem 13. Januar 2003 nicht zu beanstanden.

Hieran hÄ¼lt sie im Beschwerdeverfahren fest, mit der ErgÄ¼nzung, dass die Stumpfrevision vom 16. August 2002 komplikationslos verlaufen sei und gemÄ¼ss Kreisarztbericht von Dr. G. ___ vom 9. Januar 2003 (Urk. 10/12) gut gepolsterte StumpfverhÄ¼ltnisse bestÄ¼nden. Bei den verbleibenden gewissen Druckdolenzen an den Fingerspitzen und den leichten BewegungseinschrÄ¼nkungen in den Endgelenken handle es sich um erfahrungsgemÄ¼ss nach Stumpfrevisionen auftretende, unter geeigneter Therapie und zunehmendem Arbeitseinsatz zurÄ¼ckgehende Restbeschwerden. Der BeschwerdefÄ¼hrer habe mehr als vier Monate Zeit gehabt, sich an die Behinderung zu gewÄ¼hnen und mittels geeigneter Therapie und Eigenanstrengung zur Desensibilisierung beizutragen; dies sei angesichts des guten Operationsergebnisses eine lange Zeit. Bei der von Dr. H. ___ im Bericht vom 24. April 2003 (Urk. 10/31) als Grund fÄ¼r die hohe Schmerzempfindlichkeit und zunehmende Schmerzhaftigkeit angefÄ¼hrten gesteigerten Hyperalgesie in den Fingerkuppen handle es sich um eine nicht auf objektiven Fakten, sondern auf subjektiven EinschÄ¼tzungen und Wertungen basierende und als solche ungesicherte Hypothese. Bei Aufbietung des erforderlichen Willens sei die Verrichtung einer handwerklichen TÄ¼tigkeit trotz womÄ¼glich bestehender gewisser Restbeschwerden ohne namhafte EinschrÄ¼nkung zumutbar (Urk. 9). Auch in den vom BeschwerdefÄ¼hrer replicando aufgelegten Ä¼rztlichen Berichten wÄ¼rden keine organischen Ursachen fÄ¼r die klinisch festgestellten Defizite benannt. Im Bericht von Dr. Y. ___ vom 7. Juli 2004 (Urk. 21/1) sei vielmehr ausdrÄ¼cklich von einer SchmerzverarbeitungsstÄ¼rung die Rede. Dabei handle es sich - wie auch die im P. ___-Bericht vom 22. Juli 2004 (Urk. 21/2) getroffenen Feststellungen betreffend einer am zweiten Testtag besseren Leistung belegten - um eine als solche unbeachtliche psychische Problematik (Urk. 26).

3.2 Ä¼ Ä¼ Ä¼ DemgegenÄ¼ber macht der BeschwerdefÄ¼hrer zusammenfassend geltend, es sei gestÄ¼tzt auf die Zeugnisse von Dr. F. ___ vom 24. Februar 2003 (Urk. 10/18) und dessen Eintragungen im Unfallschein (vgl. Urk. 3; Urk. 10/25) von einer 100%igen ArbeitsunfÄ¼higkeit auszugehen. Der gescheiterte Arbeitsversuch vom Januar 2003 zeige deutlich, dass keine volle ArbeitsfÄ¼higkeit vorliege (Urk. 1; Urk. 15).

GemÄ¼ss Stellungnahmen von Dr. Y. ___ vom 7. Juli 2004 (Urk. 21/1) und des P. ___ vom 22. Juli 2004 (Urk. 21/2) seien dem BeschwerdefÄ¼hrer belastende Arbeiten zufolge Ausbildung eines Schulter-Arm-Syndroms nicht mehr zumutbar, woraus eine 100%ige ArbeitsunfÄ¼higkeit hinsichtlich der angestammten TÄ¼tigkeit resultiere. Laut Bericht von

Dr. Y.____ vom 7. Juli 2004 (Urk. 21/1) seien die Beschwerden vollumfänglich auf den Unfall vom 16. August 2002 zurückzuführen (Urk. 20).

E. 4

4.1.1.1.1 Ist die versicherte Person infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG), so hat sie Anspruch auf ein Taggeld. Der Anspruch auf Taggeld entsteht am dritten Tag nach dem Unfalltag. Er erlischt mit der Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit, mit dem Beginn einer Rente oder mit dem Tod des Versicherten (Art. 16 Abs. 1 und Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [UVG]).

Das Taggeld beträgt bei voller Arbeitsunfähigkeit (Art. 6 ATSG) 80 % des versicherten Verdienstes. Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit wird es entsprechend gekürzt (Art. 17 Abs. 1 UVG).

Bei arbeitslosen Versicherten erbringt die Unfallversicherung die ganze Leistung, wenn die Arbeitsunfähigkeit mehr als 50 % beträgt, und die halbe Leistung, wenn die Arbeitsunfähigkeit mehr als 25 %, aber höchstens 50 % beträgt. Bei einer Arbeitsunfähigkeit von 25 % und weniger besteht kein Taggeldanspruch (Art. 25 Abs. 3 der Verordnung über die Unfallversicherung [UVV]; vgl. auch Art. 5 Abs. 4 der Verordnung über die Unfallversicherung von arbeitslosen Personen [UVAL]).

4.2.1.1.1 Arbeitsunfähigkeit ist 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 (Art. 6 ATSG).

Eine Person gilt demnach als arbeitsunfähig, wenn sie infolge eines Gesundheitsschadens ihre bisherige Tätigkeit nicht mehr, nur noch beschränkt oder nur unter der Gefahr, ihren Gesundheitszustand zu verschlimmern, ausüben kann (BGE 129 V 53 Erw. 1.1 und 114 V 283 Erw. 1c; RKUV 2001 Nr. KV 174 S. 292 Erw. 2a). Massgebend ist grundsätzlich die aufgrund ärztlicher Feststellungen ermittelte tatsächliche Unfähigkeit, am angestammten Arbeitsplatz nutzbringend tätig zu sein (BGE 114 V 283 Erw. 1c; RKUV 2001 Nr. KV 174 S. 292 Erw. 2a und 1987 Nr. U 27 S. 394 Erw. 2b), nicht hingegen die bloss medizinisch-theoretische Schätzung der Arbeitsunfähigkeit (BGE 111 V 239 Erw. 1b).

Der Grad der Arbeitsunfähigkeit ist indessen bei langdauernder (Teil-)Arbeitsunfähigkeit im bisherigen Tätigkeitsgebiet und stabilem Gesundheitszustand nur so lange unter Berücksichtigung des bisherigen Berufs festzusetzen, als von der versicherten Person vernünftigerweise nicht verlangt werden kann, ihre restliche Arbeitsfähigkeit unter Verminderung des Schadens in einem andern Berufszweig zu verwerten (BGE 115 V 133 Erw. 2 und 404 Erw. 2 sowie 114 V 283 Erw. 1d; RKUV 2000 Nr. U 366 S. 92 Erw. 4 und 1987 Nr. U 27 S. 394 Erw. 2b; Urteil des EVG vom 28. März 2002 in Sachen A. [U 191/01] Erw. 1b und c). Steht fest, dass die versicherte Person unter dem Blickwinkel der Schadenminderungspflicht einen Berufswechsel vorzunehmen hat, so ist ihr zur Anpassung an die veränderten Verhältnisse sowie zur Stellensuche eine angemessene Übergangsfrist - in der Regel von drei bis fünf Monaten - einzuräumen, während welcher das bisherige Taggeld geschuldet bleibt (BGE 114 V 289 Erw. 5b; Urteil des EVG vom 28. März 2002 in

Sachen A. [U 191/01]). Nach deren Ablauf entspricht der für die Bemessung des Taggeldes massgebende Arbeitsunfähigkeitgrad (vgl. RKUV 1987 Nr. U 27 S. 394 Erw. 2b) der Differenz zwischen dem Einkommen, das ohne Unfall im bisherigen Beruf verdient werden könnte, und dem Einkommen, das im neuen Beruf zumutbarerweise zu erzielen wäre (BGE 114 V 286 Erw. 3c; RKUV 1994 Nr. K 935 S. 115 Erw. 1; Urteile des EVG vom 28. August 2003 in Sachen M. [U 213/00] Erw. 3.1 und vom 21. Oktober 2003 in Sachen D. [U 91/02] Erw. 3.2). Diese Grundsätze gelten (unter Vorbehalt der Bestimmungen über die Koordination mit den Taggeldern der Arbeitslosenversicherung) auch für arbeitslose Versicherte (vgl. RKUV 2000 Nr. U 366 S. 92 Erw. 4; SJ 2000 II S. 440).

E. 4.3

4.3.1 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 entfiel (BGE 123 V 45 Erw. 2b, 119 V 337 Erw. 1 und 118 V 289 Erw. 1b, je mit Hinweisen).

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

Das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens muss mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 45; BGE 119 V 9 Erw. 3c/aa). Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt aber die entsprechende Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 46 Erw. 2, 1994 Nr. U 206 S. 328 f. Erw. 3b und 1992 Nr. U 142 S. 76). Dabei muss nicht etwa der Beweis für unfallfremde Ursachen erbracht werden. Welche Ursachen ein nach wie vor geklagtes Leiden haben, ob es Krankheitsursachen, ein Geburtsgebrechen oder degenerative Veränderungen sind, ist unerheblich. Denn es ist nicht so, dass der Unfallversicherer bei einmal bejahter Unfallkausalität so lange haftet, als er unfallfremde Ursachen nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachzuweisen vermag. Entscheidend ist allein, ob die unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren

haben, also dahingefallen sind (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 329 Erw. 3b). Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliegt oder dass die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei (Urteil des EVG vom 31. August 2001 in Sachen O. [U 285/00]).

4.3.2.2 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers nach UVG setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht:

Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 125 V 461 Erw. 5a, 123 V 103 Erw. 3d, 139 Erw. 3c, 122 V 416 Erw. 2a und 121 V 49 Erw. 3a, mit Hinweisen; RKUV 1997 Nr. U 272 S. 172 Erw. 3a).

Bei organisch nachweisbaren Unfallfolgen spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der aus dem natürlichen Kausalzusammenhang sich ergebenden Haftung praktisch keine Rolle, indem die Unfallversicherung auch für seltenste, schwerwiegendste Komplikationen haftet, welche nach der unfallmedizinischen Erfahrung im Allgemeinen gerade nicht eintreten pflegen (vgl. BGE 123 V 102 Erw. 3b, 118 V 291 Erw. 2a; vgl. auch BGE 117 V 365 Erw. 5d/bb, mit Hinweisen auf Lehre und Rechtsprechung).

Für die Beurteilung der Frage, ob ein Unfall nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und der allgemeinen Lebenserfahrung geeignet ist, eine psychische Gesundheitsschädigung herbeizuführen, ist nach der in BGE 115 V 133 ergangenen Rechtsprechung auf eine weite Bandbreite von Versicherten abzustellen. Dazu gehören auch jene Versicherten, die aufgrund ihrer Veranlagung für psychische Störungen anfälliger sind und einen Unfall seelisch weniger gut verkraften als Gesunde, somit im Hinblick auf die erlebnismässige Verarbeitung des Unfalles zu einer Gruppe mit erhöhtem Risiko gehören, weil sie aus versicherungsmässiger Sicht auf einen Unfall nicht optimal reagieren (BGE 115 V 135 Erw. 4b).

Für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhanges zwischen dem Unfall und psychischen Gesundheitsschädigungen ist im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall für die Entstehung der Arbeits- beziehungsweise Erwerbsunfähigkeit eine massgebende Bedeutung zukommt. Dies trifft dann zu, wenn er objektiv eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt (vgl. RKUV 1996 Nr. U 264 S. 288 Erw. 3b; BGE 115 V 141 Erw. 7, mit Hinweisen). Für die Beurteilung dieser Frage ist an das Unfallereignis anzuknüpfen, wobei - ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf - folgende Einteilung vorgenommen wurde: banale beziehungsweise leichte Unfälle einerseits, schwere Unfälle andererseits und schliesslich der dazwischen liegende mittlere Bereich (BGE 115 V 139 Erw. 6; vgl. auch BGE 120 V 355 Erw. 5b/aa; SVR 1999 UV Nr. 10 Erw. 2). Bei der entsprechenden Einteilung ist nicht das Unfallereignis der betroffenen Person massgebend, sondern das objektiv erfassbare Unfallereignis (vgl. BGE 120 V 355 Erw. 5b/aa und 115 V 139 Erw. 6; SVR 1999 UV Nr. 10 Erw. 2; RKUV 1995 Nr. U 215 S. 91).

Bei banalen Unfällen wie zum Beispiel bei geringfügigem Anschlagen des Kopfes oder Übertreten des Fusses und bei leichten Unfällen wie beispielsweise einem

gewöhnlichen Sturz oder Ausrutschen kann der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychischen Gesundheitsstörungen in der Regel ohne weiteres verneint werden, weil aufgrund der allgemeinen Lebenserfahrung aber auch unter Einbezug unfallmedizinischer Erkenntnisse davon ausgegangen werden darf, dass ein solcher Unfall nicht geeignet ist, einen erheblichen Gesundheitsschaden zu verursachen (BGE 120 V 355 Erw. 5b/aa und 115 V 139 Erw. 6a).

Demgegenüber ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychisch bedingter Arbeitsunfähigkeit bei schweren Unfällen in der Regel zu bejahen. Denn nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung sind solche Unfälle geeignet, invalidisierende psychische Gesundheitsschäden zu bewirken (BGE 120 V 355 Erw. 5b/aa und 115 V 140 Erw. 6b; RKUV 1995 Nr. U 215 S. 90 Erw. 3b).

Bei Unfällen aus dem mittleren Bereich schliesslich lässt sich die Frage, ob zwischen Unfall und Folgen ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht aufgrund des Unfalles allein schlüssig beantworten. Es sind daher weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte beziehungsweise indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Als wichtigste Kriterien sind zu nennen (BGE 115 V 140 Erw. 6c/aa):

- besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindringlichkeit des Unfalls;
- die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen;
- ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung;
- körperliche Dauerschmerzen;
- ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert;
- schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen;
- Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit.

Der Einbezug sämtlicher objektiver Kriterien in die Gesamtwürdigung ist nicht in jedem Fall erforderlich. Je nach den konkreten Umständen kann für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs ein einziges Kriterium genügen. Dies trifft einerseits dann zu, wenn es sich um einen Unfall handelt, welcher zu den schwereren Fällen im mittleren Bereich zu zählen oder sogar als Grenzfall zu einem schweren Unfall zu qualifizieren ist (vgl. RKUV 1999 Nr. U 346 S. 428, 1999 Nr. U 335 S. 207 ff. und 1999 Nr. U 330 S. 122 ff.; SVR 1996 UV Nr. 58). Andererseits kann im gesamten mittleren Bereich ein einziges Kriterium genügen, wenn es in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist, wie etwa eine auffallend lange Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit infolge schwierigen Heilungsverlaufes. Kommt keinem Einzelkriterium besonderes beziehungsweise ausschlaggebendes Gewicht zu, so müssen mehrere unfallbezogene Kriterien herangezogen werden. Dies gilt umso mehr, je leichter der Unfall ist. Handelt es sich beispielsweise um einen Unfall im mittleren Bereich, der aber dem Grenzbereich zu den leichten Unfällen zuzuordnen ist, müssen die weiteren zu berücksichtigenden Kriterien in gehäuft oder auffallender Weise erfüllt sein, damit die Adäquanz bejaht werden kann. Diese Würdigung des Unfalles zusammen mit den objektiven Kriterien führt zur Bejahung oder Verneinung der Adäquanz. Damit

entfällt die Notwendigkeit, nach andern Ursachen zu forschen, die möglicherweise die psychisch bedingte Erwerbsunfähigkeit mitbedingt haben könnten (BGE 115 V 140 Erw. 6c/bb; vgl. auch BGE 120 V 355 Erw. 5b/aa; RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff., Nr. U 449 S. 53 ff., 1998 Nr. U 307 S. 448 ff. und 1996 Nr. U 256 S. 215 ff.; SVR 1999 UV Nr. 10 Erw. 2).

E. 4.4

4.4.1.1 Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten oder der Expertin begründet sind (BGE 125 V 352 Erw. 3a und 122 V 160 Erw. 1c).

4.4.2.1 Der Umstand, dass eine ärztliche Stellungnahme von einer Partei eingeholt und in das Verfahren eingebracht wird, rechtfertigt für sich allein grundsätzlich nicht Zweifel an ihrem Beweiswert (AHI 2001 S. 115 Erw. 3c; BGE 122 V 161, mit Hinweis).

Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte und Ärztinnen kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt oder die befragte Ärztin in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters oder der Gutachterin allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 125 V 353 f. Erw. 3b/ee, mit Hinweis).

In Bezug auf Hausarztberichte darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte und Hausärztinnen mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353 Erw. 3b/cc).

E. 5.1

5.1.1.1 Dem angefochtenen Entscheid (Urk. 2 = Urk. 10/38) lag folgende medizinische Aktenlage zugrunde (vgl. Urk. 10/1-39):

5.1.2.1 Kreisarzt Dr. G. beschrieb den anlässlich der Untersuchung vom 9. Januar 2003 erhobenen und fotografisch dokumentierten (Urk. 10/10-11) Befund wie folgt: An den Fingern III und IV der linken Hand liege eine Fingerkuppenamputation, mit Beeinträchtigung der Nägel im distalen Anteil, vor. Das Nagelbett sei vor allem proximal erhalten, bei leichter Uhrglasform. Die Weichteile seien gut über den Endgliedresten verteilt; die Polsterung sei genügend. Die Haut sei noch fein, ohne Beschwiellung. Der Stumpf am Finger III sei leicht druckdolent, und zwar sowohl an der Spitze als auch im Bereich des Nagelbettes proximal. Die Endgliedbeweglichkeit sei in beiden Fingern leicht eingeschränkt. Der Faustschluss sei hingegen praktisch vollständig möglich. Die Kraftmessung ('Jamar' Stufe II) habe bei der dominanten

psychisch kontraproduktiv. Überdies habe der Beschwerdeführer ab dem 16. Dezember 2002 Gelegenheit gehabt, sich im Rahmen von 50 % schonend wieder an die Arbeit zu gewöhnen. Die volle Arbeitsunfähigkeit seit der nicht schwerwiegenden und korrekt behandelten Fingerverletzung vom 16. August 2002 an der nicht dominanten Hand habe bis dahin schon ungewöhnlich lange gedauert.

E. 5.2

5.2.1. Den im Beschwerdeverfahren neu aufgelegten Unterlagen ist Folgendes zu entnehmen (vgl. Urk. 16/1-3; Urk. 21/1-2; Urk. 27/40-41; vgl. auch Urk. 3):

5.2.2. Der Internist Dr. K. umschrieb im Bericht vom 2. Februar 2004 (Urk. 16/1) nebst einer Fingerkuppenamputation, mit Beeinträchtigung der Nagel im distalen Anteil der Finger III und IV links, mit belastungsabhängiger Hyperalgesie der Fingerkuppen, ein Schulter-Arm-Syndrom links, durch Fehlhaltung/-belastung. Klinisch wies er auf abgeheilte verletzte Kuppen Dig. III und IV links, eine starke Berührungsschmerzhaftigkeit sowie künstliche Fingernagel hin. Die Arbeitsunfähigkeit hinsichtlich der angestammten manuellen Tätigkeit wie auch hinsichtlich anderer Berufstätigkeiten legte er auf 100 % fest.

5.2.3. Der vom Beschwerdeführer beigezogene Handchirurg Dr. Y. diagnostizierte im Gutachten vom 7. Juli 2004 (Urk. 21/1) eine Deafferenzierungsproblematik in den Kuppen Dig. III und IV links, bei Status nach Fingerkuppenamputation (S. 1). Anamnestisch verwies er auf den komplikationslosen Verlauf und das problemlose Ausheilen der Fingerstümpfe nach erfolgter Kuppenrevision (S. 1 f.). Sodann hielt er fest, inspektorisch zeigten sich schön verheilte Stümpfe am Mittel- und Ringfinger links. Auch das Nagelwachstum sei bis auf eine leicht uhrglasförmige Abwölbung unauffällig. Die Beschwiellung der gesamten linken Hand sei zart; es könne kaum Hornhaut ausgemacht werden. Die Flexion in den MP-Gelenken betrage im Zeigefinger 60°, im Mittelfinger 70°, im Ringfinger 70° und im Kleinfinger 80°. Die PIP-Gelenke könnten im Zeigefinger bis 100°, im Mittelfinger bis 80°, im Ringfinger bis 90° und im Kleinfinger bis 100° flektiert werden. Der Faustschluss sei knapp vollständig. Die Faustschlusskraft betrage links 16 kg, rechts 15 kg. Der Vorderarmumfang betrage links 25 cm und rechts 27 cm. Die Diskriminierung der Fingerkuppen sei bis auf den Ringfinger (4 mm) unauffällig. Auf Druck könnten in den Kuppen des Mittel- und Ringfingers Parästhesien und Schmerzen ausgelöst werden. Die Zirkulation sei intakt (S. 2).

In seiner Beurteilung legte Dr. Y. dar, es liege eine regelrecht versorgte und verheilte Kuppenverletzung am Mittel- und Ringfinger links vor. Klinisch bestehe eine ausgeprägte Deafferenzierungsproblematik, mit vom Beschwerdeführer glaubhaft geschilderten Beschwerden. Dass der Beschwerdeführer seine linke Hand kaum einsetze, könne auch aus der verminderten Beschwiellung abgelesen werden. Es sei allgemein bekannt, dass Patienten aus dem Balkan zu solchen Schmerzverarbeitungsstörungen tendierten und sich trotz korrekter Behandlung solche Deafferenzierungen ausbilden könnten (S. 2). Wegen der Deafferenzierungsproblematik, mit Schmerzen im Bereich der linken Hand und Ausbildung eines Schulter-Arm-Syndroms, sei der Beschwerdeführer nicht mehr fähig, belastende Arbeiten auszuführen. Aufgrund der objektiven Befunde, beinahe ohne Ausbildung von Schwielen und mit nachweislicher Kraftlosigkeit, werde und könne die linke Hand kaum belastend eingesetzt werden; insofern könnten dem Beschwerdeführer

belastende Arbeiten nicht mehr zugemutet werden. Kontrollaufgaben oder Arbeiten, welche vorwiegend mit der rechten Hand durchgeführt werden könnten, seien dem Beschwerdeführer hingegen sicherlich zumutbar; die diesbezügliche Arbeitsfähigkeit betrage 100 % (S. 3). Der Arbeitsunfall vom 16. August 2002 sei die alleinige Ursache der bestehenden gesundheitlichen Defizite in Form einer Schmerzverarbeitungsproblematik (S. 3). Eine weitere ärztliche Behandlung sei nicht notwendig. Am Sinnvollsten erscheine eine Integration in den Arbeitsprozess, wobei die linke Hand nicht voll eingesetzt werden könne; es bestehe sicherlich noch Potential im Hinblick auf eine Verbesserung der Schmerzverarbeitung, wobei Aussagen zum Endzustand nur schwer zu treffen seien (S. 4 f.). Im angestammten Beruf sei der Beschwerdeführer sicherlich nicht mehr arbeitsfähig; hingegen seien Arbeiten, welche die linke Hand nicht allzu sehr belasteten, zumutbar (S. 5). Abschliessend wies Dr. Y. ___ darauf hin, dass der Beschwerdeführer einen glaubhaften Eindruck gemacht habe; die von ihm geschilderten Beschwerden, welche einen vollen Einsatz der linken Hand verunmöglichten, würden durch die Kraftmessung und die objektiv fehlende Beschwielung der linken Hand bestätigt (S. 5).

5.2.4.4 In dem zuhanden des Krankenversicherers erstatteten P. ___-Gutachten vom 22. Juli 2004 (Urk. 21/2) wurden folgende Diagnosen gestellt (S. 1):

- Allodynie der Kuppen des linksseitigen Mittel- und Ringfingers, mit sekundären Ausstrahlungen bis Nacken/Hinterkopf, mit/bei Status nach Quetschtrauma der Endglieder des Mittel- und Ringfingers links vom 16. August 2002, mit nachfolgender operativer Stumpfrevision;

- Haltunginsuffizienz bei statischen Belastungen (vorgeneigtes, längeres Stehen an Ort).

Die am 16. August 2002 zugezogene Kuppenverletzung am Mittel- und Ringfinger betreffe "gemäss heutigen Angaben des Beschwerdeführers" die - abgesehen vom Schreiben - dominante linke Hand. Die Arbeitswiederaufnahme nach operativer Versorgung und anschliessend viermonatiger ergotherapeutischer Behandlung habe zu einer Schmerzzunahme, mit Ausstrahlung über den Vorder- und Oberarm bis zum Nacken und Hinterkopf geführt. Der Beschwerdeführer schildere Dauerschmerzen, mit noch weitreichender Variabilität auf der numerischen Schmerzskala, aber ohne Beschwerdefreiheit. Wenn möglich nehme der Beschwerdeführer die für ihn schmerzlindernde Schonhaltung, mit Supinationsstellung der Hand, bei reflektiertem Ellbogen und Stützen durch den rechten Arm, ein. In Bezug auf die berufliche Prognose sei der Beschwerdeführer pessimistisch-resignativ, wenn auch keine eigentliche Katastrophisierungstendenz bestehe. Die klinische Untersuchung habe eine Allodynie der Fingerkuppen des Mittel- und Ringfingers der linken Hand, bei regelrecht verheilten Fingerstämpfen und normalen Haut- und Temperaturverhältnissen, ergeben. Dystrophieelemente beständen keine. Als Folge der vom Beschwerdeführer geschilderten Beschwerdeausstrahlungen würden unter anderem auch Schmerzen bei der Schulterbeweglichkeit linksseitig, in allen Bewegungsrichtungen, angegeben, ferner linksseitige Nackenschmerzen bei HWS-Flexion, Extension wie auch bei Rotation in Neutralstellung. Daneben sei eine gewisse, umfangsmässig jedoch nicht signifikante Verminderung der linken oberen Extremität im Seitenvergleich festzustellen. Zusammenfassend bestehe ein chronisches Schmerzsyndrom, ausgehend von den Kuppen des linksseitigen Mittel- und Ringfingers, mit sekundärer Ausstrahlung über den linken Arm bis Nacken/Hinterkopf, bei Status nach Quetschtrauma an den Fingerendgliedern und

operativer Revision nach einer Fingerkuppenamputation (Deafferenzierungsproblematik). Gestützt auf die klinische Untersuchung, unter spezieller Berücksichtigung der durchgeführten Belastungstests ('Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit' [EFL]), lasse sich ein konsistentes Verhalten feststellen, und es sei davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer die linke Extremität, inklusive Hand, in der Vergangenheit wie auch zukünftig nicht voll einsetzen respektive voll einsetzen könne (S. 2).

In den Schlussfolgerungen gemäss EFL wird als arbeitsbezogenes relevantes Problem ein Schonverhalten des linken Armes, aufgrund der Hypersensibilität der Kuppen Dig. III und IV links, mit entsprechender Kraft- und Druckverminderung des gesamten linken Armes, der Hand- und Finger Muskulatur, bezeichnet. Weiter zeige sich bei Arbeiten über Kopf eine eingeschränkte Streckung der Halswirbelsäule, in Kombination mit der abgeschwächten Armmuskulatur, als limitierend. Beim Stehen habe eine vermehrte Beugung der Brust- und Lendenwirbelsäule beobachtet werden können. Zusätzlich sei eine ungenügende Beinachsenstabilisation beidseits zu beobachten gewesen, welche im Hinblick auf die arbeitsbezogene Problematik jedoch sicher eine untergeordnete Rolle spiele. Die Leistungsbereitschaft des Beschwerdeführers sei als zuverlässig zu beurteilen. Die Konsistenz könne aufgrund der Testauswahl nicht abschliessend beurteilt werden. Die Belastbarkeit liege allgemein im Bereich leichter Arbeiten. Die angestammte Tätigkeit sei nicht (mehr) zumutbar. Und zwar einerseits aufgrund der grossen Gewichtsbelastungen ("Anforderungen und Belastbarkeit liegen zu weit auseinander"), andererseits aufgrund des notwendigen gleichzeitigen Einsatzes beider Hände, mit hohem Arbeitstempo, bei einer eingeschränkten Handkoordination links. Leichte Arbeiten, welche keinen heftigen und schnellen Einsatz der linken Hand voraussetzten, seien im Sinne der im EFL-Bericht vermerkten Fähigkeiten und Defizite zumutbar. Allerdings könnten keine längeren Aushilfsarbeiten ausgeführt werden (S. 2 f.). Abschliessend wurde die Arbeits(un)fähigkeit dahingehend umschrieben, dass bezüglich der zuletzt ausgeübten Tätigkeit keine verwertbare Arbeitsfähigkeit (mehr) bestehe; zumutbar seien hingegen körperlich leichte, keine längeren Aushilfsarbeiten erfordernde Tätigkeiten, wobei die linke Hand nicht voll eingesetzt werden könne (S. 4).

5.2.5.5 Der von der Beschwerdegegnerin beigezogene Versicherungsmediziner Dr. J. ___ führte in seiner Aktenbeurteilung vom 11. August 2004 (Urk. 27/41) aus, Dr. Y. ___ bestätige, dass die Fingerstämme schmerzlos verheilt seien und auch das Nagelwachstum weitgehend unauffällig sei; die Fingerbeweglichkeit sei gemäss dessen Feststellungen frei, der Faustschluss knapp vollständig und die Zirkulation intakt. Obwohl an der linken Hand eine Beschwielung fehle und der Vorderarmumfang links 2 cm geringer sei als rechts, sei die Faustschlusskraft links mit 16 kg grösser als rechts mit 15 kg. Auf Druck könnten der Beschreibung nach an den Kuppen Dig. III und IV Parästhesien und Schmerzen ausgelöst werden. Nach an sich korrekt durchgeführter Untersuchung erweise sich die Beurteilung von Dr. Y. ___ aus versicherungsmedizinischer Sicht nicht als schlüssig. Bei der von Dr. Y. ___ postulierten Deafferenzierungsproblematik handle es sich um eine fragwürdige, angesichts der relativ leichten Endgliedverletzungen nicht wahrscheinliche neurologische Hypothese. Allerdings diagnostiziere Dr. Y. ___ ausdrücklich eine Schmerzverarbeitungsstörung, also eine psychogene Fehlentwicklung. Beim ausgemachten Schulter-Arm-Syndrom handle es sich um eine "deskriptive Pseudo-Diagnose". Dr. Y. ___ verkehre zudem den objektiven Ursache-Wirkungs-

Zusammenhang. Bei der an der linken Hand fehlenden Beschwielung handle es sich um eine sekundäre Folge der nach komplikationslos verheilten Fingerkuppenverletzung unangemessenen Schonung, während es sich bei der von der Kooperation abhängigen angeblichen Kraftlosigkeit um einen "pseudo-objektiv[en]" Befund handle, zumal sich eine solche aus der dokumentierten Faustschlusskraft nicht ergebe. Wenn - wie Dr. Y.____ darlege - balkanstämmige Patienten zu solchen Störungen tendierten, beweise dies gerade, dass es sich dabei nicht um ein medizinisches, sondern um ein primär psychosoziales Problem handle. Zuzustimmen sei Dr. Y.____ darin, dass eine weitere Behandlung weder nötig noch sinnvoll sei und der Beschwerdeführer umgehend in den Arbeitsprozess eingegliedert werden sollte (S. 1 f.).

Zum P.____-Gutachten (Urk. 21/2) Äusserte sich Dr. J.____ dahingehend, dass im Lokalbefund der linken Hand eine normale Trophik und eine seitengleiche Temperatur beschrieben werde. Es werde ein ängstliches Verhalten, mit häufigem, langanhaltendem Zittern der Hand geschildert, was für eine Psychogenie spreche. Die vorgefundene Seitendifferenz beim Oberarm- (links: -1 cm) und Unterarmumfang (links: -1.5 cm) liege für den dominanten Arm noch im Normbereich. Die Resultate der durchgeführten EFL seien kooperationsabhängig und folglich generell "mit Vorsicht zu genießen". Ob es für das beobachtete Schonverhalten bezüglich des linken Arms ein angemessenes körperliches Korrelat gebe, sei eine Frage, welche sich mittels EFL als verhaltensorientierter Methode nicht beantworten lasse. Konkret sei zudem auf Inkonsistenzen hingewiesen worden. Bei der getroffenen Zuordnung der Problematik unter den Begriff chronisches Schmerzsyndrom handle es sich um eine "ganzheitliche deskriptive Pseudo-Diagnose". Das Schlagwort Deafferenzierungsproblematik und der Begriff Allodynie seien rheumatologisch nicht aussagekräftig. Eine Allodynie beschreibe definitionsgemäss lediglich einen aufgrund eines normalerweise ungeeigneten Stimulus ausgelösten Schmerz, ohne jede Aussage über die Ätiologie. Von einer Deafferenzierung im neurochirurgischen Sinne, das heisst im Sinne einer Ausschaltung sensibler Impulse zum Gehirn, könne vorliegend keine Rede sein, da eine relevante Nervenverletzung durch eine partielle Amputation von Fingerkuppen gar nicht möglich sei. Für ein Neurom, eine Algodystrophie oder ein CRPS ('complex regional pain syndrom') fänden sich keine Anhaltspunkte (S. 2).

Zusammenfassend hielt Dr. J.____ fest, es ergäben sich aus den Berichten von Dr. Y.____ (Urk. 21/1) und des P.____ (Urk. 21/2) keine neuen Erkenntnisse. Es werde darin eine "verhaltensorientierte Gesamtbeurteilung" 'post hoc' bei unbestritten günstigem Lokalbefund im Sinne schon verheilten Fingerstümpfe vorgenommen. Der Verlauf nach korrekt behandelten Fingerverletzungen widerspreche der allgemeinen Lebenserfahrung. Es gebe keinen objektiven körperlichen Grund, die linke Hand zu schonen. Die beste Desensibilisierung von Fingerstümpfen sei deren Gebrauch in Alltag und Beruf. Unter Ausblendung der psychischen Überlagerung müsse von einer zumutbarerweise vollen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden (S. 3).

E. 5.3

5.3.1.1. Gestützt auf diese ärztlichen Beurteilungen ist erstellt, dass der Beschwerdeführer eine vergleichsweise leichte Fingerkuppenverletzung (Mittel- und Ringfinger links) erlitten hat, indessen trotz regelrechter Versorgung (Kuppenrevision) und komplikationsloser Verheilung (mit angemessener Polsterung und intakter Zirkulation und Trophik sowie bei nur geringfügiger Beweglichkeitseinschränkung) an zunehmenden

belastungsabhängigen Finger- (Parästhesien und Schmerzen) sowie zusätzlich unter fehlhaltungs- beziehungsweise -belastungsbedingten Schulter-Arm-Beschwerden leidet, wodurch seine Arbeitsfähigkeit insgesamt erheblich eingeschränkt wird. Sodann steht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit fest, dass die anhaltenden Beschwerden im Wesentlichen auf eine psychische Fehlverarbeitung in Form einer Schmerzverarbeitungsstörung zurückzuführen sind. Das vom Beschwerdeführer an den Tag gelegte ängstliche Schonverhalten (Schonhaltung des linken Arms, mit Supinationsstellung der Hand, bei reflektiertem Ellbogen und Stützen durch den rechten Arm; fehlende Beschleunigung) hat den notwendigen Desensibilisierungsprozess (zur Beweglichkeits- und Belastungsverbesserung der Fingerkuppen bzw. -endglieder) behindert beziehungsweise verunmöglicht und schliesslich zu einer Beeinträchtigung der gesamten linken oberen Extremität (Schmerzempfindung bei leichter, normalerweise nicht schmerzhafter Fingerberührung; zunehmender Kraftverlust des linken Armes, der Hand und der Finger zufolge verschmächtigter Muskulatur sowie Bewegungseinschränkung im Arm-, Schulter-, und Halswirbelsäulenbereich) geführt.

Die involvierten Mediziner und Medizinerinnen stimmen darin überein, dass ein objektiv alles in allem günstiger Fingerbefund Dig. III und IV links vorliegt. Kreisarzt Dr. G. konstatierte ein vor allem proximal erhaltenes Nagelbett, bei leichter Uhrglasform und gut über den Endgliedresten verteilte, eine genügende Polsterung abgebende Weichteile (Urk. 10/12). Seitens der Verantwortlichen des Spitals C. wurden zwar kleine Nekroseareale vermerkt (Urk. 10/30), doch beschrieb Dr. H. später die sudolipare Aktivität wie auch Trophik und Kolorit als normal (Urk. 10/31). Auch Dr. Y. bezeichnete das Nagelwachstum bis auf eine leichte uhrglasförmige Abwölbung als unauffällig und die zirkulatorischen Verhältnisse als intakt (Urk. 21/1). Entsprechendes ist auch der P.-Einschätzung zu entnehmen, wo von normalen Haut- und Temperaturverhältnissen und fehlenden Dystrophieelementen die Rede ist (Urk. 21/2). Das Fehlen von Hinweisen auf ein Neurom oder eine Algodystrophie wird von Dr. J. bekräftigt (Urk. 27/41). Aufgrund des insofern klinisch-inspektorisch vielversprechenden Befunds sowie in Anbetracht der bloss leichtgradig eingeschränkten Endgliedbeweglichkeit und der praktisch vollständig erhaltenen Faustschlussfähigkeit schloss Dr. G. auf die Zumutbarkeit einer 100%igen Arbeitswiederaufnahme per 13. Januar 2003 (Urk. 10/12). Als etwas zurückhaltender, aber im Ergebnis in die gleiche Richtung gehend erweist sich die Einschätzung des vom Hausarzt des Beschwerdeführers (Dr. F.) zugezogenen Dr. H., welcher ebenfalls unter Hinweis auf den im Wesentlichen regelrechten Befund und einen bis zum Berühren der Fingerkuppen in der Hohlhand möglichen Faustschluss die Möglichkeit einer raschen Verbesserung und Steigerung der Arbeitsfähigkeit bei nachdrücklicher Führung des Beschwerdeführers als gegeben erachtete (Urk. 10/31). Dr. Wohlgenut wiederum vermerkte zwar gewisse Beweglichkeitseinschränkungen in den Fingergelenken (MP- und PIP-Gelenke) und einen nur knapp vollständigen Faustschluss und schloss - unter Berücksichtigung der zwischenzeitlich entwickelten Schulter-Arm-Problematik - auf eine reduzierte Arbeitsfähigkeit, führte die geklagten ausstrahlenden Parästhesien und Schmerzen jedoch auf eine ausgeprägte Deafferenzierungsproblematik zurück, welche Einschätzung er dahingehend präziserte, dass es sich dabei um eine psychosozial beziehungsweise kulturell bedingte Schmerzverarbeitungsstörung handle (Urk. 21/1). Diese Beurteilung wurde von den Verantwortlichen des P., nach deren funktionsorientierten Erhebungen nurmehr eine

erheblich verminderte Arbeitsfähigkeit gegeben sein soll, im Kern übernommen (Urk. 21/2). Wie Dr. J. ___ in der Folge nachvollziehbar und einleuchtend darlegte, liegt dieser von Dr. Y. ___ und den Verantwortlichen des P. ___ als Ausschaltung afferenter sensibler Impulse beschriebenen Zuordnung kein eigentliches neurologisches Korrelat zugrunde; vielmehr ist diese Entwicklung als rein psychogener Vorgang zu begreifen. Ob es sich bei der versehrten Gliedmasse um die nichtdominante (so die Annahme von Dr. J. ___ [Urk. 10/37; Urk. 27/41 S. 2], gestützt auf die Angabe des Beschwerdeführers gegenüber Kreisarzt Dr. G. ___ [Urk. 10/12 S. 1]; vgl. zum beweismässigen Gewicht sog. 'Aussagen der ersten Stunde': BGE 121 V 47 Erw. 1a und 115 V 143 Erw. 8c, mit Hinweis) oder die dominante Hand (so die spätere Angabe des Beschwerdeführers gegenüber den Verantwortlichen des P. ___ [Urk. 21/2 S. 2 Ziff. 2]) handelt, bleibt in dieser Hinsicht ohne Belang. Die rudimentäre und undifferenzierte Beurteilung von Dr. K. ___ (Urk. 16/1) führt demgegenüber nicht weiter und steht zudem hinsichtlich der Verneinung jeglichen Restleistungsvermögens in klarem Gegensatz sowohl zu den Einschätzungen der Dres. G. ___ (Urk. 10/12) und J. ___ (Urk. 10/37; Urk. 27/41) als auch zu den Beurteilungen der Dres. H. ___ (Urk. 10/31) und Y. ___ (Urk. 21/1) sowie der Verantwortlichen des P. ___ (Urk. 21/2). Das Gleiche gilt auch für die hausärztlichen und als solche ohnehin mit Bedacht zu wärdigenden Einschätzungen von Dr. F. ___ (Urk. 10/18; Urk. 10/25; Urk. 3).

Zusammengefasst ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer zwar unter anhaltenden Finger- und sekundären Schulter-Arm-Beschwerden leidet, welche seine Integration in den Arbeitsprozess glaubhaft behindern. Indessen ist diese Problematik im Wesentlichen nicht körperlich, sondern psychisch bedingt.

5.3.2.2 Zu beurteilen ist demnach, ob die im Zeitpunkt der per 13. Januar 2003 erfolgten (gemäss Verfügung vom 11. März 2003 [Urk. 10/21]) und mit Einspracheentscheid vom 30. Juni 2003 (Urk. 2 = Urk. 10/38) bestätigten Einstellung der Taggeldleistungen bestandene, zu einer anhaltenden Einschränkung der Arbeitsfähigkeit während Gesundheitsschädigung des Beschwerdeführers durch den Unfall vom 16. August 2002 verursacht worden ist:

Nach den vorhandenen Arztberichten ist anzunehmen, dass der Unfall vom 16. August 2002 zumindest als Teilursache der bestehenden Beschwerden zu betrachten ist, was für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs rechtsprechungsgemäss genügt. Gestützt auf die aktenkundigen medizinischen Gutachten und ärztlichen Berichte kann jedenfalls nicht von einem Dahinfallen jeder natürlich-kausalen Bedeutung unfallbedingter Ursachen des bestehenden Gesundheitsschadens und der damit einhergehenden Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit gesprochen werden.

5.3.3.1 Fraglich bleibt daher, ob das im vorstehenden Sinne im Ganzen psychogen bedingte Geschehen in einen adäquaten Kausalzusammenhang zum Unfall vom 16. August 2002 zu setzen ist:

Der Unfall vom 16. August 2002, bei dem der Beschwerdeführer mit der linken Hand in eine Maschine geriet und sich ein Quetschtrauma der Fingerendglieder Dig. III und IV (Mittel- und Ringfinger) mit daraus resultierender Kuppenamputation zuzog (vgl. insbes. Urk. 10/1-2; Urk. 10/6), ist der Kategorie der leichteren Fälle im mittleren Bereich zuzuordnen (vgl. zur Kasuistik RKUV 2003 Nr. U 481 S. 204 Erw. 3.3.2, 1999 Nr. U 330 S. 122 ff. und 1995 Nr. U 221 S. 113 ff.; ferner SZS 2001 S. 431 ff.)

Der Beschwerdeführer klagt zwar über Dauerschmerzen (vgl. P. ___-Gutachten vom 22. Juli 2004 [Urk. 21/2] S. 2). Besonders dramatische Begleitumstände des Unfallgeschehens sind indessen nicht auszumachen. Ebenso fehlt es unter objektiven Gesichtspunkten an einer besonderen Eindringlichkeit des Unfallereignisses. Die erlittene Wunde machte eine sofortige operative Versorgung notwendig, doch konnte der Beschwerdeführer das Spital C. ___ bereits am 18. August 2002 in gutem Allgemein- und Ernährungszustand wieder verlassen (vgl. Urk. 10/2). Der postoperative Wundheilungsverlauf wurde allseits als komplikationslos beschrieben (vgl. Urk. 10/2; Urk. 10/5; Urk. 10/12; Urk. 10/31; Urk. 21/1-2; Urk. 27/41). Die erlittene Verletzung selbst ist nach ihrer Art und Schwere als geringfügig zu bezeichnen (vgl. Urk. 10/12; Urk. 10/37; Urk. 27/41) und ist folglich im Allgemeinen nicht geeignet, psychische Fehlentwicklungen der vorliegenden Art auszulösen. Die ärztliche Behandlung dauerte bis zu den ersten stichhaltigen Anzeichen der psychischen Dekompensation nicht ungewöhnlich lang. Hinweise auf eine die Unfallfolgen erheblich verschlimmernde ärztliche Fehlbehandlung liegen nicht vor; eigentliche medizinisch begründete Komplikationen sind nicht auszumachen. Von einer länger dauernden rein physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit kann keine Rede sein (vgl. zur Kasuistik RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff.).

Die ausschlaggebenden unfallbezogenen Kriterien liegen mithin nicht in solch verdichteter Weise vor, dass dem Unfall vom 16. August 2002 eine massgebende Bedeutung an dem über Mitte Januar 2003 hinaus geklagten Beschwerdebild zuzubilligen wäre. Der Unfall vom 16. August 2002 ist vielmehr lediglich als zeitlicher Auslöser oder als blosser Gelegenheitsursache (vgl. Rumo-Jungo, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, in: Murer/Stauffler [Hrsg.], Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 3. Aufl., Zürich 2003, S. 54) einer psychischen Fehlentwicklung zu betrachten. Ein adäquater Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 16. August 2002 und den anhaltenden, zu einer fortdauernden Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führenden Beschwerden ist somit zu verneinen.

6. Zusammenfassend führt dies zur kosten- und entschuldigungslosen Abweisung der Beschwerde, soweit darauf einzutreten ist.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf eingetreten wird.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwältin Christine Fleisch

- SUVA

- Bundesamt für Gesundheit (BAG)

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

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

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

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