

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2006.00030 vom 29. Juni 2007

ZH Sozialversicherungsgericht, 2007-06-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2006.00030

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2006.00030 du 29 juin 2007

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2006.00030 del 29 giugno 2007

Erwägungen

E. 1

1.1. Streitig und zu präzisieren ist die Höhe des Invaliditätsgrades, welcher der ab 1. April 2005 zugesprochenen Invalidenrente zugrunde liegt. Weder die Höhe der Integritätsentschädigung, noch den Zeitpunkt des Rentenbeginns liess der Beschwerdeführer in Frage stellen.

1.2. Am 1. Januar 2003 ist das Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 in Kraft getreten. Mit ihm sind zahlreiche Bestimmungen im Sozialversicherungsbereich geändert worden. Weil in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich diejenigen Rechtsätze massgebend sind, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 130 V 446 Erw. 1.2), und weil ferner das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung eines Falles grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung beziehungsweise des streitigen Einspracheentscheids eingetretenen Sachverhalt abstellt (BGE 121 V 366 Erw. 1b), sind im vorliegenden Fall die neuen Bestimmungen zu berücksichtigen. Dabei gilt es zu beachten, dass, sofern die Verwaltung auf eine Rückfallmeldung wie vorliegend eingetreten ist und das Vorliegen massgeblich veränderter und rentenbegründender Verhältnisse bejaht hat, das Sozialversicherungsgericht nur noch prüfen muss, ob die nunmehr auf den unfallbedingten Gesundheitsschäden beruhende Invaliditätsbemessung richtig ist (vgl. die hierzu ergangene Rechtsprechung in der Invalidenversicherung: BGE 117 V 198 Erw. 3a, 109 V 114 Erw. 2a und b).

Zu ergänzen ist, dass die im ATSG enthaltenen Definitionen der Arbeitsunfähigkeit, der Erwerbsunfähigkeit und der Invalidität sowie die Bestimmung des Invaliditätsgrades bei erwerbstätigen Versicherten den bisherigen, von der Rechtsprechung dazu entwickelten Begriffen und Grundsätzen in der Unfallversicherung entsprechen (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen T. vom 8. November 2004, U 124/04, Erw. 2.1; vgl. auch BGE 130 V 343).

E. 2

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

2.2. Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des

natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 129 V 181 Erw. 3.1, 406 Erw. 4.3.1, 123 V 45 Erw. 2b, 119 V 337 Erw. 1, 118 V 289 Erw. 1b, je mit Hinweisen).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltungs 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 129 V 181 Erw. 3.1, 119 V 338 Erw. 1, 118 V 289 Erw. 1b, je mit Hinweisen).

2.3 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers 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 129 V 181 Erw. 3.2, 405 Erw. 2.2, 125 V 461 Erw. 5a).

2.4 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 Kausalzusammenhangs 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 andern 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).

2.5. Die Versicherungsleistungen werden auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt (Art. 11 der Verordnung über die Unfallversicherung, UVV). Bei einem Rückfall handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit, so dass es zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise sogar zu (weiterer) Arbeitsunfähigkeit kommt; von Spätfolgen spricht man, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Verlaufe längerer Zeit organische oder auch psychische Veränderungen bewirkt, die zu einem anders gearteten Krankheitsbild führen können (BGE 118 V 296 Erw. 2c mit Hinweisen).

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

E. 3

3.1. Vorweg zu prägen ist die zwischen den Parteien strittige Frage der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers ab Rentenbeginn per 1. April 2005. Aus den medizinischen Akten ergibt sich zum Gesundheitszustand des Beschwerdeführers und der daraus resultierenden Leistungseinschränkung Folgendes:

Dem Arztzeugnis UVG des Spitals C.____ vom 7. Dezember 1993 ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer beim Unfall vom 2. Dezember 1993 eine schwere Quetschverletzung der linken Hand mit einer grossen Rissquetschwunde volarseits des 2. Strahls und im Mittelhandbereich mit Hautdefekt erlitten hat, welche mittels zweier Débridements und einer Dekompression der linken Hand versorgt wurden (Urk. 10/ZM4). Gemäss Bericht des Spitals C.____ vom 30. Dezember 1994 unterzog sich der Beschwerdeführer am 31. August 1994 einer Tenolyse. Der Verlauf sei recht zufriedenstellend, es bestehe noch ein minimales Extensionsdefizit am III. Finger links und ein Faustschlussdefizit von zirka 1 cm. Die Narben seien reizlos. Als Restzustand bestehe ein geringes Bewegungsdefizit im linken Mittelfinger, das den Patienten aber kaum beeinträchtigen sollte. Die Arbeitsfähigkeit liege ab 3. Oktober 1994 theoretisch bei 100 % (Urk. 10/ZM8).

3.2. Der SUVA-Kreisarzt Dr. med. M.____ untersuchte den Beschwerdeführer nach dessen Rückfallmeldung im Zusammenhang mit der SUVA-versicherten Ellbogenkontusion vom 28. September 2000 am 17. Dezember 2001. Die Rückfallmeldung vom 22. Oktober 2001 sei gemäss Angaben des Beschwerdeführers erfolgt, weil beim Heben von Schachteln von zirka 20 bis 25 Kilogramm während der Arbeit wieder vermehrt Schmerzen in der linken Schulter und am linken Ellbogen aufgetreten seien (Urk. 10/ZM38 S. 1). Die Befundaufnahme zeigte an der linken Hand mehrere Narben nach Schnittverletzungen, ein leichtes Extensionsdefizit im Dig. III (Mittelfinger) im PIP (Fingermittelgelenk). Beschwerden im Bereich der linken Hand machte der Beschwerdeführer im Rahmen der kreisärztlichen Untersuchung keine geltend. Einen Kraftverlust durch die Verletzungen an der Hand verneinte er (Urk. 10/ZM38 S. 2).

Im Austrittsbericht der D.____ vom 11. März 2002 findet sich unter den Diagnosen der Hinweis auf eine Handquetschung links 1994, operativ versorgt mit aktuell zirka 10° Flexionskontraktur im PIP Dig. III. Der Lokalbefund lautete auf reizlose, wenig keloidartig verheilte Operationsnarben an der Handinnenfläche links, eine Flexionskontraktur von zirka 10° im PIP Dig. III links. Ellenbogen, Vorderarm, Hand- und Fingergelenke seien frei beweglich, Handschwielen symmetrisch vermindert. Weitere Einschränkungen im Bereich der linken Hand, welche auf den Unfall vom 2. Dezember 1993 zurückzuführen wären, finden sich nicht. Die Diagnose eines schmerzbedingt verminderten Arm-/Handeinsatzes links wurde von den zuständigen Ärzten im Zusammenhang mit der funktionellen Hauptdiagnose einer Periarthropathia humeroscapularis tendinotica links bei einem Status nach Ellenbogenkontusion links am 28. September 2000 gestellt (Urk. 10/ZM39).

Die Handchirurgin Dr. F.____ erhob in dem nach der Rückfallmeldung seitens der Versicherung eingeholten Bericht vom 25. November 2002 den Befund einer eingeschränkten PIP-Funktion D 2/3 (Zeige-/Mittelfinger) links und einer verminderten Medianussensibilität. Eine Arbeitsunfähigkeit verneinte sie (Urk. 10/ZM9), notierte jedoch im Unfallschein UVG eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit ab 6. November 2002 (Urk. 10/ZM11). Der Hausarzt Dr. G.____ verneinte am 25. November 2002 eine aktuelle Arbeitsunfähigkeit wegen des entsprechenden Handleidens (Urk. 10/ZM10).

Der Neurologe Dr. E.____ unterzog den Beschwerdeführer am 20. Dezember 2002 einer klinischen und einer neuroelektrodiagnostischen Untersuchung. Anamnestisch notierte er seit 1999 vermehrt brennende Sensationen der Handfläche in Ruhe und bei Belastung sowie in der Nacht ein ziehendes Vibrationsgefühl nach proximal bis zur Ellenbeuge. Zusätzlich beklagte der Beschwerdeführer intermittierende Kribbelsensationen über dem Handgelenk volar links sowie eine vermehrte Flexionstendenz der Finger II-IV (Zeige- bis Ringfinger) mit dadurch erschwerten Strecken derselben. Als weitere Problematik habe der Beschwerdeführer seit dem Unfall vermehrte Alpträume mit Unfall-flash-backs und Angst vor Maschinen geschildert. Die übrige Anamnese sei mit Ausnahme von Nackenverspannungen links bland.

Aufgrund der Anamnese und der Klinik kam Dr. E.____ zur Diagnose eines Verdachts auf eine traumatische Läsion sensibler Endäste der Vola manus (Handfläche) und möglicherweise auch des R. palmaris N. mediani (Handflächenast des Mittelarmnerves) mit Anzeichen eines neuropathischen Schmerzsyndroms bei einem Status nach Quetschverletzung der linken Hand am 2. Dezember 1993 und dreimaliger Operation im Dezember 1993 beziehungsweise Sommer 1994. Ausserdem diagnostizierte er seit dem Unfall vermehrt Angstträume mit Unfall-flash-backs und Maschinenangst, differentialdiagnostisch führte er eine posttraumatische Belastungsstörung an. Er bescheinigte eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der Tätigkeit als Hilfsgepartner vom 6. November 2002 bis Ende Januar 2003; anschliessend liess die Arbeitsfähigkeit je nach Befund und Verlauf neu festgelegt werden. Er erachtete eine psychiatrische Evaluation im Hinblick auf eine allfällige posttraumatische Belastungsstörung als sinnvoll. Als bleibende Nachteile führte er ein persistierendes Taubheitsgefühl und eventuell neuropathische Schmerzen mit einer Belastungseinbusse an (Urk. 10/ZM12-14).

Am 8. Januar 2003 notierte Dr. F.____ in einem Bericht zu Händen des Hausarztes Dr. G.____, dass der Beschwerdeführer funktionell lediglich über eine

leichte Gefährdung der vom Mittelarmnerv versorgten Fingerklage, weshalb er ab und zu etwas fallen lasse. Zusätzlich habe er seit November 2002 diffuse Handschmerzen, welche ihn arbeitsunfähig machen würden. Bei intensiverem Nachfragen sei jedoch - wie schon bei Dr. E. ___ - die Verarbeitungsproblematik in den Vordergrund getreten. Der Beschwerdeführer habe offensichtlich Angst, sobald er etwas mit Maschinen zu tun habe. Abgesehen von Beweglichkeitseinschränkungen im Mittelgelenk D III (Mittelfinger) und im Zeigefinger sei die klinische Untersuchung unauffällig gewesen und die von Dr. E. ___ durchgeführte elektrodiagnostische Untersuchung habe keine Leitgeschwindigkeitsstörungen sichtbar gemacht (Urk. 10/ZM15).

Am 10. Januar 2003 suchte der Beschwerdeführer Dr. B. ___ wegen zunehmenden brennenden und juckenden Schmerzen in der linken Handfläche, welche ihn zunehmend traurig machen würden, auf. Auch Dr. B. ___ fand recht schöne Narbenverhältnisse, ein lediglich geringgradiges Extensionsdefizit der Langfinger bei praktisch vollständigem Faustschluss, kaum eingeschränkter Sensibilität und kaum eingeschränkter Zirkulation vor. Da ihm die Schilderung der Beschwerden an der linken Hand unter Kälteeinwirkung bei der damaligen Tätigkeit als Gipser im Freien glaubhaft erschienen seien, habe er dem Beschwerdeführer auch im Interesse seines Arbeitgebers eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % bei leichter Arbeit bestatigt (Urk. 10/ZM16). Ab 10. Februar 2003 bescheinigte Dr. B. ___ wieder eine volle Arbeitsfähigkeit (vgl. Urk. 10/ZM23).

3.5 Auf Zuweisung von Dr. B. ___ untersuchte der Psychiater H. ___ den Beschwerdeführer am 28. Januar 2003. Dr. H. ___ kam zum Schluss, dass immer noch Zeichen einer posttraumatischen Belastungsstörung beständen. Der dadurch erhöhte Angst-Grundpegel mit der vegetativen Übererregbarkeit bewirke auch einen überängstlichen Umgang mit der linken Hand, was über verminderte Aktivität zumindest einen Faktor für die Niedermotivierung und die subjektiv wahrgenommene Versteifung darstelle. Die vermehrt wahrgenommenen Schmerzen entsprächen wahrscheinlich eher einer kognitiven Fokussierung auf das Problem als einer somatoformen Schmerzstörung. Anhaltspunkte für eine andere psychische Erkrankung erkannte Dr. H. ___ nicht. Zur Arbeitsfähigkeit äußerte sich Dr. H. ___ nicht ausdrücklich, wies aber auf die Möglichkeit eines Case-Managements hin, da der Beschwerdeführer links zwar etwas langsamer, sonst aber problemlos maschinenschreiben könne und sich für Computer interessiere sowie über entsprechendes Wissen verfüge (Urk. 10/ZM7)

Die Praxisvertretung von Dr. G. ___, Dr. med. N. ___, wiederholte in ihrem Bericht vom 30. Januar 2003 im Wesentlichen die Diagnose, den Verlauf und die Befunde von Dr. F. ___ und stellte eine gute Prognose, da vermutlich in erster Linie eine Verarbeitungsproblematik des Traumas zugrunde liege (Urk. 10/ZM20). Gemäss Eintragungen im Unfallschein UVG attestierten Dr. N. ___ und hernach Dr. G. ___ ab 28. Februar 2003 eine volle Arbeitsunfähigkeit (Urk. 10/ZM25).

Der stellvertretende Hausarzt Dr. med. P. ___ stellte in seinem Bericht vom 14. Juli 2003 die Diagnosen eines Kontusionstraumas der linken Hand mit leichtgradigen Läsionen der Nervus Medianus-Endäste, massig ausgeprägte multiple linienförmige Narbenkeloide der linken Palma manu (Handteller) und eine depressiv/phobische Verarbeitungsstörung des erlebten Maschinentraumas (Urk. 10/ZM27).

3.6. Dr. I. von der J. stützte sein Gutachten auf seine Untersuchung vom 30. Juli 2003, bereits vorhandene und neu erstellte Röntgenbilder und die bisherigen medizinischen Akten. Der Beschwerdeführer beklagte anamnestisch Kribbeln und Krämpfe beginnend knapp distal des Ellbogens palmarbetont bis in die Finger hinein. Die Finger würden sich selbständig kontrahieren und müssten dann fast aktiv assistiert gelöst werden. Die Krämpfe seien mit Schmerzen verbunden, welche diffus in der Hand und im Vorderarm vorhanden seien und als Dauerschmerzen auch nachts empfunden würden. Die Schmerzsituation sei über die letzten 12 Monate schlechter geworden.

Die Diagnose von Dr. I. lautete wie folgt:

Complex regional pain Syndrom Typ II (CRPS Typ II) der linken dominanten Hand bei Status nach schwerer Quetschverletzung links in einer Teigknetmaschine mit akutem Carpal隧nsyndrom sowie wahrscheinlich Kompartmentsyndrom der intrinsischen Handmuskulatur vom 2. Dezember 1993 behandelt mit

- Dekompression des Nervus medianus links vom 2. Dezember 1993 sowie repetitivem Débridement und Sekundärnaht vom Dezember 1993

- Beugesehnenolyse Dig. II links vom 31. August 1994

Gemäss Dr. I. sind die aktuell angegebenen Beschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als Folgen des Unfalls vom 2. Dezember 1993 anzusehen. Bei seiner Exploration hatte Dr. I. absolut nicht den Eindruck, dass eine schwerwiegende psychiatrische Störung vorliege. Er stellte sich auf den Standpunkt, dass wohl ein Jahr nach dem letzten chirurgischen Eingriff vom Sommer 1994 der Endzustand erreicht worden sei.

Für die Verrichtung von Arbeiten in seinem Beruf als Hilfsarbeiter sei der Beschwerdeführer ab diesem Zeitpunkt zu 100 % arbeitsunfähig gewesen, sei man doch bei diesen Arbeiten auf bimanuelles Geschick angewiesen. Der Beschwerdeführer sei als funktioneller rechtsdominanter Einzelhänder zu betrachten. Die linke Hand könne sicher als Zudien- oder Hilfshand zum Halten oder Manipulieren leichter Gegenstände mitverwendet werden, ohne dass repetitiv grössere Belastungen durchgeführt würden. Falls sich eine solche Tätigkeit zum Beispiel in Form von Botengängen, Postverteilungen oder Lagerarbeiten mit Kleinteilen fände, wäre wahrscheinlich aufgrund der reduzierten Arbeitsgeschwindigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 50 % realistisch (Urk. 10/ZM30).

3.7. Dr. P. stützte sich in seinem Bericht vom 3. Mai 2004 im Wesentlichen auf die Diagnosen der J. ab und erwählte ein grundsätzlich unverändertes Beschwerdebild der linken Hand mit entsprechender Funktionseinschränkung. Momentan ständen myofasziale Schmerzen im Bereich der Nacken-Schulter- und Armmuskulatur links im Vordergrund. Die Beschwerden würden bereits bei geringer Kraftanwendung der linken Hand ausgelöst (Urk. 10/ZM31).

Der Vertrauensarzt Dr. L. beurteilte die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in seiner schriftlichen Stellungnahme vom 23. Juni 2005 dahingehend, dass der Beschwerdeführer eine adäquate Tätigkeit zu 100 %

auszuweisen könne. Er sei kein Ein-Händer und die verletzt gewesene Hand sei als Hilfs-hand durchaus brauchbar. Er habe Kontrollfunktionen vorgeschlagen; eine Tätigkeit als Mitarbeiter in einer Waschstrasse sei jedoch ebenso günstig (Urk. 10/ZM37).

E. 4

4.1 Bei der Würdigung der medizinischen Berichte fällt auf, dass Dr. F., Dr. P. und im Wesentlichen auch Dr. B. die an der verletzten linken Hand erhobenen Befunde nicht als schwerwiegend beurteilen und die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden nicht als derart gravierend respektive nicht als durch die objektiven Befunde erklärbar betrachten. Vielmehr nehmen zumindest Dr. G. und Dr. F. die von Dr. E. erstmals an geführte posttraumatische Belastungsstörung (vgl. Urk. 10/ZM12) ohne entsprechende psychiatrische Abklärung als gegeben und bezeichnen sie als im Vordergrund stehend (vgl. Urk. 10/ZM15, 10/ZM19 und 10/ZM20).

Dr. E. seinerseits notierte die anamnestisch erhobenen Angstzustände mit Unfall-flash-backs und eine Maschinenangst und stellte die Möglichkeit einer posttraumatischen Belastungsstörung in den Raum. Jedoch zeigt seine Diagnose mit einem Verdacht auf eine Läsion sensibler Endäste der Vola manus und des R. plamaris N. mediani links mit neuropathischem Schmerzsyndrom, dass er eine organische Ursache der geklagten Beschwerden wie brennende Sensationen der Handfläche, ein Vibrationsgefühl nach proximal bis zur Ellenbeuge und der Kribbelsensationen über dem Handgelenk volar links in Form des neuropathischen Schmerzsyndroms als denkbar oder gar wahrscheinlich erachtet (Urk. 10/ZM14).

Auch Dr. I. kam am 8. August 2003 zum Schluss, dass die geklagten Beschwerden, welche in den letzten 12 Monaten zugenommen hätten und zunehmend mit Krämpfen verbunden seien, organischen Ursprungs seien. Das von ihm diagnostizierte komplexe regionale Schmerzsyndrom Typ II stellt eine beschreibende Bezeichnung verschiedener klinischer Syndrome dar, welche meist nach Verletzungen auftreten und durch exzessiven Schmerz gekennzeichnet sind. Der Typ II weist auf eine durchgemachte Nervenläsion hin. Den komplexen regionalen Schmerzsyndromen eigen ist, dass der Eindruck einer "Entgleisung" der normalen Heilungsvorgänge entsteht und dass unklar ist, was diesen ungünstigen Verlauf bei normalerweise gut heilenden Verletzungen bewirkt (Debrunner, Orthopädie, orthopädische Chirurgie, Patientenorientierte Diagnostik und Therapie des Bewegungsapparates, 4. Auflage, Bern 2002, S. 695).

Die Beurteilungen von Dr. I. und Dr. E. decken sich somit dahingehend, dass sie ein relevantes organisches Substrat im Sinne eines Schmerzsyndroms mit nervlicher Beteiligung respektive Kausalität erkennen. Dabei vermögen ihre Berichte angesichts der sorgfältig erhobenen Befunde zu überzeugen, währenddem die Befunderhebungen von Dr. F., Dr. G. wie auch Dr. B. und Dr. P. zu knapp ausgefallen sind.

4.2 Weder den Ausführungen von Dr. I. noch denjenigen von Dr. E. aber ist eine befriedigende Auseinandersetzung mit dem Beschwerdeverlauf und dessen Zusammenhang mit den von ihnen diagnostizierten Schmerzsyndromen zu entnehmen. Dr. I. stellte sich auf den Standpunkt, dass mit den chirurgischen Behandlungen, die im Sommer 1994 beendet worden seien, mit einer entsprechend dazukommenden Rehabilitationszeit ein Endzustand erreicht worden sei. Man müsse annehmen, dass dies

in einem Zeitraum von einem Jahr der Fall gewesen sein sollte. Die von ihm anamnestisch wiedergegebenen Angaben des Beschwerdeführers spiegeln ein sich seit 1994 kontinuierlich verschlechterndes Beschwerdebild wider, das in der Weise nicht mit den übrigen Akten übereinstimmt. So notierte Dr. I. ____, dass sich nach der Tenolyse im August 1994 keine wesentliche Verbesserung ergeben habe und die Situation der linken Hand im Lauf der Jahre anamnestisch immer schlechter geworden sei (Urk. 10/ZM30 S. 2). Dagegen sprach sich Dr. B. ____, in seiner damaligen Funktion als Chefarzt des Spitals C. ____ am 20. März 1995 dafür aus, dass der Verlauf zufriedenstellend sei und der Beschwerdeführer glaube, wieder zu 100 % arbeiten zu können (Urk. 10/ZM8). In seinem Bericht vom 16. Januar 2003 wies Dr. B. ____ gar darauf hin, dass er anlässlich eines andern Unfalls des Beschwerdeführers am 5. Oktober 1998 notiert habe, dass keine funktionellen, sondern lediglich ästhetische Probleme mit der linken Hand beständen (Urk. 10/ZM16). Des Weiteren kann nicht übersehen werden, dass der Beschwerdeführer seit Ende 1994 bis ins Jahr 2002 als Hilfsarbeiter unter anderem in Betrieben aus den Bereichen Bau, Montage und Reinigung gearbeitet hat (vgl. unter anderem Beilage zu Urk. 10/Z53 S. 2, Urk. 10/ZM38 S. 2) und dass er offensichtlich weder gegenüber dem Kreisarzt der SUVA Dr. M. ____ am 17. Dezember 2001 (vgl. Urk. 10/ZM38) noch im Rahmen des Aufenthalts in der D. ____ vom 14. Januar bis 19. Februar 2002 (vgl. Urk. 10/ZM39) über Schmerzen an der linken Hand geklagt hat.

Die Annahme von Dr. I. ____, dass sich der Zustand der linken Hand über die Jahre laufend verschlechtert haben soll, lässt sich daher gestützt auf die Akten nicht bestätigen. Vielmehr ist unter Würdigung der Akten und Berücksichtigung der diversen divergierenden anamnestischen Angaben zu schliessen, dass seit November 2002 eine Verschlechterung des Zustands der linken Hand eingetreten ist, was denn auch den Angaben des Beschwerdeführers anlässlich seiner telefonischen Rückfallmeldung vom 5. November 2002 (Urk. 10/Z13) und den Angaben von Dr. F. ____ vom 8. Januar 2003 (Urk. 10/ZM15) und von Dr. B. ____ vom 16. Januar 2003 (Urk. 10/ZM16) entspricht.

Unter dieser Annahme erweist sich das Gutachten von Dr. I. ____ beweisrechtlich insofern als ungenügend, als es sich nicht mit der Frage auseinandersetzt, ob eine Exazerbation der Beschwerden im Sinne des von ihm diagnostizierten Complex regional pain Syndroms Typ II so viele Jahre nach dem Unfall denkbar ist. In diesem Zusammenhang ist denn auch der Ausschluss jeglicher psychiatrischen Störung durch Dr. I. ____ (vgl. Urk. 10/ZM30 S. 8) zu hinterfragen, sind doch psychische Wechselwirkungen gerade bei komplexen, regionalen Schmerzsyndromen häufig anzutreffen (Debrunner, a.a.O., S. 697). Zwar trifft es zu, dass Dr. H. ____, dessen Bericht vom 28. Januar 2003 die einzige psychiatrische Stellungnahme in den Akten ist, lediglich noch von Zeichen einer posttraumatischen Belastungsstörung sprach und eine somatoforme Schmerzstörung eher ausschloss (vgl. Urk. 10/ZM17). Doch beruht die Stellungnahme von Dr. H. ____ im Licht der höchststrichterlichen Rechtsprechung zum Beweiswert ärztlicher Berichte (vgl. oben Erw. 2.b) weder auf einer genügenden Aktenlage noch einer eingehenden Befunderhebung. Dr. H. ____ erklärte selber, über den medizinischen Verlauf nicht gut informiert zu sein. Seine Beurteilung beruht im Wesentlichen auf den anamnestischen Schilderungen des Beschwerdeführers; die erhobenen Befunde fallen äusserst knapp aus.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Eine überzeugende psychiatrische Beurteilung ist jedoch bei der gegebenen Aktenlage unabdingbar. Dies nicht nur, weil diverse der beteiligten, wenn auch nicht aus dem psychiatrischen Fachbereich kommenden Ärzte eine relevante psychische Komponente erkannt haben, sondern auch angesichts des Beschwerdeverlaufs mit einer Verschlechterung nach mehreren Jahren, den dazwischen liegenden Unfällen, deren Einfluss auf das vorliegend relevante Beschwerdebild bis anhin ärztlicherseits gänzlich ausser Acht gelassen wurde, und dem von Dr. I. ___ diagnostizierten Complex regional pain Syndrom Typ II.

4.3 Ä Ä Ä Ä Da auch den übrigen vorliegenden ärztlichen Unterlagen zu den offenen Fragen keine Antworten zu entnehmen sind, kann gestützt auf die Akten nicht abschliessend beurteilt werden, an welchen, auf den Unfall vom 2. Dezember 1993 zurückzuführenden gesundheitlichen Störungen der Beschwerdeführer bei Rentenbeginn am 1. April 2005 litt und welche Einschränkungen diese auf die Arbeitsfähigkeit zeitigen. Auf die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit von Dr. I. ___ kann angesichts der offenen Fragen, welche durch sein Gutachten nicht geklärt werden, ebensowenig abgestellt werden, wie auf die Einschätzungen der übrigen beteiligten Ärzte, zumal die von ihm attestierte 50%ige Reduktion der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit gemäss seinen Ausführungen im Wesentlichen durch die Verlangsamung bedingt sein soll (vgl. Urk. 10/ZM30 S. 10 unten), was, sofern er aufgrund der Schmerzen keine Einschränkung erkennt, eher hoch erscheint.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Sache ist daher an die Beschwerdegegnerin zur ergänzenden medizinischen Abklärung zurückzuweisen. Dabei wird sie eine einlässliche psychiatrische Abklärung einzuholen haben, im Rahmen welcher das Vorliegen einer psychischen gesundheitlichen Störung, deren Zusammenhang mit dem Unfall, die Relevanz der übrigen Unfälle sowie die Arbeitsfähigkeit im beurteilungsrelevanten Zeitraum zu klären sein wird. Eine ergänzende handchirurgische/orthopädische Beurteilung muss insbesondere Stellung nehmen zum Verlauf und dem erheblichen Zeitintervall bis zur Verschlechterung des gesundheitlichen Zustandes der linken Hand sowie erneut zur Arbeitsfähigkeit.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Nach Vorliegen der ergänzenden ärztlichen Berichte wird die Beschwerdegegnerin erneut über den Rentenanspruch des Beschwerdeführers ab 1. April 2005 zu befinden haben. Die Beschwerde ist in diesem Sinne gutzuheissen.

5. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfassung als vollständiges Obsiegen (vgl. Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts vom 10. Februar 2004 i.S. K., U 199/02, Erw. 6 mit Hinweis auf BGE 110 V 57 Erw. 3a; SVR 1999 IV Nr. 10 S. 28 Erw. 3).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Gestützt auf Art. 28 lit. a lit. b des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) in Verbindung mit Art. 89 Abs. 1 der Zivilprozessordnung ist dem unentgeltlichen Rechtsvertreter eine Prozessentschädigung zuzusprechen. Diese wird ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (Art. 34 Abs. 3 GSVGer).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Unter Berücksichtigung dieser Kriterien, dem gerichtsüblichen Stundenansatz von Fr. 200.-- zuzüglich Mehrwertsteuer sowie der Kostennote des Rechtsvertreters vom 31. Mai 2007 mit einem ausgewiesenen Aufwand von 8,8 Stunden

(Urk. 25) ist die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, dem unentgeltlichen Rechtsvertreter des Beschwerdeführers eine Prozessentschädigung von Fr. 1'893.75 (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass der angefochtene Einspracheentscheid vom 24. Oktober 2005 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, neu verfähre.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem unentgeltlichen Rechtsvertreter des Beschwerdeführers eine Prozessentschädigung von Fr. 1'893.75 (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Stephan Käbeler
- Rechtsanwalt Matthias Horschik
- Bundesamt für Gesundheit

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

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

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

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