



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 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen). 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 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

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 177 E. 3.2, 405 E. 2.2, 125 V 456 E. 5a).

3. Laut angefochtenem Einspracheentscheid betrachtete die Suva die psychischen Beschwerden nicht als adäquate Unfallfolgen und liess diese daher bei der Festsetzung ihrer Leistungen ausser Acht. Gestützt auf die kreisärztliche Zumutbarkeitsbeurteilung vom 19. November 2011 ging sie davon aus, dass dem Beschwerdeführer aus somatischer Sicht leichtere, den linksseitigen Handbeschwerden angepasste Tätigkeiten ganztags zumutbar seien und er an seinem angestammten Arbeitsplatz seine Restarbeitsfähigkeit nicht voll ausschöpfe. Aufgrund ihrer Dokumentation Arbeitsplatzze (DAP) ermittelte die Suva ein durchschnittliches Invalideneinkommen von Fr. 62'323.-- und damit - aus dem Vergleich zum Valideneinkommen von Fr. 92'222.-- - einen Invaliditätsgrad von rund 32 %. Auch bei der Festsetzung der Integritätsentschädigung trug sie im Einklang mit der kreisärztlichen Schätzung ausschliesslich den somatischen Unfallfolgen an der linken Hand Rechnung (Urk. 1).

Der Beschwerdeführer verlangt die Anerkennung seiner psychischen Beschwerden als adäquate Unfallfolgen. Auch weist er darauf hin, dass der durch das schwere Weichteiltrauma verletzte dominante linke Arm zu einer Leistungseinbusse führe und Kurzpausen erfordere. Angesichts seines Alters habe er auf dem ausgeglichenen allgemeinen Arbeitsmarkt kaum eine realistische Chance, eine angepasste Arbeit zu finden.

#### E. 4

4.1. Zu den verbliebenen Gesundheitsstörungen, deren Ursachen und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit enthalten die massgebenden medizinischen Akten im Wesentlichen folgende Angaben:

Dem von den Oberärzten Dr. med. D. \_\_\_ und Dr. med. E. \_\_\_ sowie der Ergo- und Physiotherapeutin F. \_\_\_ am 15. Oktober 2008 unterzeichneten Bericht über die ambulante arbeitsbezogene Rehabilitation im Z. \_\_\_, Rheumaklinik und Institut

für Physikalische Medizin, ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer wegen einer Hyperalgesie im Narbengebiet bei Bedarf einen Schutzstrumpf getragen und über eine diffuse Sensibilitätsminderung der linken Hand geklagt habe. Beim neurologischen Konsilium habe sich klinisch keine eindeutige periphere Nervenläsion ergeben und die subjektive Fühl- und Kraftminderung sei nicht sicher einem Dermatom oder peripheren Nerv zuordenbar. Das ausgeprägte Schmerzsyndrom mit Allodynie und Hyperpathie sowie leichten trophischen Störungen wie Atrophie und Temperaturdifferenz sei am ehesten im Rahmen eines komplexen regionalen Schmerzsyndroms zu sehen. Das arbeitsbezogen relevante Problem bestehe in der verminderten Belastungstoleranz der linken Hand und des linken Unterarms mit einem Schmerzvermeidungsverhalten. Dadurch sei vor allem das Heben und Tragen von Gewichten, aber auch - wegen der erforderlichen kurzen Unterbrüche - das Bedienen von Baumaschinen nur eingeschränkt möglich. Aus rheumatologisch-somatischer Sicht betrage die zumutbare Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit 50 bis 60 %. Aus psychiatrischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit zudem zeitlich um 50 % eingeschränkt, wobei zusätzlich die auch bei der somatischen Beurteilung berücksichtigten Pausen während der Arbeit hinzu kämen, so dass die aktuelle Arbeitsfähigkeit global etwa 25 bis 30 % betrage. Bei günstigem Verlauf und mit geeigneten medizinischen Massnahmen sei innerhalb der nächsten Monate eine allmähliche Steigerung der Arbeitsfähigkeit zu erwarten, wobei längerfristig infolge der bleibenden physischen Behinderungen und der eingeschränkten Einsetzbarkeit maximal mit einer etwa 60%igen Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit zu rechnen sei. Eine anderweitige, leichte bis mittelschwere Arbeit wäre dem Versicherten ganztags mit den folgenden Belastungslimiten zumutbar: Heben von Boden- zu Taillenhöhe mindestens 12,5 kg, Heben von Taillen- zu Kopfhöhe mindestens bis 10 kg, Tragen einhändig links mindestens bis 5 kg, rechts maximal bis 12,5 kg (Urk. 8/65 S. 3 ff.).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Suva-Kreisarzt Dr. med. A. \_\_\_\_, Facharzt FMH für orthopädische Chirurgie, hielt im Bericht über die Abschlussuntersuchung vom 19. November 2009 fest, dass der Beschwerdeführer Linkshänder sei, sich die Mobilisation von Vorderarm und Hand schwierig gestaltet habe, da dieser seine linke Hand geschont habe und dies weiterhin in einem stärkeren Ausmass tue, als man es aufgrund der objektiven Befunde erwarten würde. Einerseits klage er über eine Berührungsempfindlichkeit im Bereich des dorsoradialen Thiersches, toleriere aber immerhin eine darüber satt angelegte Bandage und Schiene. Die Kraft der linken Hand sei vermindert, allerdings nicht im gemessenen Ausmass, denn es wirke eine ängstliche Komponente mit. Andererseits bestehe eine psychische Reaktion mit Alpträumen, die sich inzwischen gebessert habe, deretwegen der Versicherte aber immer noch in psychiatrischer Behandlung sei. Die linke Hand werde nicht mehr hoch belastbar und könne bei schweren Bauarbeiten nicht mehr eingesetzt werden. Ein ganztägiger Einsatz bei verminderter Belastung - konkret beim Lenken von Baggern - sei weiterhin zumutbar. Leichtere Tätigkeiten in einem anderen Arbeitsfeld wären links ebenfalls möglich, wobei keine Gewichte über 5 bis 10 kg gehandhabt werden, keine stärkeren Schläge und Vibrationen auf das linke Handgelenk einwirken und keine flinken Bewegungen erforderlich sein sollten. Abschliessend empfahl der Kreisarzt, den Versicherten in seinem jetzigen Berufsfeld zu belassen (Urk. 8/127 S. 3 ff.).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. E.\_\_\_\_, der Rheumatologe des Z.\_\_\_\_, hielt im Bericht vom 10. August 2010 zusammenfassend fest, es bestehe aktuell ein Reizzustand im linken Vorderarm, der durch die arbeitsbedingte Belastung ausgelöst und möglicherweise durch noch liegendes Osteosynthesematerial verursacht werde. Die neuropathische Schmerzkomponente werde derzeit mit Neurontin behandelt, eine Dauerbehandlung sei bisher aber noch nicht diskutiert worden. Daneben beständen weiterhin eine inzwischen deutlich gebesserte residuelle posttraumatische Belastungsstörung und eine depressive Störung. Ausserdem sei der Diabetes mellitus nicht optimal eingestellt und der Versicherte habe offenbar eine Angst vor einer erneuten Blutzuckerentgleisung entwickelt. Für das weitere Prozedere sei die Weiterführung der ambulanten begleitenden Psychotherapie, kombiniert mit antidepressiver Medikation, zu empfehlen. Für die Schmerztherapie sollte eine ergänzende Dauerbehandlung mit Neurontin erwogen werden. Die Therapie im Bereich der Narbenzone mit einem topischen NSAR, bei Bedarf ergänzt durch ein systemisches NSAR, sollte fortgeführt werden. Sollte die lokale Reizsymptomatik allerdings fortschreiten, müsse die Osteosynthesematerialentfernung zumindest partiell erwogen werden (Urk. 8/149).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Im Bericht vom 20. September 2010 erklärte Hausarzt Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Allgemeine Medizin, von Seiten der Unfallchirurgie könnten dem Patienten zur Zeit keine weiteren Optionen geboten werden. Die Reizung sei nicht vorübergehend; sie sei stark und beeinträchtigend. Die neurologischen Schmerzen seien Tag und Nacht vorhanden und so stark, dass die entsprechende Stelle kaum berührt werden dürfe; schon ein Windstoss führe zu heftigen Schmerzen. Bei 100%iger Präsenz arbeite der Versicherte weiterhin mit einer 50%igen Leistung. Diese Restarbeitsfähigkeit sei allerdings wegen der zunehmenden Verschlechterung, auch des psychischen Zustandes, und wegen der zunehmenden Schlaflosigkeit gefährdet (Urk. 8/152.2).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Kreisarzt Dr. A.\_\_\_\_ erachtete am 27. September 2010 das Zumutbarkeitsprofil vom 9. [richtig wohl: 19.] November 2009 als weiterhin gültig (Urk. 8/155).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Prof. Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Anästhesiologie, Praxis für Schmerztherapie, bestätigte am 2. November 2010, dass sich der Versicherte bei ihm in Schmerzbehandlung befinde. Unter der aktuellen Schmerzmedikation sei er zu 50 % arbeitsfähig (Urk. 8/161).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. E.\_\_\_\_ diagnostizierte im Bericht vom 10. Februar 2011 (Urk. 8/186/2) ein chronisches neuropathisches Schmerzsyndrom des linken Vorderarmes und Handgelenks nach drittgradiger Unterarmfraktur links mit persistierenden Dysästhesien im distalen Unterarm und vorwiegend schmerzbedingten Beweglichkeitseinschränkungen im Handgelenk links, bei einem Status nach Tendovaginitis De Quervain links (mit aktuell leichtem Reizzustand von Flexor- und Extensorensehnen), mit einer Hyposensibilität (betont im Ulnaris-Versorgungsgebiet, weniger ausgeprägt im Versorgungsgebiet des Nervus Medianus links) und mit belastungsverstärkten myofaszialen Verspannungen im Nacken und Schultergürtel links, ferner eine posttraumatische Belastungsstörung nach Arbeitsunfall (ICD-10: F43.1), eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1) mit arbeitsbezogenen Ängsten sowie einen Diabetes mellitus Typ 2, aktuell unter oralen Antidiabetika sistiert. Dr. E.\_\_\_\_ berichtete, dass sich der Versicherte durch die Ankündigung des Fallabschlusses sehr stark verunsichert und gestresst fühle. Die

kÄrztliche Besichtigung der Unfallstelle habe die AlptrÄume wieder aufflackern lassen und auch der Diabetes habe sich wieder verschlechtert. Klinisch sei die Situation mit neuropathischen Schmerzen im Narbenbereich am linken Vorderarm und einer BeweglichkeitseinschrÄnkung im linken dominanten Handgelenk unverÄndert. In der angestammten TÄtigkeit sei der Versicherte zu 50 % eingeschrÄnkt. FÄr eine angepasste TÄtigkeit sei anÄsslich der Arbeitsrehabilitation eine ganzÄgige ArbeitsfÄhigkeit fÄr mittelschwere TÄigkeiten attestiert worden. Aufgrund des seitherigen Verlaufs sei aber zu prÄzisieren, dass aufgrund des persistierenden neuropathischen Beschwerdebildes und der eingeschrÄnkten Belastbarkeit der linken dominanten Hand nicht mehr, wie ursprÄnglich angenommen, von einer 100%igen LeistungsfÄhigkeit ausgegangen werden kÄnne. Vielmehr sei aus somatischer Sicht infolge der sich im Tagesverlauf und mÄglicherweise auch im Wochenverlauf kumulierender Beschwerden eine LeistungseinschrÄnkung von etwa 20 % zu attestieren. Hinzu komme noch die mÄgliche Leistungsminderung aus psychiatrischer Sicht, die der behandelnde Psychiater derzeit mit 50 % veranschlage. Eine diesbezÄgliche Stabilisierung sei im weiteren Verlauf jedoch mÄglich. Der von der Suva aus orthopÄdischer Sicht mit 15 % bemessene IntegritÄtsschaden erscheine als plausibel. Es wÄre zu prÄfen, ob durch die psychischen Unfallfolgen nicht ebenfalls ein IntegritÄtsschaden entstanden sei.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die SIM-zertifizierten medizinischen Gutachter der Klinik C.\_\_\_\_, Chefarzt Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt FMH fÄr Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. I.\_\_\_\_, FachÄrztin FMH fÄr Innere Medizin, speziell Rheumaerkrankungen, diagnostizierten in ihrem von der IV-Stelle veranlassten Gutachten vom 9. September 2011 als sich auf die ArbeitsfÄhigkeit auswirkende GesundheitsstÄrungen eine rezidivierende depressive StÄrung, gegenwÄrtig leichte bis mittelgradige Episode mit somatischen Symptomen; ferner einen Status nach offener drittgradiger Unterarmfraktur links am 18. Juni 2007 mit fÄnf operativen Behandlungen am 18., 20., 22. und 25. Juni 2007 sowie 7. Juli 2007 (palmare Plattenosteosynthese des distalen Radius und Hautversorgung mittels Mesh-Graft) mit guter Lage des Osteosynthesematerials, ohne Lockerungszeichen und mit vollstÄndiger ossÄrer Konsolidierung sowie guter Verheilung des Mesh-Grafts bei vier seitengleichen ArmumgÄngen und Gebrauchsspuren an den Fingerkuppen des Daumens und Zeigefingers beidseits (ICD-10: F33.01/11). Keinen Einfluss auf die ArbeitsfÄhigkeit massen diese Gutachter einer posttraumatischen Ängstlichkeit, AlptrÄumen und einem Vermeidungsverhalten (ICD-10: F43.8-sonstige Reaktion auf schwere Belastung) sowie einem erstmals im Februar 2009 diagnostizierten, ungenÄgend eingestellten Diabetes mellitus bei (Urk. 17/5/1 S. 10). Einzig die letztgenannte Diagnose beurteilten sie als unfallfremd (Urk. 17/5/1 S. 12). Der Versicherte habe von Schmerzen im linken Unterarm und in der linken Hand sowie in der rechten Schulter berichtet (Urk. 17/5/1 S. 65). Hinsichtlich der ArbeitsfÄhigkeit wiesen die Gutachter darauf hin, dass der Versicherte an seinen Arbeitsplatz zurÄckgekehrt sei, wo er seine Arbeit teils routinemÄssig machen und damit auch seine psychokognitiven Defizite teilweise kompensieren kÄnne. Aus psychiatrischer Sicht kÄnne diese TÄtigkeit als adaptiert betrachtet werden. Eine berufliche Umstellung sei nicht sinnvoll, weil auch in einer adaptierten TÄtigkeit keine Verbesserung der ArbeitsfÄhigkeit zu erwarten sei und eine berufliche Neuorientierung zusÄtzliche Ängste und damit eine Verschlechterung des psychischen Zustandes bewirken kÄnnten. In rheumatologischer Hinsicht wurde festgehalten, dass der Versicherte den rechten Arm ohne EinschrÄnkungen einsetzen kÄnne. TÄigkeiten, die

eine grosse Kraft des linken Armes erforderten, könnte er jedoch nicht ausüben, weshalb er als Bauarbeiter Arbeiten mit Handaushub, Spitzarbeiten mit Kompressor, Schalen oder Armieren nicht mehr verrichten könnte (Urk. 17/5/1 S. 11, Urk. 17/5/2 S. 76). Die bisherige Tätigkeit als Baumaschinenführer könnte der Versicherte unter Ausschluss der Bauhilfsarbeiten ganztags ausüben (Urk. 17/5/2 S. 76 f.).

4.2 Der Beschwerdeführer leidet demnach weiterhin unter somatischen und psychischen Gesundheitsstörungen, die mit gewissen Einschränkungen verbunden sind und ihn namentlich bei der Ausübung seiner bisherigen Tätigkeit als Baumaschinenführer beeinträchtigen. Strittig ist zunächst die Adäquanz des ausgewiesenermassen bestehenden Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfall und den psychischen Gesundheitsstörungen.

## E. 5

5.1 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 133 E. 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 anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt (vgl. RKUV 1996 Nr. U 264 S. 288 E. 3b; BGE 115 V 133 E. 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 133 E. 6; vgl. auch BGE 134 V 109 E. 6.1, 120 V 352 E. 5b/aa; SVR 1999 UV Nr. 10 E. 2).

Bei banalen Unfällen wie z.B. bei geringfügigem Anschlagen des Kopfes oder Übertreten des Fusses und bei leichten Unfällen wie z.B. 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 352 E. 5b/aa, 115 V 133 E. 6a). Bei schweren Unfällen ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychisch bedingter Erwerbsunfähigkeit 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 352 E. 5b/aa, 115 V 133 E. 6b; RKUV 1995 Nr. U 215 S. 90 E. 3b).

Bei Unfällen aus dem mittleren Bereich 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:

- besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit 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 (BGE 134 V 109 E. 6.1, 115 V 133 E. 6c/aa).

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.; 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 z.B. 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. (BGE 115 V 133 E. 6c/bb, vgl. auch BGE 120 V 352 E. 5b/aa; RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff., Nr. U 449 S. 53 ff., 1998 Nr. U 307 S. 448 ff., 1996 Nr. U 256 S. 215 ff.; SVR 1999 UV Nr. 10 E. 2).

Bei der Prüfung der einzelnen Kriterien sind nur die organisch bedingten Beschwerden zu berücksichtigen, während die psychisch begründeten Anteile, deren hinreichender Zusammenhang mit dem Unfall Gegenstand der Prüfung bildet, ausgeklammert bleiben (Bundesgerichtsurteil U 88/06 vom 18. Juli 2007 E.7.1 mit Hinweis).

Die SUVA ordnete den Unfall vom 18. Juni 2007 den mittelschweren Unfällen im eigentlichen Sinne zu (Urk. 2 S. 4), was angesichts des von ihr in der Beschwerdeantwort zitierten Bundesgerichtsurteils 8C\_77/2009 vom 4. Juni 2009 E. 4.1.2 und der darin enthaltenen Ausführungen zur Unfallschwere bei Handverletzungen nicht zu beanstanden ist und vom Beschwerdedeführer zu Recht auch nicht in Frage gestellt wird (Urk. 1 S. 9 ff., Urk. 7 S. 5, Urk. 16 S. 5 f.). Die Adäquanz des natürlichen Kausalzusammenhangs wäre somit dann zu bejahen, wenn drei der sieben massgeblichen Adäquanzkriterien erfüllt sind oder eines in besonders ausgeprägter



zurückzuführen sind. Auch wurden die Schmerzen von psychiatrischer Seite erstmals im Gutachten der Klinik C.\_\_\_\_ mit einer psychischen Störung, einer rezidivierenden depressiven Störung mit somatischen Symptomen, in Verbindung gebracht (Urk. 17/5/1 S. 10). Unabhängig davon, ob sich die im Narbenbereich des linken Vorderarms und Handgelenks bestehenden Schmerzen einem chronischen neuropathischen Schmerzsyndrom, wie es Dr. E.\_\_\_\_ in seinem aktuellen Bericht vom 10. Februar 2011 diagnostiziert (Urk. 8/186/2), oder - entsprechend der ursprünglichen Diagnose (Urk. 8/65 S. 3) - einem komplexen regionalen Schmerzsyndrom zuordnen lassen, können diese - entgegen der ursprünglich vertretenen Auffassung des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 10) - nicht sowohl unter dem Kriterium der körperlichen Dauerschmerzen als auch als erhebliche Komplikation berücksichtigt werden. Auch ist zu berücksichtigen, dass der Beschwerdeführer trotz der Schmerzen in der Lage war, seine Arbeit als Baggerführer zumindest mit eingeschränkter Leistung wieder aufzunehmen und - wie sich aus Dr. I.\_\_\_\_s Gutachten ergibt (Urk. 17/5 S. 65) - auch wieder gewisse sportliche Betätigungen auszuüben. Unabhängig davon, ob das Schmerzsyndrom als organisch eingestuft werden kann oder nicht, erweist sich das entsprechende Kriterium somit weder unter dem Gesichtspunkt der körperlichen Dauerschmerzen noch unter dem Gesichtspunkt des schwierigen Heilungsverlaufs und der erheblichen Komplikation als besonders ausgeprägt.

Da somit höchstens eines der beiden letztgenannten Kriterien in Betracht fällt und sich keines von ihnen als besonders ausgeprägt erweist, kann die Adäquanz des Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfall und den psychischen Gesundheitsstörungen von vornherein verneint werden. Zu prüfen bleibt, ob die medizinischen Unterlagen hinsichtlich der somatischen Unfallfolgen eine ausreichende Grundlage bilden, um über die diesbezüglichen Leistungen entscheiden zu können.

Die Zumutbarkeitsbeurteilung Dr. A.\_\_\_\_s vom 19. November 2009 (Urk. 8/127), an der dieser ohne erneute Abklärung und ohne nähere Begründung am 27. September 2010 festhielt (Urk. 8/155) und auf die sich die SUVA in somatischer Hinsicht stützt, steht im Einklang mit dem vom Rheumatologen Dr. E.\_\_\_\_ mitunterzeichneten Bericht des Z.\_\_\_\_ über die ambulante arbeitsbezogene Rehabilitation vom 15. Oktober 2008 (Urk. 8/65.1). Der darin prognostizierten Arbeitsfähigkeit von maximal 60 % in der bisherigen Arbeit als Baggerführer und von 100 % in einer anderweitigen leichten bis mittelschweren Arbeit mit gewissen Belastungslimiten lag die Diagnose eines komplexen regionalen Schmerzsyndroms (CRPS I) des linken Vorderarms und Handgelenks zugrunde - dies nachdem sich beim neurologischen Konsilium vom 21. August 2008 klinisch keine eindeutige periphere Nervenläsion ergeben hatte und die subjektive Fühl- und Kraftminderung nicht sicher einem Dermatome oder einem peripheren Nerv zugeordnet werden können (Urk. 8/63 S. 3). Der damaligen Beurteilung des Z.\_\_\_\_ vom 15. Oktober 2008 steht aber nicht nur der Bericht von Hausarzt Dr. G.\_\_\_\_ vom 20. September 2010 entgegen, worin weiterhin auf die anhaltende, stets vorhandene starke und beeinträchtigende Nervenreizung sowie die damit verbundene starke Berührungsempfindlichkeit hingewiesen wurde (Urk. 8/152.2), sondern sie wird durch die den weiteren Verlauf berücksichtigenden Berichte Dr. E.\_\_\_\_s sogar entkräftet. Bereits am 10. August 2010 hatte dieser Arzt auf einen aktuellen Reizzustand im linken Vorderarm und eine neuropathische Schmerzkomponente hingewiesen, die mit Neurontin behandelt werde und allenfalls eine partielle Entfernung des Osteosynthesematerials

erfordere (Urk. 8/149). Am 10. Februar 2011 kam Dr. E.\_\_\_\_ dann unter Hinweis auf ein chronisches neuropathisches Schmerzsyndrom im Narbenbereich des linken Vorderarms und Handgelenks ausdrücklich auf die anlässlich der Arbeitsrehabilitation prognostizierte Arbeitsfähigkeit von 60 % beziehungsweise 100 % zurück und bescheinigte nun aus somatischer Sicht aufgrund des persistierenden neuropathischen Beschwerdebildes und der eingeschränkten Belastbarkeit und Beweglichkeit der linken dominanten Hand für die angestammte Arbeit eine Leistungseinschränkung von 50 % und für eine angepasste mittelschwere Tätigkeit eine solche von 20 % (Urk. 8/186/2).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In Ermangelung einer aktuellen kreisärztlichen Beurteilung würde es an sich nahe liegen, bei der Festsetzung der Leistungen auf die letztgenannte Einschätzung Dr. E.\_\_\_\_s abzustellen, zumal chronische neuropathische Schmerzen nach einer Schädigung somatosensorischer Nervenstrukturen im peripheren oder zentralen Nervensystem entstehen (vgl. etwa: Ralf Baron, Diagnostik und Therapie neuropathischer Schmerzen, in Deutsches Ärzteblatt, Jg. 103, Heft 41, vom 13. Oktober 2006, S. A

2720; www.aerzteblatt.de ) und somit durchaus organischer Art sind. Ob und inwiefern Dr. E.\_\_\_\_s Diagnose in neurologischer Hinsicht nun gesichert ist und nicht mehr wie noch im Bericht der Neurologischen Klinik und Poliklinik des Z.\_\_\_\_ vom 21. August 2008 von einem komplexen chronischen regionalen Schmerzsyndrom (Urk. 8/63 S. 3) ausgegangen wird, kann seinen Berichten jedoch nicht entnommen werden. Auch ist zu beachten, dass dieser Arzt in die am Z.\_\_\_\_ stattfindende Schmerzbehandlung des Versicherten insofern involviert ist, als ihm die Verlaufskontrolle obliegt, weshalb nicht ohne Weiteres ausgeschlossen werden kann, dass er im Hinblick auf seine auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten des Patienten aussagt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Bei dieser Beweislage ist die Einholung eines Gutachtens, das sich namentlich mit den rheumatologischen und neurologischen Aspekten der im linken Handgelenk und im linken Unterarm vorhandenen Schmerzen auseinandersetzt und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit sowie die Art und den zumutbaren Umfang einer leidensangepassten Tätigkeit aus somatischer Sicht abschliessend bestimmt, unumgänglich.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Daran vermag das von der IV-Stelle veranlasste Gutachten der Klinik C.\_\_\_\_ vom 9. September 2009, das dem Beschwerdeführer aus somatischen Gründen nur Einschränkungen hinsichtlich von eine grosse Kraft des linken Armes erfordernden Tätigkeiten zugesteht und die bisherige Tätigkeit als Baumaschinenführer unter Ausschluss der Bauhilfsarbeiten als ganztags zumutbar erachtet (Urk. 17/5/2 S. 76 f.), nichts zu ändern. Denn dieses überzeugt insbesondere in somatischer Hinsicht nicht. Die Rheumatologin Dr. I.\_\_\_\_ gab zwar sämtliche medizinischen Akten ausführlich wieder (Urk. 17/5/2 S. 3-64), nahm nebst aufwändigen internistisch-rheumatologischen Abklärungen eine allgemein gehaltene neurologische Routineuntersuchung vor (Urk. 17/5/2 S. 67-71) und überprüfte insbesondere das Operationsresultat, die Beweglichkeit, die Kraft und die Umfänge der beiden oberen Extremitäten (Urk. 17/5/2 S. 74). Doch scheint sich die Rheumatologin die im Bereich des linken Unterarms und der linken Hand angegebenen Schmerzen in erster Linie mit der von Hauptgutachter Dr. J.\_\_\_\_ diagnostizierten rezidivierenden depressiven Störung mit somatischen Symptomen oder mit der ihrer Ansicht nach in den Resultaten der Handkraftmessung zum Ausdruck gekommenen Selbstlimitierung erklären zu haben (Urk. 17/5/2 S. 74). Es geht aus ihrem Untergutachten jedenfalls nicht hervor, dass sie die Art der Schmerzen und die Gründe

für die Weigerung des Beschwerdeführers, sich das linke Handgelenk untersuchen zu lassen (Urk. 17/5/2 S. 74), näher präziserte, dass sie bei der Würdigung ihrer Befunde und der Beurteilung der somatisch zumutbaren Arbeitsfähigkeit dem Umstand, dass der Beschwerdeführer Linkshänder ist (Urk. 8/92 S. 2), Rechnung trug oder dass sie sich mit den von Dr. E.\_\_\_\_ betonten neurologischen Aspekten der Schmerzen im Operationsgebiet auseinandersetzte.

Die Sache ist demnach an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie zu den im Bereich des linken Unterarms und der linken Hand bestehenden somatischen Unfallfolgen, deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit sowie der damit verbundenen Integritätseinbusse ein externes, namentlich die rheumatologischen und neurologischen, allenfalls auch die orthopädischen Aspekte berücksichtigendes Gutachten veranlasse und hernach über Invalidenrente und Integritätsentschädigung neu verführe.

Dieser Verfahrensausgang gilt grundsätzlich als vollständiges Obsiegen des Beschwerdeführers (vgl. Bundesgerichtsurteil 8C\_269/2012 vom 12. Oktober 2012 E. 7 mit Hinweis auf BGE 132 V 235 E. 6.1). Gestützt auf Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 34 Abs. 1 und 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) ist ihm daher eine Prozessentschädigung von Fr. 3'100.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) zuzusprechen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass der angefochtene Einspracheentscheid vom 24. Juni 2011 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über den Anspruch des Beschwerdeführers auf Invalidenrente und Integritätsentschädigung neu verführe.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 3'100.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- DAS Rechtsschutz-Versicherungs-AG

- Rechtsanwalt Christian Leupi

- Bundesamt für Gesundheit

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

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

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines

Vertreter 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.