

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00089

vom 31. Dezember 2013

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-12-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2012.00089

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00089 du 31 décembre 2013

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00089 del 31 dicembre 2013

Erwägungen

E. 1

5. Mai 2006 als Fugenspezialist bei der Y.____ und war damit bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) gegen Unfälle versichert. Am 10. April 2007 stürzte er von einer Treppe und verletzte sich am linken Arm (Unfallmeldung vom 19. April 2007, Urk. 9/1). Die SUVA trat auf den Schaden ein und gewährte Heilbehandlung sowie Taggeld. Nach zweimaliger Operation des Ellbogens (Urk. 9/21/1 und Urk. 9/50/1) schloss die SUVA den Fall per 1. Dezember 2009 ab (Urk. 9/104) und sprach dem Versicherten mit Verfügung vom 25. August 2011 (Urk. 9/171) ab 1. Dezember 2009 eine Invalidenrente basierend auf einem Erwerbsunfähigkeitsgrad von 15 % sowie eine Integritätsentschädigung bei einer Einbusse von 7,5 % zu. Die dagegen erhobene Einsprache (Urk. 9/172 und Urk. 9/179) wurde mit Entscheid vom 19. März 2012 (Urk. 2) abgewiesen.

E. 1.1

Nach Art. 10 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art.

E. 1.2

Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird gemäss Art. 16 ATSG das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre. 2.

E. 2

Die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, dem Beschwerdeführer die gesetzlichen Leistungen zu gewähren.

Insbesondere sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, ab 1. Dezember 2009 eine Invalidenrente von 61 % sowie eine Integritätsentschädigung von 30 % zuzu sprechen.

Zudem sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, ab spätestens März 2012 erneut Taggelder auszurichten und Heilbehandlungskosten zu übernehmen und dann im weiteren Verlauf die Rente und die Integritätsentschädigung zu erhöhen.

E. 2.1

Die am Unfalltag erstbehandelnde med. pract. Z.____, Ärztin Chirurgie A.____, diagnostizierte im Arzteugnis UVG (Urk. 9/3) eine Reizung des Nervus

ulnaris bei Status nach Trauma unter Hinweis auf die Röntgenbilder des linken Ellbogens, welche keine Anhaltspunkte für eine ossäre Läsion ergeben hätten.

E. 2.2

Nachdem der Beschwerdeführer über Hypästhesien und Krabbelparästhesien im Bereich des lateralen Unterarmes geklagt hatte, wurde im A.____ am 9. Oktober 2007 bei der Diagnose eines Ulnaris-Kompressionssyndroms links eine Ulnarisvorverlagerung im Ellbogenbereich nach subcutan vorgenommen (Austrittsbericht vom 12. Oktober 2007, Urk. 9/21).

E. 2.3

Am 1

E. 2.4

Dr. med. C.____, Chirurgie FMH, Spez. Handchirurgie, berichtete in seinem Gutachten vom 18. Februar 2010 (Urk. 9/123) zu Händen des Beschwerdeführers von einem im Vordergrund stehenden andauernden Ruheschmerz in einem Umkreis von ca. 12 cm um den Epicondylus

medialis des linken Ellbogens. Zudem würden mehrmals pro Tag spontane, unerwartete Schmerzwellen hinzu treten, ausgelöst durch lokale Druckeinwirkungen, unvorsichtige Armbewegungen oder durch Erschütterungen (S. 7).

Der Gutachter diagnostizierte einen Status nach traumatischer Schädigung des Nervus - Ulnaris - Stammes Höhe Ellbogengelenk links, ein posttraumatisches komplexes regionales Schmerz-Syndrom (CRPS) Typ II, einen Status nach Vorverlagerung

subcutan des Nervus

ulnaris links sowie einen Status nach epineuraler

Neurolyse, Dekompression und tiefer muskulärer Vorverlagerung nach Learmonth - Mackinnon. Das Vorliegen eines CRPS begründete er mit dem Erfüllen der vier geforderten Faktoren und der vier Symptomkategorien (sensory, vasomotor, sudomotor/edema und motor/trophic). Die Nervenschädigung sei durch den ungewöhnlich abgelaufenen Sturz-Unfall (Kontusion an der Treppen-Seitenwand mit Überstreckung des Ellbogengelenkes und Kompression zwischen Körper und Wand) zustande gekommen (S. 11).

Als verbleibendes zumutbares Arbeitsprofil nannte Dr. C.____ eine Tätigkeit mit sanften, langsamen Bewegungen in mittlerer, möglichst spannungsfreier Position des Arms und Ellbogengelenks mit sehr begrenztem Einsatz der Hand und der Finger für kleine und leichte Gegenstände. Er schätzte eine Arbeitsfähigkeit von 60 bis 70 % bezogen auf ein Vollpensum von je vier Stunden morgens und abends an fünf Tagen in der Woche (S. 15).

E. 2.5

Die Ärzte des D.____ wo am 24. August 2010 ein Assessment mit neurophysiologischen Untersuchungen durchgeführt worden war, diagnostizierten mit Bericht vom 1. September 2010 (Urk. 9/144) (1) ein Schmerzsyndrom linker Oberarm, ulnarer Unterarm, ulnare Hand sowie 4. und 5. Finger rechts mit neuropathischen Positiv- und Negativ-Phänomenen unklare

rer Zuordnung und (2) einen Verdacht auf eine Neuropathie des Nervus

ulnaris links bei Status nach zweimaliger Operation im Bereich des Sulcus

ulnaris links (S. 1). Sie befanden die Kriterien für ein CRPS an der linken Hand als nicht sicher erfüllt und im Bereich des linken Ellbogens als nicht erfüllt unter Hinweis auf die Möglichkeit eines sympathisch unterhaltenen Schmerzes (S. 5).

E. 2.6.1

Am 4. Januar 2011 (Urk. 9/153) berichteten die SUVA-Versicherungsmediziner Dr. med. E.____, Facharzt für Chirurgie FMH, und Dr. med. F.____, Facharzt für Neurologie, über ihre Untersuchung vom 14. Dezember 2010. Sie diagnostizierten ein überwiegend neuropathisches Schmerzsyndrom im Bereich des linken Oberarmes, des linken ulnaren Unterarmes, der ulnaren Hand, des vierten und fünften Fingers links bei anamnestisch bekanntem CRPS II und Status nach Treppensturz mit Überstreckung des linken Ellbogens (sowie den beiden bekannten Operationen, S. 19).

E. 2.6.2

Die SUVA-Ärzte gingen entsprechend den einschlägigen Kriterien von einem überwiegend neuropathischen Schmerz vor dem Hintergrund eines durchgemachten CRPS II im Bereich des linken Ellbogens aus und führten aus, hierbei sei eine Schädigung der somatosensorischen Nervenstrukturen per Definitionem erforderlich, in diesem Falle eine Läsion des Nervus

ulnaris im Sulcus

ulnaris links. Ob die Ursache dieser Nervenschädigung tatsächlich traumatisch bedingt sei, sei dahingestellt. Bei zweimaliger Operation des Nervus

ulnaris mit Neurolyse und

Vorverlagerung des Nerven sei jedoch eine operationsbedingte Traumatisierung sicher. In Übereinstimmung mit den Voruntersuchungen finde sich eine Temperaturdifferenz in dieser Region, nicht jedoch im Bereich der Hände. In der elektrophysiologischen Untersuchung hätten sich sowohl neuropathische Negativphänomene wie auch Zeichen einer zentralen Sensibilisierung gezeigt, welche im Rahmen eines CRPS, jedoch auch im Rahmen einer myofaszialen Schmerzausweitung auftreten könnten (S. 22 f.).

Bei Anwendung der Kriterien für ein CRPS II würden diese allenfalls für die linke Ellbogenregion zutreffen, nicht jedoch für den Bereich der Hände. Das CRPS sei eine ätiologisch nach wie vor unklare Erkrankung, welche mit starken Schmerzen einhergehe und das klinische Bild einer typischen Trias aus autonomer Störung, sensorischer Störung und motorischer Störung zeige. Im Widerspruch zu den Untersuchungsergebnissen von Dr. C.____ finde sich bis auf eine sensible Affektion des distalen Nervus

ulnaris

im Bereich der linken Hand kein Hinweis für eine relevante Nervenschädigung, welche eine bedeutende Einschränkung der Handfunktion links mit sich bringen könnte. Im D.____

hätten lediglich eine verminderte Amplitude der sensiblen Antwortpotentiale als indirekter Hinweis für eine proximale Nervus

ulnaris-Läsion (bei erschwerten Untersuchungsbedingungen) dargestellt werden können.

Die Muskulatur des linken Armes und insbesondere der linken Hand sei nicht deutlich atroph als Ausdruck einer bedeuten den Schonung, die Trophik der Haut und Hautanhangsgebilde seien normal gewesen, das Schwitzen symmetrisch, ein Ödem habe nicht vorgelegen und die Kraftentwicklung habe in den verschiedenen klinischen Testungen als zum Teil leicht gemindert dargestellt werden können. Hierzu passend habe der Beschwerdeführer (zum Beispiel beim Heraussuchen von Dokumenten, beim An- und Auskleiden sowie beim Schnüren der Schuhe) die linke Hand eingesetzt. Auch sei ersichtlich gewesen, dass beim Laufen nach einiger Zeit der linke Arm völlig normal und physiologisch mitbewegt worden sei, also regelrecht in das automatisierte motorische Bewegungsprogramm integriert gewesen sei, und eben nicht beständig schmerzbe dingt starr am Körper habe getragen werden müssen (S. 23 f.).

Die Dres. E. ___ und F. ___ schlossen auf einen maladaptiven Umgang mit dem chronischen Schmerz, wozu Zukunftsängste, eine Katastrophisierungstendenz und eine depressive Komponente beitragen mögen würden. In der Untersuchungssituation sowie in der Verhaltensbeobachtung habe es verschiedene Phänomene gegeben, welche nicht schlüssig organisch erklärbar seien: So sei das Anziehen des relativ eng anliegenden Stützverbandes als wohltuend erlebt worden, während das Bestreichen der Region mit einem Wattebausch zur Auflösung einer schweren Allodynie geführt habe. Der Schmerz nehme bei Streckung des Armes zu, obschon wegen vermehrter Spannung des Nerven (im Falle einer Ulnarisläsion) eher bei Beugung mit mehr Schmerz zu rechnen sei. Die linke Hand werde vom Beschwerdeführer zum Beispiel beim Autofahren auch über Stunden hinweg (Autofahrt in den Urlaub mit jeweils mehreren Stunden Dauer) aktiv eingesetzt, was definitiv gegen die Annahme einer funktionellen Einhändigkeit spreche (S. 24).

E. 2.6.3

Die Ärzte empfahlen bei ihrer Beschreibung eines zumutbaren Stellenprofils das Vermeiden schmerzauslösender lokaler Berührungen im Umkreis des linken Ellbogens sowie kraftvoller rascher Bewegungen des Ellbogens, repetitiver Stoss-, Zug- und Drehbewegungen, repetitiver Schläge, kraftvollen Faustschlusses oder kraftvollen Abstützens, Erschütterungen sowie Vibrationen. Zu bevorzugen seien ruhige, nicht abrupte Beuge- und Streckbewegungen des linken Ellbogens in einer mittleren, möglichst entspannten Position. Ein nur sehr begrenzter Einsatz der linken Hand und der Finger für kleine und leichte Gegenstände lasse sich aufgrund der Untersuchungen nicht begründen. Eine solche Tätigkeit sei ganztags möglich bei einer Verlangsamung sowie einer gewissen zeitlichen Limitierung durch vermehrte Pausen (S. 33 f.).

E. 2.6.4

Den Integritätsschaden bemessen die SUVA-Ärzte mit 7,5 %, ausgehend von einer sensiblen axonalen Schädigung des Nervus

ulnaris, was im Quervergleich der Hälfte einer proximalen Lähmung des Nerven (Richtwert 15 %) entspreche (S. 34).

E. 2.7

Am 10. März 2011 (Urk. 9/162 Beilage 1) nahm Dr. C. ___ zu Händen des Beschwerdeführers hierzu Stellung und führte aus, aufgrund seiner gutachterlichen Untersuchung vom Februar 2010 und der persönlichen Verlaufsbeobachtung seien sämtliche Kriterien eines CRPS erfüllt (S. 9 f.). Beim Beschwerdeführer sei sodann der Nerv nach volar und

bei der zweiten Operation in die Tiefe unter die Beugemuskulatur des Vorderarmes verlagert worden, weshalb er auf der Beugeseite des Gelenk-Drehpunktes liege. Damit werde er gespannt bei der Streckung und entlastet bei der Flexion. Dies führe zum umgekehrten wie von den SUVA-Ärzten geschilderten Phänomen, dass der Schmerz bei der Ellbogenstreckung zunehme und bei der Beugung abnehme. Beim stärkeren Durchbeugen wirkten allerdings andere Kräfte (Stauchung des Nerves), so dass die Schmerzen in der Endphase der Beugung wieder stark anstiegen (S. 13). Weiter fanden sich Muskelatrophien am linken Arm (1 bis 1,5

cm Differenz zur rechten Seite, S. 14). Dr. C.____ formulierte ein leicht abweichendes Zumutbarkeitsprofil (vereinzelte Bewegungen mit geringer Belastungs-Kraft am Arm oder in der Hand und nur vereinzelt bis zu einem Maximum von 5 kg ohne repetitive monotone Bewegungen, abrupte Streck- und Beugebewegungen im linken Ellbogengelenk). Weiter führte er aus, auch der rechte Arm sei eingeschränkt, da die vorhandene Kraft wegen weitgehender einhändiger Nutzung nicht vollumfänglich ausgeschöpft werden könne (S. 15 f.).

Den Integritätsschaden schätzte Dr. C.____ mit 30 % und hielt fest, zu deren Bewertung müsse der gesamte linke Arm inklusive seiner Aufhängung (Schultergürtel) als funktionelle Einheit in die Beurteilung einfließen. Dabei sei ein Vergleich mit einer Plexuslähmung akzeptabel, welche einer Einschränkung von 30 bis 50 % entspreche (S. 17).

E. 2.8

Am 12. August 2011 (Urk. 9/164) äusserten sich die Dres. E.____ und F.____ erneut und hielten fest, in ihrem Bericht vom 4. Januar 2011 (E. 2.6) sei nicht in Abrede gestellt worden, dass die neuropathischen Schmerzen im Rahmen eines CRPS interpretiert werden müssten, dies im Bereich des linken Ellbogens, nicht aber der Hand (S. 3). Die von Dr. C.____ geltend gemachten neu aufgetretenen neurologischen Defizite (vor allem in der

ulnaren Hälfte des linken Mittelfingers in Form einer Hypästhesie, Parästhesie und Dysästhesie) seien weder in der D.____

noch bei der eigenen Untersuchung geklagt worden. Dabei handle es sich um subjektive Befunde, welche ausschliesslich von den Angaben des Untersuchten abhängig seien und sich klinisch-neurologisch kaum objektivisieren liessen (S. 4). Das Zumutbarkeitsprofil bleibe unverändert, namentlich sei der linke Arm mehr als nur als Zudienhand einsetzbar. Sodann leuchte nicht ein, weshalb der gesunde rechte Arm ohne jegliche Funktionseinschränkungen nicht voll belastungsfähig sein sollte (S. 5).

Zum Integritätsschaden führten sie sodann aus, ein Quervergleich mit einer Plexuslähmung sei nicht begründbar, da die Restfunktion des linken Armes nicht dem Funktionsausfall entspreche (S. 6).

E. 2.9

Im vom Beschwerdeführer aufgelegten Bericht von Dr. G.____, Oberarzt an der Klinik für Plastische Chirurgie und Handchirurgie des H.____, vom 2. März 2012 (Urk. 3/5) hielt dieser fest, aktuell zeige sich eine deutliche Verschlechterung (gegenüber 2009) mit Ausdehnung der Befunde. Klinisch finde sich eine schwere Hyperpathie mit Allodynie im Bereich des medialen Armes und Unterarmes mit Hypästhesie der gesamten oberen Extre-

mität mit Ausdehnung über den ganzen linken Hemikörper mit schweren

berührungs- respektive belastungsabhängigen neuropathischen Schmerzen. Es bestehe ein CRPS Typ II mit Auslösefaktor eines Status nach zwei Ulnaris -Operationen 2007 und 2008.

Bei unveränderten elektrodiagnostischen Befunden ohne Anhaltspunkte für eine Verschlechterung der Ulnarisneurographie links sowie ohne objektivierbare neurogene Schädigung des Nervus

ulnaris links fänden sich weiterhin keine Hinweise dafür, dass primär eine operative angehbare Schädigung des Nervus

ulnaris vorliege. Im Gegenteil seien weitere operative Interventionen bei nun florider Manifestation eines CRPS keinesfalls zu empfehlen. Die Arbeitsunfähigkeit betrage 0 % .

E. 2.10

Die Ärzte der Interdisziplinären Schmerzsprechstunde hielten mit Bericht vom 17. Oktober 2012 (Urk. 21) fest, es gebe genügend Zeichen und Symptome bei kontinuierlichem und unproportional zum Ereignis vorhandenem Schmerz, jedoch könnten die meisten dieser Beschwerden differenzialdiagnostisch durch eine direkte Reizung des Nervus

ulnaris mit konsekutivem neuropathischem Schmerz

erklärt werden (periphere Sensibilisierung). Symptome wie Druck allodynie im Bereich der Trizepsmuskulatur , Ausdehnung der Allodynie über das eigentliche

Ver sorgungsgebiet des Nervus

ulnaris hinaus etc. könnten differenzialdiagnostisch mit einem zentralen Sensibilisierungszustand erklärt werden, welche sich im Gegensatz zu peripheren Mechanismen/peripherer Sensibilisierung nicht auf das Gebiet sensibler und motorischer Hautäste beschränke, sondern dermatombezogen stattfinde. Entsprechend handle es sich (ihrer Ansicht nach) um kein CRPS, sondern um eine Neuropathie des Nervus

ulnaris einhergehend mit neuropathischen Schmerzen (S. 4). 3.

E. 3

Eventualiter seien im Rahmen

des vorliegenden Verfahrens weitere medizinische Abklärungen vorzunehmen oder die Angelegenheit zur Vornahme solcher an die Beschwerdeführerin zurückzuweisen.

E. 3.1

Aufgrund der Akten ist erstellt, dass der Beschwerdeführer nach seinem Treppensturz zweimal am linken Ellbogen operiert wurde. In der Folge verblieben Restbeschwerden. Dr. C.____ schilderte dabei einen andauernden Ruheschmerz im Ellbogen mit spontanen Schmerzwellen. Er führte diese Beschwerden auf ein CRPS zurück (E. 2.4) und hielt fest, dass im Bereich der Hand nicht sämtliche klinischen Kriterien erfüllt seien; dies sei für die entsprechende Diagnose auch nicht notwendig (Urk. 9/162 Beilage 1 S. 10) . Auch die SUVA-Ärzte Dres. E.____ und F.____ bestätigten ein (zumindest ein durchgemachtes) CRPS im linken Ellbogen unter Verweis auf eine operative Traumatisierung der Nerven , verneinten indes ein solches im Bereich der linken Hand (E. 2.6.2). Die Ärzte des D.____ verneinten das Vorliegen eines CRPS im Bereich des Ellbogens und befanden ein solches

im Bereich der linken Hand als nicht sicher erfüllt (E. 2.5). Dr. G.____ bestätigte ebenfalls ein CRPS, verneinte das Vorliegen von Anhaltspunkten für eine objektivierbare neurogene Schädigung des Nervus

ulnaris links und sah keine operativ angehbare Schädigung (E. 2.9). Die Ärzte der Interdisziplinären Schmerzprechstunde führten die meisten Beschwerden (differenzialdiagnostisch) auf eine direkte Reizung der Nervus

ulnaris mit konsekutivem neuropathischem Schmerz zurück. Da indes Symptome über das Versorgungsgebiet bestanden, fiel für sie eine Neuropathie des Nervus

ulnaris in Betracht (E. 2.10).

E. 3.2

Beim CRPS handelt es sich um eine zusammenfassende Bezeichnung für Krankheitsbilder, welche die Extremitäten betreffen, sich nach einem schädigenden Ereignis entwickeln und durch anhaltenden Schmerz mit Störungen des vegetativen Nervensystems, der Sensibilität und der Motorik gekennzeichnet sind. Das CRPS I (sympathische Algodystrophie, Sudeck-Syndrom; früher sympathische Reflexdystrophie [SRD]) ist eine Erkrankung der Extremität, die ohne definierte Nervenläsion nach relativ geringfügigem Trauma ohne Bezug zum Innervationsgebiet eines Nervs auftritt. Es kommt am häufigsten nach distaler Radiusfraktur bei wiederholten Repositionsmanövern, einengenden Gipsverbänden oder ohne nachvollziehbare Ursache vor. Eingeteilt wird es in drei Stadien: I: Entzündungsstadium; II: Dystrophie; III: Atrophie (irreversibel). Das CRPS II (früher Kausalgie) bezeichnet brennende Schmerzen und Störungen des sympathischen Nervensystems als Folge einer definierten peripheren Nervenläsion (häufig Hyperkompression). Klinische Zeichen bzw. Symptome des CRPS sind schwer lokalisierbare brennende Schmerzen (z.B. Allodynie, Hyperalgesie) zusammen mit autonomen (Ödeme, Temperatur- und Schweißsekretionsstörung, eventuell trophische Störung der Haut, Nagelveränderungen, lokal vermehrtes Haarwachstum), sensiblen und motorischen Störungen. Im weiteren Verlauf kann es zu Knochenabbau (Demineralisation), Ankylose und Funktionsverlust kommen. Das CRPS gehört zu den neurologisch-orthopädisch-traumatologischen Erkrankungen und ist ein organischer bzw. körperlicher Gesundheitsschaden (Urteil des Bundesgerichts 8C_955/2008 vom 29. April 2009 E. 6).

E. 3.3

Dass beim Beschwerdeführer ein CRPS vorliegt, ist unbestritten und aufgrund der medizinischen Aktenlage ausgewiesen. Nicht von primärer Bedeutung ist dabei, ob sich dieses auf die Region des linken Ellbogens bezieht oder auch die linke Hand umfasst. Entscheidend ist - angesichts der strittigen Höhe des Invaliditätsgrades

- vielmehr, in welchem Ausmass der Beschwerdeführer

aufgrund der objektivierbaren funktionellen Einschränkungen noch arbeitsfähig ist.

E. 3.4

Aufgrund der medizinischen Aktenlage ist erstellt, dass der Beschwerdeführer seinen linken Arm nicht mehr uneingeschränkt einsetzen kann. Angesichts der weitgehend übereinstimmenden ärztlichen Berichte ist sodann davon auszugehen, dass Beugebewegungen des linken Ellbogens ungünstig sind. Dr. C.____ empfahl eine möglichst

spannungsfreie Position des Armes (E. 2.4), erachtete jedoch das vereinzelte Heben von Gewichten bis 5 kg als möglich (E. 2.7). Dieses Zumutbarkeitsprofil deckt sich weitgehend mit demjenigen der Dres . E.____ und F.____ (ruhige, nicht abrupte Beuge- und Streckbewegungen des Ellbogens in einer mittleren, möglichst entspannten Position; E. 2.6.3) . Die Einschätzungen divergieren demgemäss dahingehend, dass Dr. C.____ den linken Arm als etwas weniger

einsetzbar erachtete, die SUVA-Ärzte darin aber mehr als eine Zuhilfenahme und insbesondere eine regelmässige Belastung (statt nur vereinzelt) als möglich erachteten (E. 2.8).

Wie es sich damit genau verhält, kann insofern offen bleiben, als dies ohne relevanten Einfluss auf das trotz Gesundheitsschaden noch erzielbare Einkommen bleibt. Fest steht jedenfalls, dass der Beschwerdeführer nicht als funktionell einarmig zu betrachten ist, sondern die linke Hand nach wie vor gebrauchen kann (vgl. auch die Angaben der Ärzte des D.____ , welche in objektiver Hinsicht unauffällige Ergebnisse im Bereich der linken Hand vermerkten, Urk. 9/144 S. 2 Mitte). Damit steht fest, dass dem Beschwerdeführer jede Tätigkeit zumutbar ist, welche den linken Arm nicht belastet, wobei vereinzelte Beugebewegungen mit geringem Gewicht bis 5 kg sowie der Einsatz der linken Hand möglich sind. Eine vollständige Arbeitsunfähigkeit ist demgegenüber klarerweise nicht ausgewiesen. Dr. G.____ widerspricht mit dieser am 2. März 2012 getroffenen Annahme (E. 2.9) den Gutachtern, bezog sich namentlich nicht auf eine angepasste Tätigkeit und begründete seine Einschätzung nicht rechtsgenügend .

Zum zumutbaren Pensum liegen ebenfalls übereinstimmende Angaben vor: Die Dres . E.____ und F.____ gingen von einer vollumfänglichen Arbeitsfähigkeit aus bei einer gewissen zeitlichen Limitierung durch vermehrte Pausen (E. 2.6.3). Auch Dr. C.____ erwähnte in seiner letzten Einschätzung keine zeitliche Limitierung mehr und verwies - wie die SUVA-Ärzte - auf die Notwendigkeit von Arbeitspausen (Urk. 15 S. 16 Mitte).

E. 3.5

Da die bildgebend darstellbaren und sonstigen objektivierbaren Befunde feststehen und lediglich leichte Unterschiede in der ärztlichen Interpretation derselben bestehen, sind von weitergehenden Abklärungen keine neuen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb darauf zu verzichten ist (antizipierte Beweiswürdigung) . 4.

E. 4

Es sei ein zweiter Schriftenwechsel durchzuführen.

Unter Entschädigungsfolge (inkl. 8 %

MWSt) zu Lasten der Beschwerdegegnerin.“

Die SUVA schloss am 29. Mai 2012 (Urk. 8) auf Abweisung der Beschwerde. Nachdem die Parteien im Rahmen des zweiten Schriftenwechsels an den gestellten Anträgen festgehalten hatten (Urk. 14 und Urk. 18), legte der Versicherte am 19. März 2013 (Urk. 20) einen neuen medizinischen Bericht ins Recht (Urk. 21), wozu sich die SUVA am 22. April 2013 (Urk. 24) äusserte. Hiervon wurde dem Versicherten am 24. April 2013 (Urk. 25) Kenntnis gegeben. 3.

Mit Urteil vom heutigen Datum wurde die Beschwerde gegen die Verfügungen der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 23. Mai 2013 betreffend

Zuspache einer ganzen Rente der Invalidenversicherung ab 1. April 2008, einer Dreiviertelsrente ab 1. November 2010 sowie einer Viertelsrente ab 1. Dezember 2012 abgewiesen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 4.1

Zu prüfen ist, wie sich die dargelegte Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit in erwerblicher Hinsicht auswirkt. 4. 2

Die Beschwerdegegnerin ging von einem Valideneinkommen im Jahr 2009 von Fr. 73'515.-- (Urk. 2 S. 11) aus, was angesichts des von der Y. ___ für das Jahr 2009 gemeldeten Lohnes (Urk. 9/108/1) nicht zu beanstanden ist.

Für die Anrechnung von Überstunden - wie dies der Beschwerdeführer beantragt (Urk. 1 S. 11 f.) - bleibt kein Raum. Vorwegzuschicken ist, dass praxisgemäss regelmässig geleistete Überstunden bloss dann zum Valideneinkommen zu rechnen sind, wenn die versicherte Person mit Überstunden im gleichen Ausmass hätte rechnen können. Die blosser Möglichkeit dazu genügt nicht (Urteil des Bundesgerichts 8C_647/2009 vom 4. Januar 2010 E. 4.3).

Der Beschwerdeführer war im Zeitpunkt des Unfalls seit knapp elf Monaten bei der Y. ___ beschäftigt, weshalb sich allfällige Überstunden nicht auf eine langjährige Praxis stützen und demgemäss für die langfristige Beurteilung mit Zurückhaltung zu würdigen sind. Den Lohnangaben der Y. ___ ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer im Jahr 2006 nebst seinem monatlichen Lohn von Fr. 5'200.-- im Dezember einen Verdienst von Fr. 16'737.90 erzielt hat, worin offensichtlich die Entschädigung für geleistete Überstunden enthalten ist (Urk. 9/108/2). Ab Januar 2007 sind dann jedoch keine Überstunden mehr verzeichnet (Urk. 9/108/4), weshalb nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit dargetan ist, dass der Beschwerdeführer auch weiterhin regelmässig und in erheblichem Ausmass Überstunden geleistet hätte. Dass im Baugewerbe im Winter weniger Arbeit anfällt (Urk. 1 S. 12), ist nicht von Bedeutung, reicht doch diese allgemeine Feststellung nicht, um mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das regelmässige Leisten von Überstunden des Beschwerdeführers zu schliessen, zumal seine Arbeit (Fugenspezialist) nicht auf den äusseren Mantel eines Bauwerks beschränkt ist.

Damit ist der Validenlohn mit Fr. 73'515.-- zu bestätigen. 4.3 4.3.1

Bezüglich des trotz der gesundheitsbedingten Behinderung in einer leidensangepassten Tätigkeit zumutbarerweise noch erzielbaren Verdienstes hat die Beschwerdegegnerin vorab auf die Dokumentation über Arbeitsplätze (DAP) abgestellt. Sie ermittelte das Invalideneinkommen, indem sie auf Grund von fünf DAP-Unterlagen (Urk. 9/175) vom Durchschnitt der Löhne von gerundet Fr. 62'562.-- ausging (Urk. 2 S.

E. 6

des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG), so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 Prozent invalid (Art.

E. 8

. August 2008 (Urk. 9/56) wurde im Spital B. ___ eine erneute Operation des linken Ellbogens vorgenommen, nachdem der Beschwerdeführer im Anschluss an den Eingriff vom Oktober 2007 vor allem nachts intensive Schmerzen im Bereich des neuen Verlaufes

des Nervus

ulnaris (lokalisiert vor allem proximal des ulnaren

Epicondylus) verspürt und sämtliche konservativen Therapien keine Besserung gebracht hatten. Es wurde eine ausgedehnte epi neurale

Neurolyse , eine Dekompression sowie eine tief muskuläre Vorverlagerung nach Learmonth-Mackinnon vorgenommen.

E. 12

-20

E. 13

S. 90 Tabelle B 9.2) pro Woche und unter Berücksichtigung der Lohnentwicklung von 2,1 % (von Index 2092 auf Index 2136, Die Volkswirtschaft 12-2013 S. 91 Tabelle B 10.3) ein Gehalt von Fr. 61'238.-- pro Jahr ergibt.

Der Beschwerdeführer ist auf dem Arbeitsmarkt in Konkurrenz mit einem Mitbewerber ohne Einschränkungen dadurch benachteiligt, dass er auf eine Tätigkeit angewiesen ist, bei welcher er seinen linken Arm nicht regelmässig belasten und nur noch geringe Lasten heben muss. Dies stellt im - für den Beschwerdeführer einzig in Frage kommenden - Anforderungsniveau 4 (einfache und repetitive Tätigkeiten) eine erhebliche Einschränkung dar.

Das Bundesgericht gewährt in seiner Praxis funktionell einarmigen Versicherten Abzüge zwischen 20 und 25 % (Urteil 8C_94/2012 vom 29. März 2012 E. 3.2 mit Hinweis). Der Beschwerdeführer kann nicht als funktionell Einarmiger qualifiziert werden. Indes ist zu berücksichtigen, dass der Beschwerdeführer zusätzlich auf vermehrte Pausen angewiesen ist, welche von den Ärzten indes nicht quantifiziert wurden, weshalb diese lediglich in einem bescheidenen Ausmass nötig sein dürften.

Zusammenfassend rechtfertigt sich ein Abzug vom Tabellenlohn in der Höhe von 20 % . 4 .4

Der Vergleich des Valideneinkommens von Fr. 73'515.-- mit dem Invalideneinkommen von Fr. 48'990.-- (80 % von Fr. 61'238.--) ergibt eine Lohneinbusse von Fr. 24'525.-- bzw. einen Invaliditätsgrad 33,4 % (zur Rundung: BGE 130 V 121 E. 3.2) .

Demgemäss hat der Beschwerdeführer mit Wirkung ab 1. September 2004 Anrecht auf eine Invalidenrente von 33 % , weshalb die Beschwerde teilweise gutzuheissen ist. 5. 5.1

Nach Art. 24 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung, wenn sie durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen oder geistigen Integrität erleidet. Die Integritätsentschädigung wird in Form einer Kapitalleistung gewährt. Sie darf den am Unfalltag geltenden Höchstbetrag des versicherten Jahresverdienstes nicht übersteigen und wird entsprechend der Schwere des Integritäts schadens abgestuft (Art. 25 Abs. 1 UVG).

Gemäss Art. 25 Abs. 2 UVG regelt der Bundesrat die Bemessung der Entschädigung. Von dieser Befugnis hat er in Art. 36 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) Gebrauch gemacht. Abs. 1 dieser Vorschrift bestimmt, dass ein Integritätsschaden als dauernd gilt, wenn er voraussichtlich während des ganzen Lebens mindestens in gleichem Umfang besteht. Er ist erheblich, wenn die körperliche oder geistige Integrität, unabhängig

von der Erwerbsfähigkeit, augenfällig oder stark beeinträchtigt wird. Gemäss Abs. 2 gelten für die Bemessung der Integritätsentschädigung die Richtlinien des Anhangs 3.

Im Anhang 3 zur UVV hat der Bundesrat Richtlinien für die Bemessung der Integritätsschäden aufgestellt und in einer als gesetzmässig erkannten, nicht abschliessenden Skala (BGE 124 V 29 E. 1b mit Hinweisen) wichtige und typische Schäden prozentual gewichtet (RKUV 2004 Nr. U 514 S. 416). Für die darin genannten Integritätsschäden entspricht die Entschädigung im Regelfall dem angegebenen Prozentsatz des Höchstbetrages des versicherten Verdienstes (Ziff. 1 Abs. 1). Die Entschädigung für spezielle oder nicht aufgeführte Integritätsschäden wird nach dem Grad der Schwere vom Skalenwert abgeleitet (Ziff. 1 Abs. 2). Integritätsschäden, die gemäss der Skala 5 Prozent nicht erreichen, geben keinen Anspruch auf Entschädigung (Ziff. 1 Abs. 3). Die völlige Gebrauchsunfähigkeit eines Organs wird dem Verlust gleichgestellt; bei teilweisem Verlust und teilweiser Gebrauchsunfähigkeit wird der Integritätsschaden entsprechend geringer, wobei die Entschädigung jedoch ganz entfällt, wenn der Integritätsschaden weniger als 5 Prozent des Höchstbetrages des versicherten Verdienstes ergäbe (Ziff. 2).

Die Medizinische Abteilung der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) hat in Weiterentwicklung der bundesrätlichen Skala weitere Bemessungsgrundlagen in tabellarischer Form (sog. Feinraaster) erarbeitet. Diese von der Verwaltung herausgegebenen Tabellen stellen zwar keine Rechtssätze dar und sind für die Parteien nicht verbindlich, umso mehr als Ziff. 1 von Anhang 3 zur UVV bestimmt, dass der in der Skala angegebene Prozentsatz des Integritätsschadens für den «Regelfall» gilt, welcher im Einzelfall Abweichungen nach unten wie nach oben ermöglicht. Soweit sie jedoch lediglich Richtwerte enthalten, mit denen die Gleichbehandlung aller Versicherten gewährleistet werden soll, sind sie mit dem Anhang 3 zur UVV vereinbar (BGE 124 V 29 E. 1c, 116 V 156 E. 3a). 5.2 5.2.1

Die Beschwerdegegnerin bemass die Integritätsschädigung mit 7,5 % (Urk. 2 S.

16) und stützte sich dabei auf die Einschätzung der Dres. E. ___ und F. ___ (Urk. 9/153 S. 34).

Diese führten aus, ein Quervergleich mit einem 60%igen Armverlust sei sowohl aufgrund der erhobenen klinischen Befunde als auch der Verhaltensbeobachtung nicht haltbar, denn die geschätzten 30 % entsprächen bereits $\frac{3}{4}$ eines vollständigen Armverlustes (Integritätsschaden 40 %), was sich bei nur geringer Funktionseinbusse infolge schmerzbedingter Kraftminderung bei sonst erhaltenen Handfunktionen nicht rechtfertigen lasse. Schmerzen als solche könnten bei egalitärer Schätzung des Integritätsschadens nicht berücksichtigt werden. Damit sei von einer Ulnarislähmung

gemäss Tabelle 1 auf Höhe des linken Ellbogens auszugehen (Integritätsschaden 15 %). Man könne hier zwar von keiner Lähmung sprechen, da die motorische Funktion des Nervus

ulnaris sowohl klinisch als auch elektroneurographisch erhalten sei. Aufgrund des erhobenen intraoperativen Befundes mit ausgeprägten Verwachsungen und narbiger Einschnürung des Nervus

ulnaris sowie der zuletzt in der D. ___ veranlassten Elektroneurographie sei von einer sensiblen axonalen Schädigung des Nervus

ulnaris auszugehen, was im Quervergleich der Hälfte einer proximalen Lähmung dieses Nervs und somit einem Integritätsschaden von 7,5 % entsprechen. 5.2.2

Der Beschwerdeführer schloss dagegen auf eine Integritätsschädigung von 30 % (Urk. 1 S. 15) und verwies dabei auf die Einschätzung von Dr. C. ___ (Urk. 15).

Dieser hielt fest, dass eine vollständige Ulnaris-Lähmung (gemäss Tabelle 1: 15 %) in der Regel kein Schmerz-Syndrom beinhaltet, welches sich auf den Gebrauch des ganzen Armes auswirken könne, sondern sie hinterlasse eine typische ulnare Krallenhand mit Schwächung ausschliesslich der Beugekräfte der Finger IV und V und der intrinsischen Muskeln, begleitet von Hypästhesie bis Anästhesie, welche sich ausschliesslich am ulnaren Vorderarm, an der ulnaren Hand sowie an der ulnaren Hälfte Dig IV und am ganzen Dig V mani festiere. Weder beinhaltet eine vollständige noch eine häftige Parese per se eine Allodynie, Hyperalgesie, Hyperpathie und auch keine weiteren neurologischen Defizite und keine mechanisch/thermische Allodynie, welche jeglichen Gebrauch des ganzen Armes massiv beeinträchtigt mit Wirkungen auf die Schulter und den Nacken mit Gefühlsstörungen über den linken Arm hinaus bis in die linke Körperhälfte. Auch würden keine Schmerzschübe auftreten.

Dr. C. ___ ging vom gesamten linken Arm inklusive seiner Aufhängung (Schultergürtel) als funktionelle Einheit aus und legte eine Plexuslähmung (30 bis 50 %

gemäss Tabelle 1) zu Grunde. Er hielt fest, seine frühere Bewertung mit 60 % des Armwertes, entsprechend einem Integritätsschaden von 30 %, sei nach wie vor gültig. Dies umso mehr, als sich das Syndrom seither ausgebreitet habe. Unter Umständen müsse sogar mit einem vollständigen oberen Quadrantensyndrom oder einem Hemisyndrom mit Einbezug weiterer Körperteile gerechnet werden. 5.3

Vorwegzuschicken ist, dass grundsätzlich von der objektivierbaren Beeinträchtigung des linken Ellbogens auszugehen ist. Eine Funktionsunfähigkeit des ganzen linken Armes (bzw. eine „massive Beeinträchtigung“ im geltend gemachten Sinn) liegt ebenso wenig vor wie ein Quadranten- oder Hemisyndrom. Im Gegenteil kann der Beschwerdeführer seinen linken Arm auch nach der Einschätzung von Dr. C. ___ durchaus noch gebrauchen und immerhin geringe Gewichte heben. Bei diesem erstellten medizinischen Sachverhalt kann die Schätzung des Integritätsschadens nicht auf einer praktischen Gebrauchsunfähigkeit des ganzen Armes basieren. Auch die subjektiven Schmerzen sind von untergeordneter Bedeutung, sind diese doch - wie auch die Ausstrahlung bis in den Nacken und die Hände - im geklagten Ausmass nicht vollständig objektivierbar.

Der Körperschaden des Beschwerdeführers ist damit im Quervergleich mit einer Ulnarislähmung

gemäss Tabelle 1 auf Höhe des linken Ellbogens zu sehen. Das objektivierbare Substrat erschöpft sich namentlich in der Schädigung (und den Verwachsungen) im Bereich des Nervus

ulnaris. 5.4

Es ist zusammenfassend nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin entsprechend der Tabelle 1 - von einer Basis von 15 % ausging und die Integritätsschädigung auf 7,5 % festgelegt hat. Zu berücksichtigen ist namentlich die erhaltene

Beugefähigkeit des Ellbogens und der Umstand, dass der Nerv nicht gelähmt ist. Die subjektive Schmerzkomponente hat angesichts dieser objektivierbaren Umstände in den Hintergrund zu treten.

Anzufügen ist, dass die zukünftige Entwicklung nicht vorhergesehen werden kann. Die Entwicklung eine Hemisyndroms ist ebenso hypothetisch wie die Entwicklung eines CRPS III (Atrophie), was eine dannzumalige Neubeurteilung erforderlich machen würde. 6.

Soweit der Beschwerdeführer unter Hinweis auf eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes ab März 2012 die erneute Ausrichtung von Taggeldern beantragt, so hat die Beschwerdegegnerin hierüber nicht verfügt. Der

Beschwerdegegnerin wurde der Bericht des Dr. G.____ vom 2. März 2012 (Urk. 3/5) bis zum Erlass des angefochtenen Einspracheentscheid s

am 19. März 2012 (Urk. 2) nicht eingereicht. Hat die Beschwerdegegnerin nicht über diese Thematik verfügt (sowie einen Einspracheentscheid gefällt), ist auf die Beschwerde mangels Anfechtungsgegenstand nicht einzutreten. 7.

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der vertretene Beschwerdeführer Anspruch auf eine Prozessentschädigung. Diese ist nach § 34 Abs. 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache , der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens festzusetzen. In Anwendung dieser Grundsätze erscheint eine - angesichts des bloss teilweisen Obsiegens gekürzte - Prozess entschädigung von Fr. 2 ' 0 00.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) als angemessen. Das Gericht erkennt: 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid der Beschwerde gegnerin vom 19. März 2012 insoweit abgeändert, als festgestellt wird, dass der Beschwerdeführer ab 1. Dezember 2009 Anrecht auf eine Invalidenrente basierend auf einem Erwerbsausfall von 33 % hat . Im Übrigen wird die Beschwerde ab gewiesen, soweit darauf eingetreten wird. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird

verpflichtet, dem Beschwerdeführer

eine reduzierte Prozessentschädigung von Fr. 2 ' 000 .-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Kaspar Gehring - Rechtsanwalt Dr. Beat Frischkopf - Bundesamt für Gesundheit 5.

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 Beweis mit tel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu ent halten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der VorsitzendeDer Gerichtsschreiber GräubSonderegger

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