

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00224 vom 29. Juni 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-06-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2012.00224

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00224 du 29 juin 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00224 del 29 giugno 2016

Erwägungen

E. 1.1

) - a ufgetreten ist (Urk. 1 S. 8, Urk. 2 S.

E. 1.2

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt 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 177 E. 3.1, 402 E. 4.3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

E. 1.3

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).

Bei objektiv ausgewiesenen organischen Unfallfolgen deckt sich die adäquate, d.h. rechtserhebliche Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung (BGE 134 V 109 E. 2.1).

E. 1.4

).

Der Beschwerdeführer wendet dagegen ein, bei der Ermittlung des Invalideneinkommens könne nicht auf die Löhne der von der Suva herangezogenen DAP-Arbeitsstellen abgestellt werden, da er einen Teil dieser Tätigkeiten wegen seines gesundheitlich bedingt eingeschränkten Belastbarkeitsprofils und zu wenig guter Deutschkenntnisse gar nicht ausüben könnte. Weiter existierten die herangezogenen DAP-Arbeitsstellen teilweise gar nicht mehr beziehungsweise die DAP-Angaben beruhten auf veralteten Angaben (Urk. 1 S. 10). Das Invalideneinkommen sei aufgrund der Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) zu ermitteln. Ausgehend vom Tabellenlohn für einfache und repetitive Tätigkeiten laut Tabelle A1 der LSE 2010 von Fr. 4'525.-- bei einer wöchentlichen Arbeitszeit von 40 Stunden, angepasst an die betriebsübliche durchschnittliche Arbeitszeit von 41,6 Stunden und unter Berücksichtigung der Nominallohnsteigerung von 1 % beziehungsweise 1,2 % in den Jahren 2011 und 2012 ergebe sich für 2012 ein Jahreseinkommen von Fr. 57'721.15. Lohnmindernd wirke sich aus, dass er Kosovo-Albaner sei und seit 1982 mit Aufenthaltsbewilligung C in der Schweiz lebe. Er habe in seiner Heimat lediglich acht Jahre die Grundschule besucht, besitze keine Berufsausbildung, verfüge über schlechte Deutschkenntnisse und habe seit 1982 immer auf dem Bau oder als Fassadenisolateur gearbeitet. Auf Grund dieser Umstände rechtfertige sich ein Abzug vom Tabellenlohn in Höhe von 20 % (Urk. 1 S. 11).

Die Suva hält beschwerdeweise an der Anwendbarkeit der herangezogenen DAP-Unterlagen fest und macht für den Fall, dass auf die LSE-Tabellen auszuweichen sei, geltend, es sei die Berechnung der Invalidenversicherung in der Verfügung vom 6. März 2012 heranzuziehen. Da bei ihm aber lediglich ein Lohnabzug von 5 % vorzunehmen sei. Das Alter wirke sich nämlich bei Hilfsarbeiten nicht lohnmindernd aus, ebenso wenig wie der Aufenthaltsstatus des Beschwerdeführers (Niederlassungsbewilligung C). Der Beschwerdeführer könne ein Vollzeitpensum ausüben, und die Sprachprobleme seien, da er seit 29 Jahren in der Schweiz lebe, nicht zu berücksichtigen (Urk. 8 S. 7). 5.3.2

Die Suva ging bei der Ermittlung des Invalideneinkommens auf der Basis der herangezogenen DAP-Blätter (vgl. zur grundsätzlichen Zulässigkeit dieser Methode BGE 139 V 592 E. 7, 129 V 472 E. 4) davon aus, dass dem Beschwerdeführer trotz seiner anhaltenden unfallkausalen Beeinträchtigungen eine Arbeit im 100%-Pensum zumutbar sei (Urk. 2 S. 7 f.). Nach dem Gesagten ist seine Leistungsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit im Vollzeitpensum zu 20 % eingeschränkt, im Ergebnis ist er also nur noch zu 80 % arbeitsfähig. Da bei vier der von der Suva herangezogenen fünf DAP-Blätter eine Teilzeitarbeit als nicht möglich erklärt wurde (Urk. 9/164/24-43), und die Diagnose CRPS beziehungsweise die daraus resultierenden Einschränkungen bei der Auswahl der DAP-Blätter unberücksichtigt blieben (vgl. Urk. 2 S. 11),

kann zur Ermittlung des Invalideneinkommens nicht darauf abgestellt werden

(vgl. das Urteil des Bundesgerichts 8C_639/2007 vom 4. Februar 2008, E. 4.3). Das Invalideneinkommen ist gestützt auf die statistischen Tabellenlöhne in der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) festzusetzen (BGE 139 V 592 E. 6.3). 5.3.3

Zur Festsetzung des Invalideneinkommens ist vom standardisierten Monatslohn für Hilfsarbeiten (Vollzeitäquivalent basierend auf 4 1/3 Wochen à 40 Arbeitsstunden) in

sämtlichen Sektoren (TOTAL) für Männer gemäss Tabelle TA1 der LSE 2010 von Fr. 4'901.-- auszugehen. Hochgerechnet auf die im Jahr 2010 betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41,6 Stunden (vgl. Bundesamt für Statistik [BFS], Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen in Stunden pro Woche; im Internet abrufbar) und angepasst an die noch zumutbare Leistung von 80 % eines Vollzeitpensums resultiert ein Jahreseinkommen von Fr. 48'931.60 (Fr. 4'901.-- x 41.6 / 40 x 12 x 0.8) . 5.3.4

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert allenfalls zu kürzen. Mit dem sogenannten Leidensabzug wurde ursprünglich berücksichtigt, dass versicherte Personen, welche in ihrer letzten Tätigkeit körperliche Schwerarbeit verrichteten und nach Eintritt des Gesundheitsschadens auch für leichtere Arbeiten nurmehr beschränkt einsatzfähig sind, in der Regel das entsprechende durchschnittliche Lohnniveau gesunder Hilfsarbeiter nicht erreichen. Der ursprünglich nur bei Schwerarbeitern zugelassene Abzug entwickelte sich in der Folge zu einem allgemeinen behinderungsbedingten Abzug, wobei die Rechtsprechung dem Umstand Rechnung trug, dass auch weitere persönliche und berufliche Merkmale der versicherten Person wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Höhe des Lohnes haben können. Ein Abzug soll aber nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale ihre gesundheitlich bedingte (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwerthen kann. Bei der Bestimmung der Höhe des Abzuges ist der Einfluss aller in Betracht fallenden Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall gesamthaft zu schätzen und insgesamt auf höchstens 25 % des Tabellenlohnes zu begrenzen (vgl. zum Ganzen BGE 126 V 75). Dabei ist zu beachten, dass allfällige bereits bei der Parallelisierung der Vergleichseinkommen mitverantwortliche invaliditätsfremde Faktoren im Rahmen des sogenannten Leidensabzuges nicht nochmals berücksichtigt werden dürfen (BGE 134 V 322 E. 5.2). 5.3.5

Die gesundheitlich bedingte Unmöglichkeit, weiterhin körperlich schwere Arbeit zu verrichten, führt nicht automatisch zu einer Verminderung des hypothetischen Invalidenlohnes, weil der Tabellenlohn im Anforderungsniveau 4 bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten umfasst (Urteil des Bundesgerichts 9C_455/2013 vom 4. Oktober 2013 E. 4.4). Dennoch rechtfertigt sich ein Abzug wegen der funktionellen Einschränkungen in der linken Hand und im linken Arm, da sich diese in einer Verweisungstätigkeit zusätzlich beeinträchtigend auswirken. Wie sich ergeben hat, kann diesbezüglich weder auf das Belastbarkeitsprofil von Dr. F.____

noch auf dasjenige der Suva-Versicherungsmediziner beziehungsweise –Kreisärzte abgestellt werden; viel mehr ist mit den MEDAS-Gutachtern davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten ohne kräftigen Einsatz des linken Daumens sowie ohne kraftaufwändige und feinmotorische Arbeiten ausüben kann. Ferner ist zu beachten, dass es sich bei der beeinträchtigten linken Extremität nicht um die dominante Seite handelt (vgl. Urk. 52 S. 19) und im Fall des Beschwerdeführers auch keine faktische Einhändigkeit vorliegt, weshalb der von der Rechtsprechung in solchen Fällen verschiedentlich anerkannte hohe Abzug von 20 % (vgl. etwa das Urteil des Bundesgerichts 8C_1050/2009 vom 28. April 2010 sowie Ulrich Meyer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die

Invalidenversicherung, 3. Auflage, Zürich 2014, Art. 28a Rz 106) im vorliegenden Fall nicht gerechtfertigt erscheint.

Der Beschwerdeführer kann wegen seiner eingeschränkten Leistungsfähigkeit in einem Vollzeitpensum faktisch nur noch eine Teilzeitarbeit ausüben. Da bei Männern statistisch gesehen Teilzeitarbeit vergleichsweise weniger gut entlohnt wird als eine Vollzeittätigkeit, ist deshalb ebenfalls ein Abzug vom Tabellenlohn vorzunehmen.

Da sich Hilfsarbeiten (Anforderungsniveau 4 bei den Tabellenlöhnen) gerade dadurch auszeichnen, dass sie ohne besondere Ausbildung ausgeübt werden können, und auch in sprachlicher Hinsicht keine grossen Anforderungen bestehen, kann wegen der fehlenden Berufsausbildung, der eingeschränkten Deutschkenntnisse und des Umstands, dass der Beschwerdeführer bisher immer auf dem Bau oder als Fassadenisoleur arbeitete, kein weiterer Abzug anerkannt werden. Ohnehin kann nicht davon ausgegangen werden, dass die Deutschkenntnisse des Beschwerdeführers besonders schlecht sind. Er lebt und arbeitet nämlich schon seit Jahren in der Schweiz. Zudem musste für die MEDAS-Begutachtung kein Dolmetscher herangezogen werden (vgl. Urk. 52 S. 20). Ebenfalls kein weiterer Abzug ist wegen der Nationalität des Beschwerdeführers anzuerkennen, lebt er doch gemäss eigenen Angaben seit 1982 in der Schweiz mit einer Niederlassungsbewilligung C (vgl. Ulrich Meyer, a.a.O., Art. 28a Rz 110 mit Hinweis).

Unter Würdigung der gesamten Umstände rechtfertigt sich die Vornahme eines leidensbedingten Abzugs von 15 %. Dies führt zu einem Invalideneinkommen von Fr. 41'591.85 (Fr. 48'931.60 x 0.85). 5.4

Der Vergleich des Valideneinkommens von Fr. 64'370.-- mit dem Invalideneinkommen von Fr. 41'591.85 ergibt bei einer invaliditätsbedingten Verdiensteinbusse von Fr. 22'778.15 einen Invaliditätsgrad von gerundet 35 %.

Demzufolge hat der Beschwerdeführer ab 1. Dezember 2010 (vorstehend E. 5.1) Anspruch auf eine Invalidenrente bei einem Invaliditätsgrad von 35 %. Dies führt zur Gutheissung der Beschwerde. 6.

E. 3

.

E. 3.1

Während die Suva auch im Beschwerdeverfahren unter Verzicht auf eine Stellungnahme zum Gutachten der MEDAS J.____ vom 23. Dezember 2015 (Urk. 50-51, Urk. 56) an ihrer Auffassung festhält, der Beschwerdeführer habe keinen Anspruch auf eine Invalidenrente (Urk. 8), stellt sich der Beschwerdeführer auf den Standpunkt, ihm stehe eine Invalidenrente basierend auf einem Invaliditätsgrad von 71 % zu (Urk. 1 S. 2). Auf die Schlussfolgerungen im MEDAS-Gutachten könne nicht abgestellt werden, da diese medizinisch nicht begründet seien. Der Meinung der Gutachter, dass eine Nervenläsion ausgeschlossen werden könne, was sie zur Diagnose eines CRPS Typ I und nicht Typ II geführt habe, könne nicht gefolgt werden. Weil seine Schmerzen charakteristisch für Schmerzen nach Nervenverletzungen seien, könne gemäss Dr. F.____

mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass anlässlich des operativen Eingriffs vom 28. Oktober 2008 ein kleiner sensibler Nervenast beschädigt worden sei, welcher nachweislich zu einem begrenzten Defekt sensibler

Qualitäten um die Narbe herum geführt habe . Dieses Areal gehöre zu den sensiblen Endästen des Nervus

cutaneus

antibrachii

lateralis . Letztlich sei die Einteilung des CRPS in Typ I und II aber belanglos, weil sie nichts zu tun habe mit dem klinischen Bild und den funktionellen Auswirkungen, welche für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit relevant seien (Urk. 52 S. 4-6).

Nicht gefolgt werden könne den Gutachtern ferner, soweit diese eine grosse Diskrepanz zwischen den klinischen Befunden und den Schmerzangaben erblickten. Die von ihnen erwähnte Aggravation und Symptomausweitung sei gemäss Dr. F.____ und Dr. M.____ subjektiv geprägt

und im Gutachten medizinisch nicht nachvollziehbar begründet beziehungsweise in den Gesamtkontext des zu berücksichtigenden CRPS gestellt worden. Auch die von den Gutachtern gestellte Diagnose einer Schmerzverarbeitungsstörung sei nicht überzeugend . Sie könne die komplexen, streng auf die linke Extremität begrenzten Störungen nicht schlüssig erklären , stehe im Widerspruch zur von allen drei Gutachtern anerkannten Diagnose CRPS und falle im Übrigen in den Kompetenzbereich eines Psychiaters . Beim CRPS handle es sich um eine somatisch-physische Störung, welche gemäss Dr. F.____ seine Beschwerden aus reichend erkläre. Dr. M.____ habe darauf hingewiesen, dass die Schmerzausbreitung zu einem Quadrantensyndrom schmerzmedizinisch keine Seltenheit darstelle und neurophysiologisch mit neuromodulatorischen Mechanismen, „Wind-up-Phänomenen“ im Rückenmark und zentraler Neuroplastizität erklär- und beweisbar sei. Dem Begriff Allodynie komme bei der Beschreibung von Schmerzen beim CRPS ein hoher Stellenwert zu. Eine Allodynie lasse sich gemäss Dr. F.____ nicht nur durch oberflächliche Berührung feststellen, sondern es müssten unterschiedlich geartete Tests durchgeführt werden, etwa Druckeinwirkungen unterschiedlicher Art und Stärke , an verschiedensten Stellen und in unregelmässigem Takt . Erst die Summe der differenzierten Untersuchungen ergebe schliesslich ein genaueres Bild über die Ausdehnung und Intensität einer Allodynie . Indes seien von den Gutachtern solche Techniken zur Ermittlung der Allodynie beziehungsweise des Schmerzes höchstens rudimentär angewendet worden. Gemäss Dr. F.____ werde im handchirurgischen Teilgutachten nicht angegeben, wo genau die vom Gutachter festgestellte Allodynie lokalisiert gewesen sei , mit welcher Intensität diese bestanden habe und wie die Druckausübung durch den Gutachter erfolgt sei. Weshalb die passive Beweglichkeitsprüfung des Daumenengrundgelenks zu einer massiven Abwehrreaktion geführt habe und eine Extension des linken Handgelenks nicht habe aktiv durchgeführt werden können, werde durch den handchirurgischen Gutachter nicht erläutert. Dies wäre aber durch eine differenzierte Beschreibung der Allodynie auf der Basis einer strukturierten klinischen Untersuchung durchaus möglich gewesen .

Dr. F.____ habe am Unterarm einige quantitative Messungen erstellt, welche zeigten, dass die Schmerzschwelle innerhalb der festgestellten Allodynie teils bereits bei 30-fach weniger Druckeinwirkung erreicht werde. Dies sei ein aussagekräftiges Mittel zur Bestimmung der Intensität der Allodynie .

Eine Allodynie könne bereits bei aktiver oder passiver Bewegung von Gelenken durch die auf tretende Spannung innerhalb des Gewebes zu Schmerzen führen. Überstiegen die Schmerzen ein gewisses Niveau, komme es beim CRPS zu einer spontanen und unkontrollierbaren Schmerz-Exazerbation, welche über einen längeren Zeitabschnitt andauere. Dadurch lasse sich gemäss Dr. F.____ erklären, weshalb er sich wie von den Gutachtern mehrfach beschrieben bei gewissen Tests verweigert habe oder gegen eine schmerzhafte Bewegung gesperrt habe.

Die anlässlich der Untersuchungen geklagten Schmerzen stünden zudem in enger Beziehung zu den festgestellten Allodynien ; ausserhalb dieser Bereiche würden keine Schmerzen geklagt. Auch in den neurologischen und rheumatologischen Teilgutachten würden bei den Befunden zahlreiche nicht tolerierte Bewegungen und Druckdolenzen erwähnt , ohne dass diese mit einer Allodynie in Beziehung gebracht würden. Hinsichtlich der Bemerkung des rheumatologischen Gutachters, er könne die Weichteil- Druckdolenzen am ganzen linken Arm in mehreren Untersuchungsgängen nicht streng am selben Ort reproduzieren, weise

Dr. F.____ darauf hin , dass es bei einer kritischen Auseinandersetzung mit den für das CRPS spezifischen Fakten und mit einer differenzierten Gründlichkeit möglich gewesen wäre, einen engeren Bezug zwischen den vorgetragenen Beschwerden und den vielfältigen nachweisbaren, jederzeit reproduzierbaren und teilweise objektivierbaren Befunden herzustellen . Diese Unzulänglichkeiten seien gemäss Dr. F.____ geeignet, den Verdacht fehlender Sorgfalt der MEDAS-Gutachter bei der Beurteilung des Schmerzes aufkommen zu lassen . Dr. M.____ weise schliesslich auf eine weitere Widersprüchlichkeit hin: Der rheumatologische Teilgutachter habe angegeben, die Schmerzen in der linken Brust nicht beurteilen zu können , habe dann aber trotzdem Stellung bezogen und keinen Zusammenhang zum CRPS hergestellt.

Dies beeinträchtigt die Glaubwürdigkeit des Gutachters (Urk. 52 S.

E. 3.2.1

Das MEDAS-Gerichtsgutachten beruht auf drei ausführlichen Explorationsgesprächen und einer umfassenden Würdigung der medizinischen Situation unter Berücksichtigung der aktuellsten Literatur zum CRPS. Es ist in Kenntnis sämtlicher Vorakten erstellt worden. Die medizinischen Zusammenhänge werden darin einleuchtend dargelegt und die gutachterlichen Schlussfolgerungen sind überzeugend begründet. Auch wird ausführlich zu abweichenden ärztlichen Meinungen Stellung genommen. Insofern erfüllt das Gutachten die recht sprechungsgemässen Anforderungen an beweiskräftige medizinische Beurteilungsgrundlagen (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

Ein Abweichen des Gerichts von der Beurteilung in einem Gerichtsgutachten ist nach der Praxis nur bei Vorhandensein zwingender Gründe gerechtfertigt, insbesondere, wenn gegensätzliche Meinungsäusserungen anderer Fachleute dem Gericht als tragend genug erscheinen, die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens in Frage zu stellen (BGE 125 V 351 E. 3b/ aa). Die einzelnen Einwendungen des Beschwerdeführers vermögen die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens indes nicht in Frage zu stellen , wie nachfolgend aufzuzeigen ist.

E. 3.2.2

Strittig ist zunächst die diagnostische Einordnung des CRPS unter die Typen I oder II. Während Dr. F.____ die Voraussetzungen für die Diagnose eines CRPS Typ II (mit/nach Nervenverletzung, auch Kausalgie genannt) als gegeben erachtete, diagnostizierten die MEDAS-Gutachter ein CRPS Typ I (ohne definierte Nervenverletzung, auch als Algodystrophie oder Morbus Sudeck bezeichnet; vgl. das Urteil des Bundesgerichts 8C_232/2012 vom 27. September 2012, E. 5.3.1 mit Hinweisen) .

Das CRPS Typ II bezeichnet brennende Schmerzen und Störungen des Nervensystems als Folge einer definierten peripheren Nervenläsion . Damit die Diagnose gestellt werden kann, wird eine durch eine neurologische Abklärung festgestellte Nervenverletzung vorausgesetzt (vgl. die Urteile des Bundesgerichts 8C_232/2012 vom 27. September 2012, E. 5.3.1 sowie 8C_765/2008 vom 20. Februar 2009, E. 5.3).

Der neurologische Gutachter der MEDAS legte dar, dass trotz wiederholter Neurographien bisher nie eine Läsion eines grösseren Hand- oder Armnervs

nachgewiesen werden konnte.

Dr. F.____ leitete seine Vermutung, dass anlässlich der Operation vom 28. Oktober 2008 ein kleiner sensibler Nervenast beschädigt worden sei, aus der vom Beschwerdeführer angegebenen Schmerzcharakteristik, welche neuropathischer Natur sei, sowie dem von ihm erhobenen begrenzten Defekt sensibler Qualitäten um die Narbe herum her. Das Areal gehöre zu den sensiblen Endästen des Nervus

cutaneus

antibrachii

radialis (Urk. 9/176/12, Urk. 9/176/22, Urk. 53/1 S. 3 f.). Bei den von Dr. F.____ an geführten Befunden handelt es sich indes nicht um objektivierbare Ergebnisse, welche reproduzierbar sind sowie von der Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten unabhängig sind.

Die Vermutung von Dr. F.____ konnte denn auch nicht durch eine Neurographie oder eine andere apparative Untersuchung verifiziert werden , und der neurologische MEDAS-Gutachter konnte den klinischen Befund von Dr. F.____ nicht reproduzieren (Urk. 48 S. 33; vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_550/2012 vom 1. Februar 2013, E. 3 sowie 8C_765/2008 vom 20. Februar 2009 , E. 5.3).

Zu beachten ist auch, dass der neurologische Teilgutachter der MEDAS bereits aufgrund seiner Fachspezialisierung als besser geeignet erscheint, das Vorliegen eines Nervenschadens zu beurteilen, als der Handchirurg Dr. F.____ .

Der behandelnde Schmerzspezialist Dr. M.____ schliesslich beanstandete die diagnostische Einordnung des CRPS zum Typ I nicht (Urk. 53/2 S. 1). Ein CRPS Typ II ist bei dieser Aktenlage nicht mit über wiegender Wahrscheinlichkeit ausgewiesen.

Im Übrigen wies Dr. F.____

in seiner Stellungnahme vom 2. Februar 2016 zu Recht darauf hin, dass die Einteilung des CRPS in Typ I und II nichts zu tun habe mit dem klinischen Bild und den funktionellen Auswirkungen, welche für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit relevant seien (Urk. 53/1 S. 3) .

E. 3.2.3

Umstritten sind sodann die vom von den MEDAS-Gutachtern diagnostizierten CRPS Typ I ausgehenden funktionellen Einschränkungen und die daraus folgende Arbeitsunfähigkeit in leidensangepassten Tätigkeiten.

Entgegen der Behauptung von Dr. F.____

und Dr. M.____

haben die Gutachter keine psychiatrische Diagnose gestellt (Urk. 53/2 S. 1) ; insbesondere haben sie eine differentialdiagnostisch mit zu erwägende somatoforme Schmerzstörung als (Mit-)Ursache für die Symptomatik ausgeschlossen (Urk. 48 S. 39 f.). Die vom Handchirurgen bei den Diagnosen gewählte, möglicherweise etwas miss verständliche Formulierung einer „Schmerzverarbeitungsstörung“ bezieht sich auf das CRPS. Dies ergibt sich aus dem handchirurgischen Teilgutachten, wo der Gutachter ausführt, der auslösende Faktor eines CRPS sei in der Regel ein nicht zu beherrschender Schmerzfokus (Urk. 48/3 S. 4 f.).

Ferner ist die Bemerkung des rheumatologischen Gutachters, er könne die geklag ten Schmerzen im Bereich der linken Brust mit rezidivierender Schwellung aus rheumatologischer Sicht nicht erklären, wobei ein Zusammenhang dieser Symptomatik mit dem CRPS ausgeschlossen werden könne (Urk. 48 S. 33), entgegen der Ansicht von Dr. M.____

(Urk. 53/2 S. 2) nicht zwingend widersprüchlich. Der rheumatologische Gutachter, der sich vor Abgabe seiner Beurteilung intensiv mit der Diagnose CRPS auseinandergesetzt hatte, brachte damit lediglich zum Ausdruck, dass er einen Zusammenhang der Symptomatik in der linken Brust mit dem diagnostizierten CRPS ausschliessen könne, und dass er die se Symptomatik aus rheumatologischer Sicht nicht einer anderen Diagnose zuordnen könne. Wird unter stellt, dass die Gutachter die Beschwerden im linken Brustbereich

in ihrer Beurteilung nicht gebührend berücksichtigten,

so kann jedenfalls ohne W eiteres davon ausgegangen werden, dass sie keinen wesentlichen Einfluss auf das von den Gutachtern festgelegte Profil an zumut baren Tätigkeiten haben ; die entsprechende Beeinträchtigung liegt nämlich in unmittelbarer räumlicher Nähe zu den von den Gutachtern berücksichtigten Beschwerden im linken Ellbogen- und Schultergelenk. Ferner ergeben sich weder aus den übrigen medizinischen Akten , beispielsweise dem Bericht des Internisten Dr. med. N.____ vom 9. August 2011 (Urk. 9/146), noch aus den Berichten von Dr. F.____ und Dr. M.____ Anhaltspunkte dafür, dass es sich bei den geklagten Schmerzen mit rezidivierender Schwellung im Bereich der linken Brust um eine internmedizinische , etwa kardio - oder pulmo logische Problematik handelt.

Aus dem blossen Umstand, dass die MEDAS-Gutachter die erhobenen Befunde in der Expertise teils nicht mit dem gleichen D etailierungsgrad wiederg egeben haben wie Dr. F.____ , kann noch nicht geschlossen werden, dass die gutachterli che Untersuchung nicht mit der erforderlichen Sorgfalt erfolgte. Insbesondere ist nicht nachvollziehbar, wie Dr. F.____ zum Schluss gelangte, die Gutachter hätten die medizinischen Techniken zur Ermittlung einer Allodynie höchstens rudimentär angewendet. Dass sowohl der rheumatologische als auch der hand chirurgische Teilgutachter festhielten, die Weichteildruckdolenzen am linken Arm hätten in mehreren Untersuchungsgängen nicht streng am selben Ort reproduziert werden können (Urk. 48 S. 22, Urk. 48/3 S. 3 f.) , spricht im Gegenteil für eine besonders sorgfältige Untersuchung .

Gleiches gilt für die detaillierte Schmerzskizze im Anhang des Gutachtens (Urk. 48/1). Sodann ändern die von Dr. F.____ in seinem Gutachten vom 28. Februar 2012 (Urk. 9/176) sehr detailliert wiedergegebenen Befunde nichts daran, dass die MEDAS-Gutachter – im Gegensatz zu Dr. F.____

und Dr. M.____

– glaubwürdig auf Inkonsistenzen im Verhalten des Beschwerdeführers beziehungsweise eine Aggravation während der Untersuchung hinwiesen. Die unterschiedlichen Auffassungen zu diesem Thema können damit erklärt werden, dass die regelmässig mit versicherungsmedizinischen Fragestellungen konfrontierten MEDAS-Gutachter im Beobachten von Inkonsistenzen während der klinischen Untersuchung mehr Übung haben und dieser Thematik bei der Begutachtung des Beschwerdeführers wohl mehr Aufmerksamkeit widmeten als Dr. F.____. Der rheumatologische Gutachter wies denn auch ausdrücklich darauf hin, Dr. F.____

habe das Ausmass der von den Symptomen ausgehenden Behinderung nur wenig untersucht und dokumentiert (Urk. 48 S. 33). Angaben zu den trotz der Schmerzangaben noch möglichen alltäglichen (Freizeit-)Aktivitäten etwa fehlen im Gutachten von Dr. F.____ (vgl. Urk. 9/176/7 ff.).

Auch das Verhalten des Exploranden in vermeintlich unbeobachteten Momenten, die Überprüfung der Einnahme der verordneten Schmerzmedikamente sowie der Vergleich des Umfangs

des beeinträchtigten Arms mit demjenigen des nicht beeinträchtigten Gegenarms zur Prüfung einer allfälligen Schonung

sind zur Validierung der subjektiven Schmerzangaben unabdingbar. Es besteht kein Grund zur Annahme, dass die diesbezüglichen Angaben der MEDAS-Gutachter (Urk. 48 S. 32 f.) unzutreffend seien, ebenso wenig wie ihre Beobachtung, die Weichteildruckdolenzen am linken Arm hätten bei wiederholter Untersuchung nicht streng am selben Ort reproduziert werden können, in Zweifel zu ziehen ist. Eine korrekte Beurteilung der effektiven, vom CRPS ausgehenden funktionellen Einschränkungen ist nur möglich, wenn auf eine Aggravation zurückzuführende Limitierungen unberücksichtigt bleiben. Die dahingehenden Abklärungen von

Dr. F.____ waren ungenügend, zumal in den Vorakten immer wieder von inkonsistentem Verhalten des Beschwerdeführers in der Untersuchungssituation die Rede war (vgl. etwa Urk. 9/39/3, Urk. 9/57/3, Urk. 9/111/4, Urk. 9/162/5). Es kann deshalb nicht auf seine Beurteilung, der Beschwerdeführer sei in einer behinderungsangepassten, höchstens leichten bis sehr leichten Tätigkeit noch zu 30-40% arbeitsfähig (Urk. 9/176/19), abgestellt werden. Hingegen besteht nach dem Gesagten kein Anlass, an der von den MEDAS-Gutachtern nach einem interdisziplinären Konsensverfahren attestierten zumutbaren Restarbeitsfähigkeit in qualitativer und quantitativer Hinsicht zu zweifeln, zumal die Gutachter durch gewisse funktionelle Einschränkungen anerkannten und die erhobenen schmerzbedingten Bewegungseinschränkungen entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers nicht generell in Frage stellten. Die Beurteilung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit weist notwendigerweise Ermessenszüge auf (vgl. etwa das Urteil des Bundesgerichts 9C_401/2014 vom 26. November 2014, E. 2),

wobei die in versicherungsmedizinischen Fragen bewandten MEDAS-Gutachter auch diesbezüglich mehr Erfahrung und Vergleichsmöglichkeiten haben als Dr. F.____ .

Demnach steht gestützt auf das MEDAS-Gutachten vom 23. Dezember 2015 fest, dass dem Beschwerdeführer spätestens seit dem Austritt aus der Rehaklinik B.____ am 18. März 2009 körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten ohne kräftigen Einsatz des linken Daumens sowie ohne kraftaufwändige und feinmotorische Arbeiten mit der linken Hand bei vollzeitlicher Präsenz mit einer Leistungseinbusse von 20 % zumutbar sind.

4. 4.1

Strittig und zu prüfen ist ferner , ob das CRPS Typ I mit seinen typischen Symptomen (schnelles Auftreten heftiger Schmerzen von brennendem und invalidisierendem Charakter, dem sich motorische, trophische und sensomotorische Funktionseinschränkungen zugesellen [Urteil des Bundesgerichts 8C_384/2009 vom 5. Januar 2010, E. 4.2.1 mit Hinweisen]) innerhalb der nach konstanter Rechtsprechung geforderten Latenzzeit von maximal sechs bis acht Wochen (vgl. etwa die Urteile des Bundesgerichts 8C_807/2014 vom 22. Dezember 2015, E. 5.3 sowie 8C_871/2010 vom 4. Oktober 2011, E. 3.2 , 8C_384/2009 vom 5. Januar 2010 , E. 4.2.1 sowie U 436/06 vom 6. Juli 2007, E. 3.4.2.1) nach der Operation vom 28. Oktober 2008

- welche unbestrittener massen als Unfallbehandlung im Sinne von Art.

E. 6

Abs. 3 UVG zu qualifizieren ist (vorstehend E.

E. 6.1

Das Gerichtsgutachten musste angeordnet werden, weil Dr. F.____ ein sehr ausführliches und detailliertes Parteigutachten (Urk. 9/176)

verfasst hatte, welches der – weniger eingehenden - Beurteilung der Suva-Ärzte stark widersprach , insbesondere was die diagnostische Einordnung der Symptomatik , deren Unfallkausalität

sowie deren Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit anbelangte . Damit weckte das Gutachten von Dr. F.____ Zweifel an der Vollständigkeit und Schlüssigkeit der Beurteilungen der Suva-Ärzte. Auch die unter Berücksichtigung des Gutachtens von Dr. F.____ ergangene Beurteilung des Orthopäden Dr. G.____ von der Abteilung Versicherungsmedizin der Suva vom 21. Mai 2012 vermochte diese Zweifel nicht auszuräumen (Urk. 9/179). Dass die

Abklärungen der Versicherungsmediziner unvollständig waren, bestätigte die gerichtliche Expertise, worin ausdrücklich festgehalten wurde , dass die Suva-Ärzte für eine korrekte Diagnose Temperaturmessungen der beiden Daumen/Hände hätten vornehmen müssen

(Urk. 48 S. 37). Im Übrigen hatte Dr. F.____ ein CRPS Typ II (mit/nach Nervenverletzung, auch Kausalgie genannt) und nicht Typ I (auch als Algodystrophie , Morbus Sudeck bezeichnet) diagnostiziert. Die höchstgerichtliche Rechtsprechung und die dieser zugrunde liegende medizinisch-wissenschaftliche Literatur , wonach zur Annahme einer Unfallkausalität eines CRPS-Beschwerdebildes eine kurze Latenzzeit zwischen dem Unfall und dem Auftreten der typischen Symptomatik von sechs bis acht Wochen vorliegen muss, bezieht sich - offenbar entgegen der Ansicht der Suva (Urk. 2 S. 9, Urk. 8 S. 5) - auf das CRPS Typ I beziehungsweise die Algodystrophie (vgl. etwa die Urteile des Bundesgerichts 8C_807/2014 vom 22. Dezember 2015, E. 5.3 sowie 8C_871/2010 vom 4.

Oktober 2011, E. 3.2, 8C_384/2009 vom 5. Januar 2010, E. 4.2.1 sowie U 436/06 vom 6. Juli 2007, E. 3.4.2.1), wo keine definierte Nervenläsion vorliegt (vgl. das Urteil des Bundesgerichts 8C_232/2012 vom 27. September 2012, E. 5.3.1 mit Hinweisen). Aufgrund der damaligen Aktenlage konnte deshalb nicht von vornherein allein aus dem Umstand, dass die für das CRPS Typ I typischen Symptome nicht innerhalb der höchstens achtwöchigen Latenzzeit ärztlich fest gehalten worden waren, auf eine fehlende Unfallkausalität der Symptomatik geschlossen werden, zumal die Latenzzeit aufgrund der durch das Gerichtsgutachten ergänzten Akten als eingehalten und die Unfallkausalität des CRPS als gegeben zu betrachten sind, wie sich vorstehend (E. 4) ergeben hat. Andererseits konnte nicht ohne Weiteres auf die Beurteilung von Dr. F.____ abgestellt werden, da dieser im Gegensatz zu zahlreichen anderen Ärzten keine Aggravation beim Beschwerdeführer festgestellt hatte, was gewisse Zweifel an der Objektivität seiner Einschätzung weckte.

E. 6.2

Da das Gerichtsgutachten erforderlich wurde, weil der Sachverhalt vom Versicherungsträger

ungenügend abgeklärt worden war, sind dessen Kosten rechtsprechungsgemäss der Suva aufzuerlegen (BGE 139 V 496 E. 4.4). Da die Expertise sowohl für das vorliegende als auch für das Parallelverfahren in Sachen des Beschwerdeführers IV.2012.00389 eingeholt wurde, rechtfertigt es sich, der Suva nur die Hälfte der Kosten von Fr. 11'120.20 (Urk. 49), also Fr. 5'560.10, aufzuerlegen. 7.

Nach § 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) und Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Person Anspruch auf den vom Gericht ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses festzusetzenden Ersatz der Parteikosten.

Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Michael Grimmer, reichte am 25. April 2016 seine Honorarnote ein (Urk. 60-61). Dabei wies er das Gericht darauf hin, dass er den Beschwerdeführer auch im parallel zum vorliegenden Verfahren geführten Prozess IV.2012.00389 vertreten habe, wobei seine anwaltlichen Aufwendungen mehrheitlich für beide Verfahren gleichzeitig angefallen seien, aber jeweils nur in einem Verfahren – hauptsächlich im unfallversicherungsrechtlichen Prozess – verbucht worden seien. Er bitte das Gericht, dies bei der Festsetzung seiner Entschädigung in den beiden Verfahren zu berücksichtigen (Urk. 60 S. 2).

Mit Blick auf die Ausführungen des Rechtsvertreters rechtfertigt es sich, das in der Kostennote vom 25. April 2016 für das vorliegende Verfahren in Rechnung gestellte Honorar für anwaltliche Bemühungen (zuzüglich Barauslagen und Mehrwertsteuer) von Fr. 7'182.30 (Urk. 60) zum Honoraraufwand im Parallelverfahren IV.2012.00389 von Fr. 2'046.40 (Urk. 61) hinzuzuaddieren, und dem Rechtsvertreter die Hälfte des kumulierten Honorars für beide Verfahren von Fr. 9'228.70, also Fr. 4'614.35, als Entschädigung für dieses Verfahren zuzu sprechen, zumal das geltend gemachte Honorar als eher hoch, aber angesichts des aufwendigen Verfahrens noch im angemessenen Rahmen liegend erscheint. Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt vom 22. August 2012 aufgehoben, und es wird festgestellt, dass der Beschwerdeführer ab 1. Dezember 2010 Anspruch auf eine Invalidenrente bei einem Invaliditätsgrad von 35 % hat. 2.

Der Beschwerdegegnerin werden Gutachtenskosten in Höhe von Fr. 5'560.10

aufgelegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird

verpflichtet, dem unentgeltlichen Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Michael Grimmer, Zürich,

eine Prozessentschädigung von Fr. 4'614.35 (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Michael Grimmer - Rechtsanwalt Reto Bachmann - Bundesamt für Gesundheit sowie an: - Gerichtskasse 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 Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; 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 Die Vorsitzende Der Gerichtsschreiber Grünig Klemmt

E. 9

f., Urk. 8 S. 5). Nur wenn diese Voraussetzung erfüllt ist, kann ein Kausalzusammenhang zwischen der Operation und dem Auftreten des CRPS Typ I bejaht werden und wird die Unfallversicherung für den Gesundheitsschaden leistungspflichtig. 4.2

Nach der operativen Sehnenrekonstruktion mit einem Transplantat der Palmaris

longus Sehne am 28. Oktober 2008 (Urk. 9/21, Urk. 9/32) machte der Beschwerdeführer der Suva am 7. November 2008 Angaben zum Heilungsverlauf, erwähnte dabei aber keine für das CRPS Typ I typischen Symptome (Urk. 9/13). Der Operateur und Handchirurg Dr. A.____

berichtete erstmals am 29. Dezember 2008 über den Verlauf. Er hielt fest, der Patient habe über ausgeprägte Narbenschmerzen sowohl dorsal wie auch im Bereich der Entnahmestelle der palmaris

longus Sehne geklagt. Gleichzeitig könne die Flexor pollicis

longus Sehne nicht aktiviert werden. Er, Dr. A.____, bitte um eine möglichst rasche kreisärztliche Beurteilung, auch im Hinblick auf einen möglichen stationären Rehabilitationsaufenthalt

(Urk. 9/21). Im Austrittsbericht der Rehaklinik B.____

vom 18. April 2009 - wo der Beschwerdeführer vom 18. Februar bis 18. März 2009
therapiert wurde

(Urk. 9/39/1) -

wird angegeben, bei Eintritt seien die eingeschränkte Beweglichkeit des linken Daumens,
eine fehlende Aktivierung des Flexor pollicis

longus sowie Schmerzen und Hypästhesien im Bereich beider Narben im Vordergrund
gestanden. Der Beschwerdeführer habe über starke Schmerzen im Bereich der
Operationsnarben dorsal am linken Daumen und palmar am Handgelenk links, welche sich
bei Bewegung und Belastung verstärkten, sowie ein unangenehmes Gefühl beim Berühren
der Narben berichtet. Weiter habe er angegeben, die Haut an der linken Hand sei manchmal
rot-weiss gepunktet, der Daumen sei manchmal leicht geschwollen und oft kalt (Urk. 9/39)
. Die MEDAS-Gutachter gelangten zur Beurteilung, dass von ihnen diagnostizierte CRPS I
sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit Folge der wegen des Unfalls vorgenommenen
operativen Sehnenrekonstruktion vom 28. Oktober 2008. Die Symptome hätten sich
nämlich, wie sich aus den Unterlagen und den anamnestischen Angaben des
Beschwerdeführers ergebe, in zeitlicher Relation zum Trauma, also der Operation vom 28.
Oktober 2008, entwickelt (Urk. 48 S. 36 und 38 f.). 4.3

Zwar liegt zwischen der operativen Sehnenrekonstruktion vom 28. Oktober 2008 und dem
Bericht des Operateurs Dr. A.____ vom 29. Dezember 2008 kein medizinischer
Verlaufsbericht vor, in welchem für das CRPS typische Symptome dokumentiert wurden.
Wie sich aus den Akten ergibt, liegt dies daran, dass die Suva den angefragten Arzt Dr.
A.____ zur Abgabe seines Verlaufsberichts ermahnen musste, der Bericht eigentlich also
bereits früher hätte erstellt werden müssen (Urk. 9/14).

Deshalb kann dem Beschwerdeführer nicht zum Vorwurf gemacht werden, dass der
Verlaufsbericht vom 29. Dezember 2008 mit den dort dokumentierten Symptomen erst ein
paar Tage nach Ablauf der Latenzzeit von höchstens acht Wochen nach der Operation
erstellt wurde. Im Übrigen kann ohne Weiteres davon ausgegangen werden, dass die im
Bericht dokumentierten Symptome ein paar Tage früher, also noch innerhalb der
Latenzzeit, bereits bestanden. Im nicht besonders detailliert und differenziert ausgefallenen
Bericht des Operateurs

Dr. A.____

vom 29. Dezember 2008 sind sodann bereits zwei auffallende und typische Symptome für
das CRPS I aufgeführt, nämlich die ausgeprägten (Narben-)Schmerzen (ohne weitere
Präzisierung des Schmerzcharakters) sowie die fehlende Aktivierung

der Flexor pollicis

longus Sehne.

Dafür, dass bereits damals eine auffallende Symptomatik bestand, spricht sodann auch der
Umstand, dass Dr. A.____ in seinem Bericht vom 29. Dezember 2008 um eine möglichst
rasche kreisärztliche Beurteilung und Prüfung eines möglichen stationären
Rehabilitationsaufenthalts ersuchte. Entgegen der Ansicht der Suva (Urk. 2 S. 10) findet
sich sodann im Bericht der Rehaklinik B.____

über den Aufenthalt vom 18. Februar bis 18. März 2009 praktisch das ganze Spektrum an
typischen Symptomen für ein CRPS Typ I. Unter diesen Umständen ist es nachvollziehbar,

dass die MEDAS-Gutachter eine Unfallkausalität respektive einen Kausalzusammenhang zwischen der wegen des Unfalls durchgeführten Operation vom 28. Oktober 2008 und dem CRPS Typ I bejahten. Auch kann der Umstand, dass in den ersten Verlaufsberichten nach der Operation noch kein CRPS diagnostiziert worden war, damit erklärt werden, dass es sich beim CRPS um eine Ausschlussdiagnose handelt, welche auch gemäss den MEDAS-Gutachtern schwierig zu stellen ist (Urk. 48 S. 28 ff. und S. 32), wobei ein Teil der dafür nötigen Untersuchungen, etwa genaue Temperaturmessungen mit dem Infrarot-Thermometer , von den berichtenden Ärzten mit Ausnahme von Dr. F.____ und den MEDAS-Gutachtern (Urk. 48 S. 22, 29 und 37) nicht durchgeführt worden waren . Entscheidend für die Annahme eines Kausalzusammenhangs sind letztlich die in den Akten dokumentierten echtzeitlichen Befunde , die mit den Angaben des Beschwerdeführers, welche nach Ansicht der MEDAS-Gutachter einen Zusammenhang der Symptomatik mit der Operation vom 28. Oktober 2008 suggerieren , übereinstimmen . Auffallend ist etwa , dass der Beschwerdeführer bereits den Ärzten der Rehaklinik B.____ gegenüber angegeben hatte, der Daumen der linken Hand sei oft kalt .

Im Übrigen erachtete das Bundesgericht im Urteil U 436/06 vom 6. Juli 2007, E. 3.4.2.2 , das Auftreten zweier verschiedener Symptome (anhaltende Schmerzen, Schwellung) innerhalb der Latenzzeit als ausreichend zur Bejahung der Unfallkausalität.

Demnach ist, entgegen der Ansicht der Suva ,

ein Kausalzusammenhang zwischen der wegen des Unfalls durchgeführten Operation vom 28. Oktober 2008 und dem später

diagnostizierten CRPS Typ I mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgewiesen. 5. 5.1

Strittig ist sodann die Ermittlung des Invaliditätsgrades mittels eines Einkommensvergleichs und darauf basierend der Anspruch auf eine Rente . Die Suva stellte die Taggelderleistungen per 30. November 2010 ein , weil sie gestützt auf die kreisärztlichen Beurteilungen von Dr. C.____ vom 3. September 2009 (Urk. 9/57) sowie vom 24. August 2010 (Urk. 9/111) da von ausging, von weiteren Behandlungsmassnahmen sei keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr zu erwarten (Urk. 9/117; vgl. auch Urk. 2 S. 5 sowie Urk. 9/117 , Urk. 9/129, Urk. 9/143, Urk. 9/166 S. 1). Diese Einschätzung wird von den MEDAS-Gutachtern, welche dem Beschwerdeführer ab 18. März 2009 eine unveränderte Arbeitsfähigkeit in leidensangepassten Tätigkeiten attestierten , gestützt. Da seitens der Invalidenversicherung keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen durchgeführt wurden (Urk. 2 S. 5), entsteht ein allfälliger Rentenanspruch ab 1. Dezember 2010 (vgl. vorstehend E. 1.4).

Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend (Rumo-Jungo / Holzer , Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Auflage, Zürich

2012, S. 128 mit Hinweisen). 5.2

Das von der Suva ermittelte hypothetische jährliche Einkommen in Höhe von Fr. 64'370.--, welches der Beschwerdeführer ohne die erlittene Handverletzung im Jahr 2010 verdient hätte (Valideneinkommen), ist zu Recht unbestritten geblieben (Urk. 2 S. 13, Urk. 1 S. 11). 5.3 5.3.1

Nach dem Gesagten steht aufgrund des MEDAS-Gerichtsgutachtens vom 23. Dezember 2015 fest, dass dem Beschwerdeführer spätestens seit dem Austritt aus der Rehaklinik B.____ am 18. März 2009 körperlich leichte bis mittel schwere Tätigkeiten ohne kräftigen Einsatz des linken Daumens sowie ohne kraftaufwändige und feinmotorische Arbeiten mit der linken Hand bei vollzeitlicher Präsenz mit einer Leistungseinbusse von 20 % zumutbar sind (vorstehend E. 3.2.3).

Zur Festsetzung des Invalideneinkommens zog die Suva die Lohnangaben aus ihrer Dokumentation von Arbeitsplätzen (DAP) bei . Sie

wählte fünf DAP-Stellen aus, welche den medizinischen Vorgaben gemäss dem kreisärztlichen Zumutbarkeitsprofil entsprachen, und errechnete ein durchschnittliches Einkommen von Fr. 61'519.--, welches sie als Invalideneinkommen einsetzte. Gemessen am Valideneinkommen ergab sich bei einem unfallbedingten Minderverdienst von Fr. 2'851.-- ein Invaliditätsgrad von 4,43 % (Urk. 2 S. 12 f.), welcher unter der Erheblichkeitsgrenze von 10 %

liegt (vorstehend E.

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