

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2013.00274 vom 30. September 2015

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-09-30, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2013.00274](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2013.00274)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2013.00274 du 30 septembre 2015

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2013.00274 del 30 settembre 2015

## Erwägungen

### E. 1

Der 1982 geborene X.\_\_\_\_

war vom 16. August 2004 bis 31. März 2011 als Gipser bei der Y.\_\_\_\_ angestellt und damit bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) obligatorisch versichert (Urk. 11/1 , Urk. 11/151 ). Mit Schadenmeldung UVG vom 19. Dezember 2008 (Urk. 11/1) liess er dieser mitteilen, er habe sich, als er am 13. Dezember 2008 ausgerutscht und die Treppe hinunter gestürzt sei, am linken Ell en bogen verletzt. Die not fallmässig konsultierten Ärzte des Z.\_\_\_\_ , Departement Chi rurgie, Klinik für Unfallchirurgie, diagnostizierten eine dislozierte intraart i kuläre distale Humerusfraktur links, welche sie noch am Unfalltag operativ versorgten (Urk. 11/7). Die SUVA anerkannte ihre Leistungspflicht im Zusammenhang mit dem fragliche Ereignis in der Folge und erbrachte Taggeld- sowie Heilbehand lungsleistungen .

Nachdem a m 4. Juni 2009 eine elektive partielle Metallentfer nung im linken Ell enbogen (Urk. 11/43) erfolgt war, liess die SUVA den Versi cherten am 6. Oktober 2009 und erneut am 13. September 2010 von PD Dr. med. A.\_\_\_\_ , Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, kreisärztlich unter suchen (vgl. Berichte vom 7. Oktober 2009 [Urk. 11/66] und vom 14. September 2010 [Urk. 11/120]). Mit Schreiben vom 3. Februar 2011 (Urk. 11/140) teilte sie ihm daraufhin mit, dass sie die Taggeld- und Heilbehandlungsleistungen per 28. Februar 2011 einstellen werde, da von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustands mehr zu erwarten sei. Mit Verfügung vom 7. April 2 011 (Urk. 11/161) vereinte sie sein en Anspruch sowohl auf eine Rente als auch auf eine Integritätsentschädigung. Nachdem der Versicherte gegen diesen En tscheid Einsprache erhoben (Urk. 11/164 , Urk. 11/175) und die SUVA die von der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, in Auftrag gegebene Expertise des B.\_\_\_\_ vom 4. Juli 2011 (Urk. 11/180) beigezogen hatte, holte sie am 12. Juli 2012 eine Beurteilung ihres Versicherungsmediziners Dr. med. C.\_\_\_\_ , Facharzt FMH für Neurologie, ein (Urk. 11/194). In der Folge liess sie den Versicherten am 16. Mai und 5. Juni 2013 von Dr. med. D.\_\_\_\_ , Fach arzt FMH für Rheumatologie, EMBA, MAS Versicherungsmedizin, Chefarzt der MEDAS E.\_\_\_\_ ,

untersuchen (vgl. Expertise vom 12. Juni 2013, Urk. 11/211). In teilweiser Gutheissung seiner Einsprache sprach sie dem Versi cherten daraufhin am 18. Oktober 2013 mit Wirkung ab 1. März 2011 eine auf einem Invaliditätsgrad von 13 % beruhende Rente zu ; an der Verweigerung einer Integritätsentschädigung hielt sie fest (Urk. 2).

### E. 1.1.1

Wird die versicherte Person infolge eines Unfalles zu mindestens 10 % invalid (Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]), so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [UVG]). Invalidität ist die vorausichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der unfallbedingten Invalidität und nach Durchführung 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 (Art. 16 ATSG).

### **E. 1.1.2**

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein solches tatsächlich erzieltetes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 126 V 75 E. 3b/aa und bb, vgl. auch BGE 129 V 472 E. 4.2.1). Für die Invaliditätsbemessung wird praxisgemäss auf die standardisierten Bruttolöhne (Tabellengruppe A) abgestellt (BGE 129 V 472 E.

4.2.1 mit Hinweis), wobei jeweils vom sogenannten Zentralwert (Median) auszugehen ist. Bei der Anwendung der Tabellengruppe A gilt es ausserdem zu berücksichtigen, dass ihr generell eine Arbeitszeit von 40 Wochenstunden zugrunde liegt, weshalb der massgebliche Tabellenlohn auf die entsprechende betriebsübliche Wochenarbeitszeit aufzurechnen ist (BGE 129 V 472 E. 4.3.2, 126 V 75 E. 3b/bb, 124 V 321 E. 3b/aa; AHI 2000 S. 81 E. 2a).

### **E. 1.1.3**

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 verwerten 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 Vergleichsein kommen mitverantwortliche invaliditätsfremde Faktoren im Rahmen des so genannten Leidensabzuges nicht nochmals berücksichtigt werden dürfen (BGE 134 V 322 E. 5.2).

#### **E. 1.1.4**

Nach Gesetz und Rechtsprechung ist der Fall unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen und Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung abzuschliessen, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind (vgl. Art. 19 Abs. 1, Art. 24 Abs. 2 UVG; Urteil des Bundesgerichts 8C\_888/2013 vom 2.

Mai 2014 E. 4.1, vgl. auch Urteil 8C\_639/2014 vom 2. Dezember 2014 E. 3). In diesem Zeitpunkt ist der Unfallversicherer auch befugt, die Adäquanzfrage zu prüfen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_377/2013 vom 2.

Oktober 2013 E. 7.2 mit Hinweis auf BGE

134 V 109, vgl. auch Urteil 8C\_454/2014 vom 2. September 2014 E. 6.3).

Ob eine namhafte Besserung noch möglich ist, bestimmt sich insbesondere nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit diese unfallbedingt beeinträchtigt ist. Die Verwendung des Begriffes „namhaft“ in Art.

19 Abs.

1 UVG verdeutlicht demnach, dass die durch weitere (zweckmässige) Heilbehandlung im Sinne von Art.

10 Abs.

1 UVG erhoffte Besserung ins Gewicht fallen muss. Weder eine weit entfernte Möglichkeit eines positiven Resultats einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch ein von weiteren Massnahmen – wie etwa einer Badekur – zu erwartender geringfügiger therapeutischer Fortschritt verleihen Anspruch auf deren Durchführung. In diesem Zusammenhang muss der Gesundheitszustand der versicherten Person prognostisch und nicht aufgrund retrospektiver Feststellungen beurteilt werden (Urteil des Bundesgerichts 8C\_888/2013 vom 2.

Mai 2014 E. 4.1 mit Hinweisen, insbes. auf BGE

134 V 109 E. 4.3; vgl. auch Urteil 8C\_639/2014 vom 2. Dezember 2014 E. 3).

Für die Einstellung der vorübergehenden Leistungen braucht der Entscheid der Invalidenversicherung über Eingliederungsmassnahmen nicht abgewartet zu werden, wenn von weiterer ärztlicher Behandlung keine namhafte gesundheitliche Besserung mehr erwartet werden kann (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_588/2013 Urteil vom 16.

Januar 2014 E. 3.3) und keine Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass durch allfällige Eingliederungsmassnahmen das der Invaliditätsbemessung der SUVA gestützt auf die medizinischen Abklärungen zugrunde gelegte Invalideneinkommen verbessert und so der die Invalidenrente der Unfallversicherung bestimmende Invaliditätsgrad beeinflusst werden kann (vgl. Urteil des Bundesgericht 8C\_588/2013 vom 16.

Januar 2014 E. 3.5).

## **E. 1.2**

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 Integritätsschadens 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. Fallen mehrere körperliche oder geistige Integritätsschäden aus einem oder mehreren Unfällen zusammen, so wird die Integritätsentschädigung nach der gesamten Beeinträchtigung festgesetzt (Abs. 3).

## **E. 2**

Gegen diesen Einspracheentscheid (Urk. 2) liess X.\_\_\_\_ am 18. November 2013 mit folgenden Anträgen Beschwerde erheben (Urk. 1 S. 2): "1.

Es seien die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 7. April 2011 sowie der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 18. Oktober 2013 aufzuheben. 2.

Es sei bei der MEDAS E.\_\_\_\_, ev. einer anderen geeigneten medizinischen Gutachterstelle eine Untersuchung der Beweglichkeit des linken Armes des Beschwerdeführers unter Narkose durchzuführen.

Eventualiter sei die Angelegenheit an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen und diese anzuweisen, vor Erlass einer Entscheidung über die Ansprüche des Beschwerdeführers nach UVG bei der MEDAS E.\_\_\_\_, ev. bei einer anderen geeigneten medizinischen Gutachterstelle eine Untersuchung der Beweglichkeit des rechten Armes des Beschwerdeführers unter Narkose durchzuführen. 3.

Es sei dem Beschwerdeführer eine Rente nach UVG mit einem Invaliditätsgrad von 100 % sowie eine angemessene Integritätsentschädigung gemäss UVG zuzusprechen. 4.

Es sei dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Rechtspflege mit dem Unterzeichneten als unentgeltlichem Rechtsbeistand zu gewähren. 5.

Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge zulasten der Beschwerdegegnerin. "

Die SUVA schloss am 23. Dezember 2013 auf Abweisung der Beschwerde (vgl. Beschwerdeantwort, Urk. 10), was dem Beschwerdeführer am 7. Januar 2014 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 13).

Auf die Ausführungen der Parteien und die eingereichten Unterlagen ist, soweit für die Entscheidungsfindung erforderlich, in den nachstehenden Erwägungen einzugehen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die SUVA begründete ihren Einspracheentscheid vom 18. Oktober 2013 (Urk. 2) – unter Hinweis auf die neurologische Beurteilung ihres Versicherungsmediziners Dr. C.\_\_\_\_ vom 12. Juli 2012 (Urk. 11/194), das rheumatologische Gutachten der MEDAS E.\_\_\_\_ vom 12. Juni 2013 (Urk. 11/211) und die Berichte ihres Kreisarztes PD Dr. A.\_\_\_\_ vom 12. Januar und 8. [richtig: 25.] Februar 2011 (Urk. 11/ 137 und Urk. 11/ 155) – damit, dass der Beschwerdeführer aufgrund der auf den am 13. Dezember 2008 erlittenen Sturz zurückzuführen den

physischen Beschwerden

in einer behinderungsangepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig und ein 13 % unter dem Valideneinkommen liegendes Salär zu erzielen in der Lage sei (Urk. 2 S. 6 ff., Urk. 10 S. 4).

Die leichte Sekundärarthrose am linken Ellenbogen stelle keine entschädigungspflichtige Integritäts einbusse dar (Urk. 2 S. 10 ff.). Die geklagte psychische Symptomatik stehe, wenn überhaupt in einem natürlichen, so jedenfalls in keinem adäquaten Kausalzusammenhang zum fraglichen Unfall und vermöge daher keinen Leistungsanspruch zu begründen (Urk. 2 S. 8 ff.).

### **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt, der Gutachter der MEDAS habe ihm nicht geglaubt, dass die demonstrierte massive Einschränkung der Beweglichkeit des linken Arms konstant in allen Lebensbereichen bestehe, und gemutmasse, dass sich dies im Rahmen einer Untersuchung in Narkose verifizieren lasse. Indem die SUVA die entsprechende Abklärung in der Folge nicht veranlasst habe, habe sie seinen Anspruch auf rechtliches Gehör verletzt. Das Ergebnis der – vom hiesigen Gericht zu veranlassenden – Untersuchung des linken Arms in Narkose werde zeigen, dass er in jeglicher Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig sei und damit Anspruch auf eine Rente aufgrund eines Invaliditätsgrads von 100 % und auf eine Integritätsentschädigung habe (Urk. 1 S. 3 f.).

### **E. 3**

Der Dezember 2008 verbleibenden Gesundheitsschaden und dessen Auswirkungen auf das Leistungsvermögen im Zeitpunkt des Fallabschlusses per Ende Februar 2011 geht aus den medizinischen Akten im Wesentlichen Folgendes hervor:

Die Ärzte des Z.\_\_\_\_, Departement Chirurgie, Klinik für Unfallchirurgie, stellten, nachdem sie den Beschwerdeführer vom 13. bis 21. Dezember 2008 stationär behandelt hatte, in ihrem Bericht vom 22. Dezember 2008 folgende Diagnosen (Urk. 11/7 S. 1): - Dislozierte intraartikuläre distale Humerusfraktur links mit - Abkipfung des Capitulum

humeri nach ventral - Rezidivierende Epistaxis

Der Beschwerdeführer sei auf der Treppe gestürzt und habe sich dabei den Arm angeschlagen. Wegen starker Schmerzen im Ellenbogen und einer deutlichen Schwellung habe er sich daraufhin auf der Notfallstation vorgestellt. Noch am Unfalltag sei eine Chevron-Osteotomie mit offener Reposition und Schraubenosteosynthese des distalen Humerus links durchgeführt worden. Nach komplikationslosem Verlauf und bei reizlosen Wundverhältnissen sei der Beschwerdeführer am 21. Dezember 2008 nach Hause

entlassen worden.

### **E. 3.1**

7

Nach Kenntnisnahme des Befunds der radiologischen Untersuchung vom 4. Februar 2011 hielt Kreisarzt PD Dr. A.\_\_\_\_ am 25. Februar 2011 fest, das Osteosynthesematerial sei in situ. Ein Frakturspalt lasse sich nicht erkennen; lediglich im Bereich des Radiusköpfchens fänden sich kleine Ossikel. Im Übrigen bestünden keine wesentlichen degenerativen Veränderungen. Ein Integritätschaden in entschädigungspflichtiger Höhe lasse sich nicht feststellen (Urk. 11/155).

### **E. 3.2**

1

In seiner – im Auftrag der SUVA verfassten – rheumatologischen Expertise vom 12. Juni 2013 stellte Dr. D.\_\_\_\_ nachstehende Diagnosen (Urk. 11/211 S. 24): - Präsentation einer erheblichen Funktionsstörung des linken Arms, nicht mit einer rheumatologischen Erkrankung erklärbar - Status nach distaler intraartikulärer Humerusfraktur links am 13. Dezember 2008 - Status nach Chevron-Osteotomie und Osteosynthese am 13. Dezember 2008 - Status nach partieller Osteosynthesematerialentfernung am 4. Juni 2009 - radiologisch leichte posttraumatische Ellenbogengelenksarthrose - Unspezifische Rückenschmerzen

Aus somatischer Sicht sei von einer weiteren Behandlung keine namhafte Besserung mehr zu erwarten. Der Beschwerdeführer sei einer dem von PD Dr. A.\_\_\_\_ am 12. Januar 2011 definierten Zumutbarkeitsprofil entsprechenden Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig. Die leichte Sekundärarthrose im linken Ellenbogengelenk begründe keinen entschädigungspflichtigen Integritätsschaden. 4. 4.1

Aufgrund der medizinischen Akten ist zu schliessen, dass von der weiteren Behandlung des linken Ellenbogens über Ende Februar 2011 hinaus kein namhafter Erfolg mehr zu erwarten war (vgl. insbesondere Urk. 11/ 211 S. 24 ). So waren nach dem operativen Eingriff vom 4. Juni 2009 (Entfernung der Zugschraube der Chevron-Osteotomie und Zuggurtung

Olecranon links) keine chirurgischen Massnahmen mehr indiziert (Urk. 11/111 S. 2, Urk. 11/167 S. 2), und die Physio- und die Ergotherapie waren schon seit einiger Zeit abgeschlossen (vgl. etwa Urk. 11/111 S. 11, Urk. 11/126a). Insofern ist nicht zu beanstanden, dass die SUVA den Fall per 1. März 2011 abschloss (E. 1.1.4). 4.2 4.2.1

Fest steht und unbestritten ist, dass der Beschwerdeführer als Folge des Unfalls einen Status nach dislozierter distaler Humerusfraktur mit offener Reposition und Osteosynthese am 13. Dezember 2008 sowie Entfernung der Olecranon - Zugschraube und Zuggurtung

Olecranon links am 4. Juni 2009 aufweist, wobei sich bis zum Zeitpunkt des Fallabschlusses eine leichte posttraumatische Ellenbogengelenksarthrose gebildet hatte ( vgl. hierzu insbesondere Urk. 11/167 S. 1,

Urk. 11/211 S. 24 ). 4.2.2

Die – nach einem anfänglich unauffälligen Heilungsverlauf mit Wiedererreichen einer guten Ellenbogenbeweglichkeit und vollständig möglichen Faustschluss beziehungsweise

schon bald nach dem Unfall vom 13. Dezember 2008 erfolgte r Wiederaufnahme der angestammten Tätigkeit als Gipser (unter Ausschluss kör perlich schwerer Arbeiten) im Pensum von 50 % - ab Mitte August 2009 neu beziehungsweise massiv verstärkt geklagten verschiedenen Beschwerden liessen sich im Rahmen der im Laufe der Zeit durchgeführten fundierten einschlägigen Abklärungen keinem objektivierbaren organischen Substrat zuordnen (vgl. hiezu insbesondere Urk. 11/77 S. 1, Urk. 11/79, Urk. 11/ 94, Urk. 11/111 S. 2, Urk. 11/135, Urk. 11/157 , Urk. 11/167 S. 2 , Urk. 11/211 S. 23 ) . 4.2.3

Dass im Laufe der Zeit überdies ein CRPS auf ge tr e t e n wäre , wie es die Ortho päden der H.\_\_\_\_ (Bericht vom 5. Juli 2010, Urk. 11/111) und die Anästhesisten des Z.\_\_\_\_ (Bericht vom 3. November 2010, Urk. 11/127 S. 2) – im Wesentlichen gestützt auf die anamnestischen Angaben des Beschwerdeführers und nicht etwa auf einschlägige Untersuchungs befunde - feststellten, ist nicht anzunehmen. So schlossen die Ärzte des L.\_\_\_\_ eine derartige Gesundheitsstörung in ihrer – auf fundierten , im gleichen Monat wie die Untersuchung der letztgenannten Ärzte durchgeführten entsprechenden Abklärungen beruhenden - Beurteilung vom 11. November 2010 mit überzeugender Begründung aus (Urk. 11/135). Diese Einschätzung stimmt nicht nur mit derjenigen des Kreisarztes PD Dr. A.\_\_\_\_ vom 14. September 2010 (Urk. 11/120 S. 6) überein, sondern wurde in der Folge auch vom Versicherungsmediziner Dr. C.\_\_\_\_ (vgl. Bericht vom 12. Juli 2012, Urk. 11/194 S. 12) und vom Gutachter Dr. D.\_\_\_\_ (vgl. Expertise vom 12. Juni 2013, Urk. 11/211 S. 20 ff.) mit einlässlicher Begründung bestätigt. Dass sich im Rahmen weiterer Abklärungen, namentlich einer Untersuchung des linken Ellen bogens unter Narkose (Urk. 1), dennoch noch ein CRPS als Ursache für die geklagten somatischen Beeinträchtigungen feststellen liesse, ist angesichts der im Laufe der Zeit durchgeführten umfassenden und fundierten fachärztlichen Untersuchungen nicht anzunehmen (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 122 V 157 E. 1d mit Hinweisen). Daran ändert auch der Hinweis des Gut achters Dr. D.\_\_\_\_ auf die – von ihm als nicht erforderlich erachtete - Option einer Untersuchung in Narkose nichts. Von dieser erwartet Dr. D.\_\_\_\_ nämlich lediglich den Nachweis einer weitgehend freien Beweglichkeit des linken Arms (Urk. 11/211 S. 23) und nicht etwa einen ein CRPS bestätigenden Befund (vgl. Urk. 11/211 S. 25) .

Betreffend die Beweglichkeit der linken Extremität g ibt es in den Akten im Übri gen Anhaltspunkte dafür , dass der – sich auffällig verhaltende und wider sprüchliche Angaben machende

– Beschwerdeführer , der trotz der demonstrier ten funktionellen Einarmigkeit gelegentlich ein Auto lenkt (Urk. 11/211 S. 22) ,

erheblich aggravierte (vgl. hiezu etwa Urk. 11/126a, Urk. 11/211 S. 23, S. 24 und S. 27). Hinzuweisen ist in diesem Zusammenhang insbesondere auf das Schreiben von Dr. F.\_\_\_\_ an Kreisarzt PD Dr. A.\_\_\_\_ vom 8. März 201 1. Darin hielt Ersterer fest, seine medizinische Praxisassistentin habe beobachtet, wie der Beschwerdeführer nach dem Verlassen der Praxis den linken Arm und die linke Hand zunehmend benutzt habe. Er habe am Automaten mit der linken Hand eine Tramfahrkarte gelöst und auch mit der linken Hand sein Mobiltelefon bedient. Das geschilderte stehe zum jeweils anlässlich der Konsultationen präsen tierten Verhalten in krassem Widerspruch. Es sei dringend eine Observa tion angezeigt. Die geklagten ausgeprägten Beschwerden hätten sich nie richtig erklären lassen und schon immer Anlass zu Verdacht auf eine Aggravation gegeben (Urk. 11/157). Anzumerken ist, dass Dr. F.\_\_\_\_

der Hausarzt des Beschwerdeführers ist und Hausärzte nach einer Erfahrungstatsache im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc). 4.2.4

Was die Auswirkungen der somatischen Unfallfolgen auf das Leistungsvermögen anbelangt, geht aus den zitierten Arztberichten übereinstimmend hervor, dass dem Beschwerdeführer die angestammte Tätigkeit als Gipser wegen der aus dem Unfall vom 13. Dezember 2008 verbleibenden physischen Beeinträchtigung (belastungsabhängige Schmerzen im Ellenbogengelenk) nicht mehr zumutbar ist (vgl. hierzu etwa Urk. 11/53, Urk. 11/66 S. 4, Urk. 11/86 S. 2, Urk. 11/180 S. 42, Urk. 11/211 S. 24).

In einer behinderungsangepassten Tätigkeit ist er aus physischer Sicht indes gemäss den übereinstimmenden - in Anbetracht der objektiver Befunde und der daraus resultierenden funktionellen Einschränkungen durchaus einleuchtenden - Beurteilungen des Gutachters Dr. D.\_\_\_\_ (Expertise vom 12. Juni 2013, Urk. 11/211 S. 24), der Chirurgen des Z.\_\_\_\_ (Bericht vom 14. Januar 2010, Urk. 11/86 S. 2) und des Kreisarztes PD Dr. A.\_\_\_\_ (Bericht vom 12. Januar 2011, Urk. 11/137 S. 2), uneingeschränkt arbeitsfähig. Auf die Beurteilung der Experten des B.\_\_\_\_, die dem Beschwerdeführer - aufgrund eines erhöhten Pausenbedarfs - eine lediglich 85%ige Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten (einarmigen) Tätigkeit attestierten (vgl. Gutachten vom 4. Juli 2011, Urk. 11/191 S. 8 f.), kann insofern nicht abgestellt werden, als sie die Leistungseinbusse nicht mit organisch nachweisbaren Untersuchungsergebnissen, sondern mit den vom Beschwerdeführer - keinem organischen Substrat zuordenbaren - geklagten Beschwerden beziehungsweise den von ihm demonstrierten funktionellen Einschränkungen begründeten. Anzumerken bleibt, dass selbst bei funktioneller Einarmigkeit grundsätzlich von der (vollzeitlichen) Zumutbarkeit einer Verdiensttätigkeit auszugehen wäre (Urk. 1 S. 4; vgl. hierzu etwa Urteil des Bundesgerichts 8C\_100/2012 vom 29. März 2012 E. 3.4 mit Hinweisen). 4.3

Zwar gibt es in den medizinischen Akten verschiedentlich Hinweise auf psychische Beschwerden. Dass der Beschwerdeführer im Zeitpunkt des Fallabschlusses eine erhebliche psychische Störung aufwies, ist aufgrund der vorhandenen medizinischen Berichte indes nicht anzunehmen und wurde vom Beschwerdeführer auch gar nicht geltend gemacht (Urk. 1). So wurde die Psychotherapie im I.\_\_\_\_ gemäss dem Beschwerdeführer auf Empfehlung der behandelnden Psychologin

mangels vorhandener psychischer Probleme bereits nach fünf Sitzungen wieder beendet (vgl. Urk. 11/180 S. 29; vgl. hierzu auch Urk. 11/211 S. 11), und die begutachtende Psychiaterin des B.\_\_\_\_

gelangte mit einleuchtender Begründung zum Schluss, dass sich keine (auch keine unfallfremde) psychische Gesundheitsstörung diagnostizieren lasse (Urk. 11/180 S. 31).

Eine entsprechende Leistungspflicht der SUVA fiel im Übrigen schon deshalb ausser Betracht, weil - wie diese zutreffend darlegte (Urk. 2 S. 9 f.) - der fragliche Unfall (Sturz auf der Treppe mit Anschlagen des Ellenbogens) unter Berücksichtigung des konkreten Hergangs und der daraus resultierenden Folgen jedenfalls nicht als adäquat kausale Ursache einer allfälligen sich später entwickelten psychischen Beeinträchtigung qualifiziert werden könnte (vgl. hierzu BGE 115 V 133). 4.4

Bei der Ermittlung des Invaliditätsgrades ging die SUVA gestützt auf die entsprechenden Angaben der früheren Arbeitgeberin des Beschwerdeführers (Urk. 11/ 147 ) für das Jahr 2011 von einem Validenlohn von Fr. 67'353 . -- aus. Bei der Berechnung des Invalideneinkommens von Fr. 58 ' 828.40 stellte sie zu Recht auf den Tabellenwert für Hilfsarbeitertätigkeiten ab und gelangte so – unter Berücksichtigung der betriebsüblichen wöchentlichen Arbeitszeit sowie der bis 2011 eingetretenen Nominallohnentwicklung und unter Gewährung eines ( angesichts der unfallbedingten funktionellen Einschränkungen als angemessen erscheinenden) leidensbedingten Abzugs von 5 % - zu einem Invaliditätsgrad von rund 13 % (Urk. 11/221 S. 3). Die Zusprache einer Rente in entsprechender Höhe ( Urk. 2 S. 7 f.) erweist sich demnach als rechens . 4 . 5

Was schliesslich den aus dem Unfall vom 13 . Dezember 2008 resultierenden Integritätsschaden anbelangt, legte der Kreisarzt PD Dr. A. \_\_\_ – gestützt auf die Ergebnisse seiner zweimaligen klinischen Untersuchung

und die bildgebenden Befunde – überzeugend dar, dass die unfallbedingte Schädigung am linken Ellenbogen mit einer unter 5 % liegenden Integritätseinbusse gleichzusetzen sei (Urk. 11/ 155 ).

Diese Einschätzung wurde vom Gutachter Dr.

D. \_\_\_ aufgrund der Befunde der von ihm am 16. Mai 2013 veranlassten erneuten radiologischen Untersuchung (unter anderem) des linken Ellenbogens (Anhang zu Urk. 11/211) am 12. Juni 2013 bestätigt (Urk. 11/211 S. 24) . Ein Anspruch auf eine Entschädigung zeitiger Integritätsschaden liegt folglich nicht vor. 4.6

Nach dem Gesagten erweist sich die Zusprache einer auf einem Invaliditätsgrad von 13 % basierenden Rente und die Verweigerung einer Integritätsentschädigung als rechens. Die Beschwerde ist demnach abzuweisen . 5. 5.1

Da die Voraussetzungen (BGE 103 V 46, 100 V 61, 98 V 115) erfüllt sind (Urk. 9), ist dem Beschwerdeführer antragsgemäss (Urk. 1 S. 2) die unentgeltliche Rechtsverteidigung zu bewilligen, und es ist ihm in der Person von Rechtsanwalt Patrick Wagner, Zürich, ein unentgeltlicher Rechtsvertreter zu bestellen. 5.2

Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers , der - trotz zweimaliger telefonischer Aufforderung (Urk. 14 f.) - keine Honorar note einreichte, ist für seine Bemühungen und Barauslagen mit einem als angemessen erscheinenden Betrag von Fr. 1'600.-- (inklusive Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse zu entschädigen. Das Gericht beschliesst:

In Bewilligung des Gesuchs vom 18. November 2013 wird dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Rechtsverteidigung in der Person von Rechtsanwalt Patrick Wagner , Zürich, gewährt, und erkennt sodann: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Patrick Wagner, Zürich, wird mit Fr. 1'600 .-- (inkl. Barauslagen und MWSt ) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Patrick Wagner - 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  
Der Vorsitzende  
Die Gerichtsschreiberin  
Gräub  
Fischer

### **E. 3.3**

Die Ärzte des Z.\_\_\_\_, Departement Chirurgie, Klinik für Unfallchirurgie, gaben am 20. Juli 2009 an, der Beschwerdeführer habe betreffend den linken Ellenbogen wieder den vollen Bewegungsumfang erreicht, klagt aber noch über anstrengungsabhängige Beschwerden (Urk. 11/56).

### **E. 3.4**

Nachdem er den Beschwerdeführer am 6. Oktober 2009 untersucht hatte, hielt Kreisarzt PD Dr. A.\_\_\_\_ in seinem tags darauf verfassten Bericht fest, nach der gravierenden intraartikulären Verletzung im Bereich des Ellenbogengelenks zeige sich wieder ein sehr gutes Bewegungsausmass. Der Beschwerdeführer sei indes noch durch Schmerzen und einen Kraftverlust beeinträchtigt. Wohl aufgrund einer Steigerung der Arbeitsbelastung im August 2009 sei es zu einer Schmerzexazerbation gekommen. Es sei noch eine neurologische Untersuchung indiziert. Die angestammte Tätigkeit sei längerfristig wahrscheinlich nicht mehr zumutbar (Urk. 11/66 S. 4).

### **E. 3.5**

Die Ärzte des Z.\_\_\_\_, Departement für Chirurgie, Klinik für Unfallchirurgie, hielten, nachdem sie den Beschwerdeführer am 23. November 2009 untersucht hatten, in ihrem Bericht vom 25. November 2009 fest, die angegebenen motorischen Ausfallerscheinungen am linken Arm seien klinisch schwer objektivierbar (Urk. 11/77 S. 1).

### **E. 3.6**

Die neurologische und elektrodiagnostische Untersuchung vom 22. Dezember 2009 ergab gemäss den Ärzten des Z.\_\_\_\_, Departement für Chirurgie, Klinik für Wiederherstellungschirurgie, durchwegs un auffällige Befunde. Aufgrund der klinischen Befunde sei von einem posttraumatischen Schmerzzustand mit nicht unerheblicher funktioneller Überlagerung auszugehen. Es sei eine stationäre Neurorehabilitation zu empfehlen (vgl. Bericht vom 23. Dezember 2009, Urk. 11/79 S. 2).

### **E. 3.7**

Am 14. Januar 2010 hielten die Ärzte des Z.\_\_\_\_, Departement für Chirurgie, Klinik für Unfallchirurgie, fest, die Wiedereingliederung in den Beruf sei zu empfehlen (Urk. 11/86

S. 1). Körperlich schwere Arbeiten seien dem Beschwerdeführer nicht mehr zumutbar; für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten bestehe indes eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (S. 2 ; vgl. auch Urk. 11/87 ).

### **E. 3.8**

Das – wegen einer vom Beschwerdeführer angegebenen progredienten Gefühls störung im linken Arm und im linken Bein – am 7. April 2010 durchgeführte kraniale MRI ergab, abgesehen von einer ätiologisch unspezifischen Gliose links subependymal am Frontalhorn, unauffällige Befunde (vgl. Bericht Dr. med. G.\_\_\_\_ , Facharzt FMH für Radiologie, vom 8. April 2010 , Urk. 11/94 ).

### **E. 3.9**

Am 21. Mai 2010 wurde der Beschwerdeführer von den Ärzten des Z.\_\_\_\_ , Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, untersucht. Diese stellten in ihrem Bericht vom nämlichen Datum (Anhang 2 zu Urk. 11/180) folgende Diagnosen: - Dissoziative Armparese links, ICD-10 F44.4 - schmerzbedingte Minderinnervation in der Hand möglich, in der Schulter kaum wahrscheinlich - neurologisch für dissoziative Parese sprechende Befunde, elektrodiagnostisch kein Nachweis einer Läsion des peripheren Nervensystems - psychosoziale Belastungsfaktoren vorhanden - Leichte Depression, ICD-10 F32.0

### **E. 3.10**

Gestützt auf die Ergebnisse ihrer klinischen Untersuchung vom 14. Juni 2010 und der am 5. Juli 2010 durchgeführten CT- Arthrographie des rechten [richtig wohl: linken] Ellenbogens (Urk. 11/110) stellten die Ärzte der H.\_\_\_\_ , Orthopädie, am 5. Juli 2010 folgende Diagnosen (Urk. 11/111 S. 1): - CRPS bei: - Schmerzpersistenz und muskulärer Schwäche bei - Status nach komplexer Ellenbogenfraktur links am 13. Dezember 2008 mit - Radiusköpfchen- Meisselfraktur links und dislozierter intraartikulärer distaler Humerusfraktur links - Status nach Chevron-Osteotomie, offener Reposition, Schraubenosteosynthese des Humerus links am 13. Dezember 2008

### **E. 3.11**

Die Psychiater beziehungsweise Psychologen des I.\_\_\_\_ stellten am 9. Juli 2010 nachstehende Diagnosen (Urk. 123 S. 1): - Anhaltende somatoforme Schmerzstörung, ICD-10 F45.4 - Mittelgradige depressive Episode, ICD-10 F32.1 - Dissoziative Armparese links, ICD-10 F44.4, mit/bei - schmerzbedingter Minderinnervation , in der Hand möglich, in der Schulter kaum wahrscheinlich - neurologisch für dissoziative Parese sprechende Befunde, elektrodiagnostisch kein Nachweis einer Läsion des peripheren Nervensystems - Status nach Operation am 13. Dezember 2008, Revision im Juni 2009

Aus Sicht des Beschwerdeführers hingen die Beschwerden mit dem Unfall zusammen (S. 2).

### **E. 3.12**

Nachdem er den Beschwerdeführer am 13. September 2010 erneut untersucht hatte, hielt Kreisarzt PD Dr. A.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 14. September 2010 (Urk. 11/120) fest, es liessen sich keine Auffälligkeiten betreffend Temperatur oder Kolorit der Haut, Haar- oder Nagelwuchs, Schwellungszustand oder Allodynie feststellen. Abgesehen von der als schmerzhaft und stark eingeschränkt geschilderten Beweglichkeit sei lediglich eine deutlich schweissige Handinnenfläche bei gleichzeitig dauerhaft in Fauststellung gehaltener Hand

festzustellen. Eine klassische, auf ein CRPS hinweisende Befundkonstellation sei nicht zu erkennen. Gleichwohl sei aufgrund der deutlichen Umfangsunterschieden von einem Mindergebrauch des linken Arms auszugehen. Es sei eine Untersuchung in der J.\_\_\_\_ indiziert (S. 6).

### **E. 3.13**

Nachdem sie im Rahmen einer beruflichen Standortbestimmung am 12. Oktober 2010 ein Gespräch mit dem Beschwerdeführer geführt hatten, gaben die Berufs- und Laufbahnberater der K.\_\_\_\_ in ihrem Bericht vom 18. Oktober 2010 an, das Verhalten des Beschwerdeführers bezüglich seines Arms und Ellenbogens beziehungsweise der Unfallfolgen sei auffällig. Während des Gesprächs

habe er in stark angespannter Haltung auf dem Stuhl gesessen, demonstrativ laut geatmet und teilweise gestöhnt. Von der Berufsberaterin darauf angesprochen, habe er sein Verhalten kurze Zeit etwas angepasst, dann aber bald wieder an seinen linken Arm und an seine Hand gegriffen und seine Mimik verzerrt. Augenkontakt mit ihm sei kaum möglich gewesen; oft habe er zu Boden geschaut. Seine Erzählungen hätten sich immer wieder um seine brandenden Schmerzen im Arm gedreht. Der einzige Anlass, der die niedergeschlagene Stimmung beim Versicherten etwas verändert habe, sei die Aussage der Berufsberaterin gewesen, dass die S UVA das Taggeld wahrscheinlich nicht unbegrenzt weiter zahlen werde, weshalb es

lohnenswert sein könne, die berufliche Zukunft (etwa eine allfällige berufliche Abklärung) zu besprechen. Auf diese Aussage habe der Beschwerdeführer aufbrausend reagiert. Er habe sich ausserstande erklärt, anzugeben, wie viele Stunden er einsatz- beziehungsweise arbeitsfähig sei. Eine andere Tätigkeit als diejenige als Gipser könne er sich nicht vorstellen. Er stehe weiterhin in psychiatrischer Behandlung im I.\_\_\_\_; Medikamente erhalte er ausschliesslich über seinen Hausarzt Dr.

F.\_\_\_\_. Die Physio- und die Ergotherapie seien abgeschlossen. Die Voraussetzungen für erfolgsversprechende berufliche Eingliederungsmassnahmen seien angesichts der Tatsache, dass sich der Beschwerdeführer weder als abklärungs- noch als arbeitsfähig betrachte,

nicht gegeben. Es sei, sobald dies aus medizinischer Sicht möglich sei (es stehe noch eine Untersuchung im L.\_\_\_\_

an), der Fallabschluss zu empfehlen (Urk. 11/126a).

### **E. 3.16**

Unter Berücksichtigung der aktuellen Arztberichte gelangte Kreisarzt PD Dr. A.\_\_\_\_ am 12. Januar 2011 zum Schluss, dass die deutliche Ausweitung der Beschwerden über das linke Ellenbogengelenk keine Folge des Unfalls vom 13. Dezember 2008 darstelle. Der Beschwerdeführer sei rein unfallbedingt in der Lage, ganztags einer Tätigkeit nachzugehen, die kein linksseitiges Heben und Tragen von Lasten über 10 kg, keine repetitiven Bewegungen im Ellenbogengelenk, keine volle Streckung des Ellenbogengelenks, keine Arbeiten mit Vibrationen erzeugenden Maschinen und keine Handrotation (Schraubendreher) erfordere. Der Fall könne nun abgeschlossen werden. Die Beurteilung eines allfälligen Integritätsschadens werde erfolgen, wenn aktuelle konventionelle Röntgenaufnahmen des linken Ellenbogens vorlägen (Urk. 11/137 S. 2).

### **E. 3.18**

Die Ärzte der M.\_\_\_\_, Obere Extremitäten, stellten am 4. Mai 2011 folgende Diagnosen (Urk. 11/167 S. 1): - Beschriebene Restbeschwerden im Bereich des linken Ellenbogengelenkes mit/bei - Zustand nach auswärtiger Osteosynthese einer komplexen Ellenbogenfraktur links vom 13. Dezember 2008 mit Radiusköpfchen - Metacarpalfraktur links und dislozierter intraartikulärer distaler Humerusfraktur links - Status nach Chevron-Osteotomie, offener Reposition, Schraubensynthese vom 13. Dezember 2008

### **E. 3.20**

In seiner auf den Akten beruhenden neurologischen Einschätzung vom 12. Juli 2012 gelangte der SUVA-Versicherungsmediziner Dr. C.\_\_\_\_ zum Schluss, dass der Beschwerdeführer zu keinem Zeitpunkt an einem CRPS gelitten habe. Zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sei die Einholung eines Gutachtens indiziert (Urk. 11/194 S. 12).

### **E. 008**

- Status nach partieller Osteosynthesematerialentfernung links vom 4. Juni 2009 - Anamnestisch Verdacht auf dissoziative Armparese links und anhaltende somatoforme Schmerzstörung mit/bei - mittelgradigen depressiven Episoden

Eine vernünftige klinische Untersuchung sei aufgrund der sehr dramatisch geschilderten Beschwerden und auch der Kontrakturen im Ellenbogengelenk

sowie im Bereich der gesamten Hand und der Finger nicht möglich gewesen (S. 1). Es sei äusserst schwierig, das Schmerzbild und die zumindest klinisch imponierenden Kontrakturen, am eindrucklichsten an der Hand mit Flexionskontraktur im Handgelenk und Flexionskontraktur der MCP-Gelenke sämtlicher Finger, einem morphologischen Korrelat zuzuordnen. Das Ergebnis der aktuellen radiologischen Bildgebung erkläre das Ausmass der klinisch zu erhebenden Funktionseinschränkung nicht. Auf weiterreichende Abklärungen sei verzichtet worden, da dem Beschwerdeführer keine vernünftige chirurgische Option angeboten werden könne (S. 2). 3. 19

Am 24. Mai sowie am 8. und 20. Juni 2011 wurde der Beschwerdeführer im Auftrag der IV-Stelle von den Ärzten des B.\_\_\_\_ polydisziplinär untersucht. In ihrem Gutachten vom 4. Juli 2011 stellten diese nachstehende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 11/180 S. 38): - Chronisches Schmerzsyndrom linker Ellenbogen, linker Unterarm und linke Hand - Status nach Treppensturz mit dislozierter distaler Humerusfraktur

(13. Dezember 2008) - Status nach offener Reposition und Osteosynthese (13. Dezember 2008) - Entfernung der Olecranon-Zugschraube (4. Juni 2009) - Beugekontraktur der Finger IV und V links - sensibles Ausfallsyndrom Finger IV und V links und ulnare Seite linker Unterarm - deutliches Streckdefizit linker Ellenbogen - Verdacht auf Sudeck'sche

Algodystrophie im 3. Stadium

Keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten folgende Diagnosen: - Lumbospondylogenes Syndrom, Verdacht auf S1-Wurzelreizung links - Anamnestisch mittelgradige depressive Episode, ICD-10 F 32.1 - Anamnestisch anhaltende somatoforme Schmerzstörung, ICD-10 F 45.4 - Anamnestisch dissoziative Armparese links, ICD-10 F 44.4

Seit der Entfernung der Zugschraube und der Zuggurtung am 4. Juni 2009 bestehe in der angestammten Tätigkeit eine 100%ige und in einer leidensangepassten Tätigkeit eine

15%ige Arbeitsunfähigkeit (S. 42).

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