

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2015.00197 vom 28. März 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-03-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2015.00197

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2015.00197 du 28 mars 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2015.00197 del 28 marzo 2017

Erwägungen

E. 1

7/ 251 f.) .

Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle wies mit Verfügung vom

E. 1.1

Am 1. Januar 2017 sind die am 25. September 2015 beziehungsweise am 9. November 2016 verabschiedeten geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) in Kraft getreten.

Gemäss den allgemeinen übergangsrechtlichen Regeln sind der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen, die in Geltung standen, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende und somit rechtserhebliche Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 466 E. 1, 126 V 134 E. 4b, je mit Hinweisen). Dementsprechend sehen die Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 des UVG vor, dass Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem 1. Januar 2017 ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt werden (Absatz 1 der genannten Übergangsbestimmungen).

Der hier zu beurteilende Unfall hat sich am 20. Dezember 2010 ereignet, weshalb die bis 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Normen auf den vorliegenden Fall Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden. 1. 2

Gemäss Art. 6 UVG werden – soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt – die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Abs. 1). Der Bundesrat kann Körperschädigungen, die den Folgen eines Unfalles ähnlich sind, in die Versicherung einbeziehen (Abs. 2). Ausserdem erbringt die Versicherung ihre Leistungen bei Schädigungen, die den Verunfallten bei der Heilbehandlung zugefügt werden (Abs. 3).

Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 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 % invalid (Art. 8 ATSG), so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV) abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbe-

handlung und die Taggeldleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG). Sodann hat die versicherte Person nach Art. 24 Abs. 1 UVG Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung, wenn sie durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität erleidet.

E. 1.3

Invalidität ist die voraussichtlich 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). 1. 4

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.

E. 1.5

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3, BGE 135 V 297 E. 5.2; BGE 129 V 472 E. 4.2.1; BGE 126 V 75 E. 3b). Dabei sind grundsätzlich die im Verfügungszeitpunkt aktuellsten veröffentlichten Tabellen der LSE zu verwenden (Urteile des Bundesgerichts 9C_699/2015 vom 6. Juli 2016 E. 5.2, 8C_78/2015 vom 10. Juli 2015 E. 4 und 9C_526/2015 vom 11. September 2015 E. 3.2.2). Der Griff zur Lohnstatistik ist subsidiär, das heisst deren Beizug erfolgt nur, wenn eine Ermittlung des Invalideneinkommens aufgrund und nach Massgabe der konkreten Gegebenheiten des Einzelfalles nicht möglich ist (vgl. BGE 142 V 178 E. 2.5.7; BGE 139 V 592 E. 2.3, BGE 135 V 297 E. 5.2; vgl. auch Meyer/Reichmuth, IVG, 3. Aufl., N 55 und 89 zu Art. 28a, mit weiteren Hinweisen auf die Rechtsprechung).

E. 1.6

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 so wie 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 unter durchschnittlichem 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 Leidendesabzuges nicht nochmals berücksichtigt werden dürfen (BGE 134 V 322 E. 5.2).

E. 1.7

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 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). 1.

E. 1.10

Die Medizinische Abteilung der Suva hat in Weiterentwicklung der bundesrätlichen Skala weitere Bemessungsgrundlagen in tabellarischer Form (sog. Feinraster) erarbeitet. Diese von der Verwaltung herausgegebenen Tabellen stellen zwar keine Rechtsätze 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).

E. 1.11

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte kommt nach der Rechtsprechung Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar

begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 134 V 231 E. 5.1 mit Hinweis auf BGE 125 V 351 E. 3b/ bb / ee). Trotz dieser grundsätzlichen Beweiseignung kommt den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen praxismässig nicht dieselbe Beweiskraft zu wie einem gerichtlichen oder im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger veranlassten Gutachten unabhängiger Sachverständiger. Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 139 V 225 E. 5.2; BGE 135 V 465 E. 4.4 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C_348/2016 vom 9. Dezember 2016 E. 2.4). 2.

2.1

Vorab ist festzuhalten, dass der im Verwaltungsverfahren nicht anwaltlich vertretene Beschwerdeführer in seiner Einsprache gegen die Verfügung vom 27. Oktober 2014 (Urk. 17/241) die weitere Ausrichtung der gesetzlichen Leistungen aus dem Unfallereignis vom 20. Dezember 2010 verlangt hat

und zur Begründung auf die Berichte der behandelnden Ärzte verwies (Urk. 17/251). Die Einsprache umfasst damit auch eine

allfälligen Anspruch auf eine Integritätsentschädigung, kann doch dem rechtsunkundigen

Beschwerdeführer nicht entgegen gehalten werden, er habe nach dem Wortlaut seiner Einsprache nur die Einstellung der laufenden Leistungen (Taggeld und Heilbehandlung), nicht aber die Ablehnung einer Integritätsentschädigung anfechten wollen. Die im Einspracheentscheid vertretene Ansicht, wonach die Verfügung in Bezug auf die Anspruchsverneinung einer Integritätsentschädigung

in Rechtskraft erwachsen sei, griff die Beschwerdegegnerin in ihrer Duplik (Urk. 26) nach den Ausführungen in der Replik (Urk. 21 S. 8) denn auch zu Recht nicht mehr auf.

Streitig und zu prüfen ist daher

der Zeitpunkt des Fallabschlusses, damit einhergehend die Einstellung der Leistungen (Heilbehandlung/Taggeld) per

31. Oktober 2014 sowie der

Anspruch auf Rente und Integritätsentschädigung. 2.2

Die Beschwerdegegnerin stellte sich auf den Standpunkt, gemäss der von ihr eingeholten medizinischen Beurteilung von Dr. Z. ___ vom 10. September 2015 sei von einem Endzustand auszugehen. Gestützt auf die Gesamtsituation und der seit mehr als fünf Jahren bestehenden Symptomatik könne durch eine Operation keine namhafte Steigerung der Arbeitsfähigkeit erwartet werden. Zudem sei eine solche Operation aufgrund der möglichen Komplikationen nicht zumutbar. Basierend auf den aktuellen Befunden könne die linke Hand als Hilfshand, ohne Belastung, ohne zeitliche Einschränkung eingesetzt werden. Auch Prof. Dr. med. A. ___, Facharzt FMH Chirurgie, sei im Gutachten vom 27. Februar 2014 zum Ergebnis gelangt, dass die Gefühlsstörungen am Handrücken nicht mehr beseitigt werden könnten. Gestützt auf die Zumutbarkeitsbeurteilung sei ausführlich geprüft worden,

ob die Voraussetzungen für die Ausrichtung einer Rente gegeben seien. Der Anspruch sei letztlich verneint worden, weil eine Erwerbseinbusse von mindestens 10 %

nicht

erfüllt gewesen sei (Urk. 16 S. 2 f., vgl. auch Urk. 2 und Urk. 26). 2.3

Dem hielt der Beschwerdeführer entgegen (Urk. 21), gemäss Beurteilung von Prof. Dr. A.____

und auch gemäss der handchirurgischen Beurteilung durch Dr. med. B.____, Facharzt Plastische und Ästhetische Chirurgie Tetrahandchirurgie,

seien weitere medizinische Behandlungsmassnahmen angezeigt, welche mit Sicherheit bzw. mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustands mit der Steigerung der Arbeitsfähigkeit bewirken könnten. Durch die von Prof. Dr. A.____ empfohlene Operation liesse sich das sehr störende Sehenspringen mit Sicherheit beseitigen, so dass die linke Hand wieder für die Arbeitstätigkeit eingesetzt werden könne, und auch der von Dr. B.____ vorgeschlagene Eingriff führe mit einer hohen Wahrscheinlichkeit von bis zu 75 % zur Schmerzfreiheit (S. 5). Demgemäss sei zum Zeitpunkt der Einstellung der Leistungen am 31. Oktober 2014 der gesundheitliche Endzustand im Sinne von Art. 19 Abs. 1 UVG noch nicht erreicht worden und somit seien die

Taggeldzahlungen

weiterhin zu erbringen (S. 6).

Mit Bezug auf

den Invaliditätsgrad

sei das für die Tätigkeit als Eisenleger im Baugewerbe angesetzte Valideneinkommen von Fr. 61'888.-- weit unter durchschnittlich, weshalb

eine Parallelisierung vorzunehmen sei. Aufgrund der Einschränkung an der linken Hand sei auch eine Tätigkeit im Sektor Produktion nicht mehr verwertbar, da hierzu eine erheblich höhere Belastung beider Hände unabdingbar sei. Abzustellen sei deshalb auf Tätigkeiten im Sektor Dienstleistungen, welche keine stärkere Belastung der linken Hand nötig machten. Sodann sei ein Leidensabzug von mindestens 20

% angemessen und aus dem Einkommensvergleich ergebe sich ein Invaliditätsgrad von 26 % (S. 7 f.). Aufgrund der erheblichen Gebrauchsunfähigkeit der linken Hand betrage der Integritätsschaden gemäss Tabelle 1 mindestens 25 % (S. 9; vgl. im Weiteren auch Urk. 7)

.

3.

Die medizinische Aktenlage seit dem Unfallereignis vom 20. Dezember 2010 präsentiert sich im Wesentlichen wie folgt: 3.1

Dr. med. C.____, Co-Chefarzt am D.____, berichtete am 16. März 2011, der Beschwerdeführer habe bei einem Arbeitsunfall als Eisenleger eine Stangenkontusion am

Dorsum

mani links erlitten, worauf ein grosses Hämatom aufgetreten sei. Dieses habe nach wenigen Wochen eine Spontanremission gezeigt. Nun sei eine schmerzhafte, kleine Schwellung über dem Kontusionsherd zurück geblieben mit ausstrahlenden Schmerzen dorsal über dem Strecksehnenapparat vor allem bei Palmarflexion. Dabei handelt es sich um eine Sehnenscheidenentzündung der Extensor Digitorum Gruppe. Es zeige sich auf Höhe des carpo-metacarpal-Gelenks II an der linken Hand dorsal palpatorisch

eine nicht verschiebbare

5 mm grosse

Vorwölbung. Bildgebend zeigten sich keine frischen oder alten ossären Läsionen oder Luxationen und

keine Weichteilverdichtungen. Es wurde die Ruhigstellung in einer Handgelenks-Klettmanschette, Antiphlogistikum und Analgesie (NSAR) verordnet und eine Arbeitsunfähigkeit als Eisenleger bis 10. April 2011 attestiert (Urk. 17/4). 3.2

Nach der Ultraschalluntersuchung an der Klinik für Plastische Chirurgie und Handchirurgie des E.____ vom 23. März 2012

hielt der zuständige Arzt fest, im Ultraschall lasse sich der Ramus

superficialis

nervi

radialis von proximal submuskulär bis im Bereich der Aufzweigung des Handrückens gut nachverfolgen. Der Durchmesser des Nerven nehme dabei kontinuierlich zu, ein eigentliches Neurom oder Neuroma in continuitatem lasse sich nicht darstellen. Auch eine ausgeprägte Vernarbung finde sich nicht und im Grossen und Ganzen zeigten sich unauffällige Verhältnisse. Da keine ausgeprägte Schmerzsituation vorliege (beim Abwischen des Ultraschallgels gebe der Beschwerdeführer überhaupt keine Irritationen an), werde die Indikation zu einer Neurotomie eher nicht gesehen (Urk. 17/84). 3.3

Dr. med. F.____, Facharzt FMH Chirurgie, vermerkte im Bericht vom 2. Juli 2012, bis anhin hätten sämtliche konservative Therapiemassnahmen keine Beschwerdelinderung gebracht. Bei der Evaluation der Situation mittels Ultraschall am E.____ sei kein Neurom gefunden worden. Der Nerv sei ultraschallmässig in seiner Kontinuität vorhanden. Es bestünden nach wie vor Nervenirritationen im Bereich des Ramus

supraficialis des Nervus

radialis links ausgehend vom Handrücken. In diesem Bereich auf Höhe der Basis des Metacarpale II zeige sich zusätzlich ein Schnappphänomen mit Schmerzausstrahlung der Strecksehne im Sinne einer lokalen Tendovaginitis. Mittels Infiltrationen seien die Beschwerden kurzfristig unter lokalem Anästhetikum zum Verschwinden gebracht worden. Aufgrund des Versagens der konservativen Massnahmen sei hier die Indikation zur Revision einerseits des Ramus

supraficialis mit allfälliger Neurotomie und gleichzeitiger Tenosynovektomie der Strecksehne am Zeigefingerstrahl gegeben. Eine Garantie für eine vollständige Schmerzfreiheit durch diesen Eingriff könne nicht gegeben werden, stelle aber nach längerem konservativem Vorgehen die einzige Möglichkeit dar, um allenfalls die Situation verbessern zu können (Urk. 17/102).

Im Operationsbericht vom 12. Juli 2012 diagnostizierte

Dr. F.____

ein Neurom eines Astes des Ramus

supraficialis des Nervus

radialis links mit gleichzeitiger Tenosynovitis

der Extensor carpi

radialis Sehne. Den operativen Eingriff beschrieb er als

Teildenervation im Bereich des Ramus

supraficialis mit Neurotomie und Neuromresektion sowie Synovektomie der Extensor carpi

radialis Sehne und Narbenkorrektur. Der Ramus

supraficialis zeige eine massive Aufsplitterung mit einem Nervenstrang, welcher weit nach ulnar quer verlaufe. Dort seien massivste Vernarbungen und entzündliche Veränderungen auf Höhe des Ansatzes der Extensor carpi

radialis Sehnen und im Bereich der Brevissehne

synovitisches entzündliches Gewebe und darüber ein eingearbter

teilweise defekter Nerv sichtbar. Der Nerv sei

koagulierte und tenotomiert und weit nach radial, im Sinne der subcutanen

Denervation präpariert worden. Synovitisches Gewebe sei am Ansatz der Flexor extensor carpi

radialis Sehne (vgl. hierzu auch Urk. 17/251/2) entfernt worden. Der Sehnenansatz zeige sich glasig aufgetrieben. Im Sinne der Denervation werde entlang der Sehne sämtliches Gewebe entfernt (Urk. 17/103). 3. 4

Im Bericht des G.____

vom 15. Juli 2013 (Urk. 17/169/4-9) hielten die zuständigen Ärzte in ihrer zusammenfassenden Beurteilung fest, von anästhesiologischer Seite bestünden keine größeren Pathologien der Funktionsfähigkeit der Handgelenke sowie Fingergelenke. Die Untersuchung sei schmerzbedingt nur eingeschränkt möglich gewesen und das deutlich sichtbare Schnappen der Sehne des zweiten und dritten Fingers im Bereich des Handrückens sei primär ein Phänomen, das nicht zwangsläufig schmerzhaft sein müsse (S. 1).

Aus neurologischer Sicht könne die Ursache des vom Beschwerdeführer angegebenen Schmerzpunktes im Bereich des dorsalen Handgelenkes links im Bereich der Narbe nicht zugeordnet werden. Ein Ruheschmerz

sei verneint worden. Der Schmerz trete bei jeglicher Bewegung im Handgelenk, teilweise auch bei Bewegung der Finger auf. Diese explizit mechanisch auslösbare Schmerzpräsentation spreche gegen das Vorliegen eines neuropathischen Schmerzes und sei am ehesten als nozizeptiv

zu werten. Klinisch-neurologisch finde sich explizit im Narbengebiet eine Pinprickhyperalgesie sowie eine Allodynie, welche jedoch nicht sicher von einer Schmerzursache im tiefsomatischen Gewebe getrennt werden könne, da bereits leichter Druck zur Schmerzverstärkung führe. Prinzipiell bestehe eine Druckhyperalgesie in diesem Bereich, welche jedoch neurologisch nicht näher zugeordnet werden könne (S. 1). Aus neurologischer Sicht sei die Ursache des zweiten

Schmerzortes im Bereich des Spatium interosseum II ca. 3

cm distal der Narbe neurologisch nicht zuordenbar. Auch hier bestehe eine Druckschmerzhaftigkeit bei lokaler Druckausübung. Dieser Schmerz sei ebenfalls bei Bewegung der Strecksehne des zweiten und dritten Fingers auslösbar. Diese explizite Schmerzauslösbarkeit spreche ebenfalls gegen das Vorliegen einer neuropathischen Schmerzkomponente und eher für das Vorliegen

einer nozizeptiven Schmerzkomponente. Die im Bereich zwischen der Narbe und der im letztgenannten Schmerzbereich nachweisbaren

Pinprickhyperalgesie und Allodynie

sei neurologisch nicht sicher zuordenbar. Insgesamt sei von einem unspezifischen Schmerzsyndrom in beiden Schmerzpunkten bei Status nach Trauma des Handrückens auszugehen. Ein CRPS (Complex Regional Pain Syndrome) nach den Kriterien nach Harden et al, Pain

Medicine 2007 liege nicht vor

(S. 2).

Aus orthopädischer

Sicht vermerkte der zuständige Arzt im Bericht vom 23. Juli 2013 (Urk. 17/169/2-3), der Beschwerdeführer beschreibe wie bereits in den vorangegangenen Untersuchungen zwei unterschiedliche Schmerzen. Bei Extension des zweiten und dritten Fingers links komme es zu einem schnappenden Phänomen der Strecksehnen auf dem Handrücken, verbunden mit Schmerzen, deren Schwerpunkt über den proximalen Metacarpalia

mit Zeichen zentraler Sensibilisierung lokal liege (S. 1 f.). Ein zweiter Schmerz betreffe das linke Handgelenk streckseitig, welches bei Flexion ebenfalls symptomatisch werde. Im orthopädischen Befund fänden sich inspektorisch unauffällige Verhältnisse. Die Ultraschalluntersuchung zeige eine tastbare Prominenz über dem Metacarpale II. An der Basis lasse sich diese sonographisch als spitze, knöcherne Ausziehung darstellen, wobei die Strecksehne in unmittelbarer Nachbarschaft verlaufe. Ansonsten sei die sonographische Untersuchung unauffällig und eine Tenosynovitis oder eine Arthritis im Handgelenkbereich

könne nicht gefunden werden (S. 2). 3.5

In einem weiteren Bericht des G. ___ vom 2. September 2013 führte der zuständige Dr. B. ___ aus, sie gingen von einer erneuten Neurombildung des Ramus

superficialis

Nervus

radialis links aus. Diese Neurome seien bekanntlich häufig extrem schmerzhaft und schränkten die Handfunktion erheblich ein. Es liege

aus ihrer Sicht keine wesentliche psychosomatische Schmerzkomponente vor. Sie hätten die verschiedenen Therapiemöglichkeiten ausführlich besprochen. Eine Nervenrekonstruktion erschiene nicht mehr möglich, da aufgrund des

Operationsbefundes von

Dr. F.____ der distale Stumpf wahrscheinlich nicht mehr aufgefunden werden könne. Alternativ sei aus ihrer Sicht eine Neuromresektion und Translokation des proximalen Stumpfes sinnvoll. Hierbei könne eine Verlagerung in eine lokale Vene oder in die lokale Muskulatur und zusätzlich eine Abdeckung mit Fettgewebslappchen

erfolgen. Eine komplette Schmerzfreiheit postoperativ könne jedoch nicht garantiert werden (Urk. 17/181 S. 4 f.) . 3.6

Kreisarzt Dr. med. H.____, Facharzt Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, beschrieb im Untersuchungsbericht vom

E. 4

März 2015 einen Rentenanspruch der Invalidenversicherung ab

(Urk. 17/25

E. 4.1

In medizinischer Hinsicht ist aufgrund der Aktenlage erstellt, dass sich der Beschwerdeführer aufgrund des Ereignisses vom 20. Dezember 2010 am linken Handrücken eine Kontusion zugezogen hat (E. 3.1). Die persistierenden Schmerzen wurden vorerst konservativ behandelt und,

nachdem damit keine Beschwerdelinderung erreicht werden konnte, am 12. Juli 2012 eine Koagulation und Neurotomie des Ramus

Nervus

superficialis

radialis durchgeführt (E. 3.2). Seitdem werden weiterhin Beschwerden beklagt, welche aus neurologischer Sicht nicht sicher zugeordnet werden können;

aus

orthopädischer Sicht

(inspektorisch und sonographisch)

zeigten sich im Wesentlichen keine auffälligen Befunde (E. 3.3).

E. 4.2

Bezüglich einer Verbesserung der Schmerzsymptomatik schlug der behandelnde Dr. B.____

im September 2013 vor, es sei die Durchführung einer „erneuten“ Neuromresektion und Translokation des proximalen Stumpfes sinnvoll, wobei eine Verlagerung in eine lokale Vene oder in die lokale Muskulatur mit zusätzlicher Abdeckung mit Fettgewebslappchen erfolgen könnte. Eine komplette Schmerzfreiheit könne dabei postoperativ jedoch nicht garantiert werden (E. 3.5).

Der Gutachter Prof. Dr. A.____

vermerkte in diesem Zusammenh ang ,

wie zu vor auch der Kreisarzt Dr. H.____ (vgl. E. 3.6 hiervor) ,

die fast seitens gleiche Handbeweglichkeit und die im Vergleich mit der adominanten Hand vollständig normale Differenz der Unterarmmuskulatur spreche gegen eine Schonung der Hand im Alltag. Entsprechend kritisch äusserte er sich zu einer allfälligen Verbesserung des unfallbedingten Gesundheitszustandes durch einen weiteren Eingriff (Beseitigung der Gleitstörung der Strecksehne, Schnappphänomen durch Abtragung der Basis MC II) ;

er wies auf die lange Leidenszeit hin , die

es erfahrungsgemäss ausserordentlich schwierig mache , mittels eines weiteren Eingriffs eine vollständige Beschwerdefreiheit zu erreichen (E. 3.7).

E. 4.3

Vor diesem Hintergrund hielt

Dr. Z.____

in ihrem

Aktengutachten

in Würdigung sämtlicher

Unterlagen nachvollziehbar fest , dass basierend auf der Gesamtsituation und der mehr als fünf Jahre bestehenden Symptomatik durch eine weitere Operation keine namhafte Steigerung der Arbeitsfähigkeit zu erwarten sei (E 3.9) . Diese r Einschätzung steht

der Hinweis von Dr. B.____

nicht entgegen ,

wonach die Literatur

für solche Eingriffe grundsätzlich eine relativ günstige Prognose von bis zu 75 % Schmerzfreiheit oder eine deutliche Reduktion der Beschwerden

stelle (vgl. E. 3.8) .

Demn einerseits lässt sich

diese statistische Messgrösse nicht mit den Erfolgsaussichten in Bezug auf eine namhafte Steigerung der allein massgeblichen Arbeitsfähigkeit

im konkreten Fall gleichsetzen , weshalb diesem Wert für die vorliegende Fragestellung bereits in dieser Hinsicht nichts abzugewinnen ist . Andererseits zeigen sich

vorliegend

verschiedene Faktoren und Unsicherheiten , wie der bereits

durchgeführte und erfolglose Erst eingriff bei damals schon fraglich ausgewiesenem Neurom (vgl. E. 3.3) , ein äusserst

langwieriger Verlauf sowie

die mit fehlenden Muskelatrophien begründeten Diskrepanzen

zwischen an gegebenem Schmerz- und Schonverhalten

(vgl. E. 3.7).

Unter diesen Umständen erscheint eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit durch einen zusätzlichen operativen Eingriff als wenig wahrscheinlich, wie dies in der kreisärztlichen Beurteilung schlüssig ausgeführt wurde. Im Weiteren ist gemäss

den Angaben des Beschwerdeführers vom 18. Februar 2015 (Urk. 17/254 und Urk. 17/258 S. 2) aktuell auch keine

weitere Operation geplant, was mit Blick darauf, dass eine solche bereits seit September 2013 zur Diskussion stand, nicht auf einen erheblichen Leidensdruck schliessen lässt.

Die Beurteilung von Dr. Z._____

erweist sich damit als aussagekräftig (zum Beweiswert vgl. E. 1.11 hiervor) und es ist nicht zu beanstanden, dass

die Beschwerdegegnerin — rund vier Jahre nach dem Ereignis vom 20. Dezember 2010 und

zweieinviertel Jahre nach der Operation vom 12. Juli 2012 — den Fallabschluss per Ende Oktober 2014 vornahm. 5.

5.1

Zu prüfen bleibt die Auswirkung der verbliebenen Störungen (Restbeschwerden an der linken Hand) auf die Erwerbsfähigkeit. Das von

der Kreisärztin

Dr. Z._____

gestützt auf die klinischen Befunde der behandelnden Ärzte erstellte Belastungsprofil, demgemäss die linke Hand als Hilfsband, ohne Belastung, ohne zeitliche Einschränkung eingesetzt werden kann (vgl. E. 3.9),

wurde zu Recht nicht beanstandet.

5.2

Das Valideneinkommen

ermittelte die Beschwerdegegnerin gestützt auf die Angaben der ehemaligen Arbeitgeberin,

wonach der Beschwerdeführer

im Jahr 2014 ein Stundenlohn von Fr. 27.05 erzielt hätte (vgl. Urk. 17/238 S. 2). Unter Berücksichtigung eines Jahresstundensolls von 2112 Stunden (inklusive Ferien) und eines 13. Monatslohns legte sie das Valideneinkommen

auf

Fr. 61'888.--

(Fr. 27.05

x

2112

x 108,33%) fest, was mit Blick auf den Auszug aus dem Individuellen Konto (Urk. 17/239) und die Lohnangaben im Kumulativjournal (Urk. 17/235 S. 3), demgemäss ein solches jährliches Einkommen aufgrund einer monatlichen Hochrechnung der Einkommen vor dem Unfall ereignis nicht annähernd erzielt wurde, als grosszügig erscheint. Eine weiter gehende Aufrechnung des Invalideneinkommens (vgl. die

be-schwerdeführerischen Ausführungen betreffend eines unterdurchschnittlichen Einkommens und eine Parallelisierung der Einkommen,

Urk. 21 Ziff. 10 a) rechtfertigt sich damit nicht. Aber selbst ein Abzug von 5% unter diesem Titel würde am Ergebnis nichts ändern, wie sich aus den nachfolgenden Erwägungen (E. 5.4) ergibt.

5.3

5.3.1

Zur Bemessung des Invalideneinkommens geht aus den Akten hervor, dass der Beschwerdeführer seit 1. Juli 2015 bei der J.____

eine Erwerbstätigkeit im Stundenlohn von Fr. 22.72 aufgenommen hat und im August 2015 ein Arbeitspensum von 76 Stunden ausübte (Urk. 4/9 und Urk. 22/4). Da gemäss medizinischer Beurteilung in einer Verweistätigkeit ein Arbeitspensum

von 100% zumutbar ist, muss er sich - wie im Verfahren der Invalidenversicherung - das zumutbarerweise erzielbare Einkommen anrechnen lassen, weshalb auch hierfür die Tabellenlöhne heranzuziehen sind (BGE 139 V 592 E. 2.3 und E. 1.5 hiervor). 5.3.2

Die Beschwerdegegnerin hat die Ermittlung des Invalideneinkommens aufgrund der bei Erlass des Einspracheentscheid geltenden, vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) 2012 herangezogen (Urk. 2 S. 11) und damit die aktuellsten statistischen Daten berücksichtigt (BGE 142 V 178 E. 2.5.8.1). Das standardisierte monatliche Einkommen im Jahr 2012 im Zentralwert Tabelle TA1 für Männer mit einfachen Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art (Kompetenzniveau 1) beläuft sich auf Fr. 5'210.--. Aufgerechnet auf ein Jahreseinkommen und unter Berücksichtigung einer durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit im Jahr 2014 von 41.7 Stunden (Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, herausgegeben vom Bundesamt für Statistik, T.03.02.03.01.04.01)

resultiert ein Einkommen von Fr. 65'177.10 respektive nominallohnbereinigt auf das Jahr 2014 (2188 [2012], 2220 [2014]; Bundesamt für Statistik, Entwicklung der Nominallöhne 1976-2015, Tabelle T39) ein solches von Fr. 66'130.-- (Fr. 5'210.-- x 12/40 x 41.7 / 2188 x 2220).

Die unfallbedingten Restbeschwerden

an der linken Hand

ermöglichen nur noch Tätigkeiten, bei denen die linke Hand als Hilfshand ohne Belastung eingesetzt werden kann (vgl. E. 5.1 hiervor). Weitere Einschränkungen bestehen nicht und aufgrund der Aktenlage ergeben sich hierfür auch keine Anhaltspunkte. In Anbetracht der ausgewiesenen Beschwerden kann jedenfalls von funktioneller Einarmigkeit nicht die Rede sein, so dass dem Beschwerdeführer rechtsprechungsgemäss

ein breiter Sektor an Hilfsarbeitertätigkeiten offen steht — unter anderem auch Kontroll- und Überwachungstätigkeiten

—, die keinen besonderen Kraftaufwand der linken dominanten Hand erfordern (Urteil des Bundesgerichts 8C_100/2012 vom 29. März 2012 E. 3.4), weshalb die zumutbare Restarbeitsfähigkeit nicht auf Tätigkeiten

im Dienstleistungsbereich zu beschränken und unterdurchschnittlichen Verwertungsmöglichkeiten

gegebenenfalls im Rahmen eines zusätzlich behinderungsbedingten Abzuges Rechnung zu tragen ist (vgl. in diesem Zusammenhang Urk. 21

S. 8) . 5.3 .3

Betreffend die Berücksichtigung eines zusätzlichen behinderungsbedingten Abzuges ist festzuhalten, dass unfallfremde Leiden im Verfahren der Unfallversicherung nicht zu beachten und damit einzig die Restbeschwerden an der linken Hand massgebend sind. Ein klar gezeichneter Mindergebrauch der linken Hand wurde in den medizinischen Untersuchungen aufgrund fehlender Atrophien und unauffälliger

sowie

seitengleicher Muskulatur verneint (vgl. Urk. 17/290 S. 4), was zumindest nicht auf eine erhebliche Gebrauchsunfähigkeit der linken Hand beziehungsweise auf einen reduzierten Einsatz im Alltag schliessen lässt. Dem Umstand der verminderten Belastbarkeit der linken Hand trug die Beschwerdegegnerin sodann mit einem Abzug von 10 % Rechnung. Andere Kriterien, die einen leidensbedingten Abzug rechtfertigen könnten (vgl. E. 1. 6 hiervor), sind nicht ersichtlich.

Festzuhalten ist sodann, dass das Sozialversicherungsgericht sein Ermessen nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Verwaltung setzen darf und diesfalls Gegebenheiten darlegen muss, welche seine abweichende Ermessensausübung als naheliegender erscheinen lassen (BGE 126 V 75 E. 6 mit Hinweisen). Ein Abweichen ist grundsätzlich nur bei Unangemessenheit möglich (BGE 137 V 71 E. 5.1). Solche Gegebenheiten liegen nicht vor. Der leidensbedingte Abzug von 10 % ist damit nicht zu beanstanden und das Invalideneinkommen entsprechend auf

Fr. 59'517.--

(Fr. 66'130.-- x 0.9) reduziert . 5.4

Wird das Valideneinkommen von 61'888.-- dem Invalideneinkommen von Fr. 59'517.-- gegenübergestellt, resultiert eine Erwerbseinbusse von Fr. 2'371.--, was einem Invaliditätsgrad von 3.8 % entspricht. Damit verbleibt es im Ergebnis beim rentenausschliessenden Invaliditätsgrad. 6.

Bezüglich einer Integritätsentschädigung kann

aufgrund der medizinischen Beurteilung nicht von einem Verlust respektive von einer völligen respektive erheblichen Gebrauchsunfähigkeit der linken oberen Extremität im Sinne der SUVA-Tabelle 1 (Integritätsschaden bei Funktionsstörungen an den oberen Extremitäten) – entsprechend der beantragten Integritätseinbusse von 25 % (Urk. 21 S. 9) – ausgegangen werden, verfügt doch der Beschwerdeführer über seine eigene Hand, welche

äusserlich keine Auffälligkeiten zeigt und deren Gebrauchsfähigkeit aufgrund fehlender Muskelatrophie

zumindest für alltägliche Verrichtungen uneingeschränkt scheint. Ein schmerzhaftes Schnappphänomen sowie chronische neurogene Schmerzen im Versorgungsgebiet des Ramus

superficialis

Nervus

radialis links begründen gemäss den in der Suva-Tabelle 1 genannten Funktionsstörungen keinen Anspruch auf eine Integritätsentschädigung. Die Beurteilung des Kreisarztes Dr. med. K. ___ vom 3. September 2014 (vgl. Urk. 17/230) mit dem Hinweis, dass aufgrund fehlender wesentlicher Funktionseinschränkungen kein Anspruch auf eine Integritätsentschädigung

besteht, ist damit ebenfalls nicht zu beanstanden. 7.

Der angefochtene Einspracheentscheid vom 25. November 2014 (Urk. 2) erweist sich nach dem Gesagten in allen Teilen als rechtens. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde.

8.

Zu prüfen bleibt der Anspruch auf

Gewährung der unentgeltlichen

Rechtsvertretung

(vgl. Urk. 2, Urk. 4, Urk. 10, Urk. 21 S. 2, Urk. 23 und die Beilagen in (Urk. 22/1-24)).

E. 7

).

Die Suva unterbreitete das Dossier ihrer Abteilung für Versicherungsmedizin, worauf

Dr. med. Z. ___, Fachärztin für Chirurgie FMH

(Urk. 17/259), ein Aktengutachten verfasste. Auf dessen Grundlage wies sie die Einsprache mit

Einspracheentscheid vom 11. September 2015 ab (Urk. 2). 2.

Dagegen erhob X. ___

am 30. September 2015 (Urk. 1) Beschwerde, begründete diese

mit Eingabe vom 16. Oktober 2015 (Urk. 7) und stellte sinngemäss den Antrag auf

Aufhebung des angefochtenen Entscheids und die weitere Ausrichtung der gesetzlichen Leistungen. In prozessualer Hinsicht ersuchte er um die Bestellung eines unentgeltlichen Rechtsvertreters. Die Suva schloss in ihrer Beschwerdeantwort vom 23. Dezember 2015 (Urk. 16) auf Abweisung der Beschwerde. Mit Verfügung vom 1. Februar 2016 (Urk. 18) wurde ein zweiter Schriftenwechsel angeordnet. Mit Replik vom 18. April 2016 (Urk. 21) präzisierte der nunmehr anwaltlich vertretene Beschwerdeführer

das Rechtsbegehren und die Begründung. Die Suva hielt in ihrer Duplik vom 18. Mai 2016 (Urk. 26) an ihrem Antrag fest . Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 8

Die Bemessung der Integritätsentschädigung richtet sich laut Art. 25 Abs. 1 UVG nach der Schwere des Integritätsschadens. Diese beurteilt sich nach dem medizinischen Befund. Bei gleichem medizinischem Befund ist der Integritätsschaden für alle Versicherten gleich; er wird abstrakt und egalitär bemessen. Die Integritätsentschädigung der Unfallversicherung unterscheidet sich daher von der privatrechtlichen Genugtuung, mit welcher der immaterielle Nachteil individuell unter Würdigung der besonderen Umstände bemessen wird. Es lassen sich im Gegensatz zur Bemessung der Genugtuungssumme im Zivilrecht (vgl. BGE 112 II 131 E. 2) ähnliche Unfallfolgen miteinander vergleichen und auf medizinischer Grundlage allgemein gültige Regeln zur Bemessung des Integritätsschadens aufstellen; spezielle Behinderungen der Betroffenen durch den Integritätsschaden bleiben dabei unberücksichtigt. Die Bemessung des Integritätsschadens hängt somit nicht von den besonderen Umständen des Einzelfalles ab; auch geht es bei ihr nicht um die Schätzung erlittener Unbill, sondern um die medizinisch-theoretische Ermittlung der Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Integrität, wobei subjektive Faktoren ausser Acht zu lassen sind (BGE 115 V 147 E. 1, 113 V 218 E. 4b mit Hinweisen; RKUV 2001 Nr. U 445 S. 555 ff.). 1.

E. 8.1

Im Beschwerdeverfahren wird, wo es die Verhältnisse erfordern, der gesuchstellenden Person, ein unentgeltlicher Rechtsbeistand bewilligt (Art. 61 lit. f ATSG). Nach dem Willen des Gesetzgebers gelten hinsichtlich der konkreten Ausgestaltung die von der Rechtsprechung zur unentgeltlichen Verbeiständung (vgl. etwa Art. 29 Abs. 3 der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft, BV, in der seit dem 1. Januar 2000 geltende Fassung; zuvor Art. 4 altBV, und § 16 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer) entwickelten allgemeinen Kriterien (BBl 1999 V S. 4595; Kieser, ATSG-Kommentar 3. Auflage, Zürich 2015, Rz 35 ff. zu Art. 37). Demnach sind die Anforderungen für die Bewilligung der unentgeltlichen Verbeiständung erfüllt, wenn der Prozess nicht aussichtslos, die Partei bedürftig und die anwaltliche Verbeiständung notwendig oder doch geboten ist (BGE 125 V 202 E. 4a und 372 E. 5b, je mit Hinweisen; Kieser, a.a.O., Rz 37 zu Art. 37). 8.2

Als bedürftig ist eine Person anzusehen, wenn sie ohne Beeinträchtigung des für sie und ihre Familie nötigen Lebensunterhaltes nicht in der Lage ist, die Prozesskosten zu bestreiten (BGE 128 I 225 E. 2.5.1 S. 232). Massgebend sind die wirtschaftlichen Verhältnisse im Zeitpunkt der Entscheidung über das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege (BGE 108 V 265 E. 4 S. 269; vgl. Art. 64 Abs. 4 BGG). Bei der Beurteilung der Bedürftigkeit ist das Einkommen beider Ehegatten zu berücksichtigen (BGE 115 Ia 193 E. 3a S. 195; 108 Ia 9 E. 3 S. 10).

8.3

Gemäss den vom Beschwerdeführer gemachten Angaben (Urk. 4 und Urk. 23) und den von ihm eingereichten Belegen (Urk. 4/1-6 und Urk. 22/1 - 24) übersteigen die Einnahmen jedoch die Ausgaben, wie sich aus den nachfolgenden Ausführungen und der Aufstellung ergibt.

Der Beschwerdeführer lebt mit seiner Ehefrau und zwei Kindern (geboren 2010 und 2013) im gleichen Haushalt (vgl. Urk. 23

Ziff. 1 bis Ziff. 3). Die Ehegattin erzielt ein monatliches Nettoeinkommen von Fr. 3'784.-- (Urk. 22/6) und der Beschwerdeführer ein monatliches Nettoeinkommen von Fr. 1'580.--;

die Fahrspesenpauschale von Fr. 30.-- täglich (Urk. 4/9) bleibt als Auslagenersatz unberücksichtigt. Diesen Einnahmen stehen folgende Ausgaben gegenüber:

Nettoeinkommen: Fr. 5'364.-- Ausgaben: Grundbetrag für Ehegatten Fr. 1'700.-- Grundbetrag zwei Kinder Fr. 800.-- — Wohnungsnettomiete Fr. 1'018.-- (Urk. 22/7) Nebenkosten Fr. 240.-- Krankenkasse KVG (inkl. Ehegatte und Kinder) (a bezüglich Prämienverbilligung (IPV, bei steuerbarem EK

bis Fr. 24'400),

IPV Fr. 1'872.-- pro erwachsener Person und Fr. 936.-- pro Kind) Fr. 351.--

(Urk. 22/13) Unfallversicherung (Kinder) Fr.

E. 9

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 % 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 % des Höchstbetrages des versicherten Verdienstes ergäbe (Ziff. 2).

E. 10

. September 2013 (Urk. 17/175), inspektorisch zeigten sich keine Auffälligkeiten des linken Handgelenkes und der linken Hand im Vergleich zu rechts und palpatorisch bestanden weder eine Hyperhidrosis noch Zeichen einer Dystrophie, Hirsutismus oder Rötung. Die Narbe am Handrücken links von 3 cm Länge sei reizlos. Palpatorisch bestehe eine Druckdolenz dorsal über dem Os scaphoideum sowie scapholunär. Der Mittelhandbereich sei sowohl dorsal als auch volar und ebenfalls radioulnar indolent. Der Faustschluss

sei vollständig mit Krepitation und "Schnappphänomen" der Extensor Dig. 2/3-Sehnen. Es bestehe eine normale Daumenbeweglichkeit mit langsamer Oppositionsbewegung (S. 5), welche jedoch nach Aufforderung vollständig gelinge; spontan gelinge ebenfalls, vollständig und etwas schneller die Extension und Abduktion (S. 6).

Wie bereits in G. ___ festgehalten, sei eine geringe Chronifizierung festzustellen. Eine relevante Beweglichkeitseinschränkung sei nicht vorhanden. Ein Sehnenknäppchen der Beugesehne bestehe nicht. Eine Irritation der zweiten und dritten Strecksehne dorsal sei tastbar, die

sich wahrscheinlich durch einen operativen Eingriff eher nicht beheben lasse (S. 7) . Es bestünden

weder eine Minderung der Hauttrophik noch ein tastbarer Temperaturunterschied. Der mit dem Vigorimeter gemessene Kraftgrad von nahezu Null sei mit dem Befund und verglichen mit einer rohen beobachteten Kraftentwicklung

sowie den geschilderten Dingen, welche der Beschwerdeführer im Alltag verrichten könne , nicht in Einklang zu bringen (S. 8) .

Zumutbar seien aufgrund der objektiv bekannten Problematik ganztags leichte bis knapp mittelschwere manuelle Tätigkeiten , ohne Vibration, ohne Schwerarbeit und ohne dauernde Einwirkung von Nässe, Kälte und Zugluft. Angesichts der fehlenden vorhandenen Dystrophie seien klinisch keine Anhaltspunkte

ersichtlich , diese Zumutbarkeit weiter einzuschränken (S. 8) .

Aufgrund der beschriebenen Schmerzausweitung beziehungsweise der Diskrepanz zwischen Schmerz und erklärbarem objektivem Korrelat sei nicht daran zu denken, dass eine erhebliche respektive namhafte Besserung durch eine weitere Behandlung eintrete (S. 9). 3.7

Im bidisziplinären

Gutachten vom 27. Februar 2014

wies Prof. Dr. A. ____

im

handchirurgischen Teilgutachten

(Urk. 17/209) darauf hin , als erstes seien die starken und seitengleich bemuskelten Arme und seitengleich kräftigen Hände auffallend . An beiden Händen seien minimale Arbeitsspuren, beidseits etwa gleich ausgeprägt. Auf der Streckseite des linken Handgelenks sei eine schräg verlaufende Narbe, ca . 25 mm lang, 3-4 mm breit, gut verschiebbar und bei Berührung schmerzhaft. Etwas handwärts davon taste man eine kleine Knochenvorbuckelung

und beim Bewegenlassen der Finger sei ein Springen der Strecksehnen über diesen Knochenvorsprung vorhanden , was mit übertrieben wirkenden Schmerzausprägungen verbunden sei. Das Springen sei deutlich sichtbar und könne auch im Ultraschall dargestellt werden . Die Durchblutung der Hände sei seitengleich und regelrecht, die Finger seien alle gut warm, überall gebe es eine regelrechte Schweißfeuchtigkeit, die Sensibilität werde an allen Fingern normal angegeben und die Papillarlinien seien regulär ausgeprägt. Es seien somit keinerlei Zeichen für eine trophische Störung vorhanden (S. 4) und zum Zeitpunkt der Untersuchung gebe es auch keine Anzeichen einer Handschwellung oder Verdickung des Gewebes am Handrücken links. Die Fingerbeweglichkeit sei frei, alle Greifformen seien ausführbar, würden aber zum Teil demonstrativ vorsichtig ausgeführt. Die Messung der Handgelenkbeweglichkeit sei rechts aktiv betont, links gesperrt, angeblich wegen massiver Schmerzen. Bei Ablenkung sei eine fast seitengleiche Beweglichkeit festzustellen ohne Schmerzausprägung (S. 5) . Die Beweglichkeit links sei etwas eingeschränkt, aber die Muskelmasse für einen Rechtshänder mit einer geringen Differenz der Unterarmmuskulatur zuungunsten der dominanten Hand sei vollständig normal . Das

widerlege eine wesentliche schmerzbedingte Schonung der linken Hand und im Alltag schienen die an geb lich so starken Schmerzen nicht so gravierend zu stören, dass eine Schonung eingehalten werde mit entsprechender Rückbildung der Muskulatur . Dies wäre bei einer Schonung der Hand wegen Schmerzen über einen Zeit raum von mehr als einem Jahr Arbeits unfähigkeit obligat zu erwarten (S. 6) . Prof. Dr. A.____ erhob keine Anhaltspunkte für eine Sudeck-Dystrophie (CRPS) .

Zur Frage inwieweit von weiteren Behandlungsmassnahmen eine Besserung des unfallbedingten Gesundheitszustandes erwartet werden könne, hielt der Gutachter fest, nach einer solch langen Leidenszeit sei es erfahrungsgemäss ausserordentlich schwierig, auch mit der Beseitigung der jetzt noch vorlie genden Stö rung (Springen der Strecksehne) durch Abtragung der Basis MC II (im Sinne der Operation bei Carpe

bossu) ,

eine völlige Beschwerdefreiheit zu erreichen. Immer hin müsste die Gleitstörung der Strecksehne zu beseitigen sein (S. 11) .

Dr. med. I.____ , Facharzt FMH für Neurologie,

hielt im Teilguta chten vom

17. März 2014 (Urk. 17/214) fest , a us neurologischer Sicht zeige sich zunächst eine Hypästhesie auf dem Handrücken, die radialen Endästen entspreche. Diese Veränderung der Sensibilität sei Folge des operativen Eingriffs vom Juli 2011, wo unter der Annahme eines Neuroms der Nerv koaguliert und te notomiert worden sei. Im Übrigen zeigten sich keine Innervationsstörungen an der Hand. Auch bestünden keine Hinweise darauf, dass aktuell ein CRPS vorliege. Beim Schmerz hand le es sich nicht um einen neuropathischen , sondern um einen nozizeptiven Schmerz (S. 6) .

In der zusammenfassenden S tellungnahme vom 8.

Juli 2014 hielt Prof. Dr. A.____ fest , aufgrund des Zusatzgutachtens von Dr. I.____ sei lediglich für die noch vorhandene Sensibilitätsstörung ein Zusammenhang mit der Opera tion vom Juli 2010 zu sehen. Nach Analyse der Schmerzursache sei ein nozi zeptiver Schmerz - der Schmerz werde durch Reizung der nozizeptiven Ner venfasern verursacht - wahrscheinlich und die Frage, ob hier ein Neurom als Ursache der Schmerzen in Frage komme , sei

damit beantwortet (Urk. 17/221) .

3.8

Dr. B.____ berichtete am 6. Februar 2015 , d urch die bereits durchgeführte Nervenresektion im Bereich des Trau mas sei es zu keiner wesentlichen Bes serung gekommen und es müsse von einer postoperativen Ne urombildung ausgegangen werden. Nach der positiven Problockade, die eine neurogene Ursache der Schmerzen mit grosser Wahrscheinlichkeit gezeigt habe, könne eine weiter proximal e Nervendurchtrennung im distale n Unterarmber eich mit Stumpfverlagerung in s Muskelgewebe oder eine lokale Vene und z usätzlich noch eine Abdeckung mit einem Fettgewebsläppchen angeboten werden . Lei der k önne jedoch postoperativ keine komplette Schmerzfreiheit garantiert werde n. In der Literatur werde jedoch gerade bei chronischen Schmerzen durch Verletzung des Ramus superficialis

ner vi

radialis für dieses Vorgehen eine relativ günstige Prognose angeben

–

mit bis zu 75 %

Schmerzfreiheit beziehungsweise

deutliche Reduktion der Beschwerden (Urk. 17/252) . 3.9

Dr. Z.____

hielt im Aktengutachten zu Händen der Beschwerdeführerin vom 10. September 2015 (Urk. 7/259) fest ,

nach der Kontusion des linken Handrückens mit einer Eisenstange am 20. Dezember 2010 bestehe letztendlich eine unklare Situation über die dadurch verursachten strukturellen Läsionen an der linken Hand . Faktum sei, dass eine knöcherne Prominenz im Bereich der Metacarpale II- Basis radiallyseitig bestehe . Nach operativer Revision vom 12. Juli 2012 mit Koagulation und Neurotomie des Ramus

superficialis

Nervus

radialis links

bestehe ein schmerzhaftes Schnappphänomen der zweiten Strecksehne und chronische neurogene Schmerzen im Versorgungsgebiet des Ramus

superficialis

Nervus

radialis links . Ein erneutes Vorliegen eines Neuromes in diesem Bereich basiere bisher auf Vermutungen und sei radiologisch nicht dargestellt (S. 13) .

Die von Dr. B.____ mit Bericht vom 6. Februar 2015 diskutierten pathoanatomischen Vorgänge nach stumpfer Gewalteinwirkung auf den Handrücken hätten hauptsächlich die Kausalität betroffen und könnten unterstützt werden. Dieser schlage

eine erneute Operation vor , mit einer weiter proximal gelegenen Nervendurchtrennung im distalen Unterarmbereich

mit Stumpfverlagerung ins Muskelgewebe. Die ursprüngliche Lokalisation im Bereich des Handrückens werde dadurch auf den distalen Unterarm ausgedehnt. Dabei sei mit grosser Wahrscheinlichkeit mit vorübergehenden oder gar bleibenden zusätzlichen neuronalen Störungen zu rechnen, die über das Handgelenk hinausgingen. Wie Dr. B.____ erörtert habe, könne eine komplette Schmerzfreiheit nicht garantiert werden. Basierend auf der Gesamtsituation und der seit mehr als fünf Jahren bestehenden Symptomatik sei durch diese Operation keine namhafte Steigerung der Arbeitsfähigkeit zu erwarten. Eine solche Massnahme sei unter Berücksichtigung der möglichen Komplikationen und der Erfolgchancen nicht zumutbar (S. 13) . Gemäss klinischer Erfahrung (in diesem Punkt gelte es die langjährige Erfahrung von Prof. Dr. A.____ zu beachten) liege die Erfolgsquote nicht wie in der Literatur angegeben bei 75 %

von Patienten ,

bei denen der Eingriff zu einer deutlichen Reduktion der Beschwerden beziehungsweise zur Schmerzfreiheit führe . Ein operativer Eingriff im Bereich der schnappenden Sehne des Zeigefingers links sei dem Beschwerdeführer zwar zumutbar, mache hingegen als Einzel eingriff keinen Sinn bei zusätzlich vorliegenden chronischen neuralen Beschwerden .

Diese Symptomatik dürfte zwischenzeitlich auch nicht hauptgewichtig für die reduzierte Arbeitsfähigkeit verantwortlich sein. Auch ohne erneuten Eingriff müsse von einem Endzustand ausgegangen werden und basierend auf den aktuellen

klinischen Befunden der behandelnden Ärzte könne die linke Hand als Hilfs hand , ohne Belastung ,

ohne zeitliche Einschränkung eingesetzt werden (S. 15) . 4.

E. 12

.- (Urk. 22/13) Kinderbetreuungskosten Fr. 80 .-- (Urk. 22/14) Fahrtkosten (Ehegattin , nicht belegt) Fr. 200.--

(Urk. 3 S. 4) Total Ausgaben Fr. 4'401.--

Unter Berücksichtigung des einem Ehepaar mit zwei Kindern nach der Praxis des hiesigen Gerichts über den betriebsrechtlichen Notbedarf hinaus zur Bestreitung eines normalen, bescheidenen Unterhalts zuzubilligenden Überschusses von monatlich Fr. 800.--

übersteigt das massgebende Einkommen das erweiterte Existenzminimum immer noch um rund 160 Franken .

Dem Beschwerdeführer ist es zumutbar, mit diesem Überschuss innert einer angemessenen Frist das zu erwartende Honorar des Rechtsvertreter, dessen Zeitaufwand in Anbetracht der konzisen Eingaben ans Gericht, den Bemühungen im Zusammenhang mit dem Gesuch um unentgeltliche Rechtsvertretung so wie mit Blick auf die Schwierigkeit des Falles jedenfalls im Rahmen bleiben wird, zu begleichen. Demgemäss kann

im massgebenden Zeitpunkt nicht von einer prozessualen Bedürftigkeit ausgegangen werden.

Bei diesem Ausgang erübrigt sich auch die Beurteilung , ob namentlich Fahrtkosten der Ehegattin bei genauer Prüfung vollumfänglich anzurechnen wären .

Zusammenfassend ist der Beschwerdeführer nicht als prozessual bedürftig zu betrachten. Dies führt zur Abweisung seines Gesuches um unentgeltliche Rechtsvertretung. Das Gericht beschliesst: Das Gesuch des Beschwerdeführers um unentgeltliche Rechtsvertretung wird abgewiesen, und erkennt: 1.

Die Beschwerde

wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Reto Zanotelli - Suva - Bundesamt für Gesundheit 4.

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
Der Gerichtsschreiber
GräubNef

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