

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2015.00222**

## **vom 25. November 2016**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-11-25, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2015.00222](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2015.00222)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2015.00222 du 25 novembre 2016

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2015.00222 del 25 novembre 2016

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

X.\_\_\_\_, geboren 1977, war seit dem 1. März 2012 als Hilfsisoleur bei der Y.\_\_\_\_ angestellt und über diese bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert, als er am 11. Juli 2012 bei der Arbeit von einem Bau gerüst stürzte und sich Verletzungen zuzog (Urk. 10/4 Ziff. 1-6 und 9, Urk. 10/15 S. 1). Am 7. März 2013 kündigte die Y.\_\_\_\_ das Arbeitsverhältnis mit dem Versicherten per 30. April 2013 (Urk. 10/113).

Mit Verfügung vom 12. Mai 2015 (Urk. 10/291) stellte die SUVA die erbrachten Versicherungsleistungen (Heilkosten und Taggelder) per 1. Juni 2015 ein. Die

vom Versicherten am 9. Juni 2015 dagegen erhobene Einsprache (Urk. 10/300/1 8) wies sie mit Entscheid vom 1. Oktober 2015 ab (Urk. 10/324 = Urk. 2).

#### **E. 1.1**

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 129 V 177 E. 3.1, 402 E. 4.3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

#### **E. 1.2**

Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2, 405 E. 2.2, 125 V 456 E. 5a).

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

### **E. 1.3**

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).

### **E. 1.4**

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. 1.5**

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).

## **E. 2**

Der Versicherte erhob am 2. November 2015 Beschwerde gegen den Einspracheentscheid vom 1. Oktober 2015 (Urk. 2) und beantragte, dieser und die Verfügung vom 12. Mai 2015 seien aufzuheben und es seien ihm mit Wirkung ab 1. Juni 2015 bis auf Weiteres ein Unfalltaggeld und anschliessend eine Rente und eine angemessene Integritätsentschädigung zuzusprechen (Urk. 1 S. 2 Ziff. 1-5).

Die SUVA beantragte mit Beschwerdeantwort vom 18. Dezember 2015 die Abweisung der Beschwerde, soweit auf die Beschwerde eingetreten werden kann (Urk. 9 S. 2 oben). Dies wurde dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 5. Januar 2016 zur Kenntnis gebracht (Urk. 11). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin stellte sich auf den Standpunkt, gemäss der Beurteilung des Kreisarztes, der behandelnden Orthopäden und Neurologen sowie der hinzugezogenen Ärzte stünden keine Behandlungsmassnahmen offen, welche aus orthopädischer und neurologischer Sicht geeignet seien, eine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers herbeizuführen. Der medizinisch-therapeutische Endzustand sei somit klar erreicht. Ein Anspruch auf weitere Übernahme von Heilbehandlungskosten durch die Beschwerdegegnerin über den 1. Juni 2015 hinaus bestehe daher nicht. Im Weiteren stehe fest, dass bildgebend keine Unfallfolgen am linken Handgelenk beziehungsweise an der linken Hand objektivierbar seien (Urk. 2 S. 14 E. 6 a).

Der Kreisarzt habe eine weitere unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit sowohl in einer leidensangepassten leichten bis mittelschweren beruflichen Tätigkeit als auch in der angestammten Tätigkeit als Hilfsisoleur zu Recht verneint. Da der Beschwerdeführer selbst in seiner angestammten beruflichen Tätigkeit wieder zu 100 % arbeitsfähig sei, entfalle die Notwendigkeit, während einer gewissen Übergangsfrist weiterhin Taggeldleistungen zu gewähren (S. 14 E. 6 a und b). Im Weiteren bestehe auch kein Anspruch auf eine Invalidenrente (S. 15 E. 6 b).

## **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer brachte vor, der „Fallabschluss“ der Beschwerdegegnerin wirke erzwungen. So sei zunächst von einer erheblichen Schädigung und bleibenden Beeinträchtigung ausgegangen worden, während nunmehr plötzlich auf eine volle Arbeitsfähigkeit als Bausoleur geschlossen worden sei (Urk. 1 S. 10 Ziff. 14). Aufgrund der komplexen Schädigung der linken Hand bereits beim Unfallereignis und nochmals bei der dritten Operation und angesichts der zweiseitig gestellten und heute noch vorliegenden Diagnosen sei es nicht überwiegend wahrscheinlich, dass er ab dem 1. Juni 2015 in seiner angestammten Tätigkeit voll arbeits- und leistungsfähig sei (Urk. 1 S. 10 Ziff. 15).

Er sei allenfalls in einer adaptierten Tätigkeit arbeitsfähig, wobei die linke Hand nicht voll bewegungs- und belastungsfähig sei und als Hilfshand eingesetzt werden könne. Praxisgemäss werde dies mit einem Abzug auf dem Invaliden einkommen von 15-25 % berücksichtigt. Aufgrund der unfallbedingten Einkommenseinbußen von 40 % habe die Beschwerdegegnerin nach Eintritt des versicherungsrechtlichen Fallabschlusses eine entsprechende Rente auszurichten (Urk. 1 S. 14 Ziff. 21).

## **E. 2.3**

Ergänzend stellte die Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort fest, der Beschwerdeführer sei gemäss Unfallmeldung vom 25. Juli 2012 von einem Gerüst aus der Höhe des 2. Stockes gefallen. Diese Angabe spreche klar gegen eine Sturzhöhe von sieben bis acht Metern. Viel eher dürfte die Sturzhöhe bei höchstens 2.5 Metern gelegen haben. Die Höhe der ersten Etage sowie das Bodenmauerwerk dürfe nicht mehr als 2.5 Meter ab dem Boden sein (Urk. 9 S. 5 Ziff. 12.1).

Nach der Prüfung der Adäquanzkriterien nach BGE 115 V 130 sei sodann höchstens ein Kriterium erfüllt, aber nicht in besonders ausgeprägter Weise. Damit fehle es an einem adäquaten Kausalzusammenhang zwischen den geklagten Beschwerden und dem Unfallereignis (Urk. 9 S. 11 Ziff. 22.3.9).

## **E. 2.4**

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin die Versicherungsleistungen zu Recht per 1. Juni 2015 eingestellt hat und, ob ein Anspruch auf eine Invalidenrente und auf eine Integritätsentschädigung besteht.

## **E. 3**

distale intraartikuläre Radiusfraktur links

### **E. 3.1**

Gemäss Unfallmeldung vom 25. Juli 2012 stürzte der Beschwerdeführer am 11. Juli 2012 von einem Baugerüst aus dem 2. Stock (Urk. 10/4 Ziff. 4-6). Die Erstversorgung erfolgte

im Spital U.\_\_\_\_, wo der Beschwerdeführer vom 11. bis 13. Juli 2012 hospitalisiert war (Urk. 10/15 S. 1).

### **E. 3.2**

Die Ärzte des Z.\_\_\_\_ führten im Austrittsbericht vom 13. Juli 2012 (Urk. 10/15) zur Krankengeschichte aus, die Zuweisung sei mit dem Rettungsdienst erfolgt nach einem Sturz aus etwa sieben Metern Höhe. Der Patient sei bei der Arbeit von einem Baugerüst gestürzt und dabei auf eine Isolationsmatte aufgeprallt. Laut den Angaben seiner Arbeitskollegen sei er anschliessend zirka drei Minuten bewusstlos gewesen. Im Anschluss habe er über starke Schmerzen in der linken Hand geklagt (S. 1).

Die Ärzte des Z.\_\_\_\_ stellten folgende Diagnosen (S. 1): 1. commotio cerebri vom 11. Juli 2012 2. Luxation im PIP-Gelenk Dig. II, IV und V sowie Luxation im DIP-Gelenk Dig. III Hand links

### **E. 3.3**

Der Beschwerdeführer war sodann vom 18. September bis 6. November 2012 in der A.\_\_\_\_ in stationärer Behandlung (Urk. 10/30 S. 1).

Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie und für Handchirurgie, führte in einem handchirurgischen Konsilium zuhanden der A.\_\_\_\_ vom 22. Oktober 2012 (Urk. 10/31) aus, der Patient habe nach der Verletzung eine starke Schwellung der Hand entwickelt, die zu einer CRPS-artigen Reaktion geführt habe. Die Hand sei jetzt steif und es stelle sich die Frage nach dem weiteren Vorgehen. Seiner Meinung nach bestünden im Moment keine Anzeichen für ein komplexes regionales Schmerzsyndrom (CRPS). Er empfehle eine intensive Handtherapie mit Flexionsschiene, vor allem für die PIP-Gelenke (S. 1).

### **E. 3.4**

Dr. med. C.\_\_\_\_, Oberassistentärztin, Arbeitsorientierte Rehabilitation, und Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, Medizinischer Leiter Arbeitsorientierte Rehabilitation, A.\_\_\_\_, attestierten dem Beschwerdeführer im Austrittsbericht vom 7. November 2012 (Urk. 7/30) für die Tätigkeit als Hilfs-Fassadenisoleur ab dem 7. November 2012 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Sie führten dazu aus, diese Tätigkeit sei aktuell nicht zumutbar. Die Zumutbarkeit für eine andere berufliche Tätigkeit werde aktuell noch nicht festgelegt, da sich der Patient noch in der medizinischen Behandlungsphase befinde (S. 2 Mitte).

Aktuell stehe die schwere funktionelle Einschränkung der linken Hand im Vordergrund. Beschwerden im Nacken und im Schultergürtel sowie lumbosakral seien von untergeordneter Bedeutung. Ob der Beschwerdeführer für die Ausübung seiner bisherigen beruflichen Tätigkeit als Hilfs-Fassadenisoleur jemals wieder eine genügende Belastbarkeit der linken Hand erreichen werde, könne zurzeit noch nicht sicher abgeschätzt werden, sei jedoch eher zweifelhaft (S. 4 unten).

### **E. 3.5**

Dr. med. Ines E.\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie, führte im Bericht vom 18. März 2013 (Urk. 10/89) zur Untersuchung vom 8. März 2013 aus, es fänden sich eine eingeschränkte Beweglichkeit der Halswirbelsäule sowie Druckdolenz im Bereich des Occiputs, der oberen Halswirbelsäule sowie der mittleren Brustwirbelsäule. Die Brustwirbelsäule sei

direkt nach dem Unfall geröntgt worden, wobei keine Verletzung festgestellt worden sei. Allenfalls sei es zu einer milden Form eines Morbus Scheuermann gekommen mit multisegmental leicht gradiger Keilwirbeldeformität. Beim Sturz sei es angeblich nicht zu einem Aufprall des Kopfes gekommen. Dennoch werde in den ersten Berichten offenbar von einer Commotio cerebri gesprochen. Dr. E.\_\_\_\_ könne sich vorstellen, dass es zu einem Akzelerationstrauma der Halswirbelsäule gekommen sei (S. 2).

### **E. 3.6**

Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie und für Handchirurgie, führte in einem E-Mail vom 18. März 2013 (Urk. 10/88) aus, der Patient beschreibe eine gestörte Sensibilität - Sensibilitätsverlust - im Bereich des oberflächlichen Radialisastes auf dem Handrücken. Im Bereich der Schraube werde die Berührung als schmerzhaft elektrisierend beschrieben. Die Schmerzen würden gelegentlich bis hinauf in die Schulter ansteigen. Die Beschwerden könnten nur durch eine Läsion des oberflächlichen Radialisastes erklärt werden. Der Befund erlaube jedoch nicht, zwischen einer partiellen Läsion des Nervs anlässlich der Schraubenosteosynthese und einer Störung des Nervs durch den Kopf der Osteosyntheseschraube zu unterscheiden (S. 2). Mit grosser Wahrscheinlichkeit sei anzunehmen, dass diese Beschwerden bei dem abgelaufenen Sudeck eine wichtige Rolle gespielt hätten. Bei einer eventuellen Operation an den PIP Gelenken sei ein Aufflackern des Sudecks zu erwarten (S. 3 Ziff. 1). Anamnese und Befund (vermehrtes Haarwachstum) liessen mit hoher Wahrscheinlichkeit einen abgelaufenen Sudeck vermuten. Dieser habe zu der jetzt bestehenden Funktionseinbusse der PIP-Gelenke mit beigetragen (S. 3 Ziff. 2).

### **E. 3.7**

Prof. Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, führte in einer ärztlichen Beurteilung vom 9. Juli 2013 (Urk. 10/139) aus, nach Kenntnis des Berichtes des H.\_\_\_\_ vom 19. Juli 2012 habe der Unfall zu einer distalen Radiusfraktur links sowie einer Luxation im PIP-Gelenk Dig. II, IV und V sowie im DIP-Gelenk Dig. III links geführt. Darüber hinaus sei es zu einer links lateralen Rippenkontusion und zu einer Kontusion der Schulter und der linken Hüfte gekommen. Ein MRI des Schädels vom 2. Oktober 2012 dokumentiere einen unauffälligen Befund des Kopfes ohne Anhaltspunkte für posttraumatische Läsionen. Die Ärzte der A.\_\_\_\_ hätten im Bericht vom 7. November 2012 neben den bereits bekannten Diagnosen eine leichte traumatische Hirnverletzung (commotio cerebri) ohne neurologische Defizite beschrieben. Erst im Bericht des H.\_\_\_\_ vom 20. Dezember 2012 seien muskuläre Beschwerden im Nacken sowie der linken Gesässmuskulatur bei Kontusionen festgestellt worden (S. 1).

Aus kreisärztlicher Sicht werde festgestellt, dass weder an der Halswirbelsäule noch am Schädel ein struktureller traumatischer Schaden belegt sei, der durch das Unfallereignis eingetreten sei. Es sei die Diagnose einer leichten traumatischen Hirnverletzung gestellt worden. Nach allgemeiner ärztlicher Erfahrung heilten derartige Unfallfolgen innerhalb von 6-8 Wochen ab. Aus kreisärztlicher Sicht könne daher bei den geklagten Beschwerden an der Halswirbelsäule beziehungsweise im Nacken nicht mehr von unfallbedingten Beschwerden ausgegangen werden (S. 2).

### **E. 3.8**

Am 15. Juli 2013 wurde der Beschwerdeführer in der Klinik für Plastische Chirurgie und Handchirurgie, I.\_\_\_\_, operiert. Dabei wurde eine Arthrolyse PIP Dig. II und V links und eine geschlossene Mobilisation PIP Dig. III links durchgeführt. Des Weiteren wurden die

Schrauben im distalen Radius links entfernt (Urk. 10/140 S. 2 oben).

### **E. 3.9**

Dr. F.\_\_\_\_ führte in einem weiteren E-Mail vom 8. Dezember 2013 (Urk. 10/183 S. 2) aus, der Beschwerdeführer habe am 11. Juli 2012 bei einem Sturz aus sieben Metern Höhe auf einer Baustelle eine Luxation der PIP-Gelenke 2, 4 und 5 und gleichzeitig eine dislozierte Radiusfraktur erlitten. Die Primärversorgung habe sich auf diese Fraktur konzentriert. Die Rehabilitation der Langfinger sei primär kaum gewichtet worden, so dass es zu einer Einsteifung der Langfinger gekommen sei. Nach einer Rehabilitation in der A.\_\_\_\_ und einer offenen Arthrolyse der PIP-Gelenke persistiere heute ein Beugeverlust des Zeigefingers. Dies verunmögliche die Wiederaufnahme der Arbeit auf dem Bau.

### **E. 3.10**

Dr. med. J.\_\_\_\_, Oberarzt Handchirurgie, K.\_\_\_\_, stellte im Bericht vom 23. Januar 2014 (Urk. 10/197/2-4) folgende Diagnosen (S. 2): - Flexionsdefizit PIP II-Gelenk und persistierende Irritation eines Ramus superficialis N. radialis links bei - Status nach distaler Radiusfraktur, undisloziert, mit Schrauben osteosynthese und PIP-Luxation Dig. II, IV und V links am 11. Juli 2012 - Status nach Schraubenentfernung distaler Radius links, dorsaler Arthrolyse PIP II und V links am 15. Juli 2013 - Luxation eines Fingers

Dr. J.\_\_\_\_ führte aus, der Patient sei seit dem Unfall zu 100 % arbeitsunfähig (S. 3 oben). Wie bereits von Dr. F.\_\_\_\_ diagnostiziert, liege eine langstreckige Verklebung der tiefen Beugeschne vor. Diese dürfe sowohl die aktive als auch die passive Flexionsfähigkeit beeinflussen. In dieser Situation sei mit konservativen Massnahmen keine Verbesserung mehr zu erzielen. Der Patient wünsche unbedingt eine Verbesserung und sei bereit, einen nochmaligen Eingriff auf sich zu nehmen. Man habe mit dem Patienten die Möglichkeit einer beugeseitigen Tenolyse und gegebenenfalls zusätzlich einer streckseitigen Arthrolyse besprochen (S. 3 unten).

Am 7. März 2014 wurde der Beschwerdeführer erneut an der linken Hand operiert (vgl. Urk. 10/207 S. 1).

### **E. 3.11**

Dr. J.\_\_\_\_ stellte im Bericht vom 3. April 2014 (Urk. 10/216) neu die Diagnose einer Kausalgie N. ulnaris links mit komplettem Block ab Höhe des Ellenbogens (S. 1). Dr. J.\_\_\_\_ führte aus, dem Patienten gehe es nicht wirklich besser. Die ständigen Schmerzen zermürbten ihn zunehmend. Ein Durchschlafen sei nicht möglich. Die Beübung des Zeigefingers sei aufgrund der Schmerzen nach wie vor stark eingeschränkt (S. 1 unten). Vom klinischen Verlauf her sei es bisher kaum zu einer Besserung gekommen. Sonographisch und klinisch bestehe eine klare Irritation des Nervs auf der Höhe des Ellenbogens (S. 2 unten).

### **E. 3.12**

Dr. med. L.\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie, Oberärztin, und PD Dr. med. M.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, Leitender Arzt Paraplegie, Paraplegie K.\_\_\_\_, stellten im Bericht vom 29. April 2014 (Urk. 10/300 S. 19 f.) folgende Diagnosen (S. 19): 1. Verlaufsbeurteilung bei 2. Läsion wahrscheinlich des Fasciculus medialis Plexus brachialis links bei 3. Kausalgie N. ulnaris links mit inkomplettem Block ab Höhe Ellenbogen 4. Status nach streckseitiger Tendoarthrolyse PIP II und stumpfe Tendolyse FDP und FDS II in Zone 2 der linken Hand am 7. März 2014 bei - ausgeprägtem Flexionsdefizit PIP II - Status nach

distaler Radiusfraktur mit Schraubenosteosynthese und PIP-Luxation Dig. II, IV und V links am 11. Juli 2012 - Status nach Schraubenentfernung distaler Radius links und dorsale Arthrolyse PIP II und V links am 15. Juli 2013

Dr. L. \_\_\_ und PD Dr. M. \_\_\_ führten aus, im Rahmen der Waller'schen Degeneration bestehe nun eine schwere axonale Schädigung des N. ulnaris links. Das sensible Nervenantwortpotential sei aber stark amplitudengemindert und wieder ableitbar. Im Verlauf der Wallersch'sen Degeneration sei die motorische Neurographie des N. ulnaris bis in den distalen Bereich pathologisch geworden. Die Läsion sei inkomplett und wahrscheinlich im Bereich des Faszi culus medialis des Plexus brachialis links zu suchen. Man erwarte eine weitere Besserung der Situation (S. 19 f.).

### **E. 3.13**

Prof. G. \_\_\_ führte im Bericht vom 9. Juli 2014 (Urk. 10/235) zur gleichentags erfolgten kreisärztlichen Untersuchung aus, der Beschwerdeführer gebe an, dass er ständige Schmerzen im gesamten linken Arm habe, von der Schulter ausgehend bis zu den Fingern der linken Hand. Die Schmerzen bestünden sowohl bei Ruhe wie auch bei Belastungen. Bis jetzt seien dreimal pro Woche physiotherapeutische und ergotherapeutische Behandlungen erfolgt. Der Beschwerdeführer schätze die Schmerzen bei 8 gemäss der VAS-Schmerzskala ein. In den letzten Monaten hätten sich keine relevanten Veränderungen der Beschwerden ergeben. Im Bereich des Kopfes, des Beckens und der Hüfte habe er keine relevanten Probleme (S. 4 Ziff. 3). Es bestehe eine Hyposensibilität des gesamten linken Unterarmes und der linken Hand (S. 5 Ziff. 4). Das Hauptproblem sei der linke Arm, insbesondere die linke Hand, die ständig schmerze (S. 6 oben).

Bei der aktuellen kreisärztlichen Untersuchung zeige sich eine gering- bis mässig eingeschränkte Beweglichkeit des linken Handgelenks sowie der Lang finger Dig. II-V. Darüber hinaus bestünden Sensibilitätsstörungen des linken Unterarms sowie der linken Hand, die keinem Dermatome sicher zugeordnet werden könnten. Aus unfallchirurgisch-orthopädischer Sicht sei der medizinische Endzustand erreicht. Aus neurologischer Sicht müsse dies im Rahmen einer neurologischen Untersuchung noch beurteilt werden (S. 6).

### **E. 3.14**

PD Dr. M. \_\_\_ führte im Bericht vom 2. Oktober 2014 aus, klinisch bestünden Hinweise auf eine weitere Besserung der vorwiegend sensiblen Nervenschädigung mit der Folge eines CRPS im Bereich des linken N. ulnaris betreffend Sensibilität und Motorik sowie des Hoffmann-Tinel-Zeichens, welches nun deutlich distaler liege. Man habe dem Patienten nahegelegt, sich keine Armschiene zu besorgen, sondern den Arm weiterhin möglichst beweglich zu halten und gegebenenfalls vorübergehend auf Kissen zu lagern. Durch das Absetzen der Medikation ergebe sich hinsichtlich der Schlafstörung und der Schmerzattacken eine Verschlechterung.

Nach Ansicht von PD Dr. M. \_\_\_ könne vom Erreichen des unfallchirurgischen Endzustandes nicht die Rede sein. Er empfehle dringend die Fortsetzung der spezifischen Behandlung der chronischen Schmerzsymptomatik (Urk. 10/250 S. 2).

### **E. 3.15**

Dr. J. \_\_\_ führte in einem Bericht vom 9. Oktober 2014 (Urk. 10/253) aus, nach der letzten Konsultation Anfang Juli 2014 sei der Patient wegen des im Vordergrund stehenden CRPS

II bei den Kollegen der Rheumatologie in Behandlung und Betreuung gewesen. Diese hätten versucht, ein medikamentöses Regime zu etablieren, um dem Patienten eine Linderung zu ermöglichen (S. 1 unten).

Aus handchirurgischer Sicht könne man dem Patienten nichts anbieten. Das initial gute Resultat nach Arthrotendolyse des PIP II-Gelenkes habe aufgrund der Schmerzsituation im Rahmen der Kausalgie nicht hinreichend beübt und gehalten werden können. Daher liege jetzt wieder ein Status wie präoperativ vor. Nach wie vor stehe die schmerzhafteste Problematik des Fasciculus medialis Plexus brachialis beziehungsweise des Nervus ulnaris im Vordergrund. Dr. J. \_\_\_ denke, dass der Patient zumindest aus handchirurgischer Sicht von der Weiterführung der Egotherapie auch zum beweglichen Halten der übrigen Finger profitieren würde. Grundsätzlich denke er, dass der Patient ein langfristiges multi modales Schmerzkonzept benötige (S. 2 unten).

### **E. 3.16**

Prof. G. \_\_\_ führte in einem Bericht vom 28. November 2014 (Urk. 10/260) über die gleichentags erfolgte kreisärztliche Untersuchung aus, nach den Angaben des Beschwerdeführers bestünden weiterhin Schmerzen in der linken Hand sowie im gesamten linken Arm, die bis in die linke Schulter ausstrahlten. Bei Bewegungen des Handgelenkes beziehungsweise des Armes verstärkten sich die Schmerzen erheblich. Therapiemassnahmen würden nicht mehr durchgeführt. Die Schmerzen würden mit 6 bis 7 auf der VAS-Schmerzskala eingeschätzt. Im Vergleich zur letzten kreisärztlichen Untersuchung vom Juli 2014 hätten sich keine relevanten Veränderungen ergeben (S. 4 Ziff. 3). Es bestehe eine gering- bis mässig eingeschränkte Beweglichkeit des linken Handgelenkes sowie der Langfinger II bis V. Prof. Stell bestätigte sodann, dass der medizinische Endzustand aus rein unfallchirurgischer-orthopädischer Sicht erreicht sei (S. 6 Ziff. 5). Aus unfallchirurgischer-orthopädischer Sicht seien die Voraussetzungen für die Ausrichtung einer Integritätsentschädigung nicht erfüllt. Die Schmerzmittel sowie drei bis vier Arztkonsultationen pro Jahr gingen zu Lasten der Beschwerdeführerin (S. 7).

### **E. 3.17**

Dr. med. N. \_\_\_, Facharzt für Neurologie, führte in einer Stellungnahme vom 10. Dezember 2014 (Urk. 10/265) aus, anlässlich der Akutversorgung vom 11. Juli 2012 seien keine neurologischen Ausfälle dokumentiert worden. Am Unfalltag seien eine geschlossene Reposition der Luxationen der Fingergelenke und Schraubenosteosynthesen am distalen Radius links durchgeführt worden. Aus einem Bericht des H. \_\_\_ vom 19. Juli 2012 (vgl. Urk. 10/44/2-3) über eine ambulante Kontrolle vom 17. Juli 2012 ergebe sich eine allseits erhaltene Sensibilität im Bereich der linken Hand. Der Heilverlauf sei gekennzeichnet gewesen durch persistierende starke Schmerzen am gesamten linken Körper mit Schwerpunkt im Handgelenk und der linken Schulter. Anlässlich einer ambulanten Kontrolle im H. \_\_\_ vom 6. August 2012 sei erstmals der Verdacht auf ein beginnendes CRPS der linken Hand geäußert worden. Der Beschwerdeführer habe zu diesem Zeitpunkt eine leicht verminderte Sensibilität palmar über dem Hypothenar über dem Finger III und IV links angegeben. Im Untersuchungsbericht sei eine leicht livide Hautverfärbung bei schmerzbedingt stark eingeschränkter Pro- und Supination festgestellt worden (S. 1 oben).

PD Dr. M. \_\_\_ habe nach der Untersuchung vom 2. Juli 2014 ein CRPS Typ II betreffend den Nervus ulnaris links, eine Läsion wahrscheinlich des Fasciculus medialis Plexus brachialis links und eine Kausalgie des Nervus ulnaris links mit inkomplettem Block ab

Höhe des Ellenbogens diagnostiziert.

Eine Stellungnahme zum medizinischen Endzustand auf neurologischem Fachgebiet erfordert eine aktuelle neurologische Untersuchung. Er empfehle eine Zweitmeinung beim Schmerzzentrum des R. \_\_\_ einzuholen mit den Fragen nach einem CRPS und den Behandlungsmöglichkeiten (S. 1 f.).

### **E. 3.18**

Dr. med. O. \_\_\_, Facharzt für Neurologie, führte im Bericht vom 27. Januar 2015 aus, in der aktuellen klinisch-neurologischen Untersuchung fanden sich eine mässig eingeschränkte Beweglichkeit der Finger (mit Betonung von Dig. II) sowie leichte trophische Veränderungen der linken Hand. Zudem bestehe eine schmerzhaft eingeschränkte Beweglichkeit der linken Schulter. Weder klinisch noch elektrodiagnostisch lasse sich zum jetzigen Zeitpunkt eine eindeutige neurogene Schädigung im linken Arm nachweisen. Insbesondere bestünden im Seitenvergleich unauffällige sensible Neurographien der vom unteren Plexus versorgten Strukturen.

Aufgrund der anamnestischen Angaben sei davon auszugehen, dass es im Rahmen der Plexusanästhesie beim dritten operativen Eingriff zu einer leichten Schädigung des unteren Plexus mit in der Folge persistierendem Schmerzsyndrom gekommen sei. Zudem bestünden klinisch und anamnestisch Hinweise auf ein CRPS der linken Hand und auf eine wahrscheinlich primär muskuloskelettal bedingt eingeschränkte Beweglichkeit im Schultergelenk links (Urk. 10/280 S. 3).

### **E. 3.19**

Dr. med. P. \_\_\_, Facharzt für Neurologie, Oberarzt, und Dr. med. Q. \_\_\_, Leitender Arzt, R. \_\_\_, stellten im Bericht vom 11. März 2015 (Urk. 10/285/1-9) die folgenden aktuellen Diagnosen (S. 1): - unspezifischer Armschmerz links Finger 2-5 dorsal, Handrücken, Handgelenk, ulnarer Unterarm, medialer Oberarm mit Ausstrahlung zum Nacken links bis zum Hinterkopf subokzipital, am ehesten unspezifisch, muskuloskelettal nach Sturz mit - Polytrauma am 11. Juli 2012 und - Diagnose eines CRPS, August 2012 - Diagnose eines CRPS II, März 2014 - aktuell Diagnosekriterien nach Harden 2007 nicht eindeutig erfüllt - Läsion des Fasciculus medialis plexus brachialis links - Status nach Sturz aus 8 Metern Höhe am 11. Juli 2012 mit Polytrauma und multiplen Handoperationen - Status nach distaler Radiusfraktur mit Schraubenosteosynthese im PIP Dig. II, IV und V links am 11. Juli 2012 - Status nach Schraubenentfernung distaler Radius links und dorsaler Arthrolyse PIP II und V links am 15. Juli 2013 - Status nach streckseitiger Tendoarthrolyse PIP II und stumpfer Tendoarthrolyse FTP und FTS II in Zone II der linken Hand am 7. März 2014 bei ausgeprägten Flexionen PIP Dig. II links

Dr. P. \_\_\_ und Dr. Q. \_\_\_ führten aus, die Schmerzerkrankung des Beschwerdeführers befinde sich im Stadium III nach Gebershagen entsprechend einer hohen Schmerzchronifizierung. Das Ausmass der schmerzbedingten Beeinträchtigung habe bei einem Ausprägungsgrad von IV gelegen entsprechend einer hohen schmerzbedingten Beeinträchtigung mit starker Limitierung (S. 6 oben).

Die Ursache des aktuell beschriebenen Schmerzbildes mit Schmerzen im Bereich der 2. bis 5. Finger links mit Ausstrahlung über den Handrücken zum Handgelenk, am ulnaren Unterarm, dem medialen Oberarm, dorsal bis zur Nacken- beziehungsweise lateralen Halsregion suboccipital links sei neurologisch nicht zuzuordnen. Der gesamte

Schmerzbereich werde vom Schmerzcharakter her einheitlich wie ein Stromgefühl, ein Blockiertsein oder wie ein fester Druck geschildert. Die Schmerzstärke betrage 6-7/10 am Morgen und 8-9/10 bei körperlicher Belastung. Der Schmerz bestehe in seiner Ausdehnung seit dem Sturz vom Juli 2012 auf der linken Körperhälfte mit Diagnosestellung eines CRPS nach vier Wochen, wobei der weitere Verlauf aus den Akten nicht sicher ersichtlich sei. Zu einer massiven Schmerzexazerbation sei es im Rahmen der letzten Handoperation gekommen, insbesondere im Moment des Ziehens des Plexuskatheters links infraklavikulär. In diesem Zusammenhang sei laut Aktenlage die Diagnose eines CRPS Typ II bei Plexusläsion links gestellt worden. Am ehesten sei das aktuelle Schmerzbild als ein chronisch unspezifischer muskulo-skelettaler Schmerz nach einem Unfall im Juli 2012 zu beschreiben mit einem Status nach CRPS im August 2012 und Reaktivierung des CRPS im März 2014. Aktuell seien die Diagnosekriterien für ein CRPS nach Harden et al. (2007) nicht erfüllt (S. 1 f.). Gegen das Vorliegen eines CRPS spreche, dass lediglich 9 von 17 Punkten nach dem CRPS Severity-Score nachweisbar seien.

Generell sei unklar, welche Rolle im Schmerzgeschehen die von Seiten der K.\_\_\_\_ diagnostizierte untere Plexusläsion (Fasciculus medialis) spiele. Bei fehlender Änderung der Schmerzlokalisation - es bestehe lediglich eine Schmerzzunahme bei neurophysiologisch bestätigter Plexusläsion - sowie aktuellem Fehlen einer eindeutig auf den Nervus ulnaris beschränkten oder im Versorgungsgebiet des Nervus ulnaris betonten sensiblen Symptomatik, scheine diese Nebendiagnose aktuell nur eine geringe Rolle zu spielen. Die aktuelle Elektroneurographie zeige ebenfalls Hinweise auf eine untere Plexusläsion beziehungsweise eine Läsion des Fasciculus medialis mit Nachweis einer verlängerten F-Welle Nervus ulnaris links und einer sensiblen axonalen Schädigung des Nervus ulnaris links als Ausdruck einer Plexusläsion (S. 2 unten).

Dr. P.\_\_\_\_ und Dr. Q.\_\_\_\_ antworteten auf die Fragen der Beschwerdegegnerin, die Diagnosekriterien nach Harden lägen nicht eindeutig vor. Daher schliesse man, dass aktuell kein CRPS vorliege. Möglicherweise liege ein Residualzustand nach CRPS vor (S. 2 Ziff. 1 unten).

Nach den Angaben des Beschwerdeführers habe Physiotherapie nicht zu einer Verbesserung der Schmerzen geführt. Ergotherapie habe zu einer motorischen Verbesserung der durch die Fingerfrakturen deutlich eingeschränkten Handfunktion geführt, jedoch nicht zu einer Schmerzverbesserung. Medikamentöse Therapien hätten bisher ebenfalls zu keiner Besserung der Schmerzen geführt. Ob der Beschwerdeführer für eine multimodale Schmerzbehandlung, vor allem eine Schmerzbewältigungstherapie geeignet sei, bleibe aktuell offen und solle durch ein psychologisches beziehungsweise ein psychiatrisches Konsil untersucht werden. Generell bestehe der Verdacht auf eine dysfunktionale Schmerzbewältigung (S. 3 Ziff. 2).

### **E. 3.20**

Prof. G.\_\_\_\_ führte in einer Stellungnahme vom 23. März 2015 (Urk. 10/286 unten) aus, auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt könnten leichte bis mittelschwere Arbeiten ganztags ohne qualitative Einschränkungen zugemutet werden. Auch in der angestammten Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100 %. Die Voraussetzungen für eine Integritätsentschädigung lägen nicht vor. 4.

### **E. 4**

Verdacht auf contusio cordis

#### **E. 4.1**

Der Beschwerdeführer zog sich beim Unfall vom 11. Juli 2012 im Wesentlichen Luxationen der Fingergelenke der linken Hand und eine distale Radiusfraktur an der linken Hand zu. Es folgten insgesamt drei Operationen an der linken Hand. Im Verlauf wurden zunächst ein CRPS und im März 2014 ein CRPS Typ II diagnostiziert (vgl. E. 3.19). Dr. L.\_\_\_\_ und PD Dr. M.\_\_\_\_, Paraplegie K.\_\_\_\_, diagnostizierten zudem eine Läsion wahrscheinlich des Fasziculus medialis Plexus brachialis links und eine Kausalgie N. ulnaris links mit inkomplettem Block ab Höhe des Ellenbogen (E. 3.12). Dr. P.\_\_\_\_ und Dr. Q.\_\_\_\_ konnten die Diagnose eines CRPS dagegen nicht bestätigen (E. 3.19).

#### **E. 4.2**

Nach übereinstimmender ärztlicher Beurteilung ist von einer Weiterführung der medizinischen Behandlung keine Verbesserung des Gesundheitszustandes mehr zu erwarten. Dr. P.\_\_\_\_ und Dr. Q.\_\_\_\_ berichteten am 11. März 2015, dass sowohl die durchgeführte Ergo- und Physiotherapie als auch eine medikamentöse Therapie nicht zu einer Verbesserung der bestehenden Schmerzen geführt habe (E. 3.19). Wie PD Dr. M.\_\_\_\_ am 18. März 2015 berichtete, wurde zeitweilig auch die Behandlung in der Paraplegie K.\_\_\_\_ beendet (Urk. 10/287 S. 2). Nach der Einschätzung durch Prof. G.\_\_\_\_ und Dr. L.\_\_\_\_ und Dr. Q.\_\_\_\_ ist der medizinische Endzustand sowohl aus unfallchirurgischer-orthopädischer Sicht als auch aus neurologischer Sicht als erreicht anzusehen. Die Beschwerdeführerin hat die übernommene Kosten der Heilbehandlung sowie die Taggelderleistungen in Übereinstimmung mit der medizinischen Aktenlage daher zu Recht per 1. Juni 2015 eingestellt.

Ob der Beschwerdeführer in der angestammten Tätigkeit als Hilfs-Bauisoleur wieder voll arbeitsfähig ist, ist gesondert zu prüfen.

#### **E. 4.3**

Der Beschwerdeführer leidet unverändert an Beschwerden an der linken Hand und im linken Arm. In Anbetracht des von Dr. L.\_\_\_\_ und PD Dr. M.\_\_\_\_, Paraplegie K.\_\_\_\_, gemäss Bericht vom 29. April 2014 erhobenen Befundes einer Läsion des Fasziculus medialis Plexus brachialis links und einer Kausalgie N. ulnaris links (E. 3.12) können die zum Zeitpunkt des Fallabschluss andauernden Beschwerden nicht unbeschadet den psychischen Beschwerden zugerechnet werden. Die von Dr. L.\_\_\_\_ und PD Dr. M.\_\_\_\_ beschriebene Nervenschädigung lässt vielmehr darauf schliessen, dass die Beschwerden organischer Natur sind. Dr. O.\_\_\_\_ äusserte sich nicht einheitlich beziehungsweise ging doch davon aus, dass es im Rahmen der Plexusanästhesie beim dritten operativen Eingriff zu einer leichten Schädigung des unteren Armplexus gekommen sei (E. 3.18). Auch Dr. P.\_\_\_\_ und Dr. Q.\_\_\_\_ schlossen einen Residualzustand nach CRPS nicht per se aus (vgl. E. 3.19). Bei den Restbeschwerden handelt es sich zudem nicht um ein reines Schmerzgeschehen. Zu berücksichtigen ist zudem, dass der Beschwerdeführer in einem gewissen Masse in der Beweglichkeit und dem Gebrauch der linken Hand eingeschränkt geblieben ist. Ist von einer organischen Ursache der verbliebenen Beschwerden auszugehen, kommt der Prüfung der Adäquanz praktisch keine selbständige Bedeutung zu (vgl. E. 1.2 hiervor).

#### **E. 4.4**

Prof. G.\_\_\_\_ stellte in einer kurzen Stellungnahme vom 23. März 2015 darauf ab, dass der Beschwerdeführer auch in der angestammten Tätigkeit wieder zu 100 % arbeitsfähig sei (E. 3.20 hiervor). Diese Einschätzung findet in den übrigen medizinischen Akten jedoch keine

Stütze. So hatte Dr. F.\_\_\_\_ am 8. Dezember 2013 knapp anderthalb Jahre nach dem Unfall einen verbliebenen Beugeverlust des Zeigefingers der linken Hand beschrieben, der die Wiederaufnahme der Arbeit auf dem Bau verunmöglichte (E. 3.9 hiervor). Auch Prof. S.\_\_\_\_ beschrieb am 28. November 2014 eine (mässig) eingeschränkte Beweglichkeit der linken Hand. Da es sich bei der angestammten Tätigkeit als Hilfs-Bauisoleur auf dem Bau um eine eher schwere körperliche Tätigkeit handelt, ist davon auszugehen, dass in dieser Tätigkeit keine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit mehr besteht. Im Hinblick auf eine behinderungsangepasste Tätigkeit kann hingegen von einer vollen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden.

Nachfolgend ist der Anspruch auf eine Invalidenrente zu prüfen. 5.

## **E. 5**

Nierenkontusion mit/bei Erythrozyturie

### **E. 5.1**

Der Invaliditätsgrad ist aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird 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 ausgleichender Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

### **E. 5.2**

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 Lohnstrukturhebungen (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. 5.3**

Gemäss Arbeitsvertrag vom 20. Februar 2012 verdiente der Beschwerdeführer als Hilfs-Isoleur bei der Y.\_\_\_\_ brutto Fr. 5'200.-- pro Monat, inklusive 13. Monatslohn (Urk. 10/266 S. 20). Die Arbeitgeberin nahm auf Anfrage der Beschwerdegegnerin am 10. Dezember 2015 dahingehend Stellung, dass der Beschwerdeführer ab dem 1. Januar

2014 Fr. 5'300.-- und ab dem 1. Januar 2015 Fr. 5'400.-- pro Monat verdient hätte (Urk. 10/266 S. 2). Für das Jahr 2015 ergibt sich damit ein Einkommen von Fr. 70'200.-- (Fr. 5'400.-- x 13). Da davon auszugehen ist, dass der Beschwerdeführer ohne den Unfall weiterhin als Hilfs-Isolateur für die Y. \_\_\_ gearbeitet hätte, ist im Rahmen des Einkommensvergleiches von einem Valideneinkommen von Fr. 70'200.-- auszugehen.

#### **E. 5.4**

Dem Beschwerdeführer kann, wie erwähnt, eine angepasste körperliche leichte Tätigkeit uneingeschränkt zugemutet werden. Dabei ist es ihm möglich, die in der Beweglichkeit leicht eingeschränkte linke Hand hilfsweise zur Unterstützung der rechten Hand einzusetzen.

Nach den Daten der LSE 2012 können dem Beschwerdeführer, welcher über keine Ausbildung verfügt, einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art auf Kompetenzniveau 1 zugemutet werden. Dabei könnte er ein monatliches Einkommen von durchschnittlich Fr. 5'210.-- erzielen. Ein Grund für einen zusätzlichen Abzug vom Tabellenlohn besteht nicht. Gegenüber der vom Beschwerdeführer angeführten Rechtsprechung (Urk. 1. S. 14 Ziff. 21) ist auf das Urteil des Bundesgerichts 9C\_455/2013 vom 4. Oktober 2013, E. 4.4 zu verweisen. Das Bundesgericht erkannte in jenem Entscheid, dass die gesundheitlich bedingte Unmöglichkeit, weiterhin körperlich schwere Arbeit zu verrichten, nicht automatisch zu einer weiteren Verminderung des hypothetischen Invalidenlohnes führt. Der Beschwerdeführer ist denn auch nicht als funktionell Einhänder zu qualifizieren. Vielmehr verfügt er mit der linken Hand noch über eine gewisse Beweglichkeit.

Angepasst an die Nominallohnentwicklung bei einer Lohnentwicklung von 0.7 % im Jahr 2013, 0.8 % im Jahr 2014 und 0.4 % im Jahr 2015 (Tabelle T1.10, Nominallohnindex, 2011-2015) und unter Berücksichtigung einer wöchentlichen Arbeitszeit im Jahr 2015 von 41.7 Stunden resultiert ein Einkommen von Fr. 66'423.-- (Fr. 5'210.-- x 12 : 40 x 41.7 x 1.007 x 1.008 x 1.004). Als Invalideneinkommen sind daher Fr. 66'423.-- zu veranschlagen.

#### **E. 5.5**

Vergleicht man das Valideneinkommen von Fr. 70'200.-- mit dem Invalideneinkommen von Fr. 66'423.--, so ergibt sich eine Erwerbseinbusse von Fr. 3'777.--, was einem Invaliditätsgrad von rund 5 % entspricht. Da der Invaliditätsgrad somit unter 10 % liegt, besteht kein Rentenanspruch.

#### **E. 5.6**

Die Beschwerdegegnerin hat nicht über den Anspruch auf eine Integritätsentschädigung entschieden, dazu aber Stellung genommen (Urk. 9 S. 15 Rz 30.2). Nach den medizinischen Abklärungen ist davon auszugehen, dass die Beweglichkeit der linken Hand mässig eingeschränkt bleiben wird. Die Skala im Anhang 3 zu Art. 36 Abs. 2 UVV sieht vor, dass bei Verlust von mindestens zwei Gliedern eines Langfingers oder eines Gliedes des Daumens Anspruch auf eine Integritätsentschädigung von 5 % besteht. Ziff. 2 des Anhanges 3 sieht vor, dass die völlige Gebrauchsunfähigkeit eines Organs dem Verlust gleichgestellt ist. Eine völlige Gebrauchsunfähigkeit der Finger der linken Hand liegt jedoch nicht vor. Prof. G. \_\_\_ beschrieb eine geringe bis mässige Einschränkung der Beweglichkeit der Finger der linken Hand (E. 3.16 hiervor). Ein Anspruch auf eine Integritätsentschädigung scheidet daher aus.

### **E. 5.7**

Zusammenfassend ergibt sich, dass die Beschwerdegegnerin die ausgerichteten Versicherungsleistungen zu Recht per 1. Juni 2015 eingestellt hat. Des Weiteren besteht weder ein Anspruch auf eine Invalidenrente noch auf eine Integritätsentschädigung. Der angefochtene Einspracheentscheid vom 1. Oktober 2015 erweist sich demzufolge als rechtens.

Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dieter Studer - Rechtsanwalt Reto Bachmann - 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  
Mosimann  
Brugger

### **E. 6**

multiple Kontusionen - Schulter links - Brustwirbelsäule - Hüfte/Becken links

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