

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00006

vom 13. April 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-04-13, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2016.00006

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00006 du 13 avril 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00006 del 13 aprile 2017

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1970, war vom 1. Oktober 2006 bis 31. Juli 2008 bei der Y.____ als Projektmanager angestellt (vgl. Urk. 11/K1, Urk. 11/K169) und damit bei der Helvetia Schweizerische Versicherungsgesellschaft AG (Helvetia) gemäss dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) versichert, als er sich am 18. Juli 2008 eine Verletzung am rechten Daumen zuzog (Urk. 10/M1).

Mit Verfügung vom 20. Dezember 2012 verneinte die Helvetia die Adäquanz psychischer Beeinträchtigungen und sprach dem Versicherten eine Invalidenrente bei einem Invaliditätsgrad von 20 % (ab Dezember 2012) sowie eine Integritätsentschädigung entsprechend einer Integritätseinbusse von 20 % zu und bestätigte den Anspruch auf Heilbehandlung im Rahmen von Art. 21 UVG und bei Rückfällen und Spätfolgen; vom 1. April bis 30. November 2012 habe eine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit von 20 % bestanden (Urk. 11/K75). Die am 31. Januar 2013 erhobene (Urk. 11/K79) und am 8. April 2013 ergänzte (Urk. 11/K86) Einsprache wies sie am 17. November 2015 ab (Urk. 11/K172 = Urk. 2).

E. 1.1

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiel (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).

E. 1.3

Für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhanges zwischen dem Unfall und psychischen Gesundheitsschädigungen ist im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall für die Entstehung der arbeits- beziehungsweise erwerbsunfähigkeit eine massgebende Bedeutung zukommt. Dies trifft dann zu, wenn er objektiv eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt (vgl. RKUV 1996 Nr. U 264 S. 288 E. 3b; BGE 115 V 133 E. 7 mit Hinweisen). Für die Beurteilung dieser Frage ist an das Unfallereignis anzuknüpfen, wobei – ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf – folgende Einteilung vorgenommen wurde: banale beziehungsweise leichte Unfälle einerseits, schwere Unfälle andererseits und schliesslich der dazwischen liegende mittlere Bereich (BGE 115 V 133 E. 6; vgl. auch BGE 134 V 109 E. 6.1, 120 V 352 E. 5b/ aa ; SVR 1999 UV Nr. 10 E. 2).

E. 1.4

Bei Unfällen aus dem mittleren Bereich lässt sich die Frage, ob zwischen Unfall und Folgen ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht aufgrund des Unfalles allein schlüssig beantworten. Es sind daher weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte beziehungsweise indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Als wichtigste Kriterien sind zu nennen (BGE 134 V 109 E. 6.1, 115 V 133 E. 6c/ aa): - besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindringlichkeit des Unfalls; - die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen; - ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung; - körperliche Dauerschmerzen; - ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert; - schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen; - Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit. Kommt keinem Einzelkriterium besonderes beziehungsweise ausschlaggebendes Gewicht zu, so müssen mehrere unfallbezogene Kriterien herangezogen werden. Dies gilt umso mehr, je leichter der Unfall ist. Handelt es sich beispielsweise um einen Unfall im mittleren Bereich, der aber dem Grenzbereich zu den leichten Unfällen zuzuordnen ist, müssen die weiteren zu berücksichtigenden Kriterien in gehäufte oder auffallender Weise erfüllt sein, damit die Adäquanz bejaht werden kann. Diese Würdigung des Unfalles zusammen mit den objektiven Kriterien führt zur Bejahung oder Verneinung der Adäquanz. Damit entfällt die Notwendigkeit, nach anderen Ursachen zu forschen, die möglicherweise die psychisch bedingte Erwerbsunfähigkeit mitbegünstigt haben könnten (BGE 115 V 133 E. 6c/ bb , vgl. auch BGE 120 V 352 E. 5b/ aa ; RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff., Nr. U 449 S. 53 ff., 1998 Nr. U 307 S. 448 ff., 1996 Nr. U 256 S. 215 ff.; SVR 1999 UV Nr. 10 E. 2).

Bei einem Unfall im eigentlich mittleren Bereich reichen für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs drei Kriterien aus, bei einem mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den leichten Fällen Bedarf es dafür des Nachweises von vier Kriterien (Urteil 8C_897/2009 vom 29. Januar 2010 = SVR 2010 UV Nr. 25 E. 4.5).

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. 1.6

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).

E. 2

Gegen den Einspracheentscheid

vom 17. November 2015 (Urk. 2) erhob der Versicherte am 4. Januar 2016 Beschwerde (Urk. 1) und beantragte, dieser sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, ihm Taggelder nach Massgabe der im Unfallschein festgehaltenen Arbeitsunfähigkeit (gegenwärtig 70 %) auszurichten (S. 2 Ziff. 1), eventuell sei sie zu verpflichten, ihm eine Invalidenrente auf der Grundlage einer Arbeitsunfähigkeit von 70 % sowie eine Integritätsentschädigung von mindestens 50 % zuzusprechen (S. 2 Ziff. 2), subeventuell sei ein Gerichtsgutachten zu veranlassen (S. 2 Ziff. 3).

Die Helvetia beantragte mit Beschwerdeantwort vom 18. April 2016 (Urk. 9) die Abweisung der Beschwerde.

Mit Replik vom 3. Oktober 2016 (Urk. 17) und Duplik vom 27. Februar 2017 (Urk. 28) - je der anderen Partei zur Kenntnis gebracht (Urk. 24, Urk. 30) - hielten die Parteien an ihren Anträgen fest. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging im angefochtenen Entscheid (Urk. 2) davon aus, für das mit dem Unfall in natürlichem Kausalzusammenhang stehende neuropathische Schmerzsyndrom am Daumen rechts palmar

seien die Taggelder und Heilkosten zu Recht per 1. Dezember 2012 infolge Erreichens des medizinischen Endzustandes eingestellt worden (S. 29 Ziff. 24). Die weiteren Heilungskosten, namentlich die lokalen perkutanen Massnahmen, seien im Rahmen von Art. 21 UVG, sofern die Voraussetzungen dafür erfüllt seien, zu erbringen (Urk. 2 S. 29 Ziff. 24).

Bezüglich sämtlicher anderer geklagter Beschwerden, insbesondere der chronischen Schmerzstörung, sei das Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs aufgrund der schlüssigen und nachvollziehbaren Angaben im Gutachten de s Z. ___ zu verneinen. Selbst wenn ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen der chronischen Schmerzstörung und dem Unfall zu bejahen wäre, wäre diesbezüglich der adäquate Kausalzusammenhang zu verneinen (S. 23 f.), da in Bezug auf das als mittelschwer zu qualifizierende Unfallereignis nur ein einziges Adäquanzkriterium als erfüllt zu betrachten sei und dies nicht in ausgeprägter Form (S. 27 Ziff. 15). Selbst wenn die Adäquanz zu bejahen wäre, wäre die Leistungspflicht für die psychischen Beschwerden aufgrund der neuen Rechtsprechung im Zusammenhang mit anhaltenden somatoformen Schmerzstörungen und psychosomatischen Leiden nicht gegeben (S. 27 Ziff. 17).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), der Endzustand sei noch nicht erreicht und es seien deshalb weiterhin Taggelder und die Übernahme der Heilungskosten geschuldet (S. 10 Ziff. 30).

Auf das Z. ___ -Gutachten könne aus näher dargelegten Gründen nicht abgestellt werden. Eine Aufteilung in ein complex regional pain

syndrome (CRPS) und eine somatoforme Schmerzstörung sei nicht gerechtfertigt . Aufgrund der Aktenlage sei eine weitaus höhere Arbeitsunfähigkeit anzunehmen, als dies im Z. ___ -Gutachten und von der Beschwerdegegnerin veranschlagt werde (S . 11 Ziff. 32).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen sind ein allfälliger weiterer Anspruch auf Taggelder und Heilungskostenübernahme sowie auf eine höhere Rente und höhere Integritätsentschädigung, wobei insbesondere strittig ist, ob ein CRPS vorliegt und die geklagten Beschwerden in einem rechtsgenügenden Kausalzusammenhang zum Unfallereignis stehen.

E. 3.1

Die Ärztinnen des Notfallzentrums der A.____

führten in ihrem Bericht vom 21. Juli 2008

(Urk. 10/M1)

folgende Anamnese an (S. 1 Mitte): Am 18. Juli 2008 beim Abstellen einer Schweppes-Flasche zersplitterte diese und der Patient rammte sich Glassplitter in die rechte Handfläche. Initial keine Beugung des Daumens mehr möglich. Der Patient stand unter Alkoholeinfluss.

Als Diagnose nannten sie eine Schnittverletzung beugeseits in Höhe Dig . I Beugefalte Hand rechts mit Verdacht auf Beugesehnenbeteiligung / Gefässbeteiligung (S. 1). Sie führten aus, sie hätten den Patienten nach telefonischer Voranmeldung in die Handchirurgie des B.____ geschickt (S. 1 f.).

E. 3.2

Am 19. Juli 2008 wurde im Departement Chirurgie des B.____ die durchtrennte Beugesehne operiert (Urk. 10/M 2- 3) .

Mit Zeugnis vom 30. September 2008 (Urk. 10/M4) attestierte ein Arzt des Departements Chirurgie eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vom 19. Juli bis voraussichtlich 2. Oktober 2008 (Ziff. 8). Die Arbeitsaufnahme zu 100 % erfolge voraussichtlich ab 3. Oktober 2008 (Ziff. 9).

Am 2. April 2009 führte Dr. med. C.____ , Oberarzt am Departement Chirurgie des B.____ , aus, aus neurologischer Sicht betrage die Arbeitsfähigkeit für Bürotätigkeiten 75-100 % (Urk. 10/M8 S. 2) . Am 9. April führte er aus, durch gezieltes Einsetzen von Hilfsmitteln und gewisse organisatorische Veränderungen im Arbeitsablauf sei aus neurologischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit zwischen 90 und 100 % erreichbar (Urk. 10/M9) .

E. 3.3

Dr. med. D.____ , Facharzt für Chirurgie und für Handchirurgie, führte in seinem Bericht vom 12. Mai 2009 (Urk. 10/M11 = Urk. 10/M12) aus, in erster Linie empfehle er eine Revision der Beugesehne. Betreffend Arbeitsfähigkeit als Marketingdirektor müsste ein Arbeitsprofil erstellt werden; am Computer könnte der Beschwerdeführer voll arbeiten, insbesondere sei nach dem Sehneeingriff eine deutliche Verbesserung zu erwarten (S. 2).

Aufgrund der Angaben des Beschwerdeführers, wonach zirka 50 % seiner Tätigkeit aus dem Anfertigen von Zeichnungen, Illustrationen und Konzepten bestehe, was von Hand ausgeführt werden müsse, attestierte Dr. D.____ am 29. Mai 2009 für die Tätigkeit als Marketingdirektor eine Arbeitsunfähigkeit von zirka 50 % (Urk. 10/M15).

Am 1. Juli 2009 fand die von Dr. D.____ empfohlene Operation statt (Urk. 10/M18) .

E. 3.4

Der Leitende Arzt der Klinik für Wiederherstellungschirurgie, B.____, nannte in seinem Bericht vom 20. September 2010 (Urk. 10/M35) folgende Diagnose: CRPS Typ II bei Status nach Neuromrevision ulnopalmarer Nerv Daumen rechts sowie Ringbanderweiterungsplastik bei - Status nach Beugesehennaht vom 19. Juli 2008 bei - Status nach Schnittverletzung mit einem Glassplitter vom 19. (richtig: 18.) Juli 2008

Er führte unter anderem aus, der Verlauf sei in einer ersten Phase durch ein CRPS II kompliziert worden (S. 1 Ziff. 2a). Der Beschwerdeführer sei seit der Operation vom 1. Juli 2009 nie mehr als 20 % arbeitsfähig gewesen (S. 1 Ziff. 4a).

E. 3.5

Am 24. September 2010 erstattete Dr. med. E.____, Facharzt für Chirurgie und für Handchirurgie, ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdegegnerin (Urk. 10/M38). Er stellte folgende Diagnosen (S. 4 Ziff. 7): - persistierende neurogene Schmerzen bei Status nach Beugesehennaht am 18. Juli 2008 - Status nach Tenolyse, Ringbanderweiterungsplastik, Neurolyse und Neuromentfernung sowie Nervennaht am 1. Juli 2009

Offenbar sei eine erneute Revisionsoperation geplant. Die Arbeitsfähigkeit könne erst im weiteren postoperativen Verlauf beurteilt werden (S. 5 Ziff. 6.1).

E. 3.6

Am 2. März 2011 erstatteten Dr. med. F.____, Facharzt für Neurologie, und Dr. med. G.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, H.____, ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdegegnerin (Urk. 10/M43).

Als neurologische Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie (S. 18): - neuropathische Schmerzen rechter Thenar, Daumen und Zeigefinger mit belastungsabhängigen Schmerzausstrahlungen in den rechten Arm, Nacken und Kopf

Als psychiatrische Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie (S. 18): - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) - Status nach reaktiver Depression Oktober 2010 (ICD-10 F32.1)

Ohne den Unfall sei das aktuelle Beschwerdebild medizinisch nicht vernünftig erklärbar, insofern bestehe eine natürliche Kausalität zwischen Unfall und Beschwerden (S. 24).

Der Neurologe führte aus, grundsätzlich sei seines Erachtens eine volle Arbeitsfähigkeit in einer beschwerdeadaptierten Tätigkeit zumutbar (S. 21 oben). Der Psychiater führte aus, in angepassten Tätigkeiten mit minimalem Handgebrauch im Bürobereich betrage die Arbeitsfähigkeit 20-100 % (S. 23).

E. 3.7

Am 9. Dezember 2011 berichtete ein Oberarzt Rheumatologie des B.____ über seine Untersuchung (Urk. 10/M63) und führte aus, seines Erachtens bestünden nebst einer CRPS-Problematik auch myofasziale Befunde und Beschwerden der oberen Extremität; er attestierte eine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit von 100 % bis auf weiteres (S. 1 unten).

Die Ärzte des Instituts für Anästhesiologie des B.____

nannten in ihrem Bericht vom 14. Mai 2012 (Urk. 10/M68) über ihre am 2. Mai 2012 erfolgte Untersuchung in der Schmerzprechstunde (S. 1 Mitte) als Diagnose ein CRPS Typ II Hand rechts mit unter anderem hochgradigem Verdacht auf depressive und

ängstliche Anteile der Schmerzverarbeitung (S. 3 Mitte).

E. 3.8

Dr. F.____ erstattete am 30. Mai 2012 ein weiteres Gutachten (Urk. 10/M58) . Als neurologische Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit neuropathische Schmerzen rechter Thenar , Daumen und Zeigefinger mit belastungsabhängigen Schmerzausstrahlungen in den rechten Arm, Nacken und Kopf infolge Teilschädigung des N. digitalis

palmaris

ulnaris rechts und möglicher Neurombildung (S. 16 Mitte).

Er führte aus, die Befunde an der rechten Hand seien überwiegend wahrscheinlich Unfallfolgen , ebenso die Ausstrahlungen in den rechten Arm bis in den Kopf (S. 19 Ziff. 5.1). Wechselbelastende Tätigkeiten im Rahmen des näher umschriebenen Zumutbarkeitsprofils (S. 20 unten) seien dem Beschwerdeführer zu 80 % zumutbar (S. 20 Ziff. 6) . Ein Endzustand sei noch nicht erreicht (S. 23 Ziff. 8.2) .

E. 3.9

Am 26. Juli 2012 berichtete Dr. med. I.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD) der Invalidenversicherung, über seinem am 23. Juli 2012 erfolgte Untersuchung (Urk. 10/M73). Als psychiatrische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 7 Ziff. 9) nannte er eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41).

E. 3.10

Die Ärzte des Instituts für Anästhesiologie des B.____ führten in ihrem Bericht vom 12. Juli 2012 (Urk. 10/M71) aus, die - einzeln genannten - Diagnosekriterien eines CRPS seien erfüllt (S. 1).

E. 3.11

Dr. F.____ führte am 26. Juli 2012 auf Anfrage aus, ein CRPS II entspreche einem neuropathischen Schmerz nach Teilläsion eines peripheren Nervs; die Diagnose und die von ihm im Gutachten gestellte seien identisch. Die Ausdehnung des Schmerzes sei neurophysiologisch nicht erklärbar; es stelle sich die Frage nach einer chronischen Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren (Urk. 10/M72).

Am 19. Dezember 2012 nahm Dr. F.____ zu weiteren Fragen der Beschwerdegegnerin Stellung (Urk. 10/M75) und vereinte die Frage, ob das Ausmass der Schmerzen und die damit zusammenhängende Arbeitseinschränkung durch die unfallbedingten somatischen Befunde erklärt werden könne; der Heilungsverlauf sei gänzlich atypisch für die erlittene Verletzung (S. 1 Ziff. 1). Die Verletzung sei vor mehr als vier Jahren erfolgt. Praktisch ununterbrochene Therapien inklusive operativer Revisionen hätten eher eine Schmerzexazerbation und zunehmende Einschränkung des Funktionsvermögens bewirkt als eine Verbesserung . Im Juli 2012 sei eine schmerzspezifische fachpsychiatrische Psychotherapie empfohlen worden; der Beschwerdeführer habe aber schon im Mai 2012 eine Therapie im Schmerzambulatorium des B.____ angetreten, die auch eine schmerzpsychotherapeutische Behandlung beinhalte. Vom Psychiater des RAD sei die Prognose als ungünstig beurteilt worden; bezüglich einer namhaften Verbesserung der Arbeitsfähigkeit könne dieser Meinung beige pflichtet werden (S. 2 Ziff. 2) .

E. 3.12

Dr. J.____, Oberarzt, Institut für Anästhesiologie, B.____, nannte in seinem Bericht vom 21. Februar 2014 (Urk. 10/M76) über die bei ihm gleichentags erstmals erfolgte Konsultation (S. 1 Mitte) die folgenden, hier leicht verkürzt angeführten Diagnosen (S. 1): - CRPS Hand rechts nach Unfall und chirurgischer Revision - Migräne ohne Aura (gewöhnliche Migräne) - Zustand nach chirurgischen Eingriffen - Unfall durch Exposition gegenüber mechanischen Kräften unbelebter Objekte (19. Juli 2008)

Er führte unter anderem aus, es sei davon auszugehen, dass eine deutliche Verbesserung der Schmerzsymptomatologie und damit auch der Funktionsfähigkeit des Patienten nur schwer zu erreichen sei, solange der Rechtsstreit nicht beigelegt sei (S. 2 unten).

Im Bericht vom 21. März 2014 über eine Verlaufskontrolle (Urk. 10/M77) nannte Dr. J.____ die gleichen Diagnosen, ebenso in seinem Bericht vom 17. Juli 2014 (Urk. 10/M80).

E. 3.13

Am 31. März 2015 erstatteten die Ärzte des Z.____ ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdegegnerin (Urk. 10/M88). Sie stützten sich - nach stationärem Aufenthalt des Versicherten vom 9. bis 13. Dezember 2015 (S. 1 unten) - auf die ihnen überlassenen Akten (S. 3 ff.), die Angaben des Versicherten (S. 22 ff.), fachärztliche Untersuchungen in den Bereichen Innere Medizin, Handchirurgie, Neurologie und Psychiatrie (S. 27 ff.) und die am 13. Februar 2015 abgehaltene Konsenskonferenz (S. 72).

Sie nannten

die folgenden, hier gekürzt angeführten, Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 88 f. Ziff. 7.4.1): - persistierendes neuropathisches Schmerzsyndrom am Daumen rechts palmar - Status nach Schnittverletzung der rechten Daumenbasis am 19. (richtig: 18.) Juli 2008 - Status nach Revision mit Sehnennaht und Adaptation des Musculus

adductor

pollicis am 19. Juli 2008 - Status nach Tenolyse der Flexor pollicis

longus - Sehne und Erweiterungsplastik des Ringbandes sowie Resektion eines Neuroms aus dem palmar-ulnaren Kollateralnerven mit anschließender Koaptationsnaht am 1. Juli 2009

- mögliche Residuen nach durchgemachtem CRPS II - persistierende Hyp - und Hyperästhesie im Innervationsgebiet des Nervus

digitalis - akzentuierte Persönlichkeitszüge mit leistungsorientiert-narzisstischen Anteilen - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren,

Differentialdiagnose (DD) : anhaltende somatoforme Schmerzstörung - rezidivierend depressive Störung, gegenwärtig remittiert

Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie einen Status nach interkurrenter radikulärer Reizsymptomatik C7 rechts Ende 2011, eine Migräne ohne Aura; anamnestisch mit visuellen Auren, einen Status nach Restless

legs -Syndrom, einen Verdacht auf arterielle Hypertonie, eine Lebersteatose und einen gefährlichen Gebrauch von Cannabis und anamnestisch einen gewissen Konsum von illegalen Substanzen (S. 89 Ziff. 7.4.2).

Aus neurologischer Sicht wurde unter anderem ausgeführt, deskriptiv liege ein Schmerzsyndrom an der radialen rechten Hand vor: „Zum aktuellen Zeitpunkt kann kein sicheres resp. typisches CRPS (mehr?) diagnostiziert werden, der klinische Befund entspricht möglicherweise aber einem entsprechenden Endstadium nach durchgemachten CRPS II (mit atypischem Verlauf?)“ Eine neuropathische Schmerzkomponente liege aber auch aktuell noch vor, dies abgestützt auf den klinischen Befund mit Angabe einer Dys - beziehungsweise Hyperästhesie im autonomen Innervationsgebiet des initial geschädigten Nervus

digitalis

palmaris

ulnaris

Dig . I ; die angegebene Sensibilitätsstörung gehe aber deutlich darüber hinaus, sie könne anatomisch

- unter Mitbeteiligung auch der Dorsalseite - nicht mit der initialen Verletzung erklärt werden

(S. 45 unten). Dies wäre noch mit einem CRPS begründbar, aber auch damit sei die Ausstrahlung nicht kompatibel, vom Daumen beziehungsweise der Hand in den ganzen Arm und bis in den Kopf, welche dann zu Kopfschmerzen führe (S. 45 f.). Hier sei von einer funktionellen Überlagerung auszugehen. Auffallend sei auch der Verlauf dieser objektiv gesehen nicht so schweren Verletzung mit anhaltenden massiven Schmerzen sowohl im Alltag als auch bei der Arbeit sieben Jahre später (S. 46 oben). Eine mögliche Erklärung könne ein vorübergehend manifestes CRPS gewesen sein, wofür eine Diskrepanz zwischen Schwere der stattgehabten Verletzung und Schwere der nachfolgenden Beschwerden geradezu charakteristisch sei. Aber auch ein CRPS habe in der Mehrzahl der Fälle eine gewisse Dynamik im Verlauf und eine solche sei bei der Symptomatik des Exploranden nicht oder nicht mehr zu erkennen, und es stelle sich gerade auch unter Berücksichtigung der somatisch schwer zu erklärenden Ausweitung die Frage, ob nicht allenfalls andere Erklärungsmöglichkeiten vorlägen, beispielsweise auf nicht somatischem Gebiet; gemäss der Aktenzusammenfassung sei die psychiatrische Vorgeschichte des Exploranden nicht unauffällig (S. 46). Abgestützt auf die Umfangmessungen sei zudem davon auszugehen, dass der rechte Arm im Alltag mehr eingesetzt werde als vom Exploranden angegeben; dies spreche dafür, dass bei der Beurteilung (auch der Arbeitsfähigkeit) mehr auf die objektiven Befunde abgestützt werden müsse als auf die subjektiven Beschwerden (S. 46 Mitte).

Bezüglich Kausalität führten sie aus, die Sensibilitätsstörung und der Schmerz im Bereich des rechten Daumens - nicht des ganzen Arms - seien nach wie vor überwiegend wahrscheinlich in natürlichem Kausalzusammenhang zum Unfall vom 18. Juli 2008 stehend (S. 89 Ziff. 7.5.1).

Nicht sämtliche angegebenen somatischen Beschwerden seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit somatisch begründbar. Die chronische Schmerzstörung sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als unfallfremd einzustufen (S. 90 Ziff. 7.5.2).

Zur Arbeitsfähigkeit führten sie aus, in der bisherigen Tätigkeit (Verkauf / Marketing) sei der Anteil der Notwendigkeit von Greiffunktionen

unter grösserer Krafteinwirkung gering; sie beurteilten die Einschränkung hier als bei 20 % liegend, dies seit ungefähr einem Jahr nach dem zweiten operativen Eingriff, also seit etwa Mitte 2010. Einschränkend sei ferner eine gewisse Verlangsamung sowohl beim Schreiben von Hand wie mit der Tastatur. Kurzzeitiges Anwenden des Kraftgriffes sei mit einem Trage- und Hebelimit von 5 kg gegeben (S. 90 f. Ziff. 7.6.1). Sie beurteilten die ausgeübte Tätigkeit als angepasst (S. 91).

Nach so vielen Jahren sei der Sinn der Weiterbehandlung in einer Schmerztherapie als fraglich beurteilt werden. Das gleiche gelte für eine operative Reintervention. Insofern sei eine weitere Heilbehandlung nicht notwendig, zweckmässig und geeignet, um den Gesundheitszustand namhaft und effektiv zu verbessern (S. 91 f. Ziff. 7.7.1).

Den Integritätsschaden beurteilten sie, mit entsprechender Begründung, als bei 5 % liegend (S. 93 Ziff. 7.8.2).

E. 3.14

Dr. J.____, B.____, stellte in seinem Bericht vom 23. Mai 2015 weiterhin die von ihm bisher genannten Diagnosen (Urk. 10/M90 = Urk. 17a/2).

Am 10. Juli 2015 berichtete Dr. med. K.____, Facharzt für Anästhesiologie, über seine am Vortag erfolgte Untersuchung des Beschwerdeführers (Urk. 3/4).

Dr. med. L.____, Fachärztin für Neurologie, bestätigte am 7. Oktober 2015 eine Konsultation durch den Beschwerdeführer vom 13. Mai 2015 (Urk. 17a/4).

Dr. J.____, jetzt A.____, nannte in seinem Bericht vom 22. Juli 2016 (Urk. 17a/3) als Diagnosen ein CRPS Typ 2 und eine Migräne ohne Aura (S. 1).

E. 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
Die Gerichtsschreiberin
Mosimann
Tiefenbacher

E. 4.1

Im Mai 2012 erachtete Dr. F.____ den Endzustand als noch nicht erreicht (vorstehend E. 3.8). Im Dezember 2012 hingegen führte er - mit entsprechender Begründung - aus, eine Fortsetzung der Behandlung dürfte keine massgebende Verbesserung der Arbeitsfähigkeit mehr bewirken (vorstehend E. 3.11), mithin aus medizinischer Sicht ein Endzustand (vorstehend E. 1.5) erreicht sei. Auch die Z.____-Gutachter erwarteten von einer weiteren Heilbehandlung keine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustands (vorstehend E. 3.13).

Gemäss nachvollziehbar begründeter Einschätzung war im Zeitpunkt des Beginns der zugesprochenen Rente (Dezember 2012) von einer Fortsetzung der Behandlung keine massgebende Verbesserung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit mehr zu erwarten, mithin der Endzustand erreicht.

Dass der Beschwerdeführer darüber hinaus weitere Behandlungen in Anspruch nahm (vorstehend E. 3.12) oder im Jahr 2015 jedenfalls in Aussicht nahm (vorstehend E. 3.14), ist zur Kenntnis zu nehmen. Es ändert nichts an der Plausibilität der per Dezember 2012 erfolgten medizinischen Beurteilung, sondern weist vielmehr darauf hin, dass in der Tat allfällige weitere Behandlungen auch subjektiv zu keiner Besserung geführt haben.

Die Behauptung des Beschwerdeführers unter Hinweis auf den Unfallschein (Urk. 3/5), Dr. C.____ vom B.____ habe 2015 eine Arbeitsunfähigkeit von 70 attestiert, ist aktenwidrig und muss als mehr als grenzwertig gerügt werden: Wie die Unterschrift von Dr. C.____ aussieht, ergibt sich aus dem Bericht vom 11. November 2008 (Urk. 10/M5 S. 2 oben). Diese Unterschrift findet sich im Unfallschein ein letztes Mal mit Datum vom 9. November 2010. Die 2015 betreffenden Einträge im Unfallschein stammen von Dr. med. M.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, wobei offensichtlich der in den Jahren 2010-2014 ausgefüllte Unfallschein kopiert wurde, wobei die damaligen Einträge abgedeckt worden waren, was - nebst der Fusszeile - durch den in der Seitenmitte im rechten Winkel angebrachten Stempel deutlich wird, der im alten Unfallschein ganz lesbar ist, im neueren hingegen nur abgeschnitten erscheint.

Somit bleibt es bei der Feststellung, dass per Dezember 2012 der medizinische Endzustand erreicht war. Bis zu diesem Zeitpunkt vermochte die unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit von 20 % seit Mitte 2010 einen Taggeldanspruch auszulösen, danach war die Invalidität zu bemessen (vorstehend E. 1. 5).

E. 4.2

Im Dezember 2011 wurde von rheumatologischer Seite nebst einer CRPS-Problematik auf myofasziale Befunde und Beschwerden der oberen Extremität hingewiesen, und im Mai 2012 wurde nebst einem CRPS II unter anderem ein hochgradiger Verdacht auf depressive und ängstliche Anteile der Schmerzverarbeitung diagnostiziert (vorstehend E. 3.7). Im Juli 2012 nannte der Psychiater des RAD als Diagnose eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (vorstehend E. 3.9). Der Neurologe Dr. F.____ führte im Dezember 2012 unter anderem aus, das Ausmass der Schmerzen und der Arbeitsunfähigkeit könne nicht durch die unfallbedingten somatischen Befunde erklärt werden, der Heilungsverlauf sei gänzlich atypisch für die erlittene Verletzung (vorstehend E. 3.11). Der den Beschwerdeführer behandelnde Dr. J.____ führte im Februar 2014 unter anderem aus, eine deutliche Verbesserung dürfe nur schwer zu erreichen sei, solange der Rechtsstreit nicht beigelegt sei (vorstehend E. 3.12).

Vor diesem Hintergrund ist es vollkommen einleuchtend, wenn im Z.____-Gutachten die Sensibilitätsstörung und der Schmerz im Bereich des rechten Daumens, nicht aber die - topografisch - darüber hinausreichenden somatischen Beschwerden, dies verbunden mit der Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (vorstehend 3.13).

Diese Unterscheidung ist wie dargelegt medizinisch gut begründet und nachvollziehbar, und es handelt sich keineswegs um eine unzulässige Aufteilung in neurologisch erklärbare und psychische Beschwerden („ein CRPS und eine somatoforme Schmerzstörung“), wie

vom Beschwerdeführer gerügt (Urk. 1 S. 11 Ziff. 32). Diese Konstellation ist direkt vergleichbar mit dem vom Bundesgericht im Urteil 8C_390/2011 vom 10. August 2011 beurteilten Fall einer Schnittverletzung an der Hand mit in der Folge

chronifizierten Schmerzen, von denen nur ein kleiner Teil, nämlich eine neuropathische Schmerzkomponente an den betroffenen Fingern, auf organischer Grundlage erklärt werden konnte, nicht aber die Ausweitung der Schmerzen auf die ganze linke obere Extremität die sich aus neurologischer Sicht nicht zuordnen liess (E. 4.1). Bezüglich der organisch nicht hinreichend nachweisbaren Beschwerden und zusätzlicher psychischer Beeinträchtigungen erfolgte eine gesonderte Prüfung des rechtsgenügenden, insbesondere adäquaten, Kausalzusammenhangs (E. 4.3).

E. 4.3

Die Frage, ob es sich bei den neurologisch fassbaren Beschwerden um ein noch immer florides CRPS II handelt oder um ein neuropathisches Schmerzsyndrom, wurde unterschiedlich beantwortet: Dr. D.____ erwähnte im

Mai 2009

noch kein CRPS (vorstehend E. 3.3). Ein solches wurde erstmals im September 2010 diagnostiziert, wobei die Formulierung, der Verlauf sei „in einer ersten Phase“ durch ein CRPS II kompliziert worden (vorstehend E. 3.4), eher auf ein seitheriges Abklingen schliessen liess. Der Gutachter Dr. E.____ erwähnte im September 2010 kein CRPS (vorstehend E. 3.5), Dr. F.____ im März 2011 ebenfalls nicht (vorstehend E. 3.6), wobei er später präziserte, die beiden eingangs genannten Diagnosen seien identisch (E. 3.11). Von behandelnder Seite wurde im Mai 2012 (vorstehend E. 3.7), im Juli 2012 (vorstehend E. 3.10), im Februar 2014 (vorstehend E. 3.12) sowie 2015 (vorstehend E. 3.14). Umgekehrt wurde im Z.____ -Gutachten mit doch eingehender Begründung postuliert, es seien höchstens Residuen eines durchgemachten CRPS II vorhanden (vorstehend E. 3.13).

Stellt man in Rechnung, dass es sich beim CRPS definitionsgemäss um ein e regional eingegrenzte Beeinträchtigung handelt, so muss sich diese Diagnose vorliegend auf die initial verletzte Daumenregion beziehen. Mithin geht es um den gleichen Körperteil wie bei der möglicherweise konkurrierenden, möglicherweise identischen Diagnose eines neuropathischen Schmerzsyndroms.

Im Hinblick auf die Anspruchsprüfung ist nicht die Diagnose ausschlaggebend, sondern massgebend sind die sich aus den damit bezeichneten Beeinträchtigungen ergebenden Einschränkungen. Diesbezüglich sind keine Unterschiede ersichtlich, weshalb die aufgeworfene diagnostische Frage offen gelassen werden kann.

E. 4.4

Es bleibt zu prüfen, ob die psychischen Beschwerden in einem rechtsgenügenden Kausalzusammenhang mit der erlittenen Unfall stehen, was nebst dem allfälligen natürlichen insbesondere einen adäquaten Kausalzusammenhang voraussetzt (vorstehend E. 1.3).

Im Hinblick auf die Adäquanzprüfung ist vorab die Schwere des Unfallereignisses zu bestimmen. Im Falle einer Versicherten, der die Sc herben einer Glasflasche die Flexor pollicis

longus -Sehne des linken Daumens und das radiale Gefässnervenbündel durchtrennt

hatten, hat das Bundesgericht die Einordnung durch die Vorinstanz als mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den leichten Unfällen nicht beanstandet (Urteil U 368/06 vom 12. Januar 2007 E. 3.2).

Angesichts des nahezu identischen Sachverhalts ist auch vorliegend von einem mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu einem leichten auszugehen. Dementsprechend müssen mindestens vier der massgebenden Kriterien erfüllt sein, damit die Adäquanz bejaht werden kann (vorstehend E. 1.4) .

E. 4.5

Was die gegenüber dem eingeholten Gutachten erhobenen Mängelrügen (Urk. 1 S. 11 ff. Ziff. 32-53) betrifft, kann auf die zutreffenden Ausführungen in der Beschwerdeantwort (Urk. 9 S. 7 ff.) verwiesen werden, denen nichts hinzuzufügen ist. Das Gutachten erfüllt alle praxismässigen Kriterien (vorstehend E. 1.5) vollumfänglich.

Die Anträge auf Zusprache einer höheren Invalidenrente und Integritätsentschädigung wurden nicht näher begründet. Sie basieren offensichtlich auf der Annahme, alle geltend gemachten Beeinträchtigungen seien unfallkausal. Nachdem diese Annahme unzutreffend ist, erübrigen sich Weiterungen.

E. 4.6

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass sich die Einwände gegen die bis Ende November 2012 befristete Taggeld- Zusprache und anschliessend zugesprochene Invalidenrente und Integritätsentschädigung als nicht stichhaltig erwiesen haben. Dementsprechend ist der angefochtene Entscheid zu bestätigen und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde

wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Markus Loher - Helvetia Schweizerische Versicherungsgesellschaft AG - Bundesamt für Gesundheit

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