

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2017.00250

vom 24. September 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-09-24, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2017.00250

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2017.00250 du 24 septembre 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2017.00250 del 24 settembre 2018

Erwägungen

E. 1

, Urk. 11/15, Urk. 11/11).

Die erstbehandelnden Ärzte des B.____, Klinik für Plastische Chirurgie und Handchirurgie, diagnostizierten eine subtotale Amputation des Unterarms proximal links und operierten den Versicherten noch am Unfalltag (Urk. 11/14).

Die Suva erbrachte in der Folge die gesetzlichen Leistungen (Urk. 11/ 2, Urk. 11/3).

Nach der kreisärztlichen Untersuchung vom 11. November 2016 (Urk. 11/207) sprach die Suva dem Versicherten mit Verfügung vom 20. Dezember 2016 ab 1. Februar 2017 gestützt auf eine Erwerbsunfähigkeit von 28 % eine Rente sowie eine Integritätsentschädigung in der Höhe von Fr. 56'700.-- bei einer Integritätsbusse von 45 % zu (Urk. 11/ 217). Die dagegen erhobene Einsprache (Urk. 11/ 222, Urk. 11/242) wurde mit Entscheid vom 4. Oktober 2017 in dem Sinne gutgeheissen, als dem Versicherten eine Integritätsentschädigung auf der Basis einer Einschränkung von 50 % zugesprochen wurde (Urk. 11/2 60 = Urk. 2).

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 7. Februar 2014 ereignet, weshalb die bis 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Normen auf den vorliegenden Fall Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden.

E. 1.2

Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweck mässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art.

E. 1.3

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Be schwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gebe nenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeits unfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person no ch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

E. 1.4

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 Vor akten

(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).

Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte und Ärztinnen kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar be grün det sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zu verlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt oder die befrag te Ärztin in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es be darf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unpartei lichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters oder der Gutachterin aller dings ein strenger Massstab anzulegen (RKUV 1999 Nr. U 356 S. 572; BGE 135 V 465 E. 4.4, 125 V 351 E. 3b/ ee , 122 V 157 E. 1c; vgl. auch BGE 123 V 331 E. 1c). 2.

E. 2

Der Versicherte erhob am 2. November 2017 Bes chwerde gegen den Einspra cheent scheid vom 4. Oktober 2017 (Urk. 2) und beantragte, di eser sei aufzuheben und es sei ihm eine volle Invalidenrente auszurichten. Eventuell sei ein medi zinisches Gutachten in Auftrag zu geben, um die medizinischen Einschränkungen feststellen zu lassen und die daraus entstandene Invalidität berechnen zu können (Urk. 1 S. 2).

Die Suva beantragte mit Beschwerdeantwort vom 2 2. Februar 2018 (Urk. 10) die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde dem Beschwerdeführer am 2 3. März 2018 zur Kenntnis gebracht (Urk. 13). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging gestützt auf die medizinischen Abklärungen, insbesondere die kreisärztliche Untersuchung vom 11. November 2016 davon aus,

in Gesamtschau der vorliegenden Berichte und der kreisärztlichen Untersuchung sei der Beschwerdeführer als Einhänder einzuschätzen. Entsprechend sei eine Tätigkeit nur mit der rechten Hand ausführbar (S. 5 unten). Auch betreffend Zumutbarkeit sprofil könne auf den Bericht der kreisärztlichen Untersuchung abgestellt werden. Es würden denn auch - abgesehen von der durchgehenden, unbegründeten Bestätigung einer Arbeitsunfähigkeit von 100% durch den Hausarzt - keine Arztberichte in den Akten vorliegen, die dem entgegenstehen würden.

Dem Vorbringen in der Einsprache, der Versicherte könne gar nichts mehr arbeiten, sei die gefestigte Rechtsprechung des Bundesgerichts entgegenzuhalten. Dem nach bestünden auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt genügend realistische Betätigungsmöglichkeiten selbst für Personen, die funktionell als Einarmige zu betrachten seien und überdies nur noch leichte Arbeit verrichten können (S. 7 unten).

E. 2.2

Dagegen stellte sich der Beschwerdeführer auf den Standpunkt (Urk. 1), er sei nicht mehr in der Lage einer Arbeitstätigkeit nachzugehen. Seit dem Unfall befinde er sich in medizinischer Behandlung. Die Prognosen seien schlecht. Er bestreite, dass er in einer angepassten Tätigkeit eine hypothetische residuale Arbeitsfähigkeit verwerten könne. Sämtliche Mediziner wie auch die Suva würden davon ausgehen, dass er nicht mehr in seinem angestammten Beruf oder in einem Beruf auf dem Bau arbeiten könne (S. 3). Er gelte als Einarmiger. Als Linkshänder bleibe ihm nur noch der Gebrauch des rechten Armes übrig. Die Feinmotorik dieses Armes sei jedoch durch die persistierenden Schmerzen stark beeinträchtigt. Er sei 42 Jahre alt, habe keine Ausbildung und spreche kein Wort Deutsch. Gemäss Aussage der Stiftung Profil-Arbeit&Handicap gebe es auf dem Arbeitsmarkt nur sehr wenige Tätigkeiten, die von einer Person mit seinem Profil durchgeführt werden könnten und die wirtschaftlich nachhaltig seien. Meistens stünden für Leute wie ihn nur einige Minipensen zu sehr tiefen Lohnbedingungen zur Verfügung. Von einer angepassten Tätigkeit, die es ihm erlauben sollte, seinen Lebensunterhalt zu finanzieren, sei hier kaum die Rede. Die Frage sei, ob ein potentieller Arbeitgeber ihn in Anbetracht seines eingeschränkten Tätigkeitsprofils und der noch bestehenden Fähigkeiten tatsächlich einstellen würde (S. 4). Es werde sich kaum ein Arbeitgeber finden lassen, der ihn einstellen würde. Aus Sicht des RAV sei er nicht vermittelbar. Es erstaune daher umso mehr, dass die Suva davon ausgehe, dass er in der Lage sein solle, als unausgebildeter, unter konstanten Schmerzen leidender Einarmiger, ohne dominanten Arm, so viel wie vor dem Unfall zu erwirtschaften. Der Entscheid der Suva basiere nur auf einer abstrakten Bemessung der Arbeitsfähigkeit, ohne sich die konkrete Frage der effektiven Umsetzung dieser Arbeitsfähigkeit auf dem Arbeitsmarkt zu stellen. Kombiniere man alle Leidenselemente, verstehe man viel besser, warum eine Wiederaufnahme der Arbeit zurzeit utopisch sei. Er sei vollumfänglich arbeitsunfähig und werde es in Zukunft auch bleiben. Er habe somit Anrecht auf eine angemessene Invalidenrente (S. 5).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist die Höhe des Invaliditätsgrades, wobei insbesondere darüber Uneinigkeit besteht, in welchem Umfang der Beschwerdeführer in einer behinderungsangepassten Tätigkeit arbeitsfähig ist. 3. 3.1

Am 7. Februar 2014 wurde der Beschwerdeführer laut Unfallmeldung vom 11. Februar 2014 beim Reinigen einer Mischmörte 1 pumpe in das Mischwerk gezogen und erlitt dadurch

eine subtotale Amputation des linken Unterarms (Urk. 11/1 Ziff. 6, Urk. 9, Urk. 11/14 , Urk. 11/48/21-22). Er war daher vom 7. bis 17. Februar 2014 im

B.____ hospitalisiert und wurde mehrfach operiert (Urk. 11/15). 3.2

Die Ärzte der C.____ berichteten am 18. April 2014 (Urk. 11/ 33 /1-3) von einer stationären Rehabilitation vom 17. Februar bis 11. April 2014 und nannten als Diagnosen eine subtotale Amputation des Unterarms proximal links (beidhändig dominant). Bei Austritt hätten folgende Probleme bestanden: ein ver minderter Arm-/Handeinsatz links (der Beschwerdeführer trage einen mass ge fertigten Kompressionshandschuh) ,

Einschränkungen in Aktivitäten des täglichen Lebens sowie spärliche Deutschkenntnisse (S. 1). Die stationäre Rehabilitation sei im Wesentlichen komplikationslos mit zeitgerechter Wundheilung und guter lokaler Abschwellung sowie zunehmender Hand- und Handgelenksfunktion links verlaufen. Bei Klinikaustritt habe eine Fallhand und ein incompletter Faustschluss links bestanden. Elektromyographisch sei eine axonale Schädigung des N. medianus und des N. radialis bestätigt worden. Zu erwähnen sei, dass die Untersuchung durch Narben und Wunden zum Teil erschwert gewesen sei und möglicherweise ein Teil der Paresen durch lokale Muskelläsionen mitbedingt gewesen seien (S. 2 Mitte).

Die aktuelle Tätigkeit als (angelernter) Bodenleger sei nicht mehr zumutbar und es bestehe ab dem 11. April 2014 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (S. 1 unten). Auch andere berufliche Tätigkeiten seien aktuell nicht zumutbar (S. 2 oben). 3.3

Die Ärzte des B.____ , Klinik für Plastische Chirurgie und Handchirurgie, führten im Bericht vom 1. Juli 2014 (Urk. 11/66) aus, bei Status nach subtotaler Amputation des linken Unterarms zeige sich eine komplette axonale

Schädigung des N. interosseus

posterior , was gut zum klinischen Bild einer noch erhaltenen, radialen Extensionsbewegung des Handgelenks passe. Zusätzlich bestehe eine schwere, aber nicht komplette Medianus -Läsion am Unterarm, wobei die Sensibilität partiell intakt sei und sich auch die Motorik zu erholen scheine, wobei die laterale Thenarermuskulatur noch dennerviert sei (S. 2). 3.4

Die Ärzte des B.____ berichteten am 19. August 2014 (Urk. 11/ 76 = Urk. 11/87/4-5) über eine Hospitalisation vom 14. bis 16. August 2014 und nannten als Diagnose einen störenden Radialisausfall bei Status nach subtotaler Amputation Unterarm proximal links am 7. Februar 2014 (S. 1). Die Ärzte berichteten weiter von einem problemlosen peri - und postoperativen Verlauf (S. 2). 3.5

Dr. med. D.____ , Facharzt für Neurologie, B.____ , berichtete am 2. Dezember 2014 (Urk. 11/101 = Urk. 11/106/2-3) von einer neurologischen und elektrophysiologischen Untersuchung und führte dazu aus, im Vordergrund der Beschwerden stünden aktuell brennende, elektrisierende Missempfindungen im Bereich der Finger I, II und III sowie radial IV der linken Hand, sowie Missempfindungen und Schmerzen am medialen Unterarm radialer Unterarm dorso -proximal und bei Dehnbewegungen am radialen

Handgelenk. Es bestünden starke Überempfindlichkeiten und Berührungsschmerzen. Durch die bisherige Behandlung mit Lyrica und Capsaicin sei es nicht zu einer relevanten Besserung gekommen (S. 1). Es könnten folgende Probleme identifiziert werden. Es bestünden Reinnervations-Neuralgien des N. medianus mit Hyperalgesie im Medianusversorgungsgebiet. Erfreulicherweise könne neurographisch zur Voruntersuchung nun eine Reinnervation im Bereich des Thenars objektiviert werden. Es bestünden belastungsabhängige Handgelenksschmerzen sowie neuralgiforme Schmerzen im Sinne einer Irritationsneuralgie des N. cutaneus

antebrachii

medialis, eines Radialis Astes, sensibel am proximalen dorso-radialen Unterarm sowie des R. superficialis

N. radialis bewegungsabhängig (S. 2). 3.6

Die Ärzte des B.____, Klinik für Plastische Chirurgie und Handchirurgie, berichteten am 29. Januar 2015 (Urk. 11/115 = Urk. 11/117/5-6 = Urk. 11/130/1-2) von einer Hospitalisation vom 18. bis 21. Januar 2015 und nannten als Diagnose eine Synostose radioulnar proximal links bei Status nach subtotaler Amputation Unterarm proximal links am 7. Februar 2014. Dazu führten sie aus, der Beschwerdeführer berichtete über eine weiterhin bestehende, unveränderte linksseitige Arm- und Handschwäche ab Ellenbogenregion und Sensibilitätsverlust an den Fingerkuppen der ersten drei Finger. Weiterhin leide er unter einer stark ausgeprägten Hyperästhesie am gesamten linken Unterarm mit Ausnahme eines zirka 2 mal 2

Zentimeter grossen Areals an der distalen Ulna (S. 1). Der perioperative Verlauf habe sich komplikationslos gestaltet. Am ersten postoperativen Tag habe eine Bestrahlung durch die Kollegen der Radio-Onkologie stattgefunden. Es bestehe vom 19. Januar bis 1. Februar 2015 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (S. 2). 3.7

Dr. D.____ (vorstehend E.

3.5) führte im Bericht vom 24. Februar

2015 (Urk.

E. 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.

E. 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).

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 Heilbehandlung und die Tag geld leistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG).

E. 11

/123) aus, seit der letzten neurologischen Untersuchung sei es zu zunehmenden Schmerzen im Bereich der linken Hand gekommen. Es bestehe eine Überempfindlichkeit bei geringsten Berührungen. Im Wesentlichen bestehe ein unveränderter neurologischer Befund. Neu bestünden eine ausgeprägte Hyperästhesie und neuropathische Schmerzen bei Berührungen an den Medianus -Fingern links. Die neuropathischen Schmerzen seien im Rahmen einer Reinnervation zu interpretieren (S. 1). 3.8

Dr. med. E.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates und für Handchirurgie,

B.____, führte im Bericht vom 11. Mai 2015 (Urk. 11/137/3-4) nach handchirurgischer Sprechstunde aus, er habe heute den Beschwerdeführer nochmals kontrolliert. Er habe ihm erklärt, dass im Moment keine deutliche chirurgische Indikation bestehe, um die Situation verbessern zu können. Ein Eingriff am distalen Radio- Ulnargelenk würde nicht mit Sicherheit eine verbesserte schmerzfreie Pronation/ Supination erbringen. Es stelle sich also die Frage, ob es überhaupt eine Indikation für eine chirurgische Intervention gebe, da noch neuropathische Schmerzen im Vordergrund stünden, die noch verbessert werden müssten (S. 2). 3.9

Im Sprechstundenbericht vom 2. Juli 2015 (Urk. 11/144) führte Dr. E.____ (vorstehend E. 3.8)

aus, es zeige sich eine Verschlechterung der neuropathischen Schmerzen und der Hypersensibilität der Hand im Bereich des N. medianus . Der Beschwerdeführer habe ein deutliches Tinel -Zeichen, genau an der distalen Grenze des Karpaltunnels, proximal davon nicht. Er zeige eine Schonhaltung (« Überschützung ») und die Finger seien etwas steifer und geschwollen. Das Tinel -Zeichen an der anatomischen Tabatière sei ein Zeichen der Regeneration des Ramus

superficialis des N. radialis . Dies sei ein gutes Zeichen und der Beschwerdeführer verspüre dort auch keine neuropathischen Schmerzen. Nach Rücksprache mit Dr. D.____ seien sie der Meinung, dass es sich um ein ganz untypisches CRPS, eine Kompression des N. medianus am Karpaltunnel oder aber um wiederholte Schmerzen aufgrund der Reinnervation , welche allenfalls noch nicht das Ende der Finger erreicht mögen habe, handeln könnte (S. 1 unten f.). 3.10

Dr. D.____ (vorstehend E. 3.5) führte nach elektrodiagnostischer Untersuchung am 18. August 2015 (Urk. 11/152) aus, klinisch und vor allem elektrodiagnostisch sei es zu einer deutlichen Besserung der Befunde zum Vorzustand gekommen mit Reinnervation der Interossei

anterior -Anteile sogar des lateralen Thenars mit hier praktisch normaler Throphik . Elektrodiagnostisch zeige sich eine weitere Besserung der Befunde . Ob tatsächlich ein relevantes Carpal tunnel syndrom vor liege oder nicht sei schwierig zu determinieren. Für eine Kompression des N. medianus am Handgelenk links spreche der klinische Befund mit ausgeprägtem Tinel -Zeichen auf dieser Höhe, relativ die elektrodiagnostischen Befunde mit nur leichter distal motorischer Latenz, dagegen allerdings die Tatsache, dass es

zwischenzeitlich zu einer sehr guten Erholung mit neu auch sensiblen Potentialen gekommen sei. Im Nerven-Ultraschall könne eine fokale Auftreibung des N. medianus proximal des Carpaltunnels nicht nachgewiesen werden. Da ein Carpal tunnel-Syndrom durchaus die Beschwerden erklären könnten, wäre er unter Zusammenschau der klinischen Befunde und der elektrodiagnostischen Indikationsstellung für eine Carpaltunnel-Spaltung eher grosszügig (S. 2). 3.11

Dr. E.____ (vorstehend E.

3.8) führte im Bericht vom 16. Dezember

2015 (Urk. 11/165/2-3) aus, am 2. September 2015 sei linksseitig eine Carpaltunnel-Spaltung durchgeführt worden, jedoch seien die neuropathischen Schmerzen nicht relevant besser geworden. Der Beschwerdeführer beklage immer noch Kribbel parästhesien und elektrisierende Schmerzempfindungen im Bereich der linken Hand. Die Beweglichkeit im Bereich der Langfinger der linken Hand sei komplett, volle Streckung und Beugung sei möglich, auch mit Schmerzen. Die Beweglichkeit des Daumens sei vermindert. Insgesamt glaube er, dass die konservativen Massnahmen etwas gebracht hätten, mehr als die chirurgische Carpaltunnel-Spaltung. Er sehe keine Indikation für weitere chirurgische Interventionen (S. 1). 3.12

Die Ärzte des B.____, Physiotherapie Ergotherapie, führten im Abschlussbericht der Handtherapie vom 18. Februar 2016 (Urk. 11/172/1-4) aus, es bestünden elektrisierende Schmerzen bei Berührung (Allodynie) im von N. medianus, N. ulnaris und

N. radialis innervierten Hautgebiet der linken Hand. Das hindere den Beschwerdeführer daran, die neu gewonnenen Funktionen der linken Hand, Handgelenk und Ellbogen im Alltag einzusetzen. Der Beschwerdeführer berichte, die linke Hand im Alltag nicht einsetzen zu können. Schmerzen bestünden sowohl in Ruhe, wie auch bei Bewegung von Fingern, Daumen und Handgelenk. 3.13

Dr. D.____ (vorstehend E.

3.5) führte im Bericht vom 11. April

2016 (Urk. 11/181/5-6 = Urk. 11/188/1-2) nach elektrodiagnostischer Untersuchung im Wesentlichen aus, der Beschwerdeführer leide unverändert an starken Schmerzen und einer starken Berührungsempfindlichkeit seiner ganzen linken Hand. Die einzigen zwei Interventionen, die eine gewisse Linderung bringen würden, sei die Elektrostimulation (S.

1). Im Vergleich zur Voruntersuchung vom 18. August 2015 habe sich nun ein vollständiges Bild eines CRPS der linken Hand mit schwerster Hyperpathie und Allodynie bei bereits geringsten Berührungen im Bereich der linken Handfläche entwickelt. Elektrodiagnostisch würden sich weitgehend unveränderte Befunde einer normalen Medianus - und Ulnaris -Neurographie zeigen. Im Nerven-Ultraschall stelle sich der N. medianus normal dar. Der R. superficialis könne im Narbenbereich insbesondere an der Lokalisation wo das Tinel -Zeichen am stärksten sei, technisch bedingt nicht lokalisiert werden. Unter Zusammen schau des bisherigen Verlaufs sei nicht davon auszugehen, dass durch irgend welche nervenchirurgischen Eingriffe wie Neurom-Chirurgie am R. superficialis irgendeine relevante Verbesserung der aktuellen Beschwerden erreicht werden könne. 3.14

Die Ärzte des B.____, Klinik für Plastische Chirurgie und Handchirurgie, berichtete n am 15. August

2016 (Urk. 11/191/2-3) über eine Hospitalisation vom 8. bis 9. August 2016 und führten aus, wegen persistierender Schmerzen dorsal über dem distalen Unterarmdrittel sei bei sonographisch nachgewiesenem Ganglion im Bereich des zweiten Strecksehnenfaches die Indikation zur Exstirpation gestellt worden. Der Beschwerdeführer leide unverändert an starken Schmerzen und einer starken Berührungsüberempfindlichkeit seiner ganzen linken Hand (S. 1). Der postoperative Verlauf habe sich unauffällig gestaltet (S. 2). 3.15

Dr. med. F.____, Fachärztin für Chirurgie, nannte in der kreisärztlichen Untersuchung vom 11. November 2016 (Urk. 11/207) folgende Diagnosen (S. 7): - persistierende Schmerzen und eingeschränkte Handfunktion/ Unterarm funktion bei: - Status nach subtotaler Amputation des linken Unterarms proximal Februar 2014 mit Readaptation - Status nach verkürzender Osteosynthese Februar 2014 - Status nach Sehnentransfer zum Extensor pollicis

longus FCU und EDC August 2014 - Status nach Plattenentfernung, Neurolyse

N. medianus, Nervennaht Ramus

superficialis

N. radialis Januar 2015 - Status nach offener Karpaltunnelspaltung links September 2015 - Status nach Tenolyse EPL links und Ganglienexstirpation August 2016 - im Verlauf Entwicklung eines CRPS im Bereich des linken Unterarms/

Hand

Dazu führte Dr. F.____ aus, die klinische Untersuchung sei zur Beurteilung der Abschlussmodalitäten erfolgt. Entsprechend den vorliegenden Unterlagen habe der Beschwerdeführer am 7. Februar 2014 bei der Arbeit die oben dokumentierte Verletzung erlitten. Die Erstbehandlung sowie darauffolgende dokumentierte multiple Operationen seien im B.____ erfolgt. Des Weiteren sei eine engmaschige Betreuung und Überwachung durch Dr. D.____ erfolgt, wobei bei der letzten neurologischen Untersuchung im April 2016 weitgehend unveränderte Befunde im Vergleich zu August 2015 erhoben und

in Zusammenschau von weiteren operativen Revisionen abgeraten worden sei.

Es sei die Fortführung der TENS-Behandlung sowie die Indikation zu einem Nervenstimulator zu überprüfen empfohlen worden. Der Beschwerdeführer gebe anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung an, dass er durch die Entfernung des Ganglions nicht profitiert habe, er sei zurzeit in keiner Behandlung und führe die Therapie mit dem TENS-Gerät und die Gel-Applikation eigenständig durch. Gesamthaft habe sich in seinen Augen in den letzten Wochen/Monaten keine wirkliche Veränderung ergeben (S. 7 unten).

Bei der heutigen klinischen Untersuchung stelle sich der Beschwerdeführer in einem guten Allgemein- und Ernährungszustand vor. Die gesamte Anamnese sei durch das Schmerzerleben und Fokussierung auf den linken Unterarm geprägt.

Eine wirklich klinische Untersuchung des linken Unterarms sei heute im Rahmen der kreisärztlichen Untersuchung nicht möglich gewesen. Der Beschwerdeführer toleriere überhaupt keine Berührung, obwohl er während der

Anamnese eine Bandage ohne vermehrte Schmerzäusserung mehrmals an- und auszulegen. Vergleiche man das heutige Verhalten des Beschwerdeführers mit dem in den Berichten von Dr. E.____ und Dr. D.____, so sei es nicht kongruent.

Auch während der Anamnese seien die Angaben des Beschwerdeführers nicht immer stimmig gewesen. Einerseits werde angegeben, dass die Ehefrau alles für ihn mache, während dann im Weiteren angegeben werde, dass er zwei Nachbarinnen habe, die ihn sehr unterstützen würden und er mittlerweile von der Ehefrau getrennt lebe.

Inspektorisch

seien die Fingernägel an beiden Händen seitengleich gepflegt und seitengleich kurz geschnitten, die Pflege würde er selbst durchführen.

Aufgrund der etwas inkongruenten Angaben, und da vom Beschwerdeführer

keine Berührung/ passive Untersuchung toleriert werde, stütze sie ihre weitere Beurteilung der Gesamtsituation auf die Untersuchungsbefunde von Dr. E.____ sowie Dr. D.____.

Da sich in den letzten Wochen/Monaten keine Veränderung der Situation auch in den Augen des Beschwerdeführers ergeben habe und von den behandelnden Ärzten keine weiteren Therapieoptionen sowie operative Revision empfohlen worden seien, könne man gesamthaft von einem stationären Zustand ausgehen (S. 8 oben).

In Gesamtschau der vorliegenden Berichte und der heutigen kreisärztlichen Untersuchung sei der Beschwerdeführer als Einhänder einzuschätzen. Entsprechend sei eine Tätigkeit nur mit der rechten Hand ausführbar. Eine zeitliche Einschränkung liege bei der postulierten Einhändigkeit nicht vor, der Beschwerdeführer sollte lediglich die Möglichkeit haben, in der Mittagspause das TENS-Gerät zu nutzen, da gemäss vorliegenden Berichten die Behandlung mit dem TENS-Gerät zu einer Schmerzreduktion über vier bis sechs Stunden führe. Eine zeitliche Einschränkung sei nur dann zu postulieren, wenn der linke Unterarm/Hand als Haltehand fungiere, sodass dann zusätzlich alle Stunden eine Pause von 10 Minuten von Nöten wäre (S. 8 Mitte).

Die dokumentierte Funktionseinschränkung des linken Unterarms bei Status nach subtotaler Amputation sei nachvollziehbar und unfallkausal (S. 8 unten).

3.16

Zur Behandlung der chronischen Schmerzen erfolgte am 13. März 2017 im B.____, Institut für Anästhesiologie, eine Erstkonsultation (Urk. 11/244). Die Ärzte des B.____ führten dazu aus, die ausgedehnten Schmerzen mit Allodynie des linken Unterarms seien vereinbar mit einer Neuropathie, wobei der Beschwerdeführer klinisch kaum untersuchbar gewesen sei. Die Ausdehnung und Funktionseinschränkung der Hand bei normalen ENMG-Befunden des N. medianus und ulnaris zusammen mit der objektivierbaren Hypersudation seien vereinbar mit einem CRPS oder sympathisch unterhaltener Schmerzproblematik. Der Beschwerdeführer stehe aufgrund der vielen Voroperationen invasiven Therapiemöglichkeiten aktuell skeptisch gegenüber. Mit dem Beschwerdeführer sei deshalb zu nächst eine Medikamentenaustestung besprochen worden und sie würden anschliessend diagnostische Nervenblockaden durchführen. Bei Verdacht auf eine sympathische Komponente (Sudomotorik) könne eine Ganglion Stellatum-Blockade erfolgen, welche bisher nicht thematisiert worden sei.

In der Kontrolle und im Bericht vom 17. Mai 2017 (Urk. 11/251) führten die Ärzte des B.____ aus, der Beschwerdeführer habe berichtet, dass die Schmerzen im Wesentlichen unverändert seien. Die autonomen Funktionsstörungen würden anamnestisch als auch klinisch weiterhin bestehen. Die diagnostische periphere Nervenblockade der Nn. radialis et medianus links am proximalen Oberarm sei negativ gewesen. Es sei ein konservatives Therapieprozedere mit zunächst medikamentöser Optimierung, erneutem Beginn einer hand- und ergotherapeutischen Behandlung zum Erhalt der Armfunktionen und Vorbeugung von Atrophien sowie eine psychiatrisch-psychotherapeutische Begleitung zu empfehlen (S. 2 oben).

In der Kontrolle und im Bericht vom 15. Juni 2017 (Urk. 11/253) führten die Ärzte des B.____ aus, die Schmerzen seien unter der aktuellen antineuropathischen Therapie zunehmend besser. Der Beschwerdeführer habe zudem berichtet, dass er durch die Suva zum Regionalen Arbeitsvermittlungszentrum (RAV) geschickt worden sei, welches ihm jedoch keine Praktika vermitteln könne, da er weiterhin 100 % arbeitsunfähig geschrieben sei. Er wolle gerne zu reduziertem Pensum wieder eine Tätigkeit aufnehmen, welche er einarmig durchführen könne. Aus schmerztherapeutischer Sicht sei dieser Wunsch zu befürworten. Ein Startarbeitspensum von 20 bis 30 % wäre zur Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt ideal. Bei aktuell stabiler beziehungsweise sich leicht verbesserter Schmerzsituation sei vorerst eine Fortführung der etablierten Medikation zu empfehlen (S. 2 oben).

In der Kontrolle und im Bericht vom 27. Juli 2017 (Urk. 11/255) führten die Ärzte des B.____ aus, aktuell bestehe eine insgesamt zufriedenstellende Schmerzsituation mit nur vereinzelt Schmerzexazerbationen. Die Schmerzintensität sei meist im Bereich NRS vier bis fünf und die weitere Steigerung von Amitriptylin habe so wohl qualitativ als auch quantitative Verbesserungen des Schlafes bewirkt. Die transkutane elektrische Nervenstimulation wende der Beschwerdeführer mehrfach täglich an und habe einen ausgesprochen schmerzlindernden Effekt. Psychosozial habe sich auch eine Verbesserung ergeben. Dieses unter anderem auch da der Beschwerdeführer sich mit der Persistenz der neuropathischen Schmerzen abgefunden habe und nun mit Unterstützung durch das RAV und Freunde eine neue, angepasste Arbeitsstelle suche (S. 2 oben).

In der Kontrolle und im Bericht vom 10. Oktober 2017 (Urk. 11/264) führten die Ärzte des B.____ aus, der Beschwerdeführer leide vor allem unter dem Wetterwechsel. Die durchschnittliche Schmerzstärke betrage zwischen vier bis sechs. Bei der Untersuchung bestehe eine ausgeprägte Hyperalgesie auf kleinste Berührung sämtlicher Finger, Hyperhidrose links sowie ein Temperaturunterschied von 27.5°

links gegenüber 31° rechts. Der Beschwerdeführer sei sich grundsätzlich bewusst, dass eine komplette Schmerzlinderung kaum möglich sei, er sehe aber noch Optimierungspotential (S. 2 oben). 4. 4.1

Die Tatsache, dass die Beschwerdegegnerin die Prüfung des Rentenanspruchs per 1. Februar 2017 vorgenommen hat, ist im Hinblick darauf, dass der medizinische Endzustand aus ärztlicher Sicht als erreicht erachtet wird (vgl. vorstehend E. 3.13, E. 3.15), nicht zu beanstanden und wird vom Beschwerdeführer beschwerdeweise auch nicht bestritten.

Aus medizinischer Sicht ist zudem aktenkundig und unbestritten, dass die erheblichen Funktionseinschränkungen und Beschwerden des linken Unterarms auf den im Februar 2014 erlittenen Unfall zurückzuführen sind, wobei der Beschwerdeführer unter anderem

eine subtotale Amputation des linken Unterarms erlitt (vgl. unter anderem vorstehend E. 3.15).

Weiter gehen die Ärzte übereinstimmend davon aus, dass dem Beschwerdeführer die bisherige körperlich belastende Tätigkeit als Bauhilfsarbeiter infolge der unfallbedingten Beschwerden am linken Unterarm nicht mehr zumutbar ist (vgl. vorstehend E. 3.2, E. 3.6, E. 3.15), was in Kenntnis der erhobenen Befunde sowie der Tatsache, dass der Beschwerdeführer als funktionell

einhändig er einzustufen ist, ohne weiteres nachvollziehbar und zwischen den Parteien auch nicht umstritten ist. 4.2

Im Hinblick auf die Zumutbarkeit einer angepassten Tätigkeit erweist sich die durch Kreisärztin Dr. F.____ im November 2016 vorgenommene Beurteilung als schlüssig und nachvollziehbar, weshalb darauf abzustellen ist. So erstattete sie ihre Einschätzung in Kenntnis der entsprechenden Vorakten und nahm selbst eine ausführliche klinische Untersuchung des Beschwerdeführers vor. In Gesamtschau schätzte Dr. F.____ den Beschwerdeführer als Einhänder ein und erachtete eine Tätigkeit nur mit der rechten Hand ausführbar. Bei postulierter Einhändigkeit ging Dr. F.____ zudem von keiner zeitlichen Einschränkung aus (vgl. vorstehend E. 3.15).

Soweit der Beschwerdeführer vorbringt, er sei vollumfänglich arbeitsunfähig (vgl. Urk. 1 S. 5),

ist dem entgegenzuhalten, dass die rein subjektive Einschätzung der versicherten Person betreffend ihre Arbeitsfähigkeit nicht relevant ist. Vielmehr ist es primär ärztliche Aufgabe, anhand der objektiven Befunderhebung die sich daraus ergebenden Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit zu bestimmen (Urteil des Bundesgerichts 8C_7/2014 vom 10. Juli 2014 E. 4.1.2 und 4.2.2).

Eine vom im Bericht der kreisärztlichen Untersuchung erstellten Zumutbarkeitsprofil abweichende medizinische Einschätzung liegt nicht vor.

Auch die Berichte des Instituts für Anästhesiologie des B.____ über die Behandlung der chronischen Schmerzen seit März 2017 (vgl. vorstehend E. 3.16) sind nicht geeignet, zu einem abweichenden Ergebnis zu führen. So berichteten die Ärzte darin von einer zunehmenden Besserung der Schmerzen und einer insgesamt zufriedenstellenden Schmerzsituation. Auch wird erneut darüber berichtet, dass die TENS-Behandlung einen ausgesprochen schmerzlindernden Effekt habe. Daraus lässt sich im Vergleich zum Befund anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung (vgl. vorstehend E. 3.15) auf eine Besserung der Situation schliessen. Während der Beschwerdeführer anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung auf der Schmerzskala noch von einem Wert von acht sprach (vgl. Urk. 11/207 S. 5 Mitte), geht aus den neuesten Berichten des B.____ eine Schmerzintensität von vier bis fünf/sechs

hervor (vgl. vorstehend E. 3.17). Dass der Beschwerdeführer wie behauptet vollständig arbeitsunfähig ist, ergibt sich indes auch nicht aus den neuesten Berichten des B.____. So geht beispielsweise aus dem Bericht vom 15. Juni 2017 hervor, dass der Beschwerdeführer gerne zu reduziertem Pensum wieder eine Tätigkeit, welche er einarmig durchführen könne, aufnehmen wolle (vgl. Urk. 11/253). Weiter ergibt sich aus dem Bericht vom 27. Juli 2017, dass der Beschwerdeführer mit der Unterstützung des RAV und seiner Freunde eine neue, angepasste Arbeitsstelle suche (vgl. Urk. 11/255). 4.3

Nach dem Gesagten ist festzustellen, dass der Beschwerdeführer aufgrund der unfallbedingten Beschwerden am linken Unterarm in der bisherigen Tätigkeit als Bauhilfsarbeiter zwar nicht mehr arbeitsfähig ist. Gestützt auf die beweiskräftige kreisärztliche Beurteilung ist er indessen in einer angepassten Tätigkeit in Beachtung des Belastungsprofils (vgl. vorstehend E. 3.15) vollschichtig einsetzbar.

Es ist nach dem Gesagten nicht ersichtlich, inwiefern die vom Beschwerdeführer geforderte Anordnung eines Gutachtens neue, für die Beurteilung des vorliegenden Falls entscheidende Erkenntnisse liefern könnte, sodass darauf im Sinne der antizipierten Beweiswürdigung zu verzichten ist (BGE 122 V 157 E. 1d). 5.

Soweit der Beschwerdeführer schliesslich geltend macht, dass es für ihn mit seiner Behinderung und Ausbildung keine angepasste Tätigkeit gäbe respektive kaum ein Arbeitgeber bereit wäre ihn einzustellen, so kann dem nicht gefolgt werden. Zwar ist bei faktischer Einhändigkeit eine erheblich erschwerte Verwertbarkeit anzunehmen. Der Beschwerdeführer verkennt jedoch, dass auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt gemäss gefestigter Rechtsprechung (vgl. dazu

Urteil 8C_31/2017 vom 30. März 2017 in Erwägung 6.2) genügend realistische Betätigungsmöglichkeiten selbst für Personen bestehen, die funktionell als Einarmige zu betrachten sind und überdies nur noch leichte Arbeit verrichten könnten. Zu denken ist etwa an einfache Überwachungs-, Prüf- und Kontrolltätigkeiten sowie an die Bedienung und Überwachung von (halb-) automatischen Maschinen oder Produktionseinheiten sowie die Arbeit als Museums- oder Parkplatzwärter (Urteile 8C_622/2016 vom 21. Dezember 2016 E. 5.2.2, 8C_477/2016 vom 23. November 2016 E.

4.3, 8C_345/2016 vom 1. September

2016 E.

5, 8C_37/2

E. 016

vom 8. Juli 2016 E. 5.1.2).

Es besteht im vorliegenden Fall entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers kein Anlass für eine andere Betrachtungsweise.

Der Beschwerdeführer verkennt schliesslich auch, dass die Beschwerdegegnerin der Tatsache, dass er aufgrund der erheblichen funktionellen Beeinträchtigung der linken Hand sowie weiterer einkommensbeeinflussender Faktoren die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichen Erfolg verwerten kann, mit dem maximalen Abzug von 25 % vom Tabellenlohn Rechnung trug (vgl. Urk. 2 S. 9 oben), was gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung angemessen ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_418/2008 vom 17. September 2008 E. 3.3.2).

Im Übrigen wird die von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Invaliditätsbeurteilung nicht bestritten und ist auch nicht zu beanstanden.

Der angefochtene Einspracheentscheid erweist sich demnach als rechtens, was zur Abweisung der Beschwerde führt. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Y.____ - Rechtsanwältin Vera Häne - 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 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu stellen.

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 P. Sager

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