

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00085

vom 3. September 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-09-03, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2018.00085

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00085 du 3 septembre 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00085 del 3 settembre 2019

Erwägungen

E. 1

). Sie übernahm darauf die Heilbehandlungs kosten und rich tete dem Versi cherten ab dem 2 2. Mai 201

E. 1.1

Im verwaltungsgerichtlichen Beschwerdeverfahren sind grundsätzlich nur Rechtsverhältnisse zu überprüfen beziehungsweise zu beurteilen, zu denen die zuständige Verwaltungsbehörde vorgängig verbindlich – in Form einer Verfügung beziehungsweise eines Einspracheentscheids – Stellung genommen hat. Insoweit bestimmt die Verfügung beziehungsweise der Einspracheentscheid den beschwerdeweise weiterziehbaren Anfechtungsgegenstand. Umgekehrt fehlt es an einem Anfechtungsgegenstand und somit an einer Sachurteils voraussetzung, wenn und insoweit keine Verfügung beziehungsweise kein Ein sprache entscheid ergangen ist (BGE 131 V 164 E. 2.1; 125 V 413 E. 1a).

E. 1.2

Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts kann das verwaltungsgerichtliche Verfahren aus prozessökonomischen Gründen auf eine ausserhalb des Anfechtungsgegenstandes, das heisst ausserhalb des durch die Verfügung beziehungsweise durch den Einspracheentscheid bestimmten Rechtsverhältnisses liegende spruchreife Frage ausgedehnt werden, wenn diese mit dem bisherigen Streitge genstand derart eng zusammenhängt, dass von einer Tatbestandsgesamtheit gesprochen werden kann, und wenn sich die Verwaltung zu dieser Streitfrage mindestens in Form einer Prozessklärung geäußert hat (BGE 130 V 501, 122 V 34 E. 2a mit Hinweisen).

E. 1.3

Der zwischen den Parteien strittige Anspruch auf eine Integritätsentschädigung (Urk. 1 S. 2, 12 S. 4 und 16 S. 1) war nicht Gegenstand des Einspracheentscheids (Urk. 2 S. 3 ; vgl. auch Urk.

E. 5

Taggelder aus (vgl. Urk. 14 / 2).

Mit Verfügung vom 26 . September 2017 stellte die Suva diese Leistungen

per 30. September 2017 ein , da die noch verbliebenen organischen Unfallrestfolgen aktuell nicht behandlungsbedürft ig seien und keine Einschränkung der Arbeits fähigkeit begründeten. Die organisch nicht hinreichend nachweisbaren Beschwer den seien nicht adäquat unfallkausa l. Es bestehe kein An spruch auf eine Invali denrente und d ie Voraussetzungen für die Gewährung einer Integritäts en tschädi gung seien nicht erfüllt

(Urk. 14 / 176). Dagegen erhoben die Helsana Versicherungen AG (Urk. 14/180 und 14/186) und der Versicherte (Urk. 14/188) Einsprache . Am 26. Oktober und am 13. November 2017 zog die Helsana Versicherungen AG ihre Einsprachen zurück (Urk. 14/191 -192) . Der Versicherte begründete am 27. November 2017

seine Einsprache ergänzend und reichte weitere Unterlagen ein (Urk. 14/193) . Die Suva holte eine Beurteilung ihrer Kreisärztin Dr. med. Z.____ , Fachärztin FMH für Allgemein chirurgie und Traumatologie, vom 13. März 2018 ein (Urk. 14/200) . Mit Entscheid vom 21. März 2018 wies die Suva die Einsprache

ab (Urk. 2 = 14 / 201) . 2.

Gegen den Einspracheentscheid vom 21 . März 2018 erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt in

Bibiane Egg , mit Eingabe vom 1

E. 5.1

Die Beschwerdegegnerin stützte ihren Entscheid im Wesentlichen auf die kreisärztlichen Beurteilungen von Dr. Z.____ vom 18. Mai 2017 und vom 13. März 2018 (Urk. 2 S. 5; vgl. Urk. 14/163 und 14/200) . Im Beschwerdeverfahren berief sie sich überdies auf die Stellungnahme des Kreisarztes Dr. A.____ vom 14. Juni 2018 (Urk. 12 S. 8 ; vgl. Urk. 13).

E. 5.2

Nach der Rechtsprechung kommt auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ ee). Das Anstellungsverhältnis einer versicherungsinternen Fachperson zum Versicherungsträger alleine lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen (BGE 137 V 210 E. 1.4, 135 V 465 E. 4.4). Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweismwürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1, 139 V 225 E. 5.2, 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7).

E. 5.3

Mit Bezug auf die Ausführungen der Kreisärztin Dr. Z.____ vom 19. /20. Mai 2017 ist festzuhalten, dass diese den Beschwerdeführer nur befragte , aber nicht persönlich untersuchte (Urk. 14/163 S. 6 f.). Die Einschätzung

Dr. Z.____ s , der Beschwerdeführer sei zu 100 % arbeitsfähig, beruht lediglich auf einer Einsichtnahme in die medizinischen Vorakten (vgl. Urk. 14/ 163 S.

1 ff.) . Gestützt auf dieselben ging Dr. Z.____ von in somatischer Hinsicht unveränderten Verhältnissen seit der letzten kreisärztlichen Untersuchung vom 20. Oktober 2016 aus (Urk. 14/163 S. 7). Damals war der Beschwerdeführer durch den Suva-Kreisarzt Dr. L.____ indessen als zu 50 % arbeitsunfähig beurteilt worden (Urk. 14/135 S. 7). Die neu anderslautende Arbeitsfähigkeitsbeurteilung Dr. Z.____ s, wonach eine 0%ige Arbeitsunfähigkeit bestehe, ist vor diesem Hintergrund nicht nachvollziehbar. Sie wurde auch nicht schlüssig begründet . Darüber hinaus wurde die Einschätzung Dr. Z.____ s mit der Stellungnahme des behandelnden Schulter spezialisten PD Dr. H.____ vom 13. November

2017

in Zweifel gezogen (Urk. 14/ 193 S.

4). Daran vermag auch nichts zu ändern, dass PD Dr. H.____ die am 29. März 2017 durch ihn erhobenen Befunde weder in seinem Bericht vom 30. März 2017 (Urk. 14/ 150) noch in seiner Stellungnahme vom 13. November 2017 (Urk. 14/193 S. 4 f.) auf führte . Für eine präzise Diagnosestellung hatte er damals ausdrücklich eine Arthroskopie empfohlen, nachdem er

den Verdacht auf eine Bizepssehnenruptur mit der klinischen Untersuchung nicht hatte erhärten können (Urk. 14/193 S. 4).

E. 5.4

Auch die kreisärztliche Beurteilung Dr. A.____ s

vom 14. Juni 2018 beruht lediglich auf einem Aktenstudium (Urk. 13 S. 1 ff.). Soweit

Dr. A.____

das Auftreten eines CRPS generell in Frage stellte (Urk. 13 S. 1), ist zu bemerken, dass sich die anamnestischen Symptome , namentlich ein vermehrter Bewegungsschmerz , eine bläulich livide Verfärbung der Haut und ein Schwitzen (nur) der linken Handinnenfläche , dem Bericht der D.____ entnehmen lassen (Urk. 14/26 S. 2) . Im Zeitpunkt der Untersuchungen durch Dr. J.____ am 30. September und am 11. November 2015 lagen mit den erhobenen

Druckdolenz

und dem beobachteten asymmetrischen Schwitzen die geforderten Symptome aus (mindestens) zwei der vier Kategorien gemäss den sogenannten Budapest-Kriterien vor (Urk. 14/26 S. 2 und 14/58 S. 2

f. ; vgl. Urk. 3/8 S. 12). Ferner vermerkte Dr. J.____

in seinem Bericht vom 16. November 2015, durch den Prednisonstoss sei es zu einer deutlichen Beschwerderegressions gekommen. Mit abnehmender Dosierung sei dieser Effekt allerdings wieder verschwunden. Da in den höheren Dosierungen unangenehme Herzpalpitationen und eine allgemeine Nervosität aufgetreten seien, sei ein Fortführen der Prednisonbehandlung entsprechend nicht indiziert, allenfalls könne verlaufsabhängig später noch einmal ein Versuch mit tieferen Prednison Dosen unternommen werden. Das Tragen der Ellenbogenextensions- und Vorderarm supinations quengel sollte etwas gesteigert werden. Allerdings sei der therapeutische Grad relativ schmal, da durch vermehrte Schmerzen auch das CRPS wieder akzentuiert werden könnte (Urk. 14/58 S. 3). Die Argumentation, es habe nie ein CRPS vorgelegen, erscheint vor diesem Hintergrund nicht plausibel.

Die am 8. März 2016 im C.____ erhobenen Befunde, welche gemäss Dr. A.____ gegen ein bestehendes CRPS sprechen sollen, betrafen nur das linke Handgelenk und den linken Ellenbogen, auf welche die damalige Untersuchung beschränkt war (Urk. 14/81/S. 4). Den Bericht en des Spezialisten PD Dr. H.____ und des Handchirurgen Dr. J.____ , auf welche Dr. A.____

zur Begründung seiner Beurteilung ebenfalls verwiesen hat (Urk. 13 S. 4), lässt sich entnehmen, dass das CRPS am 17. März und am 5. April 2016 zwar gebessert, indessen

noch nicht vollständig ausgeheilt war (Urk. 14/83, 14/85 S. 1 f. und 14/87 S. 2) . Der Gehalt der Ausführungen Dr. A.____ s wird damit erheblich relativiert.

Es mag zutreffen, dass bei der kreisärztlichen Untersuchung vom 20. Oktober 2016 kein CRPS mehr diagnostiziert wurde. Gleichzeitig wurde aber auch festgehalten, die geklagten Beschwerden seien medizinisch

(nur) zum Teil erklärbar, und eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert. Beides wurde von Dr. A.____ nicht beanstandet, sondern als im damaligen Zeitpunkt folgerichtig bezeichnet (Urk. 13 S. 4). Weshalb nunmehr keine Arbeitsunfähigkeit mehr vorliegen soll, hat Dr. A.____ ebenfalls nicht nachvollziehbar begründet (Urk. 13 S. 6).

Es bestehen daher nicht nur geringe Zweifel an der Schlüssigkeit seiner Angaben , weshalb nicht darauf abgestellt werden kann (BGE 142 V 58 E. 5.1).

E. 5.5

Ebenso wenig lassen sich der somatische Gesundheitszustand und die damit einhergehende Arbeitsunfähigkeit mit den Berichten von PD Dr. H.____

vom 30.

März 2017 (Urk. 14/150)

und von Dr. J.____ vom 7. April 2017 (Urk. 14/151 S. 2 ff.) beurteilen, ungeachtet der Erfahrungstatsache, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V

351 E. 3b/cc).

Der Arbeitsunfähigkeitsbeurteilung des Letztgenannten , wonach eine 70%ige Arbeitsunfähigkeit bestehe, mangelt es ebenfalls an einer nachvollziehbaren und schlüssigen Begründung (vgl. Urk. 14/151 S. 3). Eine solche wurde mit der Stellungnahme von PD Dr. H.____ vom 13. November 2017 auch nicht nachgeliefert (Urk. 14/193 S. 4 f.),

E. 5.6

Hinsichtlich der Beurteilung des RAD-Arztes R.____ vom 13. März 2018 fällt auf, dass dieser unter den Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit kein CRPS aufführte (Urk. 3/8 S. 9 f.), seinen Ausführungen zufolge gleichwohl ein solches diagnostizierte und demselben offenbar auch eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zumass (Urk. 3/8 S. 10 f.). Seine Angaben erscheinen daher bereits in sich widersprüchlich.

Der Suva-Kreisarzt Dr. A.____

erkannte darüber hinaus zutreffend , dass – entgegen der Annahme Dr. R.____ s (vgl. Urk. 3/8 S. 10) – in den Berichten des Behandlers Dr. J.____ vom 7. April 2017 (Urk. 14/151 S. 2 ff.) und des M.____ vom 9. März 2017 (Urk. 14/152) kein aktives CRPS beschrieben (oder diagnostiziert) worden war (Urk. 13 S. 5). Insofern stehen die Ausführungen Dr. R.____ s auch zu den Vorakten im Widerspruch.

Auf die Beurteilung Dr. R.____ s kann daher ebenfalls nicht abgestellt werden.

E. 5.7

Der massgebende medizinische Sachverhalt betreffend den somatischen Gesundheitszustand und die damit einhergehende Arbeitsunfähigkeit lässt sich mit den vorhandenen medizinischen Unterlagen folglich nicht beurteilen. Vielmehr drängen sich weitere Abklärungen auf.

Der angefochtene Entscheid ist somit aufzuheben und die Sache ist zur Durchführung einer externen Begutachtung und zu neuer Entscheidung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (§ 26 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht; GSVGer).

Bei diesem Ausgang erweist sich auch der medizinische Sachverhalt für die Beurteilung des Anspruchs auf eine Integritätsentschädigung als nicht spruchreif. Eine Ausdehnung des Verfahrens auf diesen strittigen Punkt ist somit nicht möglich. Auf die Beschwerde ist folglich nicht einzutreten, soweit sie auf die Zuspicherung einer Integritätsentschädigung abzielt. 6. 6.1

Die Verneinung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfallereignis und allfälligen psychischen Beschwerden wurden im angefochtenen Einspracheentscheid mit einem Verweis auf die Akten und die bundesgerichtliche Rechtsprechung (Urk. 2 S. 8) unzureichend begründet (vgl. auch Urk. 1 S. 8 f.). Damit wurde die aus dem Anspruch auf rechtliches Gehör (Art. 29 Abs. 2 Bundesverfassung; BV) fließende Begründungspflicht verletzt. 6.2

Ein derartiger Mangel kann geheilt werden, wenn die betroffene Person die Möglichkeit erhält, sich vor einer Rechtsmittelinstanz zu äussern, die über volle Kognition bezüglich der Tat- und Rechtsfragen verfügt. Unter dieser Voraussetzung ist darüber hinaus – im Sinne einer Heilung des Mangels – selbst bei einer schwerwiegenden Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör von einer Rückweisung der Sache an die Vorinstanz abzusehen, wenn und soweit die Rückweisung zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem (der Anhörung gleichgestellten) Interesse des Versicherten an einer beförderlichen Beurteilung der Sache nicht zu vereinbaren sind (BGE 137 I 195 E. 2.3.2; vgl. auch das Urteil des Bundesgerichts 8C_714/2016 vom 16. Dezember 2016 E. 5.3 mit Hinweisen). 6.3

Da die Sache – wie gezeigt – ohnehin für medizinische Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist, ist ungeachtet der Schwere des Mangels auf eine Heilung zu verzichten und die detaillierte Adäquanzprüfung (vorerst) der Beschwerdegegnerin zu überlassen. Dennoch ist bereits heute zu bemerken, dass die von der Beschwerdegegnerin angeführte Kasuistik, in welchen Fällen recht sprechungsgemäss von einem mittelschweren Unfall auszugehen sei, keine Motorradunfälle thematisierte (vgl. die Urteile des Bundesgerichts 8C_241/2012 vom 3. August 2012 E. 4.3 und 8C_396/2012 vom 6. November 2012 E. 5.2.2, je mit Hinweisen; Urk. 2 S. 8). Insassen von Personenwagen werden durch Rückhaltesysteme (Sicherheitsgurten, Airbag) geschützt, wogegen sich ein Motorradfahrer im freien Raum befindet, sodass der augenfällige Geschehensablauf (mit den sich dabei entwickelnden Kräften) nicht ohne Weiteres verglichen werden kann. Es ist daher insbesondere die Rechtsprechung beachtlich, welche Unfälle behandelt, bei denen ein Motorrad involviert war (vgl. das Urteil des Bundesgerichts 8C_621/2011 vom 31. Januar 2012 E. 3.4.3 mit zahlreichen Hinweisen; vgl. auch das Urteil des Bundesgerichts 8C_430/2016 vom 31. Oktober 2016 E. 7.4 mit Hinweisen). Die Beschwerdegegnerin wird sich zu vergewissern haben, ob die vorhandenen Akten, namentlich der Polizeibericht (Urk. 14/51) und die Unfallschilderung des

Beschwerdeführers (Urk. 14/13) , eine Beurteilung des (objektiv erfassbaren) Unfallereignisses erlauben oder ob ergänzende Abklärungen notwendig sind. 7.

Aus dem Gesagten folgt , dass die Beschwerde, soweit darauf einzutreten ist, in dem Sinne gutzuheissen ist, dass der angefochtene Einspracheentscheid aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist, damit sie die erforderlichen Abklärungen vornehme und hernach über den Rentenanspruch des Beschwerdeführers neu verfüge . 8.

Gemäss § 34 Abs. 1 GSVGer hat die obsiegende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 3 GSVGer).

Dem Ausgang des Beschwerdeverfahrens entsprechend hat der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Parteientschädigung, wobei unter Berücksichtigung der erwähnten Kriterien ein Betrag von Fr. 2'300.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) als angemessen erscheint. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird, soweit auf sie eingetreten wird, in dem Sinne gutgeheissen, dass der Einspracheentscheid vom 21. März 2018 aufgehoben und die Sache an die Suva zurückgewiesen wird, damit sie die erforderlichen Abklärungen vornehme und hernach über den Rentenanspruch des Beschwerdeführers neu verfüge. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 2'300.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Bibiane Egg - Suva - Bundesamt für Gesundheit 5. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin FehrGohl Zschokke

E. 7

. April 201

E. 8

die Abweisung der Beschwerde (Urk. 12) und gab eine orthopädisch-chirurgische Beurteilung des Suva-Kreisarztes PD Dr. med. A.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie,

vom 14. Juni 2018 zu den Akten (Urk. 13). Mit Replik vom

E. 10

. September 2018 hielt der Beschwerdeführer an seinen Begehren fest (Urk. 16). Am 15. Oktober 2018 verzichtete die Beschwerdegegnerin auf das Einreichen einer Duplika (Urk. 19). Davon wurde dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 16. Oktober 2018 Kenntnis gegeben (Urk. 20).

Auf die Ausführungen in den Rechtsschriften und die im Recht liegenden Unterlagen wird, soweit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 12

S. 2). Er kann unter Ausdehnung des Anfechtungsgegenstandes nur beurteilt werden, sofern das Verfahren diesbezüglich spruchreif ist. Ob diese Voraussetzung gegeben ist, wird im Folgenden noch detailliert zu prüfen sein. 2. 2.1

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). Dem entsprechend 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 19. Mai 2015 ereignet, weshalb die bis 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Normen auf den vorliegenden Fall Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden.

2.2

Gemäss Art. 6 Abs. 1 UVG werden soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt. 2.3

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 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). 2.4

Bei objektiv ausgewiesenen organischen Unfallfolgen deckt sich die adäquate, das heisst 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). 2.5

Für die Beurteilung der Frage, ob ein Unfall nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und der allgemeinen Lebenserfahrung geeignet ist, eine psychische Gesundheitsschädigung herbeizuführen, ist nach der in BGE 115 V 133 ergangenen Rechtsprechung auf eine weite Bandbreite von Versicherten abzustellen. Dazu gehören auch jene Versicherten, die aufgrund ihrer Veranlagung für psychische Störungen anfälliger sind und einen Unfall seelisch weniger gut verkraften als Gesunde, somit im Hinblick auf die erlebnismässige Verarbeitung des Unfalles zu einer Gruppe mit erhöhtem Risiko gehören, weil sie aus versicherungsmässiger Sicht auf einen Unfall nicht optimal reagieren (BGE 115 V 133 E. 4b).

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). 2.6

Bei schweren Unfällen ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychisch bedingter Erwerbsunfähigkeit in der Regel zu bejahen. Denn nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung sind solche Unfälle geeignet, invalidisierende psychische Gesundheitsschäden zu bewirken (BGE 120 V 352 E. 5b/aa, 115 V 133 E. 6b; RKUV 1995 Nr. U 215 S. 90 E. 3b).

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: - besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalles; - 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 (BGE 134 V 109 E. 6.1, 115 V 133 E. 6c/ aa). Der Einbezug sämtlicher objektiver Kriterien in die Gesamtwürdigung ist nicht in jedem Fall erforderlich. Je nach den konkreten Umständen kann für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs ein einziges Kriterium genügen. Dies trifft einerseits dann zu, wenn es sich um einen Unfall handelt, welcher zu den schwereren Fällen im mittleren Bereich zu zählen oder sogar als Grenzfall zu einem schweren Unfall zu qualifizieren ist (vgl. RKUV 1999 Nr. U 346 S. 428, 1999 Nr. U 335 S. 207 ff.; 1999 Nr. U 330 S. 122 ff.; SVR 1996 UV Nr. 58). Andererseits kann im gesamten mittleren Bereich ein einziges Kriterium genügen, wenn es in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist, wie zum Beispiel eine auf fallend lange Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit infolge schwierigen Heilungsverlaufes. 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 andern 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. 256 S. 215 ff.; SVR 1999 UV Nr. 10 E. 2). 2 .7

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). 2 .8

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der

untersuchten Person auseinander setzt – was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist –, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; Ulrich Meyer, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in: Hermann Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 4. Auflage 2003, S. 24 f.). 3.

Es ist strittig und zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer aufgrund des Ereignisses vom 19. Mai 2015 eine Invalidenrente auszurichten hat (Urk. 1, 2, 13 und

E. 16

).

Die Beschwerdegegnerin führte zur Begründung ihres Einspracheentscheides im Wesentlichen an, die Kreisärztin Dr. Z.____ habe am 18. Mai 2017 eine Untersuchung durchgeführt und den Beschwerdeführer aus somatischer Sicht als zu 100 % arbeitsfähig beurteilt. Zwischen allfälligen psychischen Beschwerden und dem Unfallereignis bestehe kein adäquater Kausalzusammenhang (Urk. 2 S. 5 ff.).

Demgegenüber macht er der Beschwerdeführer geltend, er sei wegen der unfallkausalen somatischen Beschwerden zu 70 % arbeitsunfähig. Auch aus psychiatrischer Sicht sei ihm eine 70%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert worden.

Selbst wenn seine Arbeitsunfähigkeit (zum Teil) psychisch begründet wäre, so wäre zu beachten, dass die Adäquanzkriterien erfüllt seien (Urk. 1 S. 9 f. und 16 S. 2 f.). 4. 4. 1

Vom 19. bis zum 23. Mai 2015 wurde der Versicherte im B.____, Italien, behandelt. Die dislozierte distale Radiusfraktur wurde reponiert und mit einem gespaltenen Gips fixiert (Urk. 14/12 S. 2, 14/131 S. 3 und 14/134 S. 1). Anschliessend wurde der Versicherte mit der Rega in die Schweiz geflogen und ins C.____ transportiert (Urk. 14/12). 4. 2

Dort wurde eine Verlaufssonographie der Milz und eine CT-Untersuchung des linken Vorderarms durchgeführt (Urk. 14/129 S. 2).

Am 28. Mai 2015 wurde

der distale Radius mit einer Plattenosteosynthese osteosynthetisch versorgt (Urk. 14/130). Im Austrittsbericht des C.____

vom 8. Juni 2015 wurden die folgenden Diagnosen aufgeführt (Urk. 14/129) :

1.

Mehrfachmentäre, intraartikuläre distale Radiusfraktur links mit/bei:

-

Avulsionsfraktur des Processus

styloideus

ulnae links

-

Avulsionsfraktur des Processus
coronoideus links

-

Ossärem Bandausriss Epikondylus
humeri
radialis links 2.

Stabile Fraktur Processus
transversi LWK 4/5 3.

Hämatom Musculus
iliopsoas links 4.

Milzhämangiom (2 x 2.7 cm) 5.

Fraktur Os nasi

6 .

Generalisiertes Exanthem Typ IV

-

DD Arzneimittelexanthem auf Dafalgan 7 .

Harnwegsinfektion mit E. coli am 29.05.2015 4 . 3

Am 5. Juni 2015 wurde der Versicherte zur stationären Rehabilitation in die D. ___ verlegt.
Der Aufenthalt dauerte bis zum 31. Juli 2015. Es wurden neu erste Zeichen eines CRPS I (Complex regional pain

syndrome ; M. Sudeck) der linken Hand , ein Extensionsdefizit des linken Ellenbogens, ein
Schulerschmerz links mit deutlicher Einschränkung der Flexion/Abduktion/Außen
rotation mit/bei dringendem Verdacht auf eine (nicht transmurale) Teilruptur der
Rotatorenmanschette am Übergang des Musculus

supraspinatus zum Musculus

infraspinatus sowie eine Refluxkrankheit als Diagnosen festgehalten (Urk. 14/26 S. 1) .

Erste Zeichen eines CRPS der linken Hand hätten sich Mitte Juli mit Schwitzen der
Handinnenfläche, bläulich livider Verfärbung der Haut, intermittierender diffuser
Schwellung und einem vermehrten Bewegungsschmerz in den Fingern und im Handgelenk
gezeigt. Die therapeutischen Massnahmen seien entsprechend angepasst worden ; die
Behandler hätten

Myacalcic Nasenspray 200 verordnet , Analgetika und NSAR ausgebaut und die
ergotherapeutischen Massnahmen (inklusive Spiegeltherapie) intensiviert . Die
Medikation mit Lyrica sei wegen starker Müdigkeit und Unwohlseins bei 50 mg sistiert
worden. Wie beim CRPS I üblich, hätten sich stark schwankende Befunde mit teilweise
schlanke r Hand, gefolgt von starken Schwellungen und Schmerzen mit vereinzelt livider
Hautverfärbung , gezeigt . Im Zeitpunkt des Austritts lägen ein vermehrtes Schwitzen der

Handinnenfläche links gegenüber rechts, eine stark wechselnde Schwellung der Finger und der Hand sowie eine leichte Überwärmung gegenüber der rechten Hand vor. Extensionen in den PIP und DIP seien aktiv nicht möglich (Urk. 14/26 S. 2 f.).

Nach der Entfernung des Oberarmgipses habe man ein Extensionsdefizit im linken Ellenbogen festgestellt, welches sich mit der Zeit leicht gebessert habe, aber immer noch vorhanden sei. Im Verlauf seien vermehrt Schulterschmerzen links aufgetreten, mit einer Einschränkung der Abduktion, der Flexion und der Außenrotation bei lokal unauffälligen Befunden. In der sonographischen Untersuchung habe sich der Verdacht auf eine Teiltraktur der Rotatorenmanschette am Übergang der Sehnen vom Musculus

supraspinatus zum Musculus

infraspinatus ergeben, weshalb zur Abklärung eine

Arthro-MRI-Untersuchung der linken Schulter durchgeführt werden sollte (Urk. 14/26 S. 3).

Von Seiten des Rippenthorax, der Wirbelsäule und des Hämatoms im Musculus

iliopsoas hätten bei Austritt keinerlei Beschwerden mehr bestanden (Urk. 14/26 S. 3).

Ferner wurden Müdigkeit und Schlafstörungen sowie ein seit dem Motorradunfall aufgetretener Nachtschweiß vermerkt (Urk. 14/26 S. 6). 4 . 4

In einem Zwischenbericht vom 10. August 2015 hielt der behandelnde Hausarzt Dr. med. E.____, Facharzt FMH für Innere Medizin, einen Morbus Sudeck an der oberen Extremität, distal im Handgelenk, als Diagnose fest. Die eingeschränkte Beweglichkeit der linken Hand, die Überwärmung und die glänzende Haut im Rahmen des Morbus Sudeck stünden im Vordergrund. Nebenbei bestünden Schlafstörungen; er empfehle eine psychologische Behandlung (Urk. 14/33 S. 1). 4 . 5

Am 12. August 2015 wurden im F.____

wie empfohlen eine

Arthrografie des linken Schultergelenks und ein MRI der linken Schulter durchgeführt. Es wurden ein inferiorer Einriss der Supraspinatussehne und eine Degeneration der Supraspinatussehne Grad 1 nach Thomazeau diagnostiziert (Urk. 14/34). Die Suva-Kreisärztin

Dr. med. G.____, Fachärztin FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, beurteilte dieselben als überwiegend wahrscheinlich unfallkausal (Urk. 14/39). 4 . 6

PD Dr. med. H.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, untersuchte den Versicherten am 4. September 2015 in der I.____. Er stellte im Schulterbereich eine ausgeprägte Frozen

Shoulder sowie eine Supraspinatusunterflächenpartialruptur und im Bereich des linken Ellenbogens ein Streckdefizit von 20° fest. Er empfahl eine glenohumerale Cortison-Injektion sowie eine fachärztliche Untersuchung und Behandlung der Hand (Urk. 14/40 S. 1 f.).

Am 29. September 2015 nahm PD Dr. H.____ eine Infiltration glenohumeral links mit Lidocain und Triamcort vor (Urk. 14/48). 4 . 7

Bei der

ersten Untersuchung durch Dr. med. J.____, Facharzt FMH für Handchirurgie und Orthopädische Chirurgie, am 30. September 2015 waren der Faustschluss wie auch die Fingerstreckung einigermassen flüssig und vollständig möglich. Dr. J.____ erhob eine milde Schwellung im Bereich der linken oberen Extremität, deutlich vermehrtes Schwitzen an der linken oberen Extremität, einen leichtgradigen Ruheschmerz, eine allseitige Druckdolenz im Bereich der gesamten linken oberen Extremität, insbesondere auch über dem Handrücken, der Handwurzel, dem distalen Radius, dem Ulnakopf und dem Ulnar styloid, aber auch am gesamten Vorderarm und Ellenbogen, des Weiteren im Oberarm- und Schulterbereich respektive Nacken (Urk. 14/46 S. 2).

Das persistierende CRPS an der linken oberen Extremität, die stark eingeschränkte Vorderarmsupination und die Sensibilitätsstörungen an den drei ulnaren Fingern stünden im Vordergrund (Urk. 14/46 S. 2 f.). 4.8

Eine weitere Untersuchung durch Dr. J.____ am 11. November 2015 ergab eine diskrete Schwellung des ganzen linken Armes, ein vermehrtes Schwitzen, insbesondere auf dem Niveau der Hand, Ruheschmerzen und unverändert ubiquitäre Druckdolenz. Der Faustschluss sei vollständig und die aktive Fingerstreckung sei etwas verlangsamt, aber ebenfalls praktisch vollständig.

Dr. J.____ beurteilte die angestammte Tätigkeit als IT-Supporter für die geplante stufenweise Wiedereingliederung als relativ ideal, zumal keine manuell belastenden Tätigkeiten ausgeführt werden müssten. Negativ könnten sich eventuell die erheblichen Sensibilitätsdefizite an den drei ulnaren Fingern der linken Hand auf die Bedienung der Tastatur (10-Fingersystem) auswirken. Grundsätzlich vermieden werden sollten forcierte Supinationsbewegungen; diese dürften im Rahmen der Tätigkeit aber kaum gefordert werden (Urk. 14/58 S. 3).

Wegen der vom Versicherten geklagten permanenten Sensibilitätsstörungen an den drei ulnaren Fingern links veranlasste Dr. J.____ eine neurologische Untersuchung (Urk. 14/58 S. 3). 4.9

Diese wurde am 8. Dezember 2015 durch Dr. med. K.____, Fachärztin FMH für Neurologie, durchgeführt. Sie diagnostizierte eine leichtgradige Läsion des Nervus

ulnaris in der Höhe des Ellenbogens. Wahrscheinliche Ursache dafür sei ein Lagerungsschaden des Nervs während der Ruhigstellung im Gipsverband.

Das sensible Nervenaktionspotential am linken Kleinfinger sei im Seitenvergleich nur gering herabgesetzt. Es sei somit von einer Besserung der Ulnaris neuropathie in den nächsten Wochen auszugehen, solange eine weitere Druckschädigung des Nervs durch eine repetitive Unterarmbeugung bzw. Druck auf den Sulcus

ulnaris vermieden werde. Die angegebene geringe Gefühlsminderung des gesamten linken Armes sei am ehesten auf das CRPS Typ I zurückzuführen. Die sympathische Hautantwort zeige aktuell keinen Unterschied zur gesunden Seite. Eine funktionelle Einschränkung aufgrund der Gefühlsminderung bestehe nicht, da die Tiefensensibilität, die Algesie und die Temperaturempfindung erhalten seien (Urk. 14/64 S. 2). 4.10

Anlässlich der Verlaufskontrolle im C.____ am 8. März 2016 habe der Versicherte über immobilisierende Schmerzen in der linken Schulter und weiterhin bestehende Schmerzen im Ellenbogen, vor allem ulnarseitig

und im Handgelenk über dem Ulnarstyloid, geklagt. Es habe sich eine deutliche Besserung der objektivierbaren Verhältnisse, vor allem im Bereich des Bewegungsumfanges, gezeigt. Bezüglich des Handgelenks bestünden weiterhin noch leichte Beschwerden bei Supination sowie eine Druckdolenz über dem Ulnarstyloid, die im konventionellen Bild ein Korrelat in der Avulsionsverletzung zeigten. Diesbezüglich würde im Verlauf bei einer weiterhin bestehenden Persistenz differenzialdiagnostisch eine Binnen-TFCC-Läsion im Vordergrund stehen, welche allenfalls mit einer MRI-Untersuchung weiter abgeklärt werden müsste. Nach der Abheilung der gesamten Situation an der linken oberen Extremität sei eine Schulteroperation in der I. ___ geplant, wo der Versicherte weiterbetreut werde (Urk. 14/81 S. 4 f.). 4.11

Am 17. März 2016 stellte PD Dr. H. ___

im Rahmen der Verlaufskontrolle in der I. ___ fest, die Frozen

shoulder habe sich gelöst. Auch die Sudeck-Dystrophie scheine nicht mehr gross aktiv zu sein. Die Schulter sei stark schmerzhaft. Im Vordergrund stehe wohl die Rotatorenmanschette; ein MRI habe bereits eine Partialruptur gezeigt (Urk. 14/83). 4.12

Ein weiteres Arthro-MRI der linken Schulter vom

5. April 2016 zeigt e bildgebend einen guten Zustand der Rotatorenmanschette. PD Dr. H. ___ zog in Betracht, schmerzhaft könnten die Bizepssehne oder der Subacromialraum mit dem AC-Gelenk sein. Die Sudeck-Dystrophie sei fast ausgeheilt. Es bestünden zwei Therapieoptionen; abwarten oder eine diagnostisch-therapeutische Schulterarthroskopie. Letztere liesse sich mit einem Eingriff an der Hand kombinieren (Urk. 14/85 S. 1 f.). 4.13

Auch Dr. J. ___ untersuchte den Versicherten am 5. April 2016 erneut und erhob inspektorisch unauffällige trophische Verhältnisse mit zurzeit seitengleicher Schwitztendenz (im Untersuchungsverlauf linksseitig etwas verstärkt). Dr. J. ___ vermerkte ebenfalls einen weitergehenden Rückgang der Dystrophiesymptomatik mit aktuell lediglich noch belastungsabhängig etwas verstärkter Schwitztendenz. Die Beweglichkeit habe nicht nur in der Schulter und im Ellenbogen, sondern auch im Handgelenk markant gebessert. Die aktuelle 25%ige Arbeitsfähigkeit sei adäquat (Urk. 14/87 S. 2 f.). 4.14

Am 12. April 2016 liess Dr. J. ___ eine Arthro-MR-Tomographie und ein Arthro-CT des linken Handgelenks durchführen. Aufgrund der so erhobenen Befunde gelangte er zum Schluss, die Radiusfraktur sei vollständig konsolidiert. Anhaltspunkte für ein ulnares

Impaktionssyndrom

seien nicht ersichtlich. Nennenswerte Knorpel schäden lägen nicht vor. Im Vordergrund stehe das pseudarthrotische

Ulnarstyloid, welches offensichtlich doch zumindest für einen Teil der Beschwerden verantwortlich sei. Die Resektion des Ulnarstyloids empfehle sich nicht, da doch noch ein wichtiger Teil des TFCC daran fixiert sei; entsprechend empföhlen sich eher eine

Pseudoarthrosenresektion und eine Refixation des Ulnarstyloids. Gleichzeitig könnte die palmare Radiusplatte entfernt werden, um allfällige milde Irritationen in den Strecksehnenfächern zu beseitigen. Wenn irgendwie möglich, sollte ein solcher Eingriff mit allfälligen operativen Massnahmen auf dem Niveau Schulter/Ellenbogen seitens PD Dr.

H.____

kombiniert werden . Perioperativ

wäre eine

Dystrophie prophylaxe notwendig (Urk. 14/90 S. 2 f.). 4 .1 5

PD Dr. H.____ untersuchte den linken Ellenbogen am 18. Mai 2016 und hielt in seinem tags darauf verfassten Bericht fest, die Schmerzursache im Ellenbogenbereich könne nicht klar eruiert werden. Die Knack-Phänomene könnten von den Gelenkskörpern oder von intraartikulären Narben oder Knorpelschädigungen stammen. Er würde den Ellenbogen zurzeit vernachlässigen und sich auf die Behandlung der linken Schulter und des linken Handgelenkes konzentrieren.

Sollte eine operative Behandlung der Hand möglich sein, würde er gleichzeitig die Schulter operieren. Sollten trotz Schulter- und Handgelenksoperationen die Beschwerden im linken Ellenbogen persistieren, würde er dann in einem zweiten Schritt diese Problematik angehen (Urk. 14/96 S. 1 f.). 4 .1 6

Dr. J.____ stellte am 14. Juni 2016 keine Anhaltspunkte für trophische Störungen, allenfalls eine leicht verstärkte Schwitztendenz links im Vergleich zu rechts, fest. Das Hauptproblem auf dem Niveau des linken Handgelenks scheine nach wie vor das pseudarthrotische

Ulnarstyloid zu sein, so dass nun gut ein Jahr nach dem Unfall kaum noch von einer weiteren diesbezüglichen Beschwerderegressionsausgegangen werden dürfe. Entsprechend könnte er von seiner Seite neben der Entfernung der palmaren Platte mit gleichzeitiger Neurolyse des dem Medianus entspringenden Hohlhandnervenastes auch die Refixation des pseudarthrotischen

Pseudostyloids

anbieten . Da sich der Versicherte aktuell in einer günstigen Phase mit Steigerungstendenz befindet, würde er diesen Eingriff aber eher für ca. November 2016 vorsehen .

Zwischenzeitlich könnte ab Juli 2016 die Arbeitsfähigkeit auf wenigstens 30 % gesteigert werden (Urk. 14/99 S. 2 f.). 4.1 7

Am 21. September 2016 stellte

Dr. J.____ neben unauffälligen trophischen Verhältnissen eine seitengleiche, aber deutlich vermehrte Schwitztendenz fest . Dazu führte er aus, der Verlauf in Bezug auf die linke obere Extremität sei recht günstig; die vor drei bis sechs Monaten noch vorhandenen Beschwerden hätten sich grösstenteils zurückgebildet , das Ulnarstyloid sei kaum noch schmerzhaft, die Beweglichkeit sei recht gut, lediglich bei ruckartigen Bewegungen respektive bei stärkerer Belastung komme es zu einer Beschwerdeakzentuierung. Auch die Überempfindlichkeit im palmaren Narbenbereich habe sich vollständig zurückgebildet.

Neu hätten sich offensichtlich neurologische Probleme im Beckenbereich wie auch in den unteren Extremitäten eingestellt, welche gegenwärtig weiter abgeklärt würden. Insgesamt fühle sich der Versicherte in Bezug auf die teils zwar geringeren, an anderen Lokalisationen jedoch neu hinzutretenden Beschwerden wie auf einer Achterbahn, was sich letztlich negativ auf dessen psychische Verfassung niederschlage.

In Anbetracht der günstigen Entwicklung im Handgelenksbereich sei die Indikation zur operativen Revision im Sinne der Ulnarstyloidrefixation und Plattentfernung am Radius

relativ. Er

empfehle dem Versicherten, vorderhand auf diese Operation zu verzichten. Die Arbeitsfähigkeit betrage weiterhin 30 % (Urk. 14/115 S. 2 f.). 4.18

Gleichentags riet PD

Dr. H.____ dem Versicherten von einer Operation an der Schulter ab, da sich die Beweglichkeit im Bereich der linken Schulter deutlich gebessert habe (Urk. 14/119). 4.19

Gegenüber der Neurologin

Dr. K.____

erklärte der Versicherte am 26. September 2016, die Sensibilitätsstörungen aufgrund einer leichten Läsion des linken Nervus

ulnaris hätten sich im Verlauf zurückgebildet. Während der Rehabilitation nach dem Unfall habe er Gefühlsstörungen mit einem Einschlafgefühl der Beine bemerkt. Diese seien nach der Reha zunächst nicht mehr aufgetreten, seit einigen Wochen träten sie jedoch wieder auf, vor allem nach längerem Sitzen und beim Velofahren auf dem Hometrainer. Hin und wieder komme es zu einem unwillkürlichen Zucken des Kopfes (Urk. 14/118 S. 1 f.).

Es hätten keine eindeutigen sensomotorischen oder koordinativen Störungen der unteren Extremitäten gefunden werden können, so dass vermutlich eine funktionelle Störung vorliege. Dafür spreche die Angabe bezüglich der hin und wieder auftretenden Zuckungen des Kopfes. In Ihrem Erachtens bestehe eine Anpassungsstörung nach dem erlittenen Trauma im letzten Jahr (Urk. 14/118 /2). 4.

E. 20

Ein MRI der spinalen Achse triplanar nativ vom

5. Oktober 2016

zeigt ein breit basiges links recessales

Bulging der Bandscheibe bei HW 5/6, weniger ausgeprägt bei 6/7 mit Verdacht auf Nervenwurzelaffektion. Überdies eine deutliche Höhenminderung im Bandscheibenfach lumbosakral bei Übergangsanomalie und degenerativen Veränderungen von Grund- und Deckenplatte Typ Modic 1-3, breitbasiges

Bulging und paramedianer Annulus

fibrosus-Riss mit vorstellbarer Nervenwurzelaffektion neuroforaminal und recessal. Das Myelon

stelle sich regelrecht dar (Urk. 14/127). 4.21

Der Suva-Kreisarzt Dr. med. L.____, Facharzt FMH für Chirurgie, untersuchte den Versicherten am 20. Oktober 2016. Dieser berichtete von massigen Schmerzen in der linken Schulter und in der Lendenwirbelsäule. Unter Belastung spüre er eine sehr starke Beschwerdezunahme.

Die klinische Untersuchung zeige eine leicht eingeschränkte und endgradig schmerzhaft bewegliche des linken Schultergelenkes in allen Ebenen. Es seien keine klinischen Hinweise für eine Frozen

shoulder , keine muskuläre Atrophie, keine namhafte Kraftminderung, keine neurologischen Defizite und auch kein Hinweis für ein CRPS vorhanden. Es zeigt e n sich eine leicht eingeschränkte, end gradig schmerzhaft e Beweglichkeit des linken Handgelenkes und ansonsten keine anderen pathologischen Befunde. Die Untersuchung der Wirbelsäule zeige eine uneingeschränkte Beweglichkeit der gesamten Wirbelsäule. Es bestünden keine neurologischen Defizite, ebenso wenig mus kuläre Defizite (Urk. 14/135 S. 4 ff.).

Die geklagten Beschwerden seien unter Würdigung der klinischen und radiologi schen Befunde nur zum Teil erklärbar, aber die Beschwerdeintensität sei medizi nisch nicht nachvollziehbar. Auch die vom Versicherten gezeigte Kraftminderung linksseitig bei gutem neurologischen und muskulären Status sei medizinisch nicht nachvollziehbar und erklärbar (Urk. 14/135 S. 7).

Die Behandlung sei aus chirurgischer Sicht noch nicht abgeschlossen und es seien weitere klinische Kontrollen durch die behandelnden Ärzte geplant. Die Fortfüh rung der bisherigen Schmerztherapie sowie der Physio- und Ergotherapie wä h rend zwei Mal pro Woche sei bis Ende Januar 2017 empfohlen.

Insgesamt sei der Versicherte aufgrund der erwähnten klinischen Befunde ab sofort in seiner aktuellen beruflichen Tätigkeit als Informatiker (Bürotätigkeiten), zu 50 % arbeitsfähig.

Eine erneute Evaluierung des medizinischen Prozederes sowie der Arbeitsfähig keit und der Zumutbarkeit sollte erst nach den erwähnten konsiliarischen Unter suchungen in der Schulter- und Handchirurgie erfolgen (Urk. 14/135 S. 7). 4.22

Dr. K.____

demonstrierte dem Versicherten ihrem Bericht vom 1. November 2016 zufolge

anlässlich der Untersuchung am 28. Oktober 2016 die MRI-Bilder vom 5. Oktober 201 6. Er sei bereits vom Radiologen auf die Befunde hingewiesen worden. Sie habe dem Versicherten zeigen können, dass keine traumatischen Läsionen vorlägen und dass die degenerative n Veränderungen im Bereich des lumbosakralen Übergangs sicherlich nicht die Schwächegefühle beim Gehen und die rezidivierenden Parästhesien der B eine erklären könnten. Sie vermute eine funktionelle Störung. Da diese nur im Sitzen auftrete, könn t e ein sogenanntes Piriformis -Syn d rom mit Irritation des Nervus

ischadicus vorliegen. Daher sei en eine Physiotherapie mit Dehnungsübungen der Becken- und der proximalen Beinmuskeln sowie Triggerpunktebehandlungen sinnvoll (Urk. 14/128 S. 1).

Der Versicherte habe ihr gege n über erklärt, er habe kürzlich eine kreisärztliche Untersuchung gehabt, welche ihn traumatisiert habe. Er solle ab dem 1. Novem ber 2016 wieder zu 50 % arbeiten. Aus neurologischer Sicht beurteil t e Dr. K.____

eine sukzessive Steigerung des Arbeitspensums als vertretbar und wün schenswert (Urk. 14/128 S. 1). 4 .23

Am 9. März 2017 suchte der Versicherte erstmals die Schmerzprechstunde des M.____

am N.____ auf. Es wurden ihm medikamentöse Behandlungsoptionen aufgezeigt, welche er mit seinem Behand lungsteam diskutieren wollte. Er stellte in Aussicht, sich im April zu

melden und mit zu teilen, ob er das Behandlungsangebot in Anspruch nehmen wolle (Urk. 14/152 S. 1 ff.). 4 .24

Die Verlaufskontrolle durch PD Dr. H.____ am 29. März 2017 ergab eine Persistenz der Beschwerden im Bereich der linken Schulter, worauf dem Versicherten die Möglichkeit der arthroskopischen Behandlung erläutert worden sei. Grundsätzlich wäre die Prognose gut; der Versicherte sei aber psychisch nicht in der Lage und werde sich bei Bedarf melden (Urk. 14/150). 4 .25

Dr. J.____ erhob seinem Bericht vom 7. April 2017

zufolge am 29. März 2017 eine nach wie vor mässig vermehrte Schwitztendenz, allerdings etwa seitengleich an beiden oberen Extremitäten, und im Übrigen unauffällige trophische Verhältnisse.

Die Narbe beugeseitig am distalen Vorderarm links sei reizlos und es gebe kein Tinclphänomen. Es bestehe eine milde Druckdolenz dorsal über dem II. Streckergelenk links, minimal auch über dem IV. Streckergelenk (wahrscheinlich minimal vorstehende Schraubenspitzen), ebenso eine milde Druckdolenz im Bereich des Ulnarstyloids. Handgelenksflexion/-extension links 40-0-50° (rechts 50-0-70°), Radial-/Ulnarabduktion links 15-0-30° (rechts 15-0-40°). Pro-/Supination links 85-0-65° (rechts 86-0-80°). Auch in maximaler Supinationsposition

gebe es keine nennenswerte Schmerzauslösung. Die Faustschlusskraft links betrage 18 kg (rechts 30 kg), beim raschen Griffwechsel links 22 kg (rechts 42 kg). Milde Hypästhesie an den Fingern III-V beidseits (gemäss Patientenangaben wechselhaft).

Im Verlauf der vergangenen sechs Monate habe sich klinisch ein einigermaßen stabiler Verlauf gezeigt. Die Hauptproblematik bestehe in einem chronischen Schmerzsyndrom der linken oberen Extremität, welches den Versicherten neben dem Druck, welchen er von allen Seiten, insbesondere von der Suva, verspüre, psychisch schwer belaste. Der Versicherte fühle sich wie auf einer Achterbahn, wobei die dunklen Phasen mittlerweile markant überwiegen. Insbesondere die per 30. September 2016 von der Suva verfügte Steigerung der Arbeitsleistung von 30

auf 50 % scheine den Versicherten noch ganz aus der Bahn geworfen zu haben. Jeglicher Gedanke an die Zukunft mache ihm offenbar Angst und er fühle sich mittlerweile völlig antriebslos (Urk. 14/151 S. 3).

Von handchirurgischer Seite könne dem Versicherten aktuell keine spezifische Behandlung angeboten werden. Die grundsätzlich mögliche Osteosynthesematerialentfernung sei aufgrund der zurzeit geringen Beschwerden nicht vordringlich und werde vom Versicherten auch nicht gewünscht. In Anbetracht des desolaten psychischen Zustands sollte die psychologische Begleitung dringend fortgeführt und intensiviert werden, zudem sei die Beurteilung durch die Ärzte der Schmerzprechstunde des N.____ zu unterstützen. Auch die Ergotherapie sollte weitergeführt werden.

Mit der angeblich verfügbaren Arbeitsfähigkeit von 50 % scheine die Belastungslimite deutlich überschritten zu sein. Dr. J.____ empfahl deshalb zumindest vorübergehend wieder eine Reduktion der Arbeitsfähigkeit auf 30 %, was der aktuellen Belastungsfähigkeit besser gerecht werde (Urk. 14/151 S. 3). 4 .26

Eine weitere kreisärztliche Untersuchung sollte am 18. Mai 2017 durch

Dr. Z.____

stattfinden. Sie hielt in ihrem mit 19./20. Mai 2017 datierten Bericht fest, der Versicherte scheine depressiv verstimmt und weine immer wieder während der Befragung.

Zwischendurch reagiere er sehr emotional, auch aggressiv und anklagend. Aufgrund der Gesamtsituation verzichte sie auf eine erneute Untersuchung, da sich die somatische Situation im Vergleich zur letzten kreisärztlichen Untersuchung kaum verändert habe, was auch durch die letzten Berichte der involvierten Fachärzte bestätigt werde (Urk. 14/163 S. 7).

Der von der Schmerzprechstunde vorgeschlagene Ausbau der medikamentösen Therapie werde vom Versicherten nicht gewünscht, da es sich nur um einen Versuch handeln würde und der Versicherte vor den Nebenwirkungen (Herabsetzung der Konzentrationsfähigkeit, Müdigkeit etc.) Angst habe (Urk. 14/163 S. 7).

PD Dr. H.____ habe dem Versicherten die Möglichkeit der arthroskopischen Behandlung mit guter Prognose für die linke Schulter erläutert. Der Versicherte fühle sich aber psychisch nicht in der Lage, aktuell eine erneute Operation über sich ergehen zu lassen. Zudem befürchte er den Verlust seiner Arbeitsstelle, falls er wegen der Operation wieder monatelang ausfallen sollte (Urk. 14/163 S. 8).

Zusammenfassend bestehe aus somatischer Sicht eine leichte Einschränkung für die linke Schulter für Arbeiten über der Horizontalen. Der Versicherte sei Informatiker, so dass eine Arbeitsunfähigkeit nicht begründet sei. Ob aus psychiatrischer Sicht eine relevante Arbeitsunfähigkeit nachgewiesen sei, könne sie, Dr. Z.____, nicht beurteilen; sie empfehle eine psychiatrische Beurteilung. Sie halte eine psychiatrische Betreuung, eventuell sogar in einem stationären Setting, für dringend angezeigt (Urk. 14/163 S. 8). 4.27

Der Versicherungsmediziner der Suva,

Dr. med. O.____, vertrat am 17. Juli 2017 die Auffassung, eine wesentliche Besserung sei nicht zu erwarten, insbesondere bestehe in angestammter Tätigkeit keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Ein möglicher Integritätsschaden lasse sich aufgrund der massiven Selbstlimitierung aktuell nicht verlässlich einschätzen (Urk. 14/172). 4.28

In seiner Stellungnahme vom 13. November 2017 wies PD Dr. H.____ darauf hin, er habe den Versicherten am 29. März 2017 letztmals untersucht. Damals hätten relevante Restbeschwerden nach durchgemachter Frozen

shoulder bestanden, welche seines Erachtens mit überwiegender Wahrscheinlichkeit unfallbedingt seien. Sie schränkten die Arbeitsfähigkeit aus somatischer Sicht ein; eine ganztägige Arbeit am Computer sei seines Erachtens mit denselben nicht möglich. Die Schmerzen im Bereich des linken Schulter-Armbereiches seien absolut nachvollziehbar. Eine arthroskopische Behandlung hätte eine gute Prognose, diese Beschwerden zu reduzieren oder zu beheben.

Würde man die Behandlung abschliessen und den Zustand am 29. März 2017 als Endzustand einstufen, so würde er den Integritätsschaden als leichte bis mässige Form der Periarthrosis

humero-scapularis einstufen (Suva-Tabelle I, Revision 2000). Dies ergäbe einen Integritätsschaden von 5 % (Urk. 14/193 S. 4). 4.29

Mit E-Mail vom 23. November 2017 bestätigte der Psychotherapeut SGP P.____, der Versicherte sei seit dem 26. August 2015 in seiner Behandlung. Die selbe habe anfänglich wöchentlich und seit längerer Zeit viertäglich stattgefunden. Sie stehe in einem unmittelbaren Zusammenhang mit dem Unfall. Die Arbeitsfähigkeit sei massiv eingeschränkt. Die psychische Anpassungsfähigkeit des Versicherten an das Geschehen sei nur beschränkt möglich, vor allem wegen der Schmerzsituation und der eingeschränkten Bewegungsmöglichkeit, welche den Versicherten immer wieder entmutigten und eine depressive Grundstimmung verursachten. Die Konzentrationsfähigkeit sei stark eingeschränkt, das Durchhaltevermögen sei schwach und es bestehe eine (berechtigte) Zukunftsangst. Die unsichere Arbeitssituation beelende den Versicherten geradezu (Urk. 14/193 S. 8).

Die im E-Mail vom 25. April 2016 erwähnte Diagnose Anpassungsstörung (ICD-10: F43.25) mit Verbitterungsreaktion (Urk. 14/92), wurde nicht genannt (Urk. 14/193 S. 8).
4. 30

Die Suva-Kreisärztin Dr. Z.____ gelangte am 17. März 2018 zur Beurteilung, von weiteren medizinischen Behandlungen, wie zum Beispiel einer Arthroskopie und/oder einem stationären Aufenthalt in der Q.____, sei keine wesentliche Besserung der Erwerbsfähigkeit zu erwarten. Aus somatischer Sicht sei der Versicherte für seine Tätigkeit als Mitarbeiter Help Desk zu 100% arbeitsfähig. Eine Einschränkung bestehe von Seiten des linken Armes/der linken Schulter nur für Arbeiten über der Horizontalen, welche der Versicherte nicht ausführen müsse. Es handle sich um eine leichte, vorwiegend sitzende Tätigkeit, welche keine Gewichtsbelastungen über 1 kg erfordere (Urk. 14/200 S. 7).

Die von PD Dr. H.____ vorgeschlagene Operation und der Ausbau der medikamentösen Therapie wären zumutbar. Sie vermöchten indessen weder das Belastungsprofil noch die Arbeitsfähigkeit zu beeinflussen, weil die angestammte Tätigkeit auch ohne Operation zu 100% zumutbar sei (Urk. 14/200 S. 7 f.).

Die von PD Dr. H.____ bereits in seinem Bericht vom 21. September 2016 beschriebenen Befunde an der linken Schulter hätten eine deutliche Besserung der Beweglichkeit gezeigt, aufgrund derer PD Dr. H.____ dem Versicherten von einer Operation abgeraten habe. Bereits damals sei die Funktion der Schulter kaum noch eingeschränkt gewesen (Urk. 14/200 S. 8).

Zusammenfassend könne von einem Endzustand ausgegangen werden, da auch nach der Durchführung des von PD Dr. H.____ aufgrund einer Verdachtsdiagnose vorgeschlagenen Eingriffes keine Besserung des Belastungsprofils und der Arbeitsfähigkeit zu erwarten sei (Urk. 14/200 S. 8).
4. 31

Aus den im Beschwerdeverfahren im Verfahren eingereichten Berichten des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) der IV-Stelle der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich vom 13. März 2018 geht hervor, dass der Versicherte am 8. Februar orthopädisch und psychiatrisch untersucht wurde (Urk. 3/8-9).

Der RAD-Arzt Dr. med. R.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, führte die folgenden somatischen Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf (Urk. 3/8 S. 9 f.):

Funktionseinschränkung des linken Armes nach Motorradunfall - mit Bewegungseinschränkung des linken Schultergelenkes bei Status nach Rotatorenmanschettenpartialruptur links und Status nach Frozen

shoulder links - mit Bewegungseinschränkung des linken Ellenbogengelenkes bei Status nach geschlossener Reposition einer Ellenbogenluxation links sowie Verdacht auf posttraumatisches Sulcus nach Ulnaris -Syndrom links - mit Bewegungseinschränkung linkes Handgelenk bei Status nach distaler Radiusfraktur links und Plattenosteosynthese (OP: 28.05.2015)

Funktionseinschränkung der Wirbelsäule bei Status nach Querfortsatzfraktur L4 und L5 links ohne Dislokation nach Motorradunfall (19.05.2015) .

Dr. R.____ erwog, bei der kreisärztlichen Untersuchung am 20. Oktober 2016 sei das CRPS I als abgeheilt und nicht mehr existent beschrieben worden. Im Gegensatz zu diesen Feststellungen stünden die Arztberichte von Dr. J.____ vom 7. April 2017 (vgl. Urk. 14/151 S. 2 ff.) und des M.____ vom 9. März 2017 (vgl. Urk. 14/152). In diesen Berichten werde ein aktives regionales komplexes Schmerzsyndrom (CRPS I) beschrieben. Auch bei der aktuellen Untersuchung fänden sich Zeichen eines weiterhin bestehenden CRPS I (Urk. 3/8 S. 10). Es bestehe ein behandlungsbedürftiges komplexes regionales Schmerzsyndrom der linken oberen Extremität. Eine konsequente Therapie in der Schmerzambulanz sei angebracht. Zudem sollte eine MRI-Untersuchung des Schädels erfolgen, um eine mögliche Verletzungsfolge des Gehirns abzuklären (Urk. 3/8 S. 11).

Seit dem 30. März 2017 bestehe aus orthopädischer Sicht in der angestammten Tätigkeit eine 30%ige Arbeitsfähigkeit (Urk. 3/8 S. 11).

Die RAD-Ärztin Dr. med. S.____, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.11). Es bestehe eine Antriebsstörung mit deutlichen Hemmungen sowie eine psychophysische Belastbarkeitsminderung mit vorzeitiger Erschöpfung und Minderung der konzentrativen Ausdauer belastbarkeit. Zeitlich flexible Tätigkeiten ohne permanenten Zeit- und Termindruck, bei nur geringem Publikumsverkehr, ohne besondere Anforderungen an das Umstellungs- und Anpassungsvermögen seien medizinisch-theoretisch in einer wohlwollenden und konfliktarmen Arbeitsatmosphäre zunächst zu maximal 30 % möglich (Urk. 3/9 S. 6).

Zu empfehlen wäre eine schmerztherapeutische Behandlung sowie die Durchführung eines MRI des Schädels, um eine Beteiligung des Zentralnervensystems als Unfallfolge abzuklären (Urk. 3/9 S. 7). 4 .32

Hierzu äusserte sich der Suva-Kreisarzt PD Dr. A.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, am 14. Juni 2018 (Urk. 13). Zentral sei die Frage nach dem Auftreten und allfälligen Persistieren eines komplexen regionalen Schmerzsyndroms (CRPS).

Im Austrittsbericht der D.____ seien «erste Zeichen eines CRPS» erwähnt worden. Mit den durch Dr. J.____ dokumentierten Befunden vom 30. September 2015 seien Verdachtsmomente für ein CRPS zweifellos gegeben. Die für die Diagnose erforderlichen Kriterien unter strenger Anwendung der Vorgaben (gemäss den sogenannten «Budapest-Kriterien») seien indessen nicht komplett erfüllt (Urk. 13 S. 3).

Die Neurologin Dr. K.____ habe nach der Untersuchung vom 8. Dezember 2015 auf eine Diskussion differentialdiagnostischer Kriterien für das Vorliegen eines CRPS verzichtet, ein solches jedoch als nun rückläufig beschrieben. Die bei der Untersuchung im C.____ am 8. März 2016 erhobenen Befunde schlossen das Vorliegen eines CRPS zum damaligen Zeitpunkt aus. Im betreffenden Bericht sei unter «Anamnese» vermerkt, es sei zu einem

«mögliche[n] CRPS der gesamten linken oberen Extremität » gekommen .

Der Schulterspezialist PD Dr. H. ___ habe am 17. März 2016 festgestellt, die Sudeck-Dystrophie scheine nicht mehr gross aktiv zu sein. Als Diagnose habe er unter anderem einen « Status nach durchgemachter Sudeck-Dystrophie am Arm links » aufgeführt. Überdies habe er am 5. April 2016 festgehalten , die Sudeck-Dystrophie sei fast ausgeheilt. Diese Einschätzung werde auch durch die Ausführungen des Handchirurgen Dr. J. ___ mit Bericht über eine Untersuchung vom 5. April bestätigt: « Inspektorisch unauffällige trophische Verhältnisse, zurzeit sei tendenzielle Schwitztendenz [...]. Milde Hyposensibilität Dig III-V links, im übrigen normale Sensibilität. [...] weitgehender Rückgang der Dystrophiesymptomatik . »

Vor diesem Hintergrund stünden die mit kreisärztlicher Untersuchung vom 20. Oktober 2016 erhobenen Befunde

(«Klinisch keine Schwellung, keine lokale Überwärmung im Seitenvergleich. Keine Rötung, keine Anhaltspunkte für Infekt oder CRPS. Klinisch auch keine Hinweise auf eine Muskelatrophie des gesamten Schultergürtels links ») im Einklang mit denjenigen der behandelnden Ärzte. Die hieraus abgeleitete Beurteilung sei folgerichtig: «Die beklagten Beschwerden sind unter Würdigung der klinischen und radiologischen Befunde medizinisch nur zum Teil erklärbar, aber die Beschwerdeintensität ist medizinisch nicht nachvollziehbar. Auch die vom Versicherten gezeigte Kraftminderung linksseitig bei gutem neurologischem und muskulärem Status ist medizinisch nicht nachvollziehbar und erklärbar. [...] Insgesamt ist der Versicherte aufgrund der oben erwähnten klinischen Befunde ab sofort in seiner aktuellen beruflichen Tätigkeit als Informatiker (Bürotätigkeiten) zu 50 % arbeitsfähig (leistungsmässig). » Folge richtig insbesondere, da der Kreisarzt die chirurgische Behandlung als zu diesem Zeitpunkt noch nicht abgeschlossen betrachtet, eine Fortsetzung der therapeutischen Massnahmen empfohlen und eine abschliessende versicherungsmedizinische Beurteilung unter den Vorbehalt einer erneuten Evaluierung des medizinischen Procederes sowie der Arbeitsfähigkeit und Zumutbarkeit gestellt habe (Urk. 13 S. 4).

Zeitlich nach der kreisärztlichen Untersuchung mit Einschätzung einer teilweisen Arbeitsfähigkeit habe der Versicherte gegenüber den behandelnden Ärzten von einer erneuten Beschwerdezunahme berichtet. Gleichwohl hätten die Fachärzte PD Dr. H. ___ (Konsultation vom 29. März 2017) und Dr. J. ___ (Konsultation vom 29. März 2017) keine diese Beschwerdeänderung erklärenden Befunde auf ihren Fachgebieten dokumentiert (Urk. 13 S. 4 f.).

Im Licht der publizierten Literatur und unter Würdigung aller vorgelegten ärztlichen Dokumente sei die Aussage Dr. R. ___ s, in den vorliegenden Arztberichten von Dr. J. ___ vom 7. April 2017 und des M. ___ vom 9. März 2017 werde ein aktives regionales komplexes Schmerzsyndrom (CRPS I) beschrieben, falsch. Dies verwundere umso mehr, da Dr. R. ___ seinem Bericht «Ausführungen zum komplexen regionalen Schmerzsyndrom (CRPS) (früher: sympathische Reflexdystrophie Morbus Sudeck) » angehängt habe, welche die Budapest-Kriterien ausführlich aufzeigten (Urk. 13 S. 5).

Weder in dem zitierten Bericht von Dr. J. ___ über eine Konsultation vom 29. März 2017 noch in demjenigen der Schmerzspezialisten im N. ___ vom 19. März 2017 seien anamnestiche Angaben und klinische Befunde dokumentiert, die den allgemein anerkannten Kriterien für das Stellen der Diagnose eines CRPS genügen. Im Übrigen

werde diese Diagnose von den genannten Kollegen zum Zeitpunkt der mit ihren Berichten beschriebenen Untersuchungen auch gar nicht gestellt. Dr. J.____ nenne lediglich «im Verlauf CRPS I linke obere Extremität», und die in Zürich gestellte Diagnose laute auf ein «Linksseitiges Schmerzsyndrom mit Betonung der oberen Extremität». Die Beschreibung eines Zustandes als Schmerzsyndrom ohne weitere Angaben zur Genese gebe aber nur deskriptiv die vom Patienten geklagten Beschwerden wieder und sei damit unspezifisch. Sie lasse also die eigentliche Ursache des Schmerzes unerklärt. Im Gegensatz dazu entspreche ein CRPS einer wissenschaftlich-medizinischen Diagnose, die, um gestellt zu werden, allgemein anerkannte Kriterien erfüllen müsse. Für die Schmerzspezialisten eines

N.____ sei die Kenntnis dieser Zusammenhänge selbstverständliche Grundlage ihrer Arbeit, und ihre kompetente Anwendung Voraussetzung für einen Behandlungserfolg. Die Tatsache, dass nach der Untersuchung des Versicherten im N.____ kein CRPS diagnostiziert, sondern lediglich von einem unspezifischen Schmerzsyndrom gesprochen werde, müsse als Beleg dafür gewertet werden, die am 19. März 2017 bestehenden Befunde hätten die Diagnose eines CRPS nicht zugelassen.

Schliesslich verwirre und entbehre der Nachvollziehbarkeit, dass Dr. R.____ zwar die im versicherungsmedizinischen Kontext eines CRPS essenziellen Budapest-Kriterien in einem Anhang nenne,

diese aber auf die von ihm selber erhobenen Befunde nicht anwende und diskutiere. Er erwähne sie auch nicht, um seine Einschätzung, es fänden sich Zeichen eines weiterhin bestehenden CRPS, zu belegen. Dies, obwohl er eine «Seitengleich normal ausgeprägte Beschwellung der Hände» und nahezu seitengleiche Umfangmasse der oberen Extremitäten dokumentiert habe, die auf einen uneingeschränkten linksseitigen Gebrauch durch den rechtsdominanten Versicherten hinwiesen (Urk. 13 S. 5).

Die dokumentierten, von zwei Kreisärzten konsistent abgegebenen versicherungsmedizinischen Beurteilungen berücksichtigten die relevanten Fakten, seien nachvollziehbar begründet und überzeugend. Der Bericht von Dr. R.____ vermöge diese Einschätzung nicht zu entkräften.

Unter Berücksichtigung der vorliegenden ärztlichen Dokumente sei eine Arbeitsunfähigkeit am angestammten Arbeitsplatz (gemäss Arbeitsplatzbeschreibung vom 28. Juli 2015; vgl. Urk. 14/25) aufgrund unfallbedingter physischer Beschwerden zu verneinen.

Die Frage, ob aufgrund der Unfallfolgen Anspruch auf eine Integritätsschädigung bestehe, sei nicht versicherungsmedizinisch zu beantworten. Eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen Integrität als Folge des Unfalles sei basierend auf den vorliegenden Unterlagen und unter Bezugnahme auf Tabelle 1, Integritätsschaden bei Funktionsstörungen an den oberen Extremitäten, und Tabelle 5, Integritätsschaden bei Arthrosen gemäss UVG, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht eingetreten (Urk. 13 S. 6).

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