

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00258 vom 9. April 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-04-09, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2019.00258](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2019.00258)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00258 du 9 avril 2018

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00258 del 9 aprile 2018

## Erwägungen

### E. 1

X.\_\_\_\_, geboren 1977, arbeitete bei der Y.\_\_\_\_ AG als Gerüstbauer und war dadurch bei der Suva gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert, als er sich am 1. Oktober 2012 beim Abladen von Material am rechten Handgelenk verletzte (Urk. 13/4). Die erste handelnden Ärzte diagnostizierten am Tag darauf eine Schnittverletzung durch eine Scherbe am rechten Handgelenk und äusserten im Verlauf den Verdacht auf eine Schädigung des Nervus medianus und attestierten eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (Urk. 13/1). Die Suva trat auf den Schaden ein und leistete Heilbehandlung und Taggelder.

Mit Verfügung vom 9. April 2018 sprach die Suva dem Versicherten mit Wirkung ab 1. Dezember 2016 bei einem Invaliditätsgrad von 21 % eine Invalidenrente auf der Basis eines versicherten Jahresverdienstes von Fr. 55'960. sowie gestützt auf eine Integritätseinbusse von 7.5 % eine Integritätsentschädigung von Fr. 9'450. zu (Urk. 13/228). Die dagegen erhobene Einsprache des Versicherten vom 9. Mai 2018, mit welcher er eine 21 % übersteigende Invalidenrente und eine 7.5 % übersteigende Integritätsentschädigung beantragt hatte (Urk. 13/239), wies die Suva mit Einspracheentscheid vom 26. September 2019 ab (Urk. 13/262 = Urk. 2).

### E. 1.1

Am 1. Januar 2017 sind die 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). 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 1. Oktober 2012 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

ergebe eine distale Medianuslähmung eine Integritätseinbusse von 15 %. Subjektiv persistierenden Schmerzen und Elektrisieren vor allem im Unterarm- und Handbereich rechts

, teilweise jedoch auch bis zur rechten Schulter ausstrahlend, und eine verminderte Kraft. Objektiv fänden sich eine Einschränkung der Handgelenksbeweglichkeit in Bezug auf die Dorsalflexion, ein Tinel-artiges Phänomen im Bereich des N. ulnaris und N. medianus rechts, aber keinen Anhalt für eine muskuläre Atrophie im Bereich des Ober- und Unterarms (S. 1 Ziff. 1). Lähmungen seien auch im neurologischen Teilgutachten der P.\_\_\_\_ (vgl. E. 3.1

### **E. 1.3**

Wird die versicherte Person infolge eines Unfalles zu mindestens 10 % invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente, sofern sich der Unfall vor Erreichen des ordentlichen Rentenalters ereignet hat (Art. 18 Abs. 1 UVG). Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Zur Bestimmung des Invaliditätsgrades wird gemäss Art. 16 ATSG das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der (unfallbedingten) Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen) .

### **E. 1.4**

Erleidet die versicherte Person durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität, so hat sie Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung (Art. 24 Abs. 1 UVG). Die Integritätsentschädigung wird in Form einer Kapitalleistung gewährt. Sie darf den am Unfalltag geltenden Höchstbetrag des versicherten Jahresverdienstes nicht übersteigen und wird entsprechend der Schwere des Integritätsschadens abgestuft (Art. 25 Abs. 1 UVG).

### **E. 1.5**

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiel (BGE 129 V 177 E. 3.1, 402 E. 4.3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

## **E. 1.6**

Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2, 402 E. 2.2, 125 V 456 E. 5a).

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).

## **E. 1.7**

Versicherungsträger und das Sozialversicherungsgericht haben den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Sie haben alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere dürfen sie bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzu geben, warum sie auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellen (BGE 125 V 351 E. 3a).

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob er für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten

(BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). 2.

## **E. 2**

Gegen den Einspracheentscheid vom 26. September 2019 (Urk. 2) erhob der Versicherte am 24. Oktober 2019 Beschwerde mit dem Antrag, die Suva sei zu verpflichten, ihm eine Invalidenrente von mehr als 21 % und eine Integritätsentschädigung von mehr als 7.5 % auszurichten (Urk. 1 S. 2 Ziff. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 13. Februar 2020 schloss die Suva auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 12).

Am 18. Februar 2020 (Urk. 14) zog das Gericht die Akten der Eidgenössischen Invalidenversicherung (Urk. 16/1-188) bei und bewilligte am 6. März 2020 dem Beschwerdeführer antragsgemäss (vgl. Urk. 1 S. 2 Ziff. 3) die unentgeltliche Rechtsvertretung (Urk. 17).

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin sprach dem Beschwerdeführer mit Wirkung ab Dezember 2016 eine Invalidenrente bei einer Erwerbsunfähigkeit von 21 % sowie eine Integritätsentschädigung auf der Grundlage einer Integritätseinbusse von 7.5 % zu (Urk. 2). Zur Begründung führte sie an, für die psychischen Beschwerden sei sie nicht leistungspflichtig (S. 3 unten). Laut kreisärztlicher Zumutbarkeitsbeurteilung sei dem Beschwerdeführer eine leichte Tätigkeit mit näher dargelegten Einschränkungen zumutbar, und es bestehe kein Grund, von dieser Einschätzung abzuweichen (S. 6 Ziff. 4). Der Einkommensvergleich ergebe unter Berücksichtigung eines Tabellenlohnabzuges einen Invaliditätsgrad von 21.13 % (S. 7 oben) und die Integritätsentschädigung betrage in Anwendung der Suva-Tabelle 1.2 7.5 % (S. 8 Mitte).

### **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer machte dagegen geltend (Urk. 1), sein Gesundheitszustand habe sich nach dem Zeitpunkt der kreisärztlichen Untersuchung verändert. Es gebe an der kreisärztlichen Beurteilung Zweifel, weshalb darauf nicht abgestellt werden könne (S. 5 Ziff. 7). Das von der Beschwerdegegnerin herangezogene Valideneinkommen treffe aus verschiedenen Gründen nicht zu (S. 8 f. Ziff. 8),

und auch die Festsetzung des Invalideneinkommens aufgrund der Lohnstrukturerhebung werde der Sache nicht gerecht (S. 9 ff. Ziff. 9). Bei der Festsetzung der Integritätsentschädigung seien Zweifel an der Einschätzung durch den Kreisarzt angebracht, und es sei von einem Integritätsschaden von mindestens 22.5 % auszugehen (S. 11 Ziff. 10).

### **E. 2.3**

Streitig und zu prüfen sind

der Umfang des anerkanntermassen bestehenden Anspruchs auf eine Invalidenrente sowie die Höhe der dem Beschwerdeführer zustehenden Integritätsentschädigung. Nicht mehr streitig ist die Kausalität der psychischen Beschwerden.

## **E. 3**

Mit Verfügung vom 5. Mai 2015 wies die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, das Leistungsgesuch des Versicherten ab (Urk. 13/124/2-3). Das hiesige Gericht hob die Verfügung mit Urteil vom 10. November 2015 im Prozess Nr. IV.2015.00616 auf und wies die Sache zu ergänzenden Abklärungen an die IV-Stelle

zurück (Urk. 16/47) . Mit Verfügung vom 14. September 2018 verneinte

die IV-Stelle einen Rentenanspruch des Versicherten (Urk. 13/250). Mit Urteil vom 29. März 2019 im Prozess Nr. IV.2018.000883 wurde die Verfügung erneut aufgehoben und die Sache abermals zu ergänzenden Abklärungen an die IV-Stelle zurückgewiesen (Urk. 16/175) . Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 3.1**

Die Ärzte des Spitals Z.\_\_\_\_ , Institut für klinische Notfallmedizin, diagnostizierten laut Austrittsbericht vom 9. Oktober 2012 (Urk. 13/1) anlässlich der Erstversorgung eine Schnittverletzung am rechten Handgelenk, differentialdiagnostisch eine Reizung des Nervus (N.) medianus (S. 1) und äusserten im Verlauf den Verdacht auf eine traumatische Verletzung des N. medianus rechts (S. 2). Sie attestierten eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vom 9. bis 16. Oktober 2012.

### **E. 3.2**

Dr. med. A.\_\_\_\_ , Oberarzt Neurologie am Spital Z.\_\_\_\_ , stellte im Bericht vom 8. November 2012 (Urk. 13/9) folgende Diagnose (S. 1) : - Verletzung durch Glasscherbe am rechten Handgelenk im Medianus bereich mit/bei - assoziierter Medianusläsion mit Teilläsion der sensorischen Fasern zu Digitus ( Dig .) III - aktuell: Schmerzzustand mit positivem Tinel Zeichen an der Verletzungsstelle

Die Prognose sei per se gut, allerdings sei der Heilungsverlauf im Rahmen von Wochen bis Monaten zu sehen.

Es gebe momentan keine medikamentöse

Therapiestrategien . Aktuell sei der Beschwerdeführer als Gerüstbauer einsatzfähig (wohl eher: nicht einsatzfähig) und er sei bis 19. November 2012 « krankgeschrieben » worden (S. 2).

### **E. 3.3**

Dr. med. B.\_\_\_\_ , Facharzt für Chirurgie, speziell Handchirurgie, erhob im Bericht vom 19. Dezember 2012 (Urk. 13/15 ; vgl. auch Urk. 13/19 ) eine Partialläsion des N. medianus im Handgelenk rechts. Es sei eine Nervenrevision mit allfälliger Sekundärnaht der sensiblen Fasern für den Mittelfinger indiziert.

Am 22. Januar 2013 führte Dr. B.\_\_\_\_ die vorgeschlagene Operation durch ( vgl. Bericht vom 19. Dezember 2012, Urk. 13/15).

Am 8. Mai 2013 (Urk. 13/32) berichtete er, der Beschwerdeführer klagt immer noch über elektrisierende Schmerzen, die Wiederaufnahme der Arbeit sei noch unbestimmt.

### **E. 3.4**

Dr. med. C.\_\_\_\_ , Facharzt für Chirurgie, nannte nach der kreisärztlichen Untersuchung im Bericht vom 2. Juli 2013 (Urk. 13/39) folgende Diagnose (S. 5 Ziff. 5): - Status nach Fremdkörperinkorporation (Glasscherbe) im Bereich des rechten Handgelenks mit Teilläsion des N. medianus rechts am 1. Oktober 2012 und Neurolyse des N. medianus rechts am 22. Januar 2012

Subjektiv persistierten Schmerzen und Sensibilitätsstörungen. Objektiv fanden sich reizlose Narbenverhältnisse und nur eine leichte Bewegungseinschränkung im Handgelenk rechts

gegenüber links und eine Kraftverminderung. Es sei eine neurologische Kontrolluntersuchung indiziert (S. 5).

### **E. 3.5**

Dr. A.\_\_\_\_ berichtete am 18. Juli 2013 (Urk. 13/41), elektrophysiologisch sei die Situation unverändert mit weiterhin klinisch gut fassbarer Störung der Sensorik im Bereich des Digt. III rechts. Das Extensionsdefizit im Bereich des rechten Handgelenks dürfte schmerzbedingt sein, für eine zusätzliche Pathologie liessen sich keine Hinweise finden. Hauptstörung sei neben der Hyposensibilität allerdings weiterhin ein Reizzustand mit positivem Tinelzeichen im Bereich der Narbe und im Handteller, und es zeigten sich leichte Überlastungszeichen im Ellbogen. Dies sollte ergotherapeutisch angegangen werden. Es werde versucht, die Neuropathie beziehungsweise die Reizsymptomatik mit auslösbarem Tinelzeichen medikamentös zu behandeln. Ein Karpaltunnelsyndrom habe ausgeschlossen werden können. Für eine abschliessende neurologische Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sei es noch zu früh (S. 2 Mitte).

Nach einer Verlaufsuntersuchung führte

Dr. A.\_\_\_\_ am 31. Januar 2014 (Urk. 13/55) aus, es sei weder anamnestisch, klinisch noch elektrophysiologisch eine Veränderung gegenüber der letzten Untersuchung vom Juli 2013 auszumachen. Als Hauptstörung beziehungsweise die Funktionalität einschränkend sei wahrscheinlich ein neuropathischer Schmerz, der anscheinend auf die ausreichend dosierte antineuropathische Medikation nicht positiv angesprochen habe. Im Plasmaspiegel habe sich überraschenderweise kein messbarer Wert finden lassen, was Zweifel an den Angaben des Beschwerdeführers über die Medikamente nicht aufkommen lasse. Somit sei die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit, welche vor allem auf den subjektiven Angaben beziehungsweise den angegebenen neuropathischen Schmerzen beruhe, schwierig beziehungsweise unmöglich. Auch sei schwierig zu beurteilen, ob weitere Abklärungen und die Suche nach einer noch vorhandenen Komprimierung des Nerven sinnvoll seien. Dass durch den Unfall eine Läsion einzelner sensorischer Fasern des Nerven an der bereits durch eine Amputation vorgeschädigten Hand stattgefunden habe, sei nicht anzuzweifeln. Die berufliche Haupteinschränkung sei allerdings der Schmerz (S. 2 Mitte).

### **E. 3.6**

Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, berichtete am 17. April 2014 (Urk. 13/73), Kopf und Hals seien frei beweglich. Die zervikalen Foramenokklusionszeichen seien negativ. Der Phalantest sei auf der rechten Seite ebenso wie das Tinelzeichen bei Perkussion des N. medianus im Bereich des palmaren Handgelenks positiv mit typischer Ausstrahlung schwerpunktmässig in den Finger II. Bei Status nach Amputation des Fingers V rechts ergäben sich keine Paresen,

Feinmotorikstörungen oder Muskelatrophien im Bereich der rechten Hand beziehungsweise des rechten Unterarms. Reproduzierbar sei eine Hypästhesie und Hypalgesie des Fingers III beziehungsweise der radialen Hälfte des Fingers IV rechts. Trophische Störungen im Sinne von Defiziten der Sudorisekretion beziehungsweise des Wachstumsverhaltens von Haut und Hautanhangsgebilden ergäben sich nicht. Der übrige neurologische Befund in Form des Hirnnervenbefundes, der übrigen Motorik, der Muskeleigenreflexe und der Oberflächen- und Tiefensensibilität sei insgesamt regelrecht (S. 2 oben). Die Befunde der motorischen und der sensiblen Neurographie belegten bei einem Potentialverlust der sensiblen Neurographie mit Ableitung vom Finger III und IV rechts eine sensible Funktionsstörung

im N. medianus-Versorgungsbereich von Belang . Diese dürfte zweifelsfrei mit dem zur Diskussion stehenden Trauma in einem ursächlichen Zusammenhang stehen (S. 2 unten).

Am 5. Mai 2014 (Urk. 13/76) ergänzte Dr. D.\_\_\_\_ , es bestehe weiterhin ein neuropathisches Schmerzsyndrom, und er empfehle eine medikamentöse Therapie . Aus neurologischer Sicht sei keine Arbeitsfähigkeit gegeben.

### **E. 3.7**

Dr. med. E.\_\_\_\_ , Fachärztin für Orthopädie, speziell Handchirurgie, berichtete am 7. Mai 2014 (Urk. 13/82), es bestehe eine erhebliche Diskrepanz zwischen den subjektiv angegebenen Beschwerden und Einschränkungen und den objektiven Befunden. Auffällig sei die deutliche Hautverschmutzung der rechten Hand und die seitengleiche Beschwellung . Die physiologische Umfangdifferenz am Unterarm zugunsten des betroffenen dominanten rechten Armes von 0.5 cm spreche gegen die geltend gemachten Einschränkungen der rechten Hand und des rechten Unterarms. Die Beschwerden über dem Olecranon dorsal seien auf einen Knochensporn mit Bursabildung zurückzuführen und hätten keinen Zusammenhang mit dem Unfall. Es gebe keine Möglichkeit für weitere Therapien, und es bestehe keine Indikation für einen weiteren handchirurgischen Eingriff am N. medianus rechts . Die Sensibilität in den Fingern III und IV könne damit nicht verbessert werden (S. 3 Mitte) .

### **E. 3.8**

Laut Bericht der Universitätsklinik F.\_\_\_\_ , Institut für Anästhesiologie, Schmerzambulatorium, vom 13. Januar 2015 (Urk. 13/103 = Urk. 13/110 /6-7 ) sei die präsentierte Symptomatik am ehesten im Rahmen eines neuropathischen Schmerzgeschehens im Bereich des Ausbreitungsgebiets des rechtsseitigen N. medianus zu beurteilen. Es sei eine diagnostische Ultraschall (US)- assistierte Lokalanästhetika-Blockade des N. medianus durchgeführt worden, die nur inkonklusive Resultate gezeigt habe, so dass von weiteren interventionellen Massnahmen abgesehen worden sei. Aufgrund der inkonklusiven Blockaderesultate seien keine operativen Massnahmen zu empfehlen. In medikamentöser Hinsicht zeige der Beschwerdeführer keine Bereitschaft, diagnostische Medikamententests oder perorale antineuropathische Medikamente einzunehmen (S. 1 unten).

### **E. 3.9**

Dr. C.\_\_\_\_ gab am 9. Februar 2015 (Urk. 13/115) folgende Beurteilung ab: Subjektiv persistierten Schmerzen und Sensibilitätsstörungen und rezidivierend «Stromstösse». Objektiv fanden sich reizlose Narbenverhältnisse und eine Bewegungseinschränkung in Bezug auf die Dorsalflexion des rechten Handgelenks und Tinel-artige Phänomene im gesamten Medianusverlauf (S. 5 oben).

### **E. 3.10**

Dr. med. G.\_\_\_\_ , Facharzt für Neurologie am F.\_\_\_\_ , Klinik für Plastische Chirurgie und Handchirurgie, berichtete am 10. März 2015 (Urk. 13/119) , es bestehe weiterhin eine schwere Hypästhesie im Bereich des Dig . III, normalisiert habe sich die Sensibilität des Dig . IV. Neurographisch zeige sich der Befund einer schweren, aber nicht kompletten, rein sensiblen, axonalen faszikulären Läsion zum Dig . III und zum Dig . IV ( N. medianus). Im Ultraschall könne die oberflächliche faszikuläre Läsion des N. medianus, die fokale ulnare, oberflächliche und

hypoechoogene

Auftreibung des N. medianus unmittelbar in seinem Verlauf um den Flexor digitorum superficialis proximal des Handgelenks dargestellt werden. Von der Lokalisation her passt dieser Befund gut zur Klinik, da genau in diesem Bereich die sensiblen Faszikel zu den Dig. III und IV verliefen, was zu der typischen V-förmigen Hypästhesie des Dig. III und radial des Dig. IV führe. Obschon von Seiten der Sensibilität 2

1/2 Jahre posttraumatisch eine weitere Besserung nicht mehr zu erwarten sei, könnten durch einen handchirurgischen Eingriff möglicherweise die lokalen, « belastungsabhängigen und / Druck» verbesert werden (S. 2 Mitte).

### **E. 3.11**

Am 25. September 2015 führte Dr. med. H.\_\_\_\_, Oberarzt an der Klinik für Plastische Chirurgie und Handchirurgie am F.\_\_\_\_, eine Spaltung des Sulcus

ulnaris links, Neurolyse des N. medianus Zone 4-5 und Deckung mittels Unterarmfaszienlappens

durch (vgl. Urk. 13/145). Im Austrittsbericht vom 2. Oktober 2015 (Urk. 13/144 = Urk. 13/146) wurden folgende Diagnosen festgestellt (S. 1): - neuropathisches Schmerzsyndrom der rechten Hand (dominant) mit Ausstrahlung nach proximal, vor allem an Dig. III rechts bei Status nach Glassplitter-Teilläsion des N. medianus rechts proximal des Handgelenks am 1.10.2012 - Erstversorgung durch Spital Z.\_\_\_\_ am 3. Oktober 2012 - Revision, Neurolyse faszikulär

N. medianus rechts am 22. Januar 2013 (fecit Dr. B.\_\_\_\_) - US-assistierte Nervenblockade im November 2014 mit ausbleibendem Therapieerfolg - aktuell persistierende, schwere, aber nicht komplette axonale, faszikuläre Schädigung Medianus-Faszikel zum Dig. III und Dig. IV - Status nach Amputation Dig. V Hand rechts 2010 auf Höhe proximale Grundphalanx - arterielle Hypertonie (Erstdiagnose Juli 2015) - bei fortgeführtem Nikotinkonsum (ca. 20 pack years) - Asthma Bronchiale (Erstdiagnose zirka 1985) - Steatosis hepatis (Erstdiagnose August 2015) - rezidivierende depressive Episoden - aktuell eingestellt mit medikamentöser Therapie

Der intra- und postoperative Verlauf habe sich komplikationslos gestaltet.

### **E. 3.12**

Vom 29. bis 30. Oktober 2015 war der Beschwerdeführer erneut im F.\_\_\_\_, Klinik für Plastische Chirurgie und Handchirurgie, hospitalisiert. Die Ärzte nannten im Austrittsbericht vom 3. November 2015 (Urk. 13/153) neben den bereits bekannten Diagnosen folgende Diagnose (S. 1): - Weichteilentzündung des rechten Arms mit/bei - Verdacht auf Bursitis olecrani - Entzündungszeichen und normwertigen Leukozyten

Der gesamte mediale Ellbogen und der Oberarm auslaufend bis in die Axilla seien gerötet. Eine diskrete Rötung bestehe auch am Unterarm perifokal um die Narbe. Im Bereich des Sulcus

ulnaris bestehe eine Druckdolenz mit p.m. und über dem Olekranon eine Schwellung ohne palpable Fluktuation. Die axillären Lymphknoten seien druckdolent und vergrößert. Unter intravenöser Antibiose seien die Rötung und die Schmerzen zurückgegangen und laborchemisch hätten sich normwertige Leukozyten und ein regredientes CRP gezeigt (S. 2 oben).

### **E. 3.13**

Am 12. November 2015 führte PD Dr. med. I.\_\_\_\_, Stellvertretender Direktor der Klinik für Plastische Chirurgie und Handchirurgie am F.\_\_\_\_ (Urk. 13/154 = Urk. 13/163), aus, der Beschwerdeführer berichte, dass er weiter hin Schmerzen habe. Die Hand bewege sich besser, aber er habe fast mehr Schmerzen als vor der Operation. Der Unterarm sei unauffällig, reizlos und ohne Infektionszeichen. Es bestehe eine Hyperästhesie über der Narbe mit Ausstrahlung nach distal. Der Ellenbogen sei noch leicht gerötet und etwas druckdolent. Es finde sich kein Tinelzeichen. Die Fingerbeweglichkeit und die Handgelenksbeweglichkeit mit eingekrallten Fingern seien praktisch uneingeschränkt. Sobald der Beschwerdeführer die Finger strecke, habe er mehr Schmerzen.

### **E. 3.14**

Dr. G.\_\_\_\_ berichtete am 1. März 2016 (Urk. 13/168), nach dem operativen Eingriff vom 25. September 2015 sei es zu keiner Besserung, sondern im Gegenteil zu einer Verschlechterung des neuropathischen Schmerzsyndroms gekommen. Zum aktuellen Zeitpunkt bestünden Dysästhesien im Bereich der ganzen rechten Hand und zwar palmar und dorsal, eine Überempfindlichkeit des N. medianus proximal des Handgelenks und des N. ulnaris

cubital

sowie sekundär ein myofaszielles Verspannungssyndrom, wahrscheinlich infolge einer chronischen Einnahme einer unphysiologischen Schonhaltung. Therapeutisch sei das interdisziplinäre Schmerzmanagement auszubauen und zusätzlich zur psychiatrischen Therapie die Anbindung in einer Schmerzklinik erforderlich. Bei den aktuellen Befunden könne nicht mehr davon ausgegangen werden, dass eine relevante Verbesserung des aktuellen Zustands durch nervenchirurgische Massnahmen erreicht werden könne. Zur Verbesserung der myofaszialen Schmerzkomponente sei dem Beschwerdeführer Physiotherapie für detonisierende Massnahmen verordnet worden. Insgesamt sei es wenig wahrscheinlich, dass der Beschwerdeführer eine relevante Verbesserung seines chronischen, neuropathischen Schmerzsyndroms erreichen könne und wieder eine relevante Arbeitsfähigkeit erreicht werden könne (S. 2).

### **E. 3.16**

PD Dr. med. K.\_\_\_\_, Institut für Anästhesiologie am F.\_\_\_\_, Schmerzzambulatorium, berichtete am 12. April 2016 (Urk. 13/176), unter Zusammenschau der Berichte, Anamnese, Klinik und der bisher durchgeführten Interventionen sei von einem chronifizierten, stark bewegungsabhängigen neuropathischen Schmerzsyndrom der Hand rechts mit mittlerweile muskulärer Ausweitung auf die gesamte obere Extremität auszugehen. Die medikamentöse Therapie schein noch ausbaufähig, als erstes sei eine Medikamentenaustestung durchzuführen (S. 1 unten).

Am 3. August 2016 berichtete PD Dr. K.\_\_\_\_ (Urk. 13/183), die Schmerzsituation sei stabil schlecht. Die Medikamententests der verschiedenen Stoffklassen inklusive Opioiden seien alle deutlich negativ. Es blieben nicht mehr viele therapeutische Optionen. Es werde ein Versuch mit einer lokal wirksamen näher genannten Crème durchgeführt und die Behandlung abgeschlossen (S. 1 unten).

### **E. 3.17**

Kreisarzt Dr. C.\_\_\_\_ führte im Bericht vom 21. September 2016 (Urk. 13/191) aus , subjektiv persistierten Schmerzen und Elektrisieren vor allem im Unterarm- und Handbereich, teilweise jedoch auch bis zur rechten Schulter ausstrahlend, und eine verminderte Kraft rechtsseitig. Objektiv fanden sich eine Einschränkung der Handgelenksbeweglichkeit rechts in Bezug auf die Dorsalflexion, ein Tinel-artiges Phänomen im Bereich des N. ulnaris und N. medianus rechts, aber keinen Anhalt für eine muskuläre Atrophie im Bereich des Ober- und Unterarms. Insgesamt wirke der Beschwerdeführer nicht sehr schmerzgeplagt, er habe jedoch während der einzelnen Untersuchungsgänge jeweils immer Schmerzen angegeben. Gesamthaft sei die Stimmung etwas gedrückt gewesen (S. 6 Mitte) .

Die frühere körperlich schwere Tätigkeit im Gerüstbau sei nicht mehr zumutbar. Aus medizinischer Sicht sei eine körperlich sehr leichte Tätigkeit, bei welcher die rechte Hand nur als Zuhilfenahme einzusetzen sei, ohne Heben und Tragen von Lasten, ohne Zug-, Druck- und Stossbelastungen und ohne Schläge und Vibrationen auf die rechte obere Extremität zumutbar . Bei Schmerzexazerbation sollte auch die Möglichkeit vermehrter Pausen bestehen, so dass bei einer 100 %igen Arbeitsfähigkeit eine 80 %ige Leistungsfähigkeit resultiere (S. 6 unten) .

### **E. 3.18**

.1

Am 15. Juni 2017 erstatten Dr. med. L.\_\_\_\_ , Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie, Dr. med. M.\_\_\_\_ , Facharzt für Innere Medizin, Prof. Dr. med. N.\_\_\_\_ , Facharzt für Neurologie, und Dr. med. O.\_\_\_\_ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, das von der IV-Stelle in Auftrag gegebene polydisziplinäre Gutachten der P.\_\_\_\_

(Urk. 13/212 /

### **E. 3.19**

PD Dr. med. Q.\_\_\_\_ , Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, Universitätsklinik R.\_\_\_\_ , Rheumatologie, dem der Beschwerdeführer von der Beschwerdegegnerin zur Evaluation von Therapieoptionen zugewiesen wurde, diagnostizierte im Sprechstundenbericht vom 25. Januar 2018 (Urk. 13/219) in seinem Fachbereich Folgendes: - neuropathisches Schmerzsyndrom Hand rechts - Status nach Glassplitterteilläsion des N. medianus rechts proximal des Handgelenks am 1. Oktober 2012 - Status nach Revision Neurolyse faszikulär

N. medianus rechts am 21. Januar 2013 - Status nach Neurolyse N. medianus am 25. September 2015 - Spaltung Sulcus

ulnaris links am 3. Oktober 2012 - Status nach Amputation Dig . V Hand rechts 2010

Der Beschwerdeführer berichte über Dauerschmerzen bis cervical mit Exazerbation bei Bewegung und Belastung. Daneben bestünden auch ausgeprägte Nachtschmerzen. Die Schmerzen betrügen auf der Schmerzskala 4-9/10. Der Schmerz selbst sei inkonstant, der Schmerzcharakter könne nicht weiter beschrieben werden. Initial werde der Arm rechts in Schonhaltung präsentiert. Vorderarm und Hand rechts zeigten sich mit reizlosen Operationsnarben, ohne Schwellung, ohne Verfärbung, ohne Hyperhidrose, ohne Hypertrichose, ohne trophische Störungen der Nägel und mit symmetrischer Hauttemperatur. Der Faustschluss sei knapp möglich, die Dorsalextension des Handgelenks

rechts sei zu 2/3 eingeschränkt. Ellbogen und Schulter seien endgradig eingeschränkt. 3. 20

Dr. C.\_\_\_\_ schätzte die Integritätseinbusse im Bericht vom 31. Januar 2018 (Urk. 13/221) auf 7.5 % (S. 1 Ziff. 2) . Gemäss Feinrastertabelle

## **E. 5**

Dr. med. J.\_\_\_\_ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte im Bericht vom 31. März 2016 (Urk. 13/172) neben den bekannten somatischen Diagnosen eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (F32.2 ; S . 1 ). Vom Setting her sei eine wöchentliche Therapiestunde ganz klar indiziert. Bisher hätten jedoch seit Oktober 2015 nur gerade 11 Sitzungen durchgeführt werden können, wobei die Gründe der Unterbrüche vielfältig seien. Aktuell lasse sich keine Prognose stellen (S. 3).

### **E. 5.1**

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgleichender Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen) . Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenüber gestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 , 128 V 29 E. 1 ) .

### **E. 5.2**

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Valideneinkommens entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühest möglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 139 V 28 E. 3.3.2, 135 V 58 E. 3.1, 134 V 322 E. 4.1).

Ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die versicherte Person die bisherige Tätigkeit unabhängig vom Eintritt der Invalidität nicht mehr ausgeübt hätte, kann das Valideneinkommen auf Grundlage der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) berechnet werden, wobei die für die Entlohnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren zu berücksichtigen sind (BGE 139 V 28 E. 3.3.2;

Meyer/Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Auflage 2014, Rn 55 f. zu Art. 28a ) .

Bezug eine versicherte Person aus invaliditätsfremden Gründen (z.B. geringe Schulbildung, fehlende berufliche Ausbildung, mangelnde Deutschkenntnisse, beschränkte Anstellungsmöglichkeiten wegen Saisonierstatus ) ein deutlich unterdurchschnittliches Einkommen, ist diesem Umstand bei der Invaliditätsbemessung nach Art. 16 ATSG Rechnung zu tragen, sofern keine Anhaltspunkte dafür bestehen, dass sie sich aus freien

Stücken mit einem bescheideneren Einkommensniveau begnügen wollte. Nur dadurch ist der Grundsatz gewahrt, dass die auf Invaliditätsfremde Gesichtspunkte zurückzuführenden Lohneinbussen entweder überhaupt nicht oder aber bei beiden Vergleichseinkommen gleichmässig zu berücksichtigen sind (BGE 141 V 1 E. 5.4). Diese Parallelisierung der Einkommen kann praxisgemäss entweder auf Seiten des Valideneinkommens durch eine entsprechende Heraufsetzung des effektiv erzielten Einkommens oder aber auf Seiten des Invalideneinkommens durch eine entsprechende Herabsetzung des statistischen Wertes erfolgen (BGE 135 V 58 E. 3.1, 134 V 322 E. 4.1). Eine Parallelisierung ist indessen nur vorzunehmen, wenn die Differenz zum massgebenden Durchschnitt deutlich ist. Deutlich unterdurchschnittlich im Sinne von BGE 134 V 322 E. 4 ist der tatsächlich erzielte Verdienst, wenn er mindestens 5 % vom branchenüblichen LSE-Tabellenlohn abweicht (vgl. BGE 135 V 297 E. 6.1.2).

### **E. 5.3**

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3, 135 V 297 E. 5.2, 129 V 472 E. 4.2.1). Dabei sind grundsätzlich die im Verfügungszeitpunkt aktuellsten veröffentlichten Tabellen der LSE zu verwenden (BGE 143 V 295 E. 4.1.3; zur Verwendung der aktuellsten statistischen Daten bei Rentenrevisionen vgl. BGE 143 V 295 E. 4.2.2, 142 V 178 E. 2.5.8.1, 133 V 545 E. 7.1). Für die Invaliditätsbemessung wird praxisgemäss auf die standardisierten Bruttolöhne (Tabellengruppe A) abgestellt (BGE 129 V 472 E. 4.2.1 mit Hinweis), wobei jeweils vom so genannten Zentralwert (Median) auszugehen ist. Bei der Anwendung der Tabellengruppe A gilt es ausserdem zu berücksichtigen, dass ihr generell eine Arbeitszeit von 40 Wochenstunden zugrunde liegt, weshalb der massgebliche Tabellenlohn auf die entsprechende betriebsübliche Wochenarbeitszeit aufzurechnen ist (BGE 129 V 472 E. 4.3.2, 126 V 75 E. 3b/ bb, 124 V 321 E. 3b/ aa; AHI 2000 S. 81 E. 2a). Die Verwendung der Tabellenlöhne ist subsidiär, das heisst deren Bezug erfolgt nur, wenn eine Ermittlung des Invalideneinkommens aufgrund und nach Massgabe der konkreten Gegebenheiten des Einzelfalles nicht möglich ist (vgl. BGE 142 V 178 E. 2.5.7, 139 V 592 E. 2.3, 135 V 297 E. 5.2; vgl. auch Meyer/Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Auflage 2014, Rn 55 und 89 zu Art. 28a, mit weiteren Hinweisen auf die Rechtsprechung).

### **E. 5.4**

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/ aa). Aufgrund dieser Faktoren kann die versicherte Person die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt möglicherweise nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten. Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen (vgl. BGE 135 V 297 E. 5.2, 134 V 322 E. 5.2 und 126 V 75 E. 5b/ aa -cc). Die Rechtsprechung gewährt insbesondere dann einen Abzug auf dem Invalideneinkommen, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in

ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/ bb ). Zu beachten ist jedoch, dass allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen dürfen (Urteile des Bundesgerichts 8C\_805/2016 vom 22. März 2017 E. 3.1 und 9C\_846/2014 vom 22. Januar 2015 E. 4.1.1).

Nach ständiger Rechtsprechung darf das (kantonale) Sozialversicherungsgericht sein Ermessen, wenn es um die Beurteilung des Tabellenlohnabzuges gemäss BGE 126 V 75 geht, nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Verwaltung setzen; es muss sich auf Gegebenheiten abstützen können, welche seine abweichende Ermessensausübung als naheliegender erscheinen lassen (BGE 137 V 71 E. 5.2 und 126 V 75 E. 6). Wurde bei der Festsetzung der Höhe des Abzugs vom Tabellenlohn ein Merkmal oder ein bestimmter Aspekt eines Merkmals zu Unrecht nicht berücksichtigt oder zu Unrecht berücksichtigt, hat die Beschwerdeinstanz den Abzug gesamthaft neu zu schätzen (vgl. Urteile des Bundesgerichtes 9C\_808/2015 vom 29. Februar 2016 E. 3.4.3 und 8C\_113/2015 vom 26. Mai 2015 E. 3.2 ). 6.

## 6.1

Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungs erlass zu berücksichtigen sind (BGE 143 V 295 E. 4.1.3, 129 V 222 E. 4.1 und E. 4.2, 128 V 174).

### Massgebender Rentenbeginn

ist der Zeitpunkt , in welchem von medizinischen Massnahmen keine Besserung des Gesundheitszustandes zu erwarten ist ( vorstehend E. 1.2) . Die Beschwerdegegnerin ging davon aus, dass der Rentenbeginn ins Jahr 2016, mithin auf den Zeitpunkt der kreisärztlichen Untersuchung (E. 3.17), falle (Urk. 2 S. 6 f. Ziff. 4). Dies ist nicht zu beanstanden, kann doch davon ausgegangen werden, dass sich der Gesundheitszustand nach der kreisärztlichen Untersuchung vom September 2016 nicht mehr verändert hatte und in diesem Zeitpunkt keiner Besserung mehr zu erwarten war. 6.2 6.2.1

Laut Auskunft der Arbeitgeberin hätte der Beschwerdeführer im Jahr 2016 einen Basisstundenlohn von 22.85 zuzüglich Ferien- und Feiertagsentschädigung sowie 1/3 Monatslohn erzielen können (Urk. 13/205 S. 2 ) . Unter Berücksichtigung der jährlichen Bruttoarbeitszeit, das heisst der Sollarbeitszeit vor Abzug von Ferien und Feiertagen von 2'190 Stunden und des 1/3 Monatslohnes von 8.3 % auf dem Basisstundenlohn errechnete die Beschwerdegegnerin ein Valideneinkommen von Fr. 54'210. -- ( Urk. 2 S. 7 Ziff. 4) . 6.2.2

Der Beschwerdeführer machte geltend, es dürfe nicht auf einen Lohn laut einem Formular abgestellt werden, es wäre konkret abzuklären gewesen, was er bei guter Gesundheit mit seinem Leistungsausweis , seiner Betriebszugehörigkeit und unter Berücksichtigung der Löhne vergleichbarer Arbeitnehmer im Jahr 2016 tatsächlich verdient hätte. Es treffe auch nicht zu, dass es sich beim herangezogenen Stundenlohn um einen Lohn nach Gesamtarbeitsvertrag (GAV) handle. Der GAV-Lohn habe im Jahr 2016 Fr. 25.85 pro Stunde betragen. Der herangezogene Lohn liege somit unter dem Mindestlohn und sei

unterdurchschnittlich. Im Übrigen sei zu berücksichtigen, dass der Beschwerdeführer nicht mehr bei einem Personalverleih tätig wäre und es wahrscheinlicher sei, dass er eine Festanstellung inne hätte ( Urk. 1 S. 8 Ziff. 8). 6.2.3

Der Beschwerdeführer verunfallte bereits ein gutes halbes Jahr nach der Einreise in die Schweiz und gut vier Monate nach der Arbeitsaufnahme (vgl. Urk. 13/4 Ziff. 3 und 4 in Verbindung mit Urk. 13/64 S. 2 Ziff. 1.6).

Dass der Beschwerdeführer vier Jahre später immer noch über einen Personalverleih temporär tätig gewesen wäre, erscheint daher fraglich, weshalb für die Bestimmungen des Valideneinkommens nicht auf die Lohnangaben der ehemaligen Arbeitgeberin abzustellen ist, sondern auf das durchschnittliche Einkommen für Männer des Kompetenzniveaus 1 ( einfache Tätigkeiten) im Baugewerbe . Dieses betrug im Jahr 2016 monatlich Fr. 5'508. (LSE 2016 TA1\_trage-skill-level

Ziff. 41-43 ). Unter Berücksichtigung einer betriebsüblichen wöchentlichen Arbeitszeit im Baugewerbe von 41.4 Stunden im Jahr 2016 (BFS, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen Ziff. 41-43 ) ergibt dies ein Valideneinkommen von abgerundet Fr . 68'409. (Fr. 5'508. x 12 x 41. 4 : 40 ).

Wird das Valideneinkommen aufgrund statistischer Werte ermittelt, kann dieses nicht unterdurchschnittlich sein, weshalb von einer Parallelisierung abzusehen ist. 6.3

Dem Beschwerdeführer stehen seinem Leiden angepasste Tätigkeiten nicht nur , wie er behauptet (Urk. 1 S. 10 oben), in konkreten Verweistätigkeiten, sondern in sämtlichen Wirtschaftszweigen offen, weshalb bei der Bestimmung des Invalideneinkommens vom Total der Tabellenlöhne auszugehen ist (LSE 2016 TA1\_trage- skill-level

Ziff. 01-96 ) . Dieses betrug im Jahr 2016 für Männer Fr. 5'340. pro Monat. Unter Berücksichtigung einer betriebsüblichen Arbeitszeit von 41.7 Stunden im Jahr 2016 (BFS, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen Ziff. 01-96) ergibt dies bei einer Leistungseinbusse von 20 % ein mutmassliches Jahreseinkommen von aufgerundet Fr. 53'443. (Fr. 5'340. x 12 x 41.7 : 40 x 0.8). 6.4

Entgegen des Einwands des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 10 Mitte) berücksichtigte die Beschwerdegegnerin einen Tabellenlohnabzug von 20 %. Dieser erscheint angesichts der Tatsache, dass dem Beschwerdeführer auch leichte Tätigkeiten nur zumutbar sind, sofern die rechte Hand lediglich als Zudienhand eingesetzt werden muss, und seine Nationalität und die fehlende Berufsausbildung einen lohnmindernden Effekt haben können, als grosszügig bemessen. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung vermag eine faktische Einhändigkeit oder Beschränkung der dominanten Hand als Zudienhand grundsätzlich einen Abzug von 20 bis 25 % zu rechtfertigen, wobei das Bundesgericht auch einen Abzug von lediglich 10 % als angemessen bezeichnet hat (Urteile des Bundesgerichts 8 C\_587/2019 vom 30. Oktober 2019 E. 7.3 und 8C\_58/2018 vom 7. August 2018 E. 5.3). Mangelnde Sprachkenntnisse oder eine ungenügende Ausbildung sind nicht abzugsrelevant, da diesen Aspekten bei der Wahl des Kompetenzniveaus Rechnung zu tragen ist (Urteil des Bundesgerichts 8C\_549/2019 vom 26. November 2019 E. 7.7). Im Übrigen erachtete der Beschwerdeführer selber einen Abzug vom Tabellenlohn von 15 % als angemessen (Urk. 1 S. 11 oben).

Unter Berücksichtigung eines Tabellenlohnabzugs von 20 % beträgt das Invalideneinkommen abgerundet Fr. 42'754. (Fr. 53'443. x 0.8). Verglichen mit dem

Valideneinkommen von Fr. 68'409. resultiert eine Erwerbseinbusse von Fr. 25'655. (Fr. 68'409. - Fr. 42'754. ) beziehungsweise ein Invaliditätsgrad von 37.5 % (Fr. 25'655. x 100 : 68'409. ). 7.

## **E. 7**

-47 ) und stellten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ( S. 28 Ziff. 4.4): - Zustand nach Glassplitter-Teilläsion des N. medianus rechts proximal des Handgelenks am 1. Oktober 2012 - Zustand nach Revision Neurolyse faszikulär

N. medianus rechts am 22. Januar 2013 - Neurolyse N. medianus Zone 4-5, Deckung mit Unterarm Fasziennappen am 25. September 2015 - CRPS mit myofaszialer Überlagerung - neuropathisches Schmerzsyndrom der rechten Hand, Teilläsion des N. medianus rechts durch Glassplitterverletzung am 1. Oktober 2012 (Erstversorgung Spital Z.\_\_\_\_ ) - Spaltung des Sulcus

ulnaris links am 3. Oktober 2012 (25. September 2015) - Zustand nach Amputation Dig. V rechte Hand 2010 auf Höhe proximale Grundphalanx

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie ( S. 28 Ziff. 4.4 ): - Zustand nach phlegmonöser Weichteilentzündung Arm rechts bei Verdacht auf Bursitis olecrani - arterielle Hypertonie - Asthma bronchiale - Steatosis hepatis - Adipositas, WHO Grad I - Nikotinabhängigkeit - weitgehend remittierte depressive Störung, F32.8 (DD: Anpassungsstörung, F43.2) - dysfunktionale Krankheitsverarbeitung, F54.3.1

### **E. 7.1**

Nach Art. 25 Abs. 2 UVG regelt der Bundesrat die Bemessung der Integritätsentschädigung. Von dieser Befugnis hat er in Art. 36 UVV Gebrauch gemacht. Abs. 1 bestimmt, dass ein Integritätsschaden als dauernd gilt, wenn er voraussichtlich während des ganzen Lebens mindestens in gleichem Umfang besteht; er ist erheblich, wenn die körperliche, geistige oder psychische Integrität, unabhängig von der Erwerbsfähigkeit, augenfällig oder stark beeinträchtigt wird. Gemäss Abs. 2 gelten für die Bemessung der Integritätsentschädigung die Richtlinien des Anhangs 3. Fallen mehrere körperliche, geistige oder psychische Integritätsschäden aus einem oder mehreren Unfällen zusammen, so wird die Integritätsentschädigung nach der gesamten Beeinträchtigung festgesetzt. Die Gesamtentschädigung darf den Höchstbetrag des versicherten Jahresverdienstes nicht übersteigen und bereits nach dem Gesetz bezogene Entschädigungen werden prozentual angerechnet (Abs. 3). Vorausssehbare Verschlimmerungen des Integritätsschadens werden angemessen berücksichtigt. Revisionen sind nur im Ausnahmefall möglich, wenn die Verschlimmerung von grosser Tragweite ist und nicht voraussehbar war (Abs. 4).

Die medizinische Abteilung der Suva hat in Weiterentwicklung der bundesrätlichen Skala weitere Bemessungsgrundlagen in tabellarischer Form (sogenannte Feinraaster) erarbeitet (Mitteilungen der Medizinischen Abteilung der Suva). Diese Tabellen stellen zwar keine Rechtssätze dar, soweit sie jedoch lediglich Richtwerte enthalten, mit denen die Gleichbehandlung aller Versicherten gewährleistet werden soll, sind sie mit dem Anhang 3 zur UVV vereinbar (BGE 124 V 32, 116 V 158; RKUV 1998 S. 236 und 1987 S. 329).

### **E. 7.2**

Bei der Zusprache einer Integritätsentschädigung basierend auf einer Erwerbseinbusse von 7.5 % stützte sich die Beschwerdeführerin auf die medizinische Beurteilung durch

Dr. C.\_\_\_\_ vom 31. Januar 2018 (E. 3.20) .

Der Umstand, dass der Beschwerdeführer die rechte Hand nur noch als Zudien hand einsetzen kann, ist entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 11 Ziff. 10) nicht gleichzusetzen mit dem Verlust eines Arms respektive einer Hand. Objektiv fand Dr. C.\_\_\_\_ lediglich eine Einschränkung der Handgelenks beweglichkeit in Bezug auf die Dorsalflexion, ein Tinel-artiges Phänomen im Bereich des N. ulnaris und N. medianus rechts und keinen Anhalt für eine muskuläre Atrophie im Bereich des Ober- und Unterarms, weshalb der Integritätsschaden mit Dr. C.\_\_\_\_ ausgehend von einer Medianuslähmung, für welche nach der Suva-Tabelle 1.2 ein Integritätsschaden von 15 % vorgesehen ist, festzusetzen ist. Da Lähmungen nicht überwiegend wahrscheinlich sind und auch keine Atrophie der intrinsischen Handmuskulatur vorliegt, sondern objektiv lediglich eine Einschränkung der Handbeweglichkeit und ein Tinel-artiges Phänomen im Bereich des N. ulnaris und des N. medianus rechts gefunden werden konnte (E. 3.20), erscheint vorliegend ein Integrationsschaden von 7.5 % als angemessen.

#### **E. 8**

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer in teilweiser Gutheissung der Beschwerde Anspruch hat auf eine Invalidenrente basierend auf einem Invaliditätsgrad von 37.5 %. Im Übrigen ist die Beschwerde abzuweisen.

#### **E. 9**

Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend hat der anwaltlich vertretene Beschwerdeführer Anspruch auf eine reduzierte Parteientschädigung (§ 34 Abs. 3 GSVGer) . Sein unentgeltlicher Rechtsvertreter machte mit Honorarnote vom 13. März 2020 einen Aufwand von 12.9 Stunden und Barauslagen von Fr. 116.10 geltend (Urk. 19). Unter Berücksichtigung eines gerichtsblichen Ansatzes von Fr. 220. zuzüglich Mehrwertsteuer ist die Entschädigung auf Fr. 3'182. festzusetzen, wovon die Hälfte im Betrag von Fr. 1'591. von der Beschwerdegegnerin zu bezahlen und die andere Hälfte im Betrag von Fr. 1'591. auf die Gerichtskasse zu nehmen ist . Das Gericht erkennt: 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 26. September 2019 dahingehend abgeändert, als der Beschwerdeführer Anspruch hat auf eine Invalidenrente basierend auf einem Invaliditätsgrad von 37.5 %. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem unentgeltlichen Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Kaspar Gehring, Zürich, eine reduzierte Prozessentschädigung von Fr. 1'591.-- (inkl. Barauslagen und MWSt ) zu bezahlen.

Im weitergehenden Umfang wird der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Kaspar Gehring, Zürich,

mit Fr. 1'591.-- (inkl. Barauslagen und MWSt ) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Kaspar Gehring - Suva - Bundesamt für Gesundheit sowie an: - Gerichtskasse 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 i.V. Die Gerichtsschreiberin Käthi Tiefenbacher

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