

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2021.00040 vom 8. März 2022

ZH Sozialversicherungsgericht, 2022-03-08, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2021.00040](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2021.00040)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2021.00040 du 8 mars 2022

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2021.00040 del 8 marzo 2022

## Erwägungen

### E. 1

Der 1986 geborene X.\_\_\_\_ war als Monteur bei der Y.\_\_\_\_ AG angestellt und bei der Suva obligatorisch unfallversichert, als er am 17. Juli 2017 beim Arbeiten mit einer Trennscheibe abrutschte und sich dabei in den Unterarm schnitt (Urk. 13/1 ; vgl. auch Urk. 13/33). Die Ärzte des Z.\_\_\_\_ diagnostizierten in ihrem Bericht vom 20. Juli 2017 eine Schnittverletzung des linken Unterarms im palmar distalen Drittel mit 60%iger Durchtrennung des Musculus palmaris longus, 50%iger Durchtrennung der Sehne des Musculus flexor digitorum superficialis IV und 90%iger Durchtrennung der Sehne des Musculus

flexor

carpi

ulnaris. Am Unfalltag

nahmen sie die operative Wundversorgung mit Naht der durchtrennten Sehnen vor. Am 20. Juli 2017 bescheinigten sie dem Versicherten eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit

(Urk. 13/2-3, Urk.

### E. 1.1

Gemäss Art. 6 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) werden –

soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt – die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Abs. 1). Die Versicherung erbringt ihre Leistungen auch bei den im Einzelnen in Abs. 2 aufgeführten Körperschädigungen, sofern sie nicht vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen sind. Ausserdem erbringt die Versicherung ihre Leistungen für Schädigungen, die der verunfallten Person bei der Heilbehandlung zugefügt werden (Abs. 3).

### E. 1.2

Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 Prozent 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). Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggelderleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG).

### **E. 1.3**

dargelegten Bestimmungen zur Integritätsentschädigung zum Integritätsschaden zu äussern haben.

Im Falle

objektivierbarer Funktions- und Bewegungseinschränkungen im linken Vorderarm und der linken Hand werden sie vorab die Suva-Tabelle 1 («Integritätsschaden bei Funktionsstörungen an den oberen Extremitäten») heranzuziehen haben. Sollte sich zudem ein unfallkausales neuropathisches Schmerzsyndrom objektivieren lassen, ist ein solches im Quervergleich unter Berücksichtigung der Schmerzfunktionsskala der Suva-Tabelle 7 («Integritätsschaden bei Wirbelsäulenaaffektionen») zu bewerten (vgl. dazu das Urteil des Bundesgerichts 8C\_362/2014 vom 25. Juni 2014 E. 6.2-3).

Gestützt auf die gutachterlichen Erkenntnisse wird die Beschwerdegegnerin hier nach erneut über den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung zu verfügen haben. Dies führt zur Gutheissung der Beschwerde. 5.

Nach § 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hat die obsiegende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Die Höhe der gerichtlich festzusetzenden Entschädigung bemisst sich nach der Bedeutung der Streit Sache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens, jedoch ohne Rücksicht auf den Streitwert (§ 34 Abs. 3 GSVGer). Als weitere Bemessungskriterien nennt § 7 der Verordnung über die Gebühren, Kosten und Entschädigungen vor dem Sozialversicherungsgericht (GebV SVGer) den Zeitaufwand und die Barauslagen.

Unter Berücksichtigung dieser Kriterien ist die Prozessentschädigung des Beschwerdeführers ermessensweise auf Fr. 2'200.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) festzusetzen. Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird der angefochtene Einspracheentscheid vom 5. Januar 2021 aufgehoben, und es wird die Sache an die Beschwerdegegnerin zurück gewiesen, damit diese den Sachverhalt im Sinne der Erwägungen weiter abkläre und anschliessend erneut über den Rentenanspruch und den Anspruch auf eine Integritätsentschädigung befinde. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 2'200.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Daniel Christe - Rechtsanwältin Nadine Linda Suter, unter Beilage je einer Kopie von Urk. 15 und 16 - 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 1. 5. Juli bis und mit 1. 5. August sowie vom 1. 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar ( Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, 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 Der Gerichtsschreiber FehrKlemmt

#### **E. 1.4**

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 (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).

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).

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 (Urteil des Bundesgerichts 8C\_75/2016 vom 18. April 2016 E. 2.2 mit Hinweis auf BGE 134 V 109 E. 2.1).

Von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen kann erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativ/bildgebenden Abklärungen bestätigt werden und die angewendeten Untersuchungsmethoden wissenschaftlich auf breiter Basis anerkannt sind (Urteil des Bundesgerichts 8C\_729/2012 vom 4. April 2013 E. 2 mit weiteren Hinweisen). Anders verhält es sich bei natürlich unfallkausalen, aber organisch nicht objektiv ausgewiesenen Beschwerden. Hier bedarf es einer besonderen Adäquanzbeurteilung. Dabei ist vom augenfälligen Geschehensablauf auszugehen, wobei

zwischen banalen beziehungsweise leichten Unfällen einerseits, schweren Unfällen andererseits und schliesslich dem dazwischen liegenden mittleren Bereich unterschieden wird. Bei Unfällen im mittleren Bereich sind weitere unfallbezogene Kriterien (Adäquanzkriterien) einzubeziehen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_123/2018 vom 18. September 2018 E. 3.2 und 5.1 mit Hinweisen). 1.5

Im Sozialversicherungsverfahren gilt der Untersuchungsgrundsatz. Danach haben die Versicherungsträger von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen (Art. 43 Abs. 1 ATSG). Ihre Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Bleiben erhebliche Zweifel an der Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 8C\_257/2018 vom 24. August 2018 E. 3.3.2 mit Hinweisen). 1.6

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

Auch dem reinen Aktengutachten kann voller Beweiswert zukommen, sofern der Untersuchungsbefund lückenlos vorliegt, namentlich ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergibt, und zudem nicht umstritten ist. Weiter sind unfallversicherungsintern eingeholte ärztliche Berichte dann nicht zu berücksichtigen, wenn an der Richtigkeit der Schlussfolgerungen auch nur geringe Zweifel bestehen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_724/2013 vom 31. März 2014 E. 4.2.2 mit Hinweisen). 2.

## 2.1

Die Verfügung vom 29. Juni 2020, womit die Taggeldleistungen per 31. Mai 2020 eingestellt wurden (Urk. 13/227 S. 2 ff.), ist unangefochten in Rechtskraft erwachsen (vgl. Urk. 13/239, Urk. 13/246). Es ist mittels des Kreisarztberichtes vom 24. April 2020 (Urk. 13/200) ausgewiesen und

unbestritten, dass von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung spätestens im April/Mai 2020 keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden konnte und ein stabiler medizinischer Endzustand erreicht war (Urk. 1, Urk. 2 S. 6, Urk. 13/227 S. 2). S trittig

und zu prüfen ist, ob danach ein Rentenanspruch entstanden ist. Ebenfalls umstritten ist, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Integritätsentschädigung hat. 2.2

Die Suva begründet ihre Auffassung, dass der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Rente hat, damit, dass er

gemäss Zumutbarkeitsbeurteilung der Rehaklinik A.\_\_\_\_ vom 21. März 2018 in einer angepassten Tätigkeit zu 100% arbeitsfähig sei. Der Sachverhalt sei anhand der im Recht liegenden Vielzahl an medizinischen Berichten interdisziplinär hinreichend abgeklärt. Die neurologischen Abklärungen hätten keine objektivierbare Nervenläsion ergeben. Es habe

sich k eine eindeutige Schädigung des Nervus medianus und/oder Nervus ulnaris im Bereich der Schnittwunde/Narbe dokumentieren lassen. Auch ein MRI habe einen unauffälligen Befund ergeben, und ein CRPS habe nicht bestätigt werden können ( Urk. 2 S. 6 f., Urk.

### **E. 3**

Darin hat der Bundesrat

in einer als gesetzmässig erkannten, nicht abschliessenden Skala (BGE 124 V 29 E. 1b mit Hinweisen) häufig vorkommende und typische Schäden prozentual gewichtet. Für die darin genannten Integritätsschäden entspricht die Entschädigung im Regelfall dem angegebenen Prozentsatz des Höchstbetrages des versicherten Verdienstes (Ziff. 1 Abs. 1). Die Entschädigung für spezielle oder nicht aufgeführte Integritätsschäden wird nach dem Grad der Schwere vom Skalenwert abgeleitet (Ziff. 1 Abs. 2). Integritätsschäden, die gemäss der Skala 5 % nicht erreichen, geben keinen Anspruch auf Entschädigung (Ziff. 1 Abs. 3). Die völlige Gebrauchsunfähigkeit eines Organs wird dem Verlust gleichgestellt; bei teilweisem Verlust und teilweiser Gebrauchsunfähigkeit wird der Integritätsschaden entsprechend geringer, wobei die Entschädigung jedoch ganz entfällt, wenn der Integritätsschaden weniger als 5 % des Höchstbetrages des versicherten Verdienstes ergäbe (Ziff. 2).

Davon ausgehend hat die S uva weitere Bemessungsgrundlagen in tabellarischer Form (sog. Feinraster) erarbeitet. Soweit diese Tabellen lediglich Richtwerte enthalten, mit denen die Gleichbehandlung der Versicherten gewährleistet werden soll, sind sie mit Anhang 3 zur UVV vereinbar (Urteil des Bundesgerichts

#### **E. 3.1**

Wegen des verzögerten Heilungsverlaufs hielt sich der Beschwerdeführer zwecks stationärer Rehabilitation vom 14. Februar bis 21. März 2018 in der Rehaklinik A. \_\_\_ auf . Im Austrittsbericht vom 21. März 2018 diagnostizierten die Fachleute eine Schnittverletzung des linken Unterarms im palmar distalen Drittel mit

einem Sägeblatt (Unfall vom 17. Juli 2017) mit 60%iger Durchtrennung des Musculus palmaris longus, 50%iger Durchtrennung der Sehne des Musculus flexor digitorum superficialis IV und 90%iger Durchtrennung der Sehne des Musculus flexor carpi

ulnaris , welche am 17. Juli 2017 operativ versorgt und genäht wurde. Zudem erwähnten sie eine leichtgradige, am ehesten kompressive Neuropathie des Nervus medianus im Carpaltunnelabschnitt , die aufgrund des Ergebnisses der am 6. Dezember 2017 durchgeführte n

Neurographien zu diagnostizieren sei . Im Bereich der Schnittwunde sei von einer zusätzlichen Reizung des Nervus medianus auszugehen (vgl. auch den Befundbericht des Neurologen Dr. G. \_\_\_ vom 7. Dezember 2017 [ Urk. 13/35]).

Weiter hielten sie fest, eine MRI Untersuchung des linken Unterarms habe keine Pathologie ergeben. Hand chirurgische Konsilien durch

PD Dr. med. I. \_\_\_ vom 22. (richtig wohl : 26.) Februar ( Urk. 13/58) und 8. März 2018 hätten aufgrund der klinischen Zeichen und berichteten Beschwerden zur Schlussfolgerung geführt , dass der Nervus medianus und weniger der Nervus ulnaris in der Narbe kleben würden ( Scar -Tethering Nerve [ Urk. 13/60 S. 1]).

Dem Bericht ist ferner zu entnehmen, dass beim Austritt aus der Rehaklinik A.\_\_\_\_

folgende Befunde in der Hand und im Unterarm links erhoben wurden: Reizlose Narbenverhältnisse am Unterarm ohne deutliche Schwellung im Seitenvergleich. Der Faustschluss war vollständig möglich, und der Beschwerdeführer gab keine Kribbelparästhesien an. Die Beweglichkeit des Handgelenks für Dorsal extension/ Palmarflexion habe 50-0-80° betragen. Die Testung habe eine Handkraft von 34.7 kg links ergeben, gegenüber 64.3 kg rechts (Urk. 13/60 S. 8-10). Bei Klinikaustritt hätten folgende Probleme fort bestanden: Schmerzhaftes Bewegungseinschränkung des linken Handgelenks, persistierende Ruhe- und belastungsabhängige Schmerzen im Bereich des Operationsgebiets, Kraftdefizit der linken oberen Extremität, intermittierende und bewegungsverstärkte Kribbelparästhesien der gesamten linken Hand sowie eine Schwellneigung (Urk. 13/60 S. 2). Im Vordergrund stünden die schmerzhaftes Bewegungseinschränkung und die Kraftminderung der linken Hand (Urk. 13/60 S. 3). Therapeutisch dränge der Beschwerdeführer angesichts des derzeit frustrierten Verlaufs der Ergo- und Physiotherapie und der andauernden Schmerzen auf die vom handchirurgischen Konsiliar ius vorgeschlagene Neurolyse. Wegen der

Unfallfolgen am distalen Vorderarm und an der Hand links sei der Beschwerdeführer in der bisherigen Tätigkeit zumindest in der absehbarer Zeit zu 100 % arbeitsunfähig. Für eine andere leichte bis mittelschwere Tätigkeit ohne repetitiven (Kraft-)Einsatz der linken Hand, ohne wiederholte Exposition dieser Hand gegenüber Schlägen/Vibrationen sowie ohne Einsatz auf Leitern, welche den Einsatz der linken Hand als Haltehand nötig machten, bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (Urk. 13/60 S. 2 f.).

### **E. 3.2**

Zur Objektivierung der vermuteten kompressiven Pathologie des Nervus medianus oder ulnaris wurde in der Folge im Z.\_\_\_\_

eine hoch auflösende Sonographie durchgeführt. Hierbei ergaben sich keine

Auffälligkeiten, so dass Oberarzt Dr. med. J.\_\_\_\_,

Facharzt für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie,

fest hielt, die Verdachtsdiagnose eines Scar-Tethering Nerve des Nervus medianus oder ulnaris könne nicht aufrecht erhalten werden (Urk. 13/65; vgl. auch Urk. 13/62 S. 3 und Urk. 13/71).

Eine erneute neurologisch-apparative Abklärung (Elektroneurographie und Elektromyographie) vom 4. Mai 2018 durch Dr. med. K.\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie der Rehaklinik A.\_\_\_\_, ergab im Bereich der Nervi ulnari und medi ani sowohl sensible als auch motorische Befunde im Normbereich und eine Verbesserung im Vergleich zu den vom Neurologen Dr. G.\_\_\_\_ erhobenen Vorbefunden vom 6. Dezember 2017. Aufgrund des klinischen Befunds wurde dennoch der Verdacht auf ein leichtgradig ausgeprägtes Karpaltunnelsyndrom links erhoben (Urk. 13/69).

Die Konsultation des Beschwerdeführers in der ambulanten Schmerzprechstunde des Z.\_\_\_\_ am 4. September 2018 ergab keine Hinweise für ein CRPS (Komplexes regionales Schmerzsyndrom; Urk. 13/198).

Der Neurologe

Dr. G.\_\_\_\_ untersuchte den Beschwerdeführer am 27. November 2018 erneut. Seinem Bericht vom 3. Dezember 2018 ist zu entnehmen, dass sich keine eindeutige Schädigung des Nervus medianus oder des Nervus ulnaris im Bereich der Schnittwunde/Narbe dokumentieren liess. Bei der Medianusneurographie

hätten sich unverändert leichtgradige demyelinisierende

Schädigungszeichen der motorischen und sensiblen Medianusfasern im Carpal tunnelabschnitt gezeigt, wobei eine eindeutige Differenzierung des Schädigungsorts (direkt im Carpal tunnelabschnitt oder etwas weiter proximal im Bereich der Narbe) schwierig sei und allenfalls mittels einer MR-Neurographie gelingen könnte. Die Ulnarisneurographie habe, ebenso wie die Sonographie der beiden Nerven, zu einem un auffälligen Ergebnis geführt. Aufgrund der anamnestischen Angaben und der klinischen Präsentation sei es möglich, dass ein neuropathisches Schmerzsyndrom bei fokaler Reizung des Nervus medianus und/oder ulnaris im Bereich der Narbe bestehe (Urk. 13/104).

### **E. 3.3**

Nachdem Dr. med. D.\_\_\_\_, Fachärztin für Handchirurgie, aufgrund ihrer Untersuchung vom 20. Dezember 2018 eine operative Revision mit Sehnen- und Nervenlösung im Bereich des Unterarms sowie eine operative Dekompression des

Carpaltunnelsyndroms empfohlen hatte (Urk. 13/111), und Suva-Kreisarzt Dr. B.\_\_\_\_ am 8. Januar 2019 die Durchführung dieser Operation als sinnvoll und das Carpal tunnel syndrom als unfallkausal

bezeichnet hatte (Urk. 13/113), führte Dr. D.\_\_\_\_ den Eingriff am 28. Februar 2019 durch (Urk. 13/132). Knapp neun Wochen nach der Operation gab der Beschwerdeführer Dr. D.\_\_\_\_ an, die Vernarbungen seien schlimmer als nach der ersten Operation (Urk. 13/149 S. 2).

Dem Bericht vom 4. Juli 2019 von Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, ist zu entnehmen, dass ihm der Beschwerdeführer am 3. Juli 2019 über eine massive Berührungsempfindlichkeit mit brennenden Schmerzen distal der Operationsnarbe am Unterarm, ständiges Ameisenlaufen in allen Fingern und eine Schmerzzunahme schon bei leichten Tätigkeiten berichtete. Elektrodiagnostisch ergab die Medianusneurographie einen normalisierten Befund bei Status nach der CTS-Operation. Hingegen zeigte die Ulnarisneurographie links eine gegenüber rechts um 50% geringere Amplitude des Sensiblen Nervenaktionspotentials. Dr. H.\_\_\_\_ ging davon aus, dass die Schmerzen wohl primär durch Läsionen im Bereich der Operation am Unterarm verursacht würden. Er diagnostizierte ein postoperatives neuropathisches Schmerzsyndrom am linken Unterarm volar distal der Narbe und

eine persistierende Fühlstörung im Innervationsgebiet des Nervus medianus und Nervus ulnaris (Ramus palmaris und wahrscheinlich auch Ramus dorsalis [Urk. 13/165; vgl. auch Urk. 13/178, Urk. 13/183]).

Kreisarzt Dr. B.\_\_\_\_ beurteilte den aktenmässig dokumentierten Verlauf am 22. Juli 2019 und gelangte zum Schluss, dass noch kein stabiler medizinischer Zustand erreicht worden sei. Die Operation habe zwar die Nervenkompression erfolgreich beseitigt, aber selbst eine zumindest vorübergehende schmerzhaft sensible Nervenreizung/Nervenschädigung im

Sinne einer seltenen Komplikation verursacht. Dadurch sei der verzögerte Heilungsverlauf medizinisch begründet mit zeitlich offener Prognose. Dementsprechend sei bis Ende des Jahres auch in angepassten Tätigkeiten keine Teilarbeitsfähigkeit anzunehmen, weil dadurch Heilverlauf und Behandlung gefährdet würden ( Urk. 13/166).

Am 23. Januar 2020 nahm Dr. L.\_\_\_\_, Oberarzt der Klinik für Plastische Chirurgie und Handchirurgie des F.\_\_\_\_, eine weitere Ultraschalluntersuchung vor, welche keine eindeutigen Pathologien im Nervus ulnaris und medianus ergab ( Urk. 13/192). Dem Verlaufsbericht von Dr. L.\_\_\_\_ vom 18. März 2020 ist zu entnehmen, dass die zwischenzeitlich in der Klinik für Plastische Chirurgie und Handchirurgie des F.\_\_\_\_ durchgeführte Neurographie des

Nervus ulnaris links (vgl. Urk. 13/192) normale motorische und sensible Ergebnisse gezeigt hat. Dr. L.\_\_\_\_ hielt fest, dass der Beschwerdeführer eine Büroarbeit ausüben könne. Eine weitere Operation sei nicht vorgesehen. Dem Beschwerdeführer sei erklärt worden, dass es keine eindeutige Lösung für chronische neuropathische Schmerzen gebe, welche möglicherweise mit Verwachsungen im anfänglichen Wundgebiet zusammenhängen ( Urk. 13/197).

#### **E. 3.4**

Am 24. April 2020 würdigte Kreisarzt Dr. B.\_\_\_\_ die neusten Arztberichte und gelangte zur Schlussfolgerung, es könne inzwischen von einem dauerhaft stabilen medizinischen Endzustand ausgegangen werden. Nach objektivierbaren Kriterien sei eine Besserung eingetreten. Dem Beschwerdeführer sei, entsprechend der Beurteilung der Rehaklinik A.\_\_\_\_, eine leidensangepasste Tätigkeit im Vollzeitpensum zumutbar. Mit Blick auf die im Bericht der Klinik für Plastische Chirurgie und Handchirurgie des F.\_\_\_\_ vom 18. März 2020 dokumentierten klinischen Befunde ( Beweglichkeit Extension/Flexion 50-0-40°, Pronation/Supination voll, Radialduktion / Ulnarduktion 30-0-20°; Faustschluss sowie Fingerextension voll; Daumenopposition bis Kapandji 10; Jamar-Test 18 kg versus 56 kg [ Urk. 13/197] ) sei die Erheblichkeitsgrenze für eine Integritätsentschädigung nicht erreicht. Subjektive Beschwerden wie Schmerzen ohne objektivierbares Korrelat fänden bei der Beurteilung des Integritätsschadens keine Berücksichtigung ( Urk. 13/200).

#### **E. 3.5**

Nach Erhalt der den Anspruch auf eine Rente und Integritätsentschädigung verneinenden Verfügung der Suva vom 15. Juni 2020 ( Urk. 13/221) holte der Beschwerdeführer bei

Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädie und Chirurgie, eine Zweitmeinung ein ( Urk. 13/243 S. 1). Dem Bericht vom 19. August 2020 über die Untersuchung vom 17. August 2020 ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer angab, schon leichteste Berührung an distal der Narbe würde wegen der stetigen Hypersensibilität Schmerzen auslösen. Beim Auflegen der Hand, etwa zum Schreiben mit einer Tastatur, brenne und schmerze die Narbe. Die Schmerzen führten auch zu einem erheblichen Kraftverlust, so dass er mit der linken Hand keine Türfälle mehr bedienen könne. Dr. E.\_\_\_\_ erhob eine diskrete Schwellung im Bereich der Narbe, eine eingeschränkte Beweglichkeit

mit Flexion/Extension 70-0-45° sowie Ulnarduktion / Radialduktion 30-0-20°. In Flexion sei der Faustschluss nicht möglich, sonst deutlich abgeschwächt möglich, ebenso der Pinzetten-Griff. Zudem bestehe eine diskrete Umfangdifferenz des linken Vorderarms mit 26 cm im Vergleich zur rechten Seite mit 27 cm. Während der Untersuchung habe der

Beschwerdeführer Kribbelparästhesien in der ganzen Hand angegeben. Dr. E.\_\_\_\_ gelangte zur Beurteilung, nach der zweiten Operation habe sich ein neuropathisches Schmerzsyndrom entwickelt, welches zusammen mit den Dys - und Hyperästhesien das Hauptsymptom bilde. Trotz intensiver therapeutischer Bemühungen hätten die Schmerzen bisher nicht unter Kontrolle gebracht werden können. Die klinisch fassbaren Befunde, insbesondere der fehlende Faustschluss bei Flexion und die deutliche Kraftminderung im Vergleich zur Gegenseite wider sprächen der Beurteilung der Suva deutlich. Obwohl er kein Funktionsprofil habe erheben können, stehe doch fest, dass der Beschwerdeführer nicht in der Lage sei, mit der linken Hand noch eine Arbeitsleistung zu erbringen (Urk. 13/243 S. 2 f.).

### **E. 3.6**

Am 7. Oktober 2020 nahm Kreisarzt Dr. B.\_\_\_\_ zum Fall erneut aus versicherungsmmedizinischer Sicht Stellung und wies darauf hin, dass im Rahmen der neurologischen Abklärung im Universitätsspital Zürich jegliche Nervenläsion – auch ein neuropathisches Schmerzsyndrom – ausgeschlossen worden sei.

Sodann dokumentiere auch Dr. E.\_\_\_\_ einen Normalbefund der Muskulatur mit sehr geringer Differenz der linken Seite im Vergleich zur dominanten rechten Seite von lediglich 1,0 cm.

Bei langanhaltenden Schmerzen und dadurch begründeter Gebrauchsminderung sei eine zunehmende Minderung der Muskulatur unvermeidbar. Die Befunde von Dr. E.\_\_\_\_ würden somit aufzeigen, dass die Hand und der Unterarm links weitgehend normal einsetzbar, gebrauchsfähig und belastbar seien. Deshalb vermöge der Bericht von Dr. E.\_\_\_\_ seine Einschätzung vom 24. April 2020 nicht zu ändern (Urk. 13/247).

### **E. 3.7**

Dr. med. C.\_\_\_\_, praktischer Arzt, attestierte dem Beschwerdeführer

mit Bericht vom 13. April 2021, dass er mit dem linken Unterarm maximal Gewichte von 1,5

kg für höchstens zwei Stunden täglich heben und tragen könne; für wenige Minuten könne er auch Gewichte bis maximal 3 kg heben. Ein Heben über Brusthöhe sei nicht möglich. Damit sei der linke Arm auch für leichte Tätigkeiten praktisch nicht einsetzbar. Nach den Hebeübungen beständen über mehrere Stunden heftige Schmerzen und Schwellungen des linken Unterarmes. Er, Dr. C.\_\_\_\_, empfehle deshalb eine erneute Überprüfung der tatsächlichen Belastbarkeit des linken Armes bei einem Spezialarzt (Urk. 8). 4. 4.1

Umstritten ist in erster Linie, ob der Beschwerdeführer als Folge seines Unfalls beziehungsweise der beiden Operationen an einem objektivierbaren neuropathischen Schmerzsyndrom im Bereich der Hand und des Unterarms links leidet, das zu Leistungen der Beschwerdegegnerin berechtigt.

Kreisarzt Dr. B.\_\_\_\_

gelangte am 7. Oktober 2020 gestützt auf die medizinischen Akten zur Einschätzung, dass damals keine Nervenläsion mehr bestanden habe (Urk. 13/247). Zwar erwähnte

Dr. L.\_\_\_\_ von der

Klinik für Plastische Chirurgie und Handchirurgie des F.\_\_\_\_, auf dessen Beurteilung Dr. B.\_\_\_\_ verwies, in seinem Bericht vom 18. März 2020, dass eine kürzlich in der Klinik durchgeführte Neurographie des Nervus ulnaris links (vgl. Urk. 13/192) keinen auffälligen motorischen und sensiblen Befund ergeben habe (Urk. 13/197). Die vom Neurologen Dr. H.\_\_\_\_ am 3. Juli 2019 durchgeführte Ulnarisneurographie hatte da gegen noch eine gegenüber rechts um 50 % geringere Amplitude des sensiblen Nervenaktionspotentials gezeigt. Dr. H.\_\_\_\_

war deshalb davon ausgegangen, dass ein postoperatives neuropathisches Schmerzsyndrom am linken Unterarm mit einer persistierenden Fühlstörung vorliege (Urk. 13/165). Dr. B.\_\_\_\_ hatte dies in seiner früheren Stellungnahme vom

22. Juli 2019 anerkannt, mit der Feststellung, dass die zweite Operation zu einer zumindest vorübergehenden schmerzhaften sensiblen Nervenreizung/Nervenschädigung geführt habe (Urk. 13/166).

Es fällt auf, dass der Neurologe Dr. G.\_\_\_\_

am 27. November 2018, vor der zweiten Operation, im Rahmen einer Medianusneurographie leichtgradige demyelinisierende Schädigungszeichen der motorischen und sensiblen Medianusfasern im Carpaltunnelabschnitt erhoben hatte (Urk. 13/104), während Dr. med. K.\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie der Rehaklinik A.\_\_\_\_,

einige Monate früher am 4. Mai 2018 nach der gleichen Untersuchung zum Schluss gelangt war, es lägen Normalbefunde vor. Sie schloss daraus auf eine zwischenzeitliche Verbesserung der Situation im Vergleich zur Voruntersuchung durch Dr. G.\_\_\_\_ vom 6. Dezember 2017 (Urk. 13/69 S. 2 f.). Damals hatte Dr. G.\_\_\_\_ allerdings den genau gleichen Befund erhoben wie später am 27. November 2018 (Urk. 13/35), was gegen eine zwischenzeitliche Besserung spricht.

Es ist vor diesem Hintergrund nicht auszuschliessen, dass die bei den Akten liegenden unterschiedlichen fachärztlichen

Einschätzungen zum Vorliegen einer objektivierbaren Nervenschädigung nicht Folge einer Ausheilung der Nervenläsionen im zeitlichen Verlauf, sondern bloss Ausdruck einer unterschiedlichen Beurteilung des im Wesentlichen gleichen medizinischen Sachverhalts sind. Dies würde jedenfalls die subjektiv weitgehend unveränderte Beschwerdesituation erklären. Mangels einer neurologischen Auseinandersetzung mit dieser Problematik kann nicht gesagt werden, welche Interpretation der apparativ erhobenen neurologischen Befunde zuverlässiger ist. Damit kann bei der gegenwärtigen Aktenlage – entgegen der Ansicht von Dr. B.\_\_\_\_ – das Vorliegen eines objektivierbaren neuropathischen Schmerzsyndroms nicht ausgeschlossen werden.

4.2.

Zur Bestimmung des Belastungsprofils einer zumutbaren leidensangepassten Tätigkeit und des trotz der Unfallfolgen noch möglichen Arbeitspensums stellte Kreisarzt Dr. B.\_\_\_\_ auf die Beurteilung im Austrittsbericht der Rehaklinik A.\_\_\_\_ vom 21. März 2018 ab, welche auf Untersuchungen in der Zeit vom

14. Februar bis 21. März 2018 beruht (Urk. 13/60 S. 2 und 8-10). In der Folge kam es allerdings

am 28. Februar 2019 zur zweiten Operation am linken Unterarm,

die auch gemäss Dr. B.\_\_\_\_ zu einer Komplikation führte im Sinne einer zumindest vorübergehenden Läsion des Nervus ulnaris ( Urk. 13/166) . Es fällt auf, dass die fachärztlich dokumentierte klinische Befundlage nach der zweiten Operation vom 28. Februar 2019 nicht mit derjenigen bei Austritt aus der Rehaklinik A.\_\_\_\_ , die dem von den dortigen Ärzten definierten Zumutbarkeitsprofil zugrunde liegt, übereinstimmt.

Während die Ärzte der Rehaklinik A.\_\_\_\_ in ihrem Austrittsbericht vom 21. März 2018 insbesondere

reizlose Narbenverhältnisse am Unterarm ohne deutliche Schwellung, einen uneingeschränkt möglichen Faustschluss, das Fehlen von Kribbelparästhesien und eine Handkraft von 34.7

kg links gegenüber 64.3 kg rechts vermerkten ( Urk. 13/60 S. 8-10), erhob der Neurologe Dr. H.\_\_\_\_ am 3. Juli 2019 eine massive Berührungsempfindlichkeit mit brennenden Schmerzen distal der Operationsnarbe am Unterarm sowie ständiges Ameisenlaufen in allen Fingern ( Urk. 13/165). Dem Bericht der Klinik für Plastische Chirurgie und Handchirurgie des F.\_\_\_\_ vom 18. März 2020 ist eine geringere relative Kraft der linken Hand zu entnehmen (18 kg links versus 56 kg rechts [ Urk. 13/197]). Und der orthopädische Chirurg Dr. E.\_\_\_\_ erwähnte in seinem Bericht vom 19. August 2020 eine Berührungsempfindlichkeit sowie eine leichte Schwellung im Bereich der Operationsnarbe, einen deutlich eingeschränkten Faustschluss und Pinzetten-Griff sowie Kribbelparästhesien in der ganzen Hand ( Urk. 13/243 S. 2 ), während Dr. D.\_\_\_\_ im aktuellsten Bericht vom 14. Februar 2022 von einem kompletten Faustschluss und kompletter Extension, aber auch einer ausgeprägten Kraftminderung sprach ( Urk.

## **E. 8**

C\_549/2007

vom 30. Mai 2008 E. 7.1.2 mit Hinweis auf BGE

124 V 29

E. 1c S. 32 ) . 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).

## **E. 12**

S.

4 , Urk. 13/221 S. 3). 2.3

Der Beschwerdeführer stellt sich demgegenüber auf den Standpunkt, der medizinische Sachverhalt bedürfe weiterer Abklärung durch die Suva. Diese schliesse gestützt auf die Beurteilungen ihres Kreisarztes vom 24. April und 7. Oktober 2020 das Vorliegen eines neuropathischen Schmerzsyndroms als objektivierbare Gesundheitsschädigung aus. Entgegen der klinischen Stellungnahme vom 7. Oktober 2020 werde im Bericht der Klinik für Plastische Chirurgie und Handchirurgie des F.\_\_\_\_ vom 18. März 2020 aber nicht jegliche Nervenläsion ausgeschlossen. Es werde lediglich darauf hingewiesen, dass es für chronische neuropathische Schmerzen keine eindeutigen (medizinischen) Lösungen

gebe ; das Vorliegen eines neuropathischen Schmerzsyndroms werde also vorausgesetzt. In den Berichten von Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, vom 3. Dezember 2018 und Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, vom 4. Juli 2019 werde das Vorliegen eines neuropathischen Schmerzsyndroms bestätigt. Dieses

Schmerzsyndrom sei Anlass für die Revisionsoperation vom 28. Februar 2019 gewesen. In seiner Stellungnahme vom 22. Juli 2019 sei der Kreisarzt noch davon ausgegangen, dass die zweite Operation eine Nervenschädigung verursacht habe. Bis Ende 2019 habe er prognostisch eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit auch in angepassten Tätigkeiten bestätigt. Dass der gleiche Kreisarzt in seinen späteren Einschätzungen vom 24. April und 7. Oktober 2020 plötzlich von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten ausgehe, sei nicht nachvollziehbar. In den zahlreichen spezialärztlichen Berichten, die zwischen den kreisärztlichen Stellungnahmen vom 22. Juli 2019 und 24. April 2020 erstellt worden seien, werde keine Verbesserung des Gesundheitszustandes erwähnt.

Im Gegenteil seien die verschiedenen angewendeten Therapieansätze erfolglos geblieben. Deshalb sei ohne weitere Beweiserhebungen, bloss gestützt auf die kreisärztlichen Stellungnahmen, nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass in einer angepassten Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bestehe. Die Suva sei verpflichtet, medizinisch abklären zu lassen, in welchem Ausmass sich das neuropathische Schmerzsyndrom einerseits hinsichtlich des zeitlichen Pensums, andererseits auch bezüglich des Belastungsprofils

auf die Arbeitsfähigkeit auswirke. Letzteres könnte zur Bemessung eines leidensbedingten Abzugs bei der Festsetzung des Invalideneinkommens von Bedeutung sein. Auch zur Beurteilung des Integritätsschadens seien weitere medizinische Abklärungen nötig (Urk. 1 S. 7 f.). 3.

## **E. 16**

).

Aufgrund der verschlechterten Befundlage nach der zweiten Operation ist nicht auszuschliessen, dass das in der Rehaklinik A.\_\_\_\_ erstellte Zumutbarkeitsprofil aktuell nicht mehr gilt. Ein umfassendes Zumutbarkeitsprofil wurde nach der zweiten Operation aber nicht erstellt, worauf die Dres. E.\_\_\_\_ und C.\_\_\_\_ zu Recht hinwiesen (Urk. 8, Urk. 13/243 S. 3). Deshalb ist unklar, welche Funktions- und Bewegungseinschränkungen im Bereich von Hand und Unterarm links heute anhand organisch objektivierbarer Läsionen erklärt werden können. 4.3

Soweit Dr. B.\_\_\_\_ aus der geringen Umfangdifferenz des linken Unterarms im Vergleich zur dominanten rechten Seite auf eine fehlende Gebrauchsminderung des linken Arms schloss (Urk. 13/247), wird das Gewicht dieses Arguments dadurch relativiert, dass Dr. B.\_\_\_\_ den Beschwerdeführer nie persönlich untersucht hat. Deshalb verfügte er über kein umfassendes Bild des linken Arms und der linken Hand. Es kann ohne Weiteres davon ausgegangen werden, dass auch weitere Aspekte wie Ausprägung der Muskulatur und Grad der Beschwie lung der Hand berücksichtigt werden müssen, um im Seitenvergleich auf eine fehlende Gebrauchsminderung des linken Arms schliessen zu können. 4.4

Aus dem Gesagten ergibt sich, dass die medizinische Aktenlage nicht frei von Widersprüchen ist, selbst wenn die Einschätzung des praktischen Arztes Dr. C.\_\_\_\_ vom 13. April 2021, dass der Beschwerdeführer mit der linken Hand aktuell auch keine leichten

Tätigkeiten mehr versehen könne ( Urk. 8 ) , unberück sichtigt bleibt . Damit bestehen zumindest geringe Zweifel an der Richtigkeit der vom

Kreisarzt Dr. B.\_\_\_\_ a m 2 4. April und 7. Oktober 2020 gezogenen Schlussfolgerungen , dass kein objektivierbares neuropathisches Schmerzsyndrom im linken Unterarm vorliege und der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsfähig sei in leichten bis mittelschweren angepassten Tätigkeiten mit dem von den Spezialisten der Rehaklinik A.\_\_\_\_

definierten Zumutbarkeitsprofil ( Urk. 13/200, Urk. 13/247) . Deshalb kommt den Suva-internen Aktenbeurteilungen von Dr. B.\_\_\_\_ keine , für den definitiven Fallabschluss hinreichende Beweiskraft zu (vgl. vorstehend E. 1.6). Dem Beschwerdeführer ist zuzustimmen, dass ein weiter eingeschränktes Zumutbarkeitsprofil den Anspruch auf eine Rente und/oder Integritätsentschädigung beeinflussen könnte, selbst bei Zumutbarkeit einer Arbeit im Vollzeitpensum. Auch angesichts seines noch jungen Alters ist eine sorgfältige Abklärung de s medizinische n Sachverhalt s unabdingbar . 4.5

Bei dieser Aktenlage wird die Suva – an welche die Sache zurückzuweisen ist – den Beschwerdeführer durch externe Experten zu begutachten lassen haben. In Anbetracht der zur Diskussion stehenden Beeinträchtigungen sind zumindest fachärztlich-handchirurgische und - neurologische Untersuchungen nötig , um die natürlich kausalen Unfallfolgen abschliessend zu beurteilen. Allfällige glaub hafte, jedoch nicht direkt organisch objektivierbar zu machende Schmerzen, wären sodann nach der Rechtsprechung über die Unfalladäquanz auf ihre Leis tungsrelevanz hin zu überprüfen (vgl. vorstehend E. 1.4 sowie das Urteil des Bundesgerichts 8C\_123/2018 vom 1 8. September 2018 E. 4.3.4, 4.4 und 5.1 ).

Die Sachverständigen werden sich zudem unter Berücksichtigung der in E.

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