

200 15 794 UV
LOU/LUB/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 27. Januar 2017

Verwaltungsrichter Loosli, Kammerpräsident
Verwaltungsrichterin Fuhrer, Verwaltungsrichter Scheidegger
Gerichtsschreiber Lüthi

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführer

gegen

Zürich Versicherungsgesellschaft AG
Postfach, 8085 Zürich
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 24. Juli 2015 (271/10-218'836)



Sachverhalt:

A.

Der 1968 geborene A. _____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) ist über seinen Arbeitgeber bei der Zürich Versicherungsgesellschaft AG (Zürich bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert. Am 9. April 2010 zog er sich beim Entsorgen einer Glasplatte eine Schnittverletzung am linken Unterarm zu, welche noch am Unfalltag operativ versorgt wurde (Akten der Zürich, [act. II] Z 1 und [act. IIB] ZM 1). In der Folge musste sich der Versicherte weiteren Nachbehandlungen am linken Unterarm unterziehen, insbesondere wurden am 7. Oktober 2010 eine Rekonstruktion des Flexor carpi radialis mit einem Palmaris longus Sehnentransplantat (act. IIB ZM 8) und am 30. März 2012 eine Neurolyse des nervus medianus, eine Tenolyse der rekonstruierten Flexor carpi radialis und eine Verkleinerungstenorrhaphie des FCR-Rekonstrukts durchgeführt (act. IIB ZM 39). Die Zürich erbrachte die gesetzlichen Unfallversicherungsleistungen in Form von Heilbehandlung und Taggeld (vgl. act. II Z 7 f.).

Im Oktober 2012 meldete sich der Versicherte ebenfalls bei der Invalidenversicherung (IV) unter Hinweis auf das besagte Unfallereignis zum Leistungsbezug an (act. II 48).

Zur weiteren Abklärung des medizinischen Sachverhalts, Prüfung zusätzlicher Behandlungsoptionen und zur Festlegung der weiteren Leistungen liess die Zürich den Versicherten durch die C. _____ unter Beteiligung der Fachbereiche Neurologie und Handchirurgie am 20. bzw. 23. März 2013 begutachten. Mit Verfügung vom 22. August 2013 (act. II 78) stellte die Zürich gestützt auf das Gutachten der C. _____ vom 21. April 2013 (act. IIB ZM 46) die vorübergehenden Leistungen (Heilbehandlungen und Taggelder) per 21. April 2013 ein und lehnte den Anspruch auf eine Invalidenrente sowie eine Integritätsentschädigung ab. Hiergegen erhob der Versicherte Einsprache und reichte sowohl am 30. Oktober 2013 als auch am 27. November 2013 weitere medizinische Unterlagen (act. II Z 99 – 111) ein. Nachdem die Zürich ergänzende medizinische Abklärungen vor-

genommen hatte (act. IIB ZM 63, 71) und dazu den Versicherten jeweils Stellung nehmen liess (Akten der Zürich [act. IIA] Z 130, Z 134, Z 136 f.), wies sie mit Entscheid vom 24. Juli 2015 (act. IIA Z 139) dessen Einsprache ab. Die vom obligatorischen Krankenversicherer gegen die Verfügung vom 22. August 2013 (act. II Z 78) vorsorglich erhobene Einsprache (act. II Z 81) war von diesem wieder zurückgezogen worden (act. II Z 84).

In der Zwischenzeit stellte die IV-Stelle Bern (IVB) mit Vorbescheid vom 13. September 2013 (Akten der IVB [act. III] 38) ebenso gestützt auf das Gutachten der C._____ die Abweisung des IV-Leistungsbegehrens in Aussicht. Nachdem der Versicherte dagegen Einwand erhoben hatte (act. III 39), veranlasste sie auf Empfehlung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD, act. III 62) eine polydisziplinäre Begutachtung durch die D._____ (act. III 63, 84).

B.

Gegen den Einspracheentscheid vom 24. Juli 2015 (act. IIA Z 139) erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, mit Eingabe vom 10. September 2015 Beschwerde. Er beantragt, der Einspracheentscheid vom 24. Juli 2015 sei aufzuheben und es sei ihm eine Rente in der Höhe von 50 % sowie eine Integritätsentschädigung in der Höhe von 30 % des Höchstbetrages des versicherbaren Jahresverdienstes zuzuerkennen. Zudem sei der vorliegenden Beschwerde der Suspensiveffekt zu erteilen.

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 25. September 2015 auf Abweisung der Beschwerde. Der Antrag auf Erteilung der aufschiebenden Wirkung sei ebenfalls abzuweisen.

Mit prozessleitender Verfügung vom 21. Dezember 2015 trat das hiesige Gericht auf den Antrag, der Beschwerde sei der Suspensiveffekt zu erteilen, nicht ein. Zudem edierte der Instruktionsrichter bei der IVB die Akten des Beschwerdeführers betreffend das IV-Verfahren und ersuchte diese gleichzeitig, das Gericht über den Stand eines allfälligen Verfahrens zu orientieren.

Am 4. Januar 2016 stellte der Instruktionsrichter den Eingang der IV-Akten fest und sistierte das Verfahren bis zum Vorliegen des von der IVB in Auftrag gegebenen Gutachtens (vgl. prozessleitende Verfügung vom 4. Januar 2016).

Mit prozessleitender Verfügung vom 13. Januar 2016 hob der Instruktionsrichter die Sistierung des Verfahrens auf und gab den Parteien Gelegenheit zum zwischenzeitlich zugegangenen Gutachten der D. _____ vom 29. Dezember 2015 (in den Gerichtsakten) Stellung zu nehmen.

Mit Eingaben vom 8. bzw. 12. Februar 2016 nahmen sowohl der Beschwerdeführer als auch die Beschwerdegegnerin zum Gutachten Stellung.

Bezugnehmend auf die prozessleitenden Verfügungen vom 2. März und 6. Juli 2016 beantworteten die Gutachter der D. _____ mit Zuschrift vom 3. Juli 2016 (Fax-Eingang 8. September 2016; in den Gerichtsakten) Ergänzungsfragen des Instruktionsrichters zum Gutachten.

Die Beschwerdegegnerin hielt mit Eingabe vom 4. Oktober 2016 an ihren gestellten Anträgen fest.

Mit Stellungnahme vom 5. Oktober 2016 änderte der Beschwerdeführer sein Rechtsbegehren dahingehend, als ihm eine Invalidenrente in der Höhe von 33 % sowie eine Integritätsentschädigung in der Höhe von 30 % des Höchstbetrages des versicherbaren Jahresverdienstes zuzuerkennen sei. Zusätzlich reichte er die Verfügung der IVB vom 25. April 2016 zu den Akten, mit welcher der Anspruch auf eine Invalidenrente bei einem ermittelten Invaliditätsgrad von 26 % abgelehnt wurde.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des

Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 58 ATSG). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet der die Verfügung vom 22. August 2013 (act. II Z 78) bestätigende Einspracheentscheid vom 24. Juli 2015 (act. IIA Z 139). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente sowie eine Integritätsentschädigung.

1.3 Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG).

1.4 Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

2.

2.1 Die Zusprechung von Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt grundsätzlich das Vorliegen eines Berufsunfalles, eines Nichtberufsunfalles oder einer Berufskrankheit voraus (Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung [UVG; SR 832.20]). Unfall ist die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat (Art. 4 ATSG).

2.2 Der Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt nebst anderem einen natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und dem eingetretenen Schaden voraus (BGE 129 V 177 E. 3.1 und 3.2 S. 181; SVR 2012 UV Nr. 2 S. 6 E. 3.1).

2.3 Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne die der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht als 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 ("conditio sine qua non"; BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181, 119 V 335 E. 1 S. 337; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 121 E. 5.1). Für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs genügt es, wenn der Unfall für eine bestimmte gesundheitliche Störung eine Teilursache darstellt (BGE 134 V 109 E. 9.5 S. 125, 123 V 43 E. 2b S. 45; SVR 2009 UV Nr. 3 S. 12 E. 8.3).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhanges genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 121 E. 5.1).

2.4 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 S. 181, 125 V 456 E. 5a S. 461; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 122 E. 5.2). Bei organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen

deckt sich die adäquate Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier praktisch keine selbstständige Bedeutung (BGE 140 V 356 E. 3.2 S. 358).

2.5 Gestützt auf Art. 19 Abs. 1 UVG sowie gemäss konstanter Rechtsprechung hat der Versicherer – sofern allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind – die Heilbehandlung (und das Taggeld) nur solange zu gewähren, als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann. Trifft dies nicht mehr zu, ist der Fall unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen mit gleichzeitiger Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und auf eine Integritätsentschädigung abzuschliessen (BGE 140 V 130 E. 2.2 S. 132, 137 V 199 E. 2.1 S. 201). Was unter einer namhaften Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person zu verstehen ist, umschreibt das Gesetz nicht näher. Mit Blick darauf, dass die soziale Unfallversicherung ihrer Konzeption nach auf die erwerbstätigen Personen ausgerichtet ist, wird sich dies namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit unfallbedingt beeinträchtigt, bestimmen. Dabei verdeutlicht die Verwendung des Begriffes "namhaft" durch den Gesetzgeber, dass die durch weitere Heilbehandlung zu erwartende Besserung ins Gewicht fallen muss. Unbedeutende Verbesserungen genügen nicht (BGE 134 V 109 E. 4.3 S. 115).

2.6 Zur Klärung der Leistungspflicht des Unfallversicherers, insbesondere der Frage der natürlichen Kausalität, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind (BGE 132 V 93 E. 4 S. 99).

3.

3.1 Aufgrund der Akten steht fest und ist unbestritten, dass der Beschwerdeführer am 9. April 2010 einen Unfall im Rechtssinne erlitten hat

(vgl. E. 2.1 hiervor) und die dabei erlittene Verletzung am linken Unterarm natürlich sowie adäquat kausale Folge davon war. Die Beschwerdegegnerin hat denn auch entsprechende Versicherungsleistungen (Heilungskosten und Taggelder) erbracht (vgl. u.a. act. II Z 7 f.). Umstritten und zu prüfen ist hingegen, ob einerseits die geklagten Rückenbeschwerden in einem anspruchsbegründenden natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang mit dem Unfall vom 9. April 2010 stehen und andererseits der Beschwerdeführer über die von der Beschwerdegegnerin verfügte Leistungseinstellung per 21. April 2013 hinaus weiterhin Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung (Invalidenrente und Integritätsentschädigung) hat. Die massgeblichen medizinischen Unterlagen zeigen diesbezüglich das folgende Bild:

3.1.1 Im ambulanten Behandlungsbericht vom 9. April 2010 (act. IIB ZM 1) diagnostizierten Dr. med. E. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates und Handchirurgie, und Dr. med. F. _____, Assistenzärztin, eine Schnittverletzung am Unterarm links. Als Befund beschrieben sie eine ca. 4 cm lange Schnittwunde am linken Unterarm palmar mit Blutung aus einer oberflächlichen angeschnittenen Vene. Die Sehne des M. brachioradialis sei zu 50 % durchtrennt. Die periphere Sensibilität und Motorik sei intakt. Ein Glassplitter von ca. 5 x 5 mm befinde sich in der Wunde. Die Wunde werde gespült und desinfiziert sowie der Glassplitter entfernt. Die Sehne des M. brachioradialis werde genäht und die angeschnittene Vene ligiert.

3.1.2 Der Hausarzt Dr. med. G. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, attestierte dem Versicherten im ersten ärztlichen Zeugnis UVG vom 1. Mai 2010 (act. IIB ZM 2) vom Unfalltag an eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Am 3. September 2010 berichtete der Hausarzt von persistierenden, belastungsabhängigen Schmerzen im linken Vorderarm und persistierenden Dysästhesien im sensiblen Areal N. musculus cutaneus Hand links. Der Patient sei seit dem 14. Juni 2010 zu 50 % arbeitsfähig (act. IIB ZM 7).

3.1.3 Am 7. Oktober 2010 führte Dr. med. E. _____ eine FCR Rekonstruktion mit einem Palmaris longus Sehnentransplantat links durch. Im entsprechenden Operationsbericht vom 8. Oktober 2010 (act. IIB ZM 8)

hielt er als Diagnose eine Insuffizienz des Flexor carpi radialis bei St. n. veralteter Sehnendurchtrennung fest. Offensichtlich sei eine Läsion des Flexor carpi radialis übersehen worden, so dass der Patient chronische palmar radiale Beschwerden habe. Am 13. Dezember 2010 berichtete er über ein ordentliches Verlaufsergebnis, einer Wiederaufnahme der Arbeit zu 50 % ab 13. Dezember 2010 und volle Arbeitsfähigkeit ab 1. Januar 2011 (act. IIB ZM 9). Am 19. Januar 2011 hielt Dr. med. E. _____ fest, der Patient arbeite zu 50 %, es bestehe eine langsame Verbesserung in Bezug auf die Flexor carpi radialis Sehnenfunktion (act. IIB ZM 10).

3.1.4 Dr. med. H. _____, Facharzt für Chirurgie und Handchirurgie, nannte im Bericht vom 5. Mai 2011 (act. IIB ZM 16) als Diagnose relevante Restschmerzen lokal nach Rekonstruktion der FCR-Sehne mit Palmaris longus links und klinisch Verdacht auf Karpaltunnelsyndrom.

3.1.5 Im Operationsbericht vom 30. März 2012 (act. IIB ZM 39) diagnostizierte PD Dr. med. I. _____, Fachärztin für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie und Handchirurgie, eine massive Vernarbung des Ramus palmaris N. medianus und des Ramus superficialis N. radialis am Vorderarm links bei St. n. Rekonstruktion der FCR-Sehne mit Palmaris longus vom 7. Oktober 2010 und Versorgung einer Rissquetschwunde (RQW) sowie Sehnenläsion des M. brachioradialis und der FCR-Sehne vom 9. April 2010.

3.1.6 Am 29. November 2012 hielt PD Dr. med. I. _____ als Diagnosen belastungsabhängige Restbeschwerden am Vorderarm links mit/bei St. n. Neurolyse des N. medianus, inkl. Ramus palmaris N. medianus und Ramus superficialis nervi radialis, Tenolyse der rekonstruierten Flexor carpi radialis Sehne am Vorderarm, Verkleinerungstenorrhaphie des FCR-Rekonstrukts links vom 30. März 2012 wegen massiver Vernarbung im Bereich des Ramus palmaris nervi mediani und Ramus superficialis nervi radialis Vorderarm links, St. n. Rekonstruktion der FCR-Sehne mit Palmaris longus vom 7. Oktober 2010, St. n. Versorgung einer RQW und einer Sehnenläsion des M. brachioradialis sowie der FCR-Sehne Vorderarm links vom 9. April 2010 fest. Der Patient habe seit dem 13. Juni 2012 die Arbeit zu 50 % wieder aufgenommen. Trotz begleitender Ergotherapie habe die Leistung nicht gesteigert werden können (act. IIB ZM 43 S. 1). Die Arbeit

könne nicht über 50 % Leistung, hingegen die Präsenz problemlos bis 100 % gesteigert werden. Die Leistungsfähigkeit werde sich aber auch längerfristig nicht mehr der Leistung wie vor dem Unfall angleichen (S. 2). Diese Einschätzung bestätigte sie ebenfalls in ihrem Bericht vom 27. Dezember 2012 (act. IIB ZM 44) gegenüber der IVB.

3.1.7 Im Gutachten der C._____ vom 21. April 2013 (act. IIB ZM 46) führten die Dres. med. J._____, Facharzt für Neurologie, und K._____, Facharzt für Chirurgie und Handchirurgie, folgende Diagnosen auf:

1. St. n. Schnittverletzung am linken Unterarm am 9. April 2010
 - St. n. Wundversorgung mit Sehnennaht des Musculus brachioradialis am Unfalltag
 - St. n. Rekonstruktion des Flexor carpi radialis mit Palmaris longus Sehne am 7. Oktober 2010
 - St. n. Neurolyse des Nervus medianus und des Ramus superficialis nervi radialis sowie Tenolyse des rekonstruierten Flexor carpi radialis am 30. März 2012
 - Aktuell persistierende unspezifische Restbeschwerden ohne neurologische Defizite
2. St. n. lumbaler Diskushernienoperation ungefähr 2003
 - seither rezidivierende Lumbalgien

Die Arbeitsfähigkeit habe der Patient bereits nach der ersten Operation nach zwei Monaten wieder auf 50 % erhöht, dies sei auch nach der zweiten Operation wiederum möglich gewesen. Durch die dritte Operation am Spital L._____ im März 2012 sei es aber in der Folge nicht zu einer Verbesserung der Arbeitsfähigkeit gekommen, obwohl der Patient von einem Erfolg dieser letzten Operation spreche. Dennoch sei er nicht beschwerdefrei, so dass die Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz nicht habe gesteigert werden können; auch der Schlaf sei weiterhin beeinträchtigt. Die Beschwerden seien aus neurologischer Sicht nicht nachvollziehbar. Die aktuelle klinisch-neurologische Untersuchung zeige keine objektivierbaren sensomotorischen Defizite. Der Patient sei bereits vorgängig zweimal klinisch-neurologisch und elektroneurologisch untersucht worden, ohne dass hierbei abnorme Befunde hätten festgestellt werden können. Dementsprechend sei nicht von einer traumatisch bedingten Schädigung am zentralen oder peripheren Nervensystem aufgrund des Unfallereignisses vom 9. April 2010 auszugehen. Die Arbeitsfähigkeit sei aus neurologischer Sicht nicht

eingeschränkt, dies betreffe sowohl die aktuelle Tätigkeit in der ... als auch allfällige Verweistätigkeiten (S.20).

Aus handchirurgischer Sicht bestehe insgesamt eine Verkettung unglücklicher Gegebenheiten. Erst nach fast einem halben Jahr sei die Verletzung der Flexor carpi radialis Sehne verifiziert und dann operativ versorgt worden. In dieser Zeit sei sicher der Muskel der Flexor carpi radialis Sehne deutlich atroph und verfettet worden, sodass bereits nach drei Monaten nicht mehr davon habe ausgegangen werden können, dass eine normale Kontraktionskraft erreicht werden könne. Nun ein Jahr postoperativ nach dem letzten Eingriff sei der Endzustand erreicht worden. Es werde sicherlich eine Flexionskraftminderung im linken Handgelenk zurückbleiben. Letztendlich sei aber nicht erklärbar, dass mit verminderter Kraft des Flexor carpi radialis auch eine verminderte Faustschlusskraft entstehe. Aus handchirurgischer Sicht sei der Patient voll arbeitsfähig, langfristig wäre ein Beruf mit weniger manuellen Belastungen auch bezüglich der Rückenanamnese sinnvoll. Eine Kraft- und Gewichtsbelastung des linken Armes von 30 kg sei jedoch zumutbar (S. 21). Die aktuell noch vorhandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen seien wahrscheinlich auf den Unfall vom 9. April 2010 als alleinige Ursache zurückzuführen. Unfallfremde Ursachen seien in diesem Zusammenhang nicht erkennbar (S. 23). Mit dem Zeitpunkt der Erstellung dieses Gutachtens sei nicht mehr mit einer namhaften Besserung des Gesundheitszustandes zu rechnen. Die bisherige Tätigkeit sei mit einem 100 % Pensum bei voller Leistungsfähigkeit zumutbar. Leichte, mittelschwere und schwere Arbeiten seien zumutbar, schwerste Arbeiten sollten aber nur kurzfristig durchgeführt werden müssen (S. 25). Aufgrund des Unfalls vom 9. April 2010 bestehe keine dauernde Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Integrität (S. 26).

3.1.8 Dr. med. M. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, diagnostizierte im Bericht vom 25. April 2013 (act. IIB ZM 48) ein radikuläres Schmerzsyndrom S1 links mit/bei einem Verdacht auf Wurzelreizung S1 links mit/bei St. n. Mikrodiskektomie L3/4 (2004), einem St. n. lumbosakralem Schmerzsyndrom linksseitig bei Anulusriss L3/4 sowie linksseitiger Wurzelreizung L5 links, Übergangsanomalien L5/S1 und einem St. n. Infiltration links (2011). Diese

Diagnosen nannte er ebenfalls in seinem Bericht vom 23. Mai 2013 (act. IIB ZM 47). Am 21. Oktober 2013 vermerkte er als Diagnose ein radikuläres Schmerzsyndrom L5 links mit/bei paramedian linksseitiger Diskushernie L4/5 mit Wurzelkompression. Die Hernie zeige im Vergleich zu den Aufnahmen im Mai keine grössere Progredienz, so dass auch eine chirurgische Therapie nicht indiziert sei, da der Patient nach der letzten Episode doch wieder deutlich weniger Schmerzen verspüre (act. IIB ZM 52).

3.1.9 Der Hausarzt Dr. med. G. _____ berichtete am 10. September 2013, in der Vergangenheit seien es vor der Handverletzung links vor allem Rückenschmerzen lumbal gewesen, welche den Patienten zu ihm geführt hätten. Es habe teils infiltriert und 2004 operiert (Mikrodiskektomie L3/4) werden müssen. In der Sprechstunde vom 4. September 2013 habe der Patient glaubwürdig die nach wie vor bestehenden Schmerzen im Bereich des linken Vorderarmes und der linken Hand geschildert, welche ihn bei der Arbeit derart einschränkten, dass er das Hauptgewicht auf seinen rechten Arm verlagern müsse und wegen den Schmerzen nicht den ganzen Tag arbeiten könne. Wegen diesen Beschwerden sei der Patient weiterhin zu 50 % arbeitsunfähig (act. IIB ZM 49).

3.1.10 Die Dres. med. N. _____ und O. _____ der Spital P. _____ AG, Notfallzentrum, diagnostizierten am 24. und 25. September 2013 eine Exazerbation eines chronischen lumboradikulären Schmerzsyndroms L5 links mit/bei St. n. wahrscheinlich epiduraler Infiltration L4/5 am 30. April und 4. Mai 2013, grössenprogredienter Diskushernie L4/5 paramedian links mit rezessaler Beeinträchtigung der Nervenwurzel L5 links (MRI April 2013), St. n. Mikrodiskektomie L3/4 am 7. Mai 2004 und St. n. Diskushernie L3/L4 mit radikulärer L4-Symptomatik rechts 2002. Sie attestierten eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vom 24. September bis 1. Oktober 2013 (act. IIB ZM 57 f.).

3.1.11 Am 16. Oktober 2013 erwähnte Prof. Dr. med. I. _____ als zusätzliche, neben den von ihr bereits im Bericht vom 29. November 2012 (act. IIB ZM 43) aufgeführten Diagnosen, Rückenprobleme mit Verdacht auf Diskushernie L5 mit/bei St. n. multiplen Infiltrationen, zuletzt am 25. und 27. September 2013. Aufgrund der aktuellen Untersuchung und Abklärung des Ergotherapeuten sei nicht von einer Leistungssteigerung über 50 % für

schwere Lasten zu rechnen, bei weiterhin 100 %-iger Präsenz im jetzigen Berufsumfeld. In diesem Sinne könne sie die schon vor einem Jahr festgestellte Arbeitsfähigkeit bestätigen (act. IIB ZM 51).

3.1.12 In der Stellungnahme der C._____ vom 30. April 2014 (act. IIB ZM 63) hielten die beiden Gutachter fest, die neu eingereichten Dokumente zeigten keine wesentliche Befundänderung, ausser dass offenbar die vorbestehende nicht unfallbedingte Rückenproblematik wieder symptomatisch geworden sei und zu einer eingeschränkten Arbeitsfähigkeit führe (S. 1). Die Rückenschmerzen seien weder direkt noch indirekt natürlich kausal auf den Unfall vom 9. April 2010 zurückzuführen, denn sie bestünden bereits seit 2003 (S. 2). Am 12. Februar 2015 führte Dr. med. K._____ in einer weiteren Stellungnahme ergänzend aus, er habe dem Versicherten im Bewusstsein, dass die behandelnden Ärzte eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % ausgestellt hätten, eine Arbeitsfähigkeit von 100 % im Sinne einer medizinisch theoretischen Arbeitsfähigkeit attestiert. Objektiv habe der Patient eine normale Funktion der oberen Extremitäten mit seitengleich guten Beweglichkeiten. Bei der klinischen Untersuchung habe sich lediglich eine verminderte Faustschlusskraft links im Vergleich zu rechts gezeigt, was einerseits bei rechtsdominanten Patienten normal sei und andererseits habe bei der Untersuchung der Verdacht auf einen submaximalen Effort bestanden, was als Zeichen einer gewissen Simulation gedeutet werden müsse. Jedoch sei auch eine Faustschlusskraft von 20 kg als normal zu werten und es bestehe ebenfalls eine normale Beschwielung der linken Hand, was so gedeutet werden könne, dass die linke Hand normal gebraucht werde. Aus diesem Befund könne keine reduzierte Arbeitsfähigkeit resultieren. Bei einer theoretisch reduzierten Flexionskraft, welche praktisch nicht nachgewiesen werden könne, resultiere keine Integritätserschädigung (act. IIB ZM 71).

3.1.13 Prof. Dr. med. I._____ diagnostizierte am 18. Februar 2015 zusätzlich zu den von ihr bereits gestellten Diagnosen eine intermittierende Schwellung radiokarpal Höhe palmares distales Tuberculum ossis scaphoidei links (aktuell nicht vorhanden), eine unklare Raumforderung intermetakarpal dorsal Dig. III/IV (10 x 5 mm, hypoechogen, zum MCP-Gelenk reichend) dorsal links, am ehesten einem Fremdkörpergranulom entspre-

chend und eine chronisch rezidivierende Tendovaginitis stenosans A1-Ringband Dig. III links (act. IIA Z136). Gegenüber den Vorbefunden sei keine Änderung nachzutragen. Die Arbeitsfähigkeit bleibe bei 100 % Präsenz und 70 – 80 % Leistungsfähigkeit – verglichen zu vor dem Unfall – bestehen.

3.1.14 Im polydisziplinären Gutachten der D. _____ vom 29. Dezember 2015 stellten die Dres. med. Q. _____, Facharzt für Neurologie, R. _____, Facharzt für Innere Medizin, und S. _____, Facharzt für Chirurgie und Handchirurgie, unter Berücksichtigung aller Fachgebiete folgende Diagnosen:

Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 28):

- Chronische Lumbalgien bei
 - o Bandscheibenprotrusion L4/L5 mit Beeinträchtigung der Wurzel L5 links
 - o St. n. Mikrodisektomie L3/L4 und Dekompression der Wurzel L4 rechts (Mai 2004)
 - o St. n. mehreren Infiltrationen lumbal
- Restbeschwerden im lumbosakralen Übergang nach Sturz (November 2015)
- Chronische, belastungsabhängige Schmerzen (Hyperpathie) im distalen Drittel des Unterarmes links palmarradial bei
 - o St. n. Schnittverletzung durch Glasplatte (April 2010) mit Durchtrennung der Sehne des M. brachioradialis links und der Sehne des Flexor carpi radialis links
 - o St. n. Wundversorgung und Naht des Brachioradialis (April 2010)
 - o St. n. Naht der Sehne des M. Flexor carpi radialis (Oktober 2010)
 - o St. n. Revisionsoperation mit Neurolyse des N. medianus, des Ramus palmaris N. medianus und des Ramus superficialis N. radialis (März 2012)

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Lumbosakrale Übergangsstörung L5/S1
- Fragliches Fremdkörpergranulom intermetakarpal III/IV links (DD: Epidermoidcyste)
- St. n. ossärem Bandausriss am Os triquetrum links und St. n. undislozierter Radiusfraktur links nach Sturz vom Fahrrad (Mai 2013)
- Bds. leicht bis mässig ausgeprägtes Carpaltunnelsyndrom

In der Konsensbesprechung führten die Gutachter zur Arbeitsfähigkeit in angestammter und anderer Tätigkeit zusammenfassend aus, aus internistischer Sicht bestehe keine Beeinträchtigung. Aus orthopädischer Sicht werde ein Trage- und Hebelimit von max. 20 kg definiert und dies damit begründet, dass bei gleichbleibender Arbeit und höherer Belastung der Kör-

perachse jederzeit mit einem Wiederauftreten der Rückenbeschwerden gerechnet werden müsse (S. 38). Aus handchirurgischer Sicht werde eine Beeinträchtigung bei grosser Trage- und Hebelbelastung attestiert, mit dadurch auftretend vermehrten Beschwerden. Der neurologische Referent pflichte dieser Einschätzung bei. Er sehe eine Arbeitsfähigkeit auf Dauer in einer mehr als leichten bis mässigen die Körperachse belastende Tätigkeit als nicht empfehlenswert an, dies aufgrund des Risikos einer erneuten Beschwerdeexacerbation. In einer angepassten Tätigkeit, ohne Notwendigkeit höhere Gewichte als 20 kg zu bewältigen, bestehe keine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit aus neurologischer und orthopädischer Sicht. Vom orthopädischen Referenten würden z.B. Büro und/oder Überwachungs- und Kontrolltätigkeiten oder Botendienste vorgeschlagen. Es sei aktuell von einem Residualzustand auszugehen was das Lumbovertebralsyndrom wie aber auch den Folgezustand nach Verletzung im Bereich der linken Hand betreffe (S. 39). Das Unfallereignis vom 9. April 2010 habe allerhöchstens in geringem Masse Einfluss auf die Rückenbeschwerden, wobei dieser Zusammenhang nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit angenommen werden könne, sondern höchstens eine mögliche Wahrscheinlichkeit diesbezüglich zuzuordnen sei (S. 40).

In der Stellungnahme der D. _____ vom 3. Juli 2016 (in den Gerichtsakten) halten die Gutachter bezüglich der im Gutachten beschriebenen arbeitslimitierenden Beeinträchtigung im linken Vorderarm fest, es bestehe in einer angepassten Tätigkeit, ohne Notwendigkeit höhere Gewichte als 20 kg zu bewältigen, keine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit. Es würden z.B. Büro und/oder Überwachungs- und Kontrolltätigkeiten oder Botendienste vorgeschlagen. Insgesamt betrage die Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf als ... in einer ... 50 % (S. 1). In einer adaptierter Tätigkeit bestehe keine Beeinträchtigung (S. 2).

3.2 Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Aus-

schlaggebend 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, sondern dessen Inhalt (BGE 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2016 IV Nr. 2 S. 5 E. 4.1).

3.3 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten 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 (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; SVR 2015 IV Nr. 28 S. 86 E. 4.1).

3.4

3.4.1 Die Dres. med. J. _____ und K. _____ von der C. _____ halten den Beschwerdeführer in der bisherigen Tätigkeit als ... der ... trotz der weiterhin bestehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die allerdings nicht quantifiziert werden, für uneingeschränkt arbeitsfähig. Dabei standen ihnen keine Röntgenbilder zur Verfügung (act. IIB ZM 46 S. 17). Aus neurologischer Sicht sei der Beschwerdeführer wegen der Armbeschwerden nicht eingeschränkt, handchirurgisch sei er voll arbeitsfähig, wobei eine verminderte Flexionskraft im linken Handgelenk bestehen bleibe (diese wird nicht quantifiziert) und eine Arbeit mit weniger manueller Belastung sinnvoll sei. Eine Kraft- und Gewichtsbelastung des linken Arms von 30 kg sei zumutbar, Schwerstarbeit nur kurzfristig durchführbar (act. IIB

ZM 46 S. 21 f., 25). Die Restbeschwerden am linken Unterarm seien unfallkausal (act. IIB ZM 46 S. 23). Eine dauernde Beeinträchtigung bestehe nicht, weshalb keine Angaben zur Integritätsentschädigung gemacht wurden (act. IIB ZM 46 S. 26). Die Experten diskutierten auch die bekannten rezidivierenden Rückenbeschwerden, gingen aber im Zeitpunkt der Expertise von Beschwerdefreiheit aus bzw. hielten diese im Zusammenhang mit den linksseitigen Armbeschwerden für bedeutungslos (act. IIB ZM 46 S. 17). Die Ergänzungen des Gutachtens vom 30. April 2014 (act. II ZM 63) und 12. Februar 2015 (act. II ZM 71) zur Frage nach der abweichend beurteilten Arbeitsfähigkeit als ... gegenüber den behandelnden Ärzten, die von einer Arbeitsfähigkeit von 50 % ausgehen (act. IIB ZM 43 f., 49, 51), ergeben keine Klarheit.

Das Gutachten der D. _____ vom 29. Dezember 2015 ergibt bei der orthopädisch-handchirurgischen Untersuchung keine wesentlichen Unterschiede zwischen dem Vorderarm links und rechts, ausser der deutlich geringeren Faustschlusskraft und den Schmerzen in diesem Bereich (S. 22 f.), letztere werden auch neurologisch – nebst sonst normalen Verhältnissen – erwähnt (S. 27). Die Experten der D. _____ diagnostizierten mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit chronische Lumbalgien, Restbeschwerden im Übergang von der Lendenwirbelsäule zum Kreuzbein nach Sturz im November 2015 und chronische belastungsabhängige Schmerzen im distalen Drittel des Unterarms links (S. 28). Wechselwirkungen zwischen den Folgen der Schnittverletzung und den lumbalen Beschwerden seien höchstens gering. Bei der internistischen Untersuchung wurden keine die Arbeits- und Leistungsfähigkeit einschränkende Befunde erhoben (S. 29). Orthopädisch-handchirurgisch träten die Beschwerden im linken Vorderarm nur noch bei grosser Tragbelastung auf, was das Arbeitsprofil entsprechend einschränke (S. 31). Diese schmerzbedingte Einschränkung wird durch den Neurologen bestätigt (S. 34 f.). Das Hebe- und Tragelimit aus orthopädisch-handchirurgischer Sicht liegt in Bezug auf die Vorderarmbeschwerden bei 20 kg (S. 36 Ziff. 7.2, S. 39 Ziff. 8.5). Gemäss den Angaben in der Ergänzung vom 3. Juli 2016 besteht bei einer angepassten Tätigkeit keine Einschränkung. Eine natürliche Kausalität zwischen den Vorderarmbeschwerden und den Rückenbeschwerden wird ausdrücklich verneint bzw. als bloss möglich eingestuft (S. 40).

3.4.2 Die Experten der C._____ und der D._____ schliessen übereinstimmend einen kausalen Zusammenhang zwischen den nunmehr geklagten Rückenbeschwerden und dem Ereignis vom 9. April 2010 bzw. einer Gewichtsverlagerung infolge der Verletzung am linken Vorderarm aus (act. IIB ZM 63 S. 2; Gutachten der D._____ vom 29. Dezember 2015 S. 40). Diese Einschätzung steht denn auch in Einklang mit den Angaben von Dr. med. T._____, Facharzt für Radiologie, der im Befundbericht vom 26. September 2013 über die MR-Untersuchung der LWS rapportierte, es lägen degenerative Veränderungen an der Lendenwirbelsäule mit Hauptbefund auf Höhe L4/5 im Sinne einer Kompression der L5-Wurzel links rezessal vor (act. IIB ZM 56). Nichts daran ändert das Vorbringen des Beschwerdeführers, vor dem Unfall habe er während Jahren mit vollständig beschwerdefreiem Rücken in der ... gearbeitet (vgl. Beschwerde S. 19 f. und Eingabe des Beschwerdeführers vom 8. Februar 2016 S. 3), denn für den Nachweis einer unfallkausalen gesundheitlichen Schädigung ist die Formel "post hoc, ergo propter hoc", nach deren Bedeutung eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch einen Unfall verursacht gilt, wenn sie nach diesem aufgetreten ist, nicht massgebend (BGE 119 V 335 E. 2b bb S. 341; SVR 2008 UV Nr. 11 S. 36 E. 4.2.3). Darüber hinaus steht die Annahme des Beschwerdeführers, wonach er vor dem Unfall beschwerdefrei gewesen sei, im Widerspruch zu den Angaben in den vorliegenden Akten. Aus diesen geht hervor, dass es in der Folge der Rückenoperation (ca. 2003/04) immer wieder vereinzelt zu Rückfällen der Lumbalgie gekommen ist (act. IIB ZM 46 S. 17, Gutachten der D._____ vom 29. Dezember 2015 S. 12). Ebenso wenig kann ihm gefolgt werden, als die Verlagerung des Hauptgewichts der Hebe- und Tragearbeiten auf den rechten Arm in Folge des Unfalls zu den neuen Rückenproblemen an anderer Stelle als bei der seinerzeit im Jahre 2003 oder 2004 operierten Diskushernie geführt habe (vgl. Beschwerde S. 20 und Eingabe des Beschwerdeführers vom 8. Februar 2016 S. 3). Prof. Dr. med. I._____ vermerkte Rückenschmerzen vom Sommer 2011 (act. IIB ZM 37). Dazumal hat der Beschwerdeführer – nach erfolgter Rekonstruktionsoperation vom 7. Oktober 2010 (act. IIB ZM 8) – die Arbeit erst seit geraumer Zeit im Umfang von 50 % aufgenommen und er war dabei meistens im Betrieb und nicht im Umzugsdienst tätig (act. IIB ZM 10). Aufgrund der erst kurzzeitigen und geringen körperlichen Belastung lassen sich die beschriebenen degenera-

tiven Veränderungen am Rücken nicht erklären, weshalb weder von einer direkten noch indirekten Unfallfolge ausgegangen werden kann. Sodann entspricht es einer medizinischen Erfahrungstatsache im Bereich des Unfallversicherungsrechts, dass praktisch alle Diskushernien bei Vorliegen degenerativer Bandscheibenveränderungen entstehen und ein Unfallereignis nur ausnahmsweise, unter besonderen Voraussetzungen, die hier offensichtlich nicht erfüllt sind, als eigentliche Ursache in Betracht fällt (vgl. SVR 2009 UV Nr. 1 S. 2 E. 2.3).

Als Zwischenergebnis ist festzuhalten, dass der natürliche Kausalzusammenhang zwischen den geklagten Rückenbeschwerden und dem Unfallereignis vom 9. April 2010 bzw. der geltend gemachten Gewichtsverlagerung wegen der linksseitigen Vorderarmbeschwerden – entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers – nach dem hier massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu verneinen ist (vgl. E. 2.3 hiervor). Da im Gegensatz zur final konzipierten Invalidenversicherung (vgl. BGE 124 V 174 E. 3b S. 178) lediglich die unfallkausalen Gesundheitsschäden relevant sind, haben hier die Rückenbeschwerden unberücksichtigt zu bleiben. Es ist deshalb vorliegend einzig die Einschränkung im linken Vorderarm zu berücksichtigen.

3.4.3 Die Gutachten der C._____ und der D._____ decken sich ebenfalls in Bezug auf das Vorliegen einer Hyperpathie und die darin gründenden Vorderarmbeschwerden links im Grundsatz. Sie weichen nur dahingehend voneinander ab, als die Experten der C._____ die zumutbare Kraft- und Gewichtsbelastung für das Hantieren, Heben und Tragen von Gewichten auf 30 kg festlegen und deshalb die angestammte Tätigkeit uneingeschränkt zumutbar halten, wobei schwerste Arbeiten nur kurzfristig auszuführen seien (act. IIB ZM 46 S. 21, 25). Dagegen setzen die orthopädisch-handchirurgischen Experten der D._____ eine Trage- und Hebelimite von 20 kg fest, die nur noch eine adaptierte Tätigkeit als uneingeschränkt zumutbar zulasse (Gutachten der D._____ vom 29. Dezember 2015 S. 36, 39 und Stellungnahme der D._____ vom 3. Juli 2016). Insofern schliessen die beiden Expertisen Schwerstarbeit aus. Sie variieren nur hinsichtlich der Differenz zwischen 20 und 30 kg in der Belastungsgrenze.

Zur angestammten Tätigkeit des Beschwerdeführers bei der U. _____
... zählen Umzüge und Möbeltransporte je im Umfang von 34 bis 66 %, was einem zeitlichen Umfang von 3 bis 5 ¼ h pro Tag entspricht, sowie Verkauf im Umfang von bis 5 % bzw. bis ½ h pro Tag. Diese Tätigkeiten übt er weitgehend gehend oder stehend aus. Die körperliche Belastung durch Heben und Tragen über 25 kg beträgt 34 bis 66 % bzw. 3 bis 5 ¼ h pro Tag. Sitzende Tätigkeiten verrichtet der Beschwerdeführer bis zu 5 % bzw. bis ½ h pro Tag (act. III 81 S. 7). Dies bedeutet, dass auch für die Dres. med. J. _____ und K. _____ von der C. _____ insofern eine Weiterbeschäftigung in der bisherigen Tätigkeit in der ..., welche im Umfang von 34 bis zu 66 % bzw. 3 bis 5 ¼ h pro Tag auch Schwerstarbeit im Sinne von Belastungen über 25 kg umfasst (vgl. act. III 81 S. 7), im Grunde genommen nicht mehr zumutbar ist. Adaptierte Tätigkeiten seien dem Beschwerdeführer aber uneingeschränkt zumutbar. Darauf ist abzustellen, zumal diesem Ergebnis die von Prof. Dr. med. I. _____ im Februar 2015 attestierte Einschränkung von 20 – 30 % (act. IIB Z 136), die sich offenkundig auf die bisherige Tätigkeit bezieht und sich nicht zur Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit äussert, nicht entgegensteht. Die Ergänzung der Experten der D. _____ vom 3. Juli 2016 auf Nachfrage des Instruktionsrichters bestätigt all dies. Soweit im Nachgang zum Gutachten der D. _____ geltend gemacht wird, das Trage- und Hebelimit von 20 kg werde alleine mit den nicht unfallkausalen Rückenbeschwerden begründet (vgl. Eingabe der Beschwerdegegnerin vom 12. Februar 2016 S. 1), zielt dies ins Leere. Die Gutachter der D. _____ führten aus, dass sich die Vorderarmbeschwerden zusammen mit den Rückenbeschwerden immer wieder arbeitslimitierend auswirken (Gutachten vom 29. Dezember 2015 S. 36). Zudem halten sie in ihrer Stellungnahme vom 3. Juli 2016 ergänzend fest, dass die beschriebenen arbeitslimitierenden Beeinträchtigungen im linken Vorderarm bei einer angepassten Tätigkeit ohne Notwendigkeit, höhere Gewichte als 20 kg zu bewältigen, nicht zu einer Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit führen. Daraus folgt (im Umkehrschluss), dass bei Überschreitung dieser Belastungsgrenze Einschränkungen infolge der unfallbedingten Verletzung am linken Vorderarm resultieren.

3.4.4 Aufgrund der Gutachten der C. _____ und der D. _____ sowie der ergänzenden Stellungnahme letzterer vom 3. Juli 2016 erweist sich

der medizinische Sachverhalt als rechtsgenügend erstellt, womit in antizipierter Beweiswürdigung auf weitere Abklärungen (BGE 122 V 157 E. 1d S. 162) zu verzichten ist. Aus den Ausführungen der Experten ergibt sich, dass dem Beschwerdeführer die angestammte Tätigkeit bei der U._____ ... zwar nicht mehr uneingeschränkt zumutbar ist, in einer leidensangepassten Tätigkeit hingegen eine uneingeschränkte Arbeits- und Leistungsfähigkeit besteht. Zu prüfen bleiben die Folgen dieser medizinischen Ausgangslage in Bezug auf den geltend gemachten Anspruch auf eine Invalidenrente bzw. eine Integritätsentschädigung.

4. Am 1. Januar 2017 sind die Änderung vom 25. September 2015 des UVG und die Änderung vom 9. November 2016 der UVV in Kraft getreten. Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem Inkrafttreten der Änderung vom 25. September 2015 des UVG ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, werden nach bisherigem Recht gewährt (Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 des UVG).

4.1 Ist die versicherte Person infolge des Unfalles zu mindestens 10 % invalid (Art. 8 ATSG), so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (aArt. 18 Abs. 1 UVG in der bis 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Fassung). Der Bundesrat regelt die Bemessung des Invaliditätsgrades in Sonderfällen. Er kann dabei auch von Art. 16 ATSG abweichen (Art. 18 Abs. 2 UVG).

4.2 Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades 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 ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

Die Bestimmung des Invaliditätsgrades hat auf den hier zu Recht nicht umstrittenen Zeitpunkt des Fallabschlusses (vgl. BGE 140 V 130 E. 2.2 S. 132, 137 V 199 E. 2.1 S. 201) per 21. April 2013 hin zu erfolgen, zumal ab diesem Zeitpunkt von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine

namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden konnte (vgl. act. IIB 46 ZM 46 S. 24).

4.2.1 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen 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 (BGE 139 V 28 E. 3.3.2 S. 30, 134 V 322 E. 4.1 S. 325).

4.2.2 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 139 V 592 E. 2.3 S. 593; SVR 2016 UV Nr. 13 S. 40 E. 2.2). Übt die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität eine Erwerbstätigkeit aus, bei der – kumulativ – besonders stabile Arbeitsverhältnisse gegeben sind und anzunehmen ist, dass sie die ihr verbleibende Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausschöpft, und erscheint zudem das Einkommen aus der Arbeitsleistung als angemessen und nicht als Soziallohn, gilt grundsätzlich der tatsächlich erzielte Verdienst als Invalidenlohn (BGE 139 V 592 E. 2.3 S. 593; SVR 2016 UV Nr. 13 S. 40 E. 2.2).

Praxisgemäss sind an den Nachweis von Soziallohn strenge Anforderungen zu stellen, da vom Grundsatz ausgegangen werden muss, dass ausbezahlte Löhne normalerweise das Äquivalent einer entsprechenden Arbeitsleistung sind (BGE 141 V 351 E. 4.2 S. 353). Bei der richterlichen Würdigung von Arbeitgeberbescheinigungen ist auch zu bedenken, dass ein Arbeitgeber ein eigenes Interesse daran haben kann, die Bezahlung von Soziallohn zu behaupten. Als Indiz für eine freiwillige Sozialleistung fallen insbesondere verwandtschaftliche Beziehungen zwischen dem Arbeitgeber und der versicherten Person oder eine lange Dauer des Arbeitsverhältnisses in Betracht (BGE 117 V 8 E. 2c aa S. 18, 104 V 90 E. 2 S. 93; SVR 2014 BVG Nr. 22 S. 81 E. 2.3.4; RKUV 1996 U 240 S. 95 E. 3c; ZAK 1980 S. 345 E. 2b).

Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufge-

nommen, so können nach der Rechtsprechung entweder Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik (BFS) periodisch herausgegebenen Lohnstrukturhebungen (LSE) oder Lohnangaben aus der Dokumentation von Arbeitsplätzen (DAP) der Suva herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3 S. 593).

4.3 Der Beschwerdeführer arbeitet seit 1. September 2002 (bis heute) in der angestammten Tätigkeit als ... bei der U. _____ ... (act. II Z 1). Es ist ohne weiteres davon auszugehen, dass er bei guter Gesundheit in der gleichen Funktion weiterhin bei derselben Arbeitgeberin tätig wäre. Unter diesen Umständen ist für das Valideneinkommen auf den nach Angaben der U. _____ ... mutmasslichen Verdienst des Jahres 2013 von Fr. 87'750.-- [Fr. 6'750.-- x 12 Monate] + Fr. 6'750.-- [Gratifikation]) abzustellen (vgl. Fragebogen für Arbeitgeber; act. III 81 S. 4).

4.4 Die bisherige Tätigkeit bei der U. _____ ... stellt aufgrund der körperlichen Belastungen aus medizinischer Sicht für den Beschwerdeführer eine nicht angepasste Tätigkeit dar (vgl. E. 3.4.3 hiervor). Nach den Angaben der Arbeitgeberin wurde dem Beschwerdeführer in den Jahren 2012 bis 2014 trotz der unfallbedingten Einschränkungen weiterhin ein Jahreseinkommen von jeweils Fr. 87'750.-- ausgerichtet (act. III 81 S. 4). In diesem Zusammenhang führte die Arbeitgeberin gegenüber der IVB aus, der ausgerichtete Lohn entspreche nicht der Arbeitsleistung des Beschwerdeführers. Der leistungsmässige Lohn entspreche ca. Fr. 5'000.--. Von einer Anpassung sei bisher abgesehen worden, da es sich um einen langjährigen Mitarbeiter handle (act. III 81 S. 4).

In Anbetracht dieser Umstände kann infolge der Unzumutbarkeit der bisherigen Arbeit bei der U. _____ ... nicht auf den nach der Verletzung des linken Unterarms weiter ausgerichteten Lohn, der von der Arbeitgeberin ausdrücklich als Soziallohn für einen langjährigen Mitarbeiter deklariert wurde, abgestellt werden (vgl. BGE 116 V 246 E. 3b/bb S. 253 f.). Der von der Arbeitgeberin auf rund Fr. 5'000.-- bezifferte angeblich der tatsächlichen Leistung entsprechende Monatslohn ist nicht genügend aussagekräftig. Folglich ist für die Bestimmung des Invalideneinkommens auf die LSE 2012, Tabelle TA1 (Monatlicher Bruttolohn [Zentralwert] nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Privater Sektor), Total, Män-

ner, Kompetenzniveau 1 (einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art), im Betrag von Fr. 5'210.-- monatlich bzw. Fr. 62'520.-- jährlich abzustellen. Die Indexierung auf das Jahr 2013 ergibt einen Betrag von Fr. 63'011.30 (Tabelle T1.10 Nominallohnindex, 2011 – 2015, Total, Index 2012: 101.8 Punkte; Index 2013: 102.6 Punkte). Angepasst an die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit im Bereich Total im Jahr 2013 von 41.7 Stunden resultiert ein Betrag von Fr. 65'689.30 (Fr. 63'011.30 / 40 h x 41.7 h). Hiervon ist kein Abzug vorzunehmen. Der Umstand, dass nur mehr leichte bis mittelschwere Tätigkeiten ausgeführt werden können, rechtfertigt keinen Abzug vom Tabellenlohn, umfasst dieser im Kompetenzniveau 1 doch bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 10. November 2015, 8C_300/2015, E. 7.3.2). Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers ist auch kein Abzug aufgrund unzureichender Deutschkenntnisse zu gewähren. Zum einen erfordern Erwerbstätigkeiten im Kompetenzniveau 1 definitionsgemäss keine guten Kenntnisse der deutschen Sprache (vgl. Entscheid des BGer vom 18. August 2014, 9C_426/2014, E. 4.2) und zum anderen beweist der Beschwerdeführer durch seine langjährige Arbeitstätigkeit, dass seine Sprachkenntnisse ihn bei der Arbeit nicht einschränken. Sodann wirkt sich das Alter des Beschwerdeführers bei den ihm noch zumutbaren Arbeiten im untersten Kompetenzniveau eher lohn erhöhend aus (vgl. Entscheid des BGer vom 23. November 2016, 8C_477/2016, E. 4.2) und es sind auch die übrigen, rechtsprechungsgemäss zu berücksichtigenden Abzugskriterien offensichtlich nicht erfüllt (vgl. BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2015 IV Nr. 1 S. 1 E. 2.2).

4.5 Zusammenfassend resultiert bei einem Valideneinkommen von Fr. 87'750.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 65'689.30 eine invaliditätsbedingte Erwerbseinbusse von Fr. 22'060.70, was einem Invaliditätsgrad von gerundet (BGE 130 V 121 E. 3.2 und 3.3 S. 125) 25 % entspricht (Fr. 22'060.70 / Fr. 87'750.-- x 100). Dies begründet einen Anspruch auf eine Invalidenrente ab dem 21. April 2013 in dieser Höhe (vgl. E. 4.1 hier vor).

5.

5.1 Nach Art. 24 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung, wenn sie durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität erleidet. 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).

5.1.1 Gemäss Art. 25 Abs. 2 UVG regelt der Bundesrat die Bemessung der Entschädigung. Von dieser Befugnis hat er in Art. 36 UVV Gebrauch gemacht. Abs. 1 dieser Vorschrift 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. Darin hat der Bundesrat in einer als gesetzmässig erkannten, nicht abschliessenden Skala häufig vorkommende und typische Schäden prozentual gewichtet (BGE 124 V 29 E. 1b S. 32). Für spezielle oder nicht aufgeführte Integritätsschäden wird die Entschädigung nach dem Grad der Schwere vom Skalenwert abgeleitet (Ziff. 1 Abs. 2 des Anhangs 3; BGE 116 V 156 E. 3a S. 157). In diesem Zusammenhang hat die Suva in Weiterentwicklung der bundesrätlichen Skala weitere Bemessungsgrundlagen in tabellarischer Form (sog. Feinraster; abrufbar unter www.suva.ch) erarbeitet. Diese Tabellen sind, soweit sie lediglich Richtwerte enthalten, mit denen die Gleichbehandlung aller Versicherten gewährleistet werden soll, mit dem Anhang 3 zur UVV vereinbar (BGE 124 V 29 E. 1c S. 32).

5.1.2 Die Bemessung der Integritätsentschädigung richtet sich nach der Schwere des Integritätsschadens. Diese beurteilt sich nach dem medizinischen Befund. Bei gleichem medizinischen Befund ist der Integritätsschaden für alle Versicherten gleich; er wird abstrakt und egalitär bemessen (BGE 124 V 29 E. 3c S. 35).

5.2 In ihrer Beurteilung vom 21. April 2013 gelangten die Gutachter der C._____ zum Schluss, dass keine dauernde Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Integrität bestehe (act. IIB ZM 46 S. 26). Ergänzend führte Dr. med. K._____ am 12. Februar 2015 aus, lediglich eine nachweisbare Nervenlähmung würde zu einer Integritätsentschädigung führen. Auch eine eingeschränkte Beweglichkeit führe erst ab einem grossen Ausmass zu einer Integritätsentschädigung (act. IIB ZM 71). Insofern erachten die beiden Experten die Erheblichkeitsgrenze für eine Integritätsentschädigung (von 5 % gemäss Ziff. 1 des Anhangs 3 zur UVV) als nicht erreicht.

Nach der Beurteilung des Neurologen der D._____ besteht eine Sensibilität für Berührungen und Schmerzempfindung mit Hyperpathie und Druckschmerzhaftigkeit im Bereich des distalen Vorderarms über dem Radius und radial über dem proximalen Handgelenk links (Gutachten der D._____ vom 29. Dezember 2015 S. 27). Aus orthopädischer Sicht werden Druckdolenz im Narbenbereich und Schmerzen bei Palpation sowie bei Druck gegen den Narbenbereich bei Flexion des Ellbogens wie auch eine deutlich reduzierte Kraft des Faustschlusses beschrieben (Gutachten der D._____ vom 29. Dezember 2015 S. 22 f.).

Der Beschwerdeführer kann aber den linken Arm weiterhin einsetzen (vgl. auch E. 3.4.4 hiervor). So führten die Experten der D._____ denn auch aus, die Muskelkraft habe sich erholt, strukturelle Nervenschädigungen seien nicht nachgewiesen. Zudem weicht die Beweglichkeit der beiden Handgelenke nur geringfügig voneinander ab und eine Aufhebung der Pronation oder der Supination des linken Vorderarms liegt ebenfalls nicht vor. Die Schmerzen treten weitgehend nur bei Handhabung von schweren Gewichten auf (Gutachten der D._____ vom 29. September 2015 S. 23, 34 f., 38). Es liegt damit keine augenfällige oder stark beeinträchtigende Einschränkung der Integrität vor. Demzufolge ist die Einschätzung der Experten der C._____ nicht zu beanstanden (act. IIB ZM 46 S. 26). Es besteht kein Anspruch auf eine Integritätsentschädigung.

6. Nach dem Dargelegten ist die Beschwerde insofern teilweise gutzuheissen, als der Beschwerdeführer ab dem 21. April 2013 Anspruch auf eine Invalidenrente bei einem Invaliditätsgrad von 25 % hat. Soweit weitergehend ist die Beschwerde unbegründet und abzuweisen.

7.

7.1 Verfahrenskosten sind keine zu erheben (Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. a ATSG).

7.2 Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten (Art. 61 lit. g ATSG). Nach der Rechtsprechung hat sie bei teilweisem Obsiegen mindestens Anspruch auf eine reduzierte Parteientschädigung (BGE 110 V 54 E. 3a S. 57; SVR 2003 EL Nr. 5 S. 14 E. 4.1). Ist das Quantitative einer Leistung streitig, rechtfertigt eine "Überklagung" eine Reduktion der Parteientschädigung nur, wenn das Rechtsbegehren den Prozessaufwand beeinflusst hat. Bei Streitigkeiten um die Höhe einer Invalidenrente darf die Parteientschädigung daher nicht allein deswegen reduziert werden, weil der Beschwerde führenden Person nicht die beantragte ganze oder höhere Rente, sondern eine geringere Teilrente zugesprochen wird (BGE 117 V 401 E. 2c S. 407). Es besteht grundsätzlich kein Anlass zu einer anderen Betrachtungsweise, wenn statt einer unbefristeten oder länger dauernden Rente ein befristeter Anspruch oder ein solcher für eine kürzere als die beantragte Dauer zugesprochen wird. Ebenso wie die Höhe des Anspruches betrifft dessen zeitliche Dimension das Quantitativ. Indessen kommt die Zusprechung einer vollen Parteientschädigung bei teilweisem Obsiegen nur in Frage, wenn die Beschwerde führende Person im Grundsatz obsiegt und lediglich im Masslichen (teilweise) unterliegt (Entscheid des BGer vom 16. November 2010, 9C_580/2010, E. 4.1).

Der Beschwerdeführer beantragte die Zusprechung einer Invalidenrente in der Höhe von 50 bzw. 33 % und einer Integritätsentschädigung in der Höhe von 30 % (vgl. Beschwerde S. 2 und Eingabe des Beschwerdeführers vom 5. Oktober 2016 S. 1). Angesichts des Verfahrensausgangs – Zusprache einer Invalidenrente im Umfang von 25 % und Ablehnung des Anspruchs

auf eine Integritätsentschädigung (vgl. E. 4.5, 5.2 und 6 hiervor) – ist von einem hälftigen Obsiegen des Beschwerdeführers auszugehen, weshalb er Anspruch auf eine reduzierte Parteientschädigung hat. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt B. _____, macht mit Kostennote vom 18. Oktober 2016 für das vorliegende Verfahren einen zeitlichen Aufwand von 24.75 Stunden à Fr. 250.--, ausmachend Fr. 6'200.--, geltend. Dies erscheint unter Berücksichtigung, dass der Rechtsvertreter schon lange vor dem vorliegenden Beschwerdeverfahren mit dem Fall sowie den Akten vertraut war (act. II Z 74) und er den Beschwerdeführer auch im Zeitpunkt der Beschwerdeerhebung bereits im parallelen invalidenversicherungsrechtlichen Verwaltungsverfahren vertrat (act. III 39 – 41), trotz den zusätzlichen Eingaben vom 8. Februar und 5. Oktober 2016 als zu hoch. Das Honorar ist deshalb, unter Berücksichtigung des im Vergleich zu ähnlich gelagerten Fällen gebotenen Aufwandes, auf pauschal Fr. 5'000.-- festzusetzen. Davon ist dem Beschwerdeführer die Hälfte zu entschädigen entsprechend seinem Obsiegen. Die Parteientschädigung wird damit auf ein Honorar von Fr. 2'500.--, zuzüglich Fr. 260.-- Auslagen sowie Fr. 220.80 (Fr. 2'760.-- x 8 %) Mehrwertsteuer, insgesamt ausmachend Fr. 2'980.80, festgelegt.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird der angefochtene Einspracheentscheid der Zürich Versicherungsgesellschaft AG vom 24. Juli 2015 dahingehend abgeändert, als dem Beschwerdeführer mit Wirkung ab dem 21. April 2013 eine Rente bei einem Invaliditätsgrad von 25 % zugesprochen wird. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.
2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer einen Parteikostenanteil, gerichtlich bestimmt auf Fr. 2'980.80 (inkl. Auslagen und MWSt.), zu bezahlen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - Zürich Versicherungsgesellschaft AG
 - Bundesamt für Gesundheit

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.