

200 19 940 UV
LOU/LUB/ARJ

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 6. April 2021

Verwaltungsrichter Loosli, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Jakob, Verwaltungsrichter Kölliker
Gerichtsschreiber Lüthi

A. _____
vertreten durch Rechtsanwältin Dr. iur. B. _____
Beschwerdeführer

gegen

Suva
Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern
vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. C. _____
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 11. November 2019



Sachverhalt:

A.

Der 1984 geborene A. _____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) war über seine Arbeitgeberin bei der Suva obligatorisch unfallversichert, als er am 25. Mai 2016 mit der linken Hand in eine (Blech-)Rundbiegemaschine geriet und sich dabei eine Quetschverletzung mit devaskularisierender subtotaler Avulsion der Finger IV und V sowie schwerer Weichteilavulsion des Fingers III zuzog (Akten der Suva [act. II] 2, 13, 15 S. 2, act. II 23). Die Suva gewährte im Zusammenhang mit diesem Ereignis zunächst die gesetzlichen Unfallversicherungsleistungen in Form von Heilbehandlung und Taggeld (act. II 229). Nachdem sie mit Verfügungen vom 12. und 16. April 2018 (act. II 219, 223) die vorübergehenden Leistungen per 31. Dezember 2017 eingestellt und die Ansprüche auf eine Invalidenrente sowie eine Integritätsentschädigung verneint hatte, hob sie die beiden Verfügungen in Gutheissung einer hiergegen vom Versicherten erhobenen Einsprache (act. II 232, 240) auf und richtete rückwirkend wiederum vorübergehende Leistungen aus (act. II 264, 299, 312, 360). In der Folge nahm die Suva (weitere) medizinische Abklärungen vor, insbesondere holte sie Beurteilungen bei ihrem Kompetenzzentrum für Versicherungsmedizin ein. Gestützt auf dessen Beurteilungen vom 21. Dezember 2018 (act. II 307) und vom 27. März 2019 (act. II 315) stellte sie mit Mitteilung vom 8. April 2019 (act. II 316) die vorübergehenden Leistungen – mit Ausnahme von einmal wöchentlicher Physio-/Ergotherapie – formlos per 31. Mai 2019 ein. Mit Verfügung vom 31. Mai 2019 (act. II 339) verneinte die Suva einen Anspruch auf eine Invalidenrente bei einem ermittelten Invaliditätsgrad von 5.7 % und sprach gleichzeitig eine auf einer Integritätseinbusse von 10 % basierende Integritätsentschädigung zu. Daran hielt sie auf Einsprache hin (act. II 342, 348 f.) mit Entscheid vom 11. November 2019 (act. II 370) fest.

B.

Mit Eingabe vom 12. Dezember 2019 erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin Dr. iur. B. _____, Beschwerde und beantragte,

der Einspracheentscheid vom 11. November 2019 sei aufzuheben und die Suva sei zu verpflichten, den Sachverhalt vermittels eines polydisziplinären Gutachtens abzuklären und die gesetzlichen Leistungen, namentlich weiterhin Taggelder und Heilbehandlungen, eventualiter eine ganze Rente sowie eine Integritätsentschädigung von mindestens 40 %, zuzusprechen. Gleichzeitig ersuchte er um unentgeltliche Rechtspflege unter Beiordnung seiner Rechtsvertreterin als amtliche Anwältin.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 14. Januar 2020 schloss die Beschwerdegegnerin, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. C. _____, substituiert durch Rechtsanwältin lic. iur. D. _____

Aufforderungsgemäss reichte der Beschwerdeführer am 30. Januar 2020 das bereits beschwerdeweise in Aussicht gestellte Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege nach.

Mit prozessleitender Verfügung vom 14. Februar 2020 edierte der Instruktionsrichter die Akten der IV-Stelle Bern (IVB) und ersuchte diese um Orientierung über den Stand des Verfahrens.

Mit prozessleitender Verfügung vom 9. April 2020 gewährte der Instruktionsrichter den Parteien die Möglichkeit, zum zwischenzeitlich eingegangenen Orientierungsschreiben der IVB mitsamt IV-Akten (act. III und IIIA) Stellung zu nehmen. Zudem hiess er das Gesuch des Beschwerdeführers um unentgeltliche Rechtspflege gut und ordnete ihm Rechtsanwältin Dr. iur. B. _____ als amtliche Anwältin bei.

Nachdem am 10. und 19. Juni 2020 Stellungnahmen der Parteien beim Gericht eingegangen waren, wurden ihnen diese wechselseitig zugestellt mit der Möglichkeit, Schlussbemerkungen einzureichen. Am 20. und 21. August 2020 gingen entsprechende Schlussbemerkungen der Parteien ein, welche diesen wiederum wechselseitig zugestellt wurden.

Am 7. September 2020 reichte der Beschwerdeführer unaufgefordert eine Stellungnahme ein, welche der Beschwerdegegnerin am Folgetag zugestellt 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 31. Mai 2019 (act. II 339) bestätigende Einspracheentscheid vom 11. November 2019 (act. II 370), mit welchem im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 25. Mai 2016 ein Rentenanspruch verneint und eine Integritätsentschädigung zugesprochen wurde. Die Rechtsbegehren des Beschwerdeführers beschränken sich nicht nur auf diese beiden Leistungsansprüche, sondern er macht namentlich auch Heilkosten- und Taggeldleistungen bzw. einen verfrühten Fallabschluss geltend (Beschwerde S. 1 [Rechtsbegehren] und S. 3, Eingaben vom 17. Juni 2020 und 21. August 2020 jeweils S. 3). Die formlos erfolgte Terminierung der vorübergehenden Leistungen (Heilbehandlung, Taggeld; act. II 316) per 31. Mai 2019 und der Fallabschluss auf dieses Datum hin hängen mit der Prüfung der Rentenfrage sowie der Integritätsentschädigung derart eng zusammen, dass von einem einheitlichen Streitgegenstand auszugehen ist (vgl. BGE 144 V 354). Streitig und zu prüfen ist somit nicht einzig der Rentenanspruch und die Höhe der Integritätsentschädigung, sondern ebenso der Zeitpunkt des Fallabschlusses, was

auch allfällige Ansprüche auf weitere Heilbehandlung und Taggeld beschlägt.

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 Am 1. Januar 2017 sind die Änderung vom 25. September 2015 des Bundesgesetzes vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) und die Änderung vom 9. November 2016 der Verordnung vom 20. Dezember 1982 über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) in Kraft getreten. Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich – wie vorliegend – 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). Diese intertemporalrechtliche Ausgangslage wirkt sich hier indes nicht entscheidwesentlich aus.

2.2 Die Zusprechung von Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt grundsätzlich das Vorliegen eines Berufsunfalles, eines Nichtberufsunfalles oder einer Berufskrankheit voraus (Art. 6 Abs. 1 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).

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 2018 UV Nr. 3 S. 9 E. 3.1, 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 142 V 435 E. 1 S. 438, 129 V 177 E. 3.1 S. 181; SVR 2019 IV Nr. 9 S. 26 E. 3.1; Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 21. September 2018, 8C_781/2017, E. 5.1).

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 142 V 435 E. 1 S. 438, 129 V 177 E. 3.1 S. 181; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 121 E. 5.1). Steht aufgrund einer speziellen Adäquanzprüfung fest, dass ein allfällig bestehender natürlicher Kausalzusammenhang nicht adäquat und damit nicht rechtsgenügend wäre, braucht die Frage, ob der natürliche Kausalzusammenhang tatsächlich besteht, nicht geprüft zu werden (BGE 135 V 465 E. 5.1 S. 472; SVR 2019 UV Nr. 41 S. 157 E. 7.3).

2.4

2.4.1 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 die-

ses 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).

Ob beim Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem versicherten Ereignis und der eingetretenen gesundheitlichen Schädigung auch der erforderliche adäquate, d.h. rechtserhebliche Kausalzusammenhang besteht, ist eine Rechtsfrage, die nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln zu beurteilen ist. Dabei hat die Beantwortung der Frage nach der Adäquanz von Unfallfolgen als einer Rechtsfrage – im Gegensatz zur Frage nach dem natürlichen Kausalzusammenhang – nicht nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu erfolgen (BGE 112 V 30 E. 1b S. 33).

2.4.2 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; SVR 2018 UV Nr. 3 S. 10 E. 3.1).

Bei organisch nicht objektiv ausgewiesenen Beschwerden ist für die Beurteilung der Adäquanz vom augenfälligen Geschehensablauf auszugehen, und es sind je nachdem weitere unfallbezogene Kriterien einzubeziehen. Bei psychischen Fehlentwicklungen nach Unfall werden diese Adäquanzkriterien unter Ausschluss psychischer Aspekte geprüft (BGE 140 V 356 E. 3.2 S. 358, 115 V 133 E. 6c aa S. 140), während bei Schleudertraumen und äquivalenten Verletzungen der Halswirbelsäule (HWS) sowie Schädel-Hirntraumen auf eine Differenzierung zwischen physischen und psychischen Komponenten verzichtet wird (BGE 134 V 109 E. 2.1 S. 112; SVR 2018 UV Nr. 29 S. 101 E. 2.2). Bei psychischen Beschwerden setzt die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs grundsätzlich voraus, dass dem Unfallereignis für die Entstehung einer psychisch bedingten Erwerbsunfähigkeit eine massgebende Bedeutung zukommt. Das trifft dann zu, wenn es objektiv eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt. Für die Beurteilung dieser Frage ist gemäss BGE 115 V 133 E. 6 S. 138 an das objektiv erfassbare Unfallereignis anzuknüpfen, wobei – ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf mit den sich dabei entwickelnden Kräften – eine Katalogisierung der Unfälle in

leichte (banale), im mittleren Bereich liegende und schwere Unfälle vorzunehmen ist. Die erlittenen Verletzungen können dabei Rückschlüsse auf die Kräfte, die sich beim Unfall entwickelt haben, gestatten. Abhängig von der Unfallschwere sind je nachdem weitere Kriterien in die Beurteilung einzubeziehen. Diese werden unter Ausschluss psychischer Aspekte geprüft (BGE 140 V 356 E. 5.1 S. 359, 129 V 177 E. 4.1 S. 183; SVR 2018 UV Nr. 21 S. 76 E. 4.2, 2011 UV Nr. 10 S. 36 E. 4.2.2).

Bei banalen Unfällen wie z.B. bei geringfügigem Anschlagen des Kopfes oder Übertreten des Fusses und bei leichten Unfällen wie z.B. einem gewöhnlichen Sturz oder Ausrutschen kann der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychischen Gesundheitsstörungen in der Regel (vgl. jedoch BGE 140 V 356 E. 5.3 S. 360) ohne weiteres verneint werden, weil aufgrund der allgemeinen Lebenserfahrung, aber auch unter Einbezug unfallmedizinischer Erkenntnisse davon ausgegangen werden darf, dass ein solcher Unfall nicht geeignet ist, einen erheblichen Gesundheitsschaden zu verursachen (BGE 129 V 177 E. 4.1 S. 183, 115 V 133 E. 6a S. 139).

Bei schweren Unfällen dagegen ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychisch bedingter Erwerbsunfähigkeit in der Regel zu bejahen. Denn nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung sind solche Unfälle geeignet, invalidisierende psychische Gesundheitsschäden zu bewirken (BGE 129 V 177 E. 4.1 S. 183, 115 V 133 E. 6b S. 140).

Bei Unfällen aus dem mittleren Bereich lässt sich die Frage, ob zwischen Unfall und psychisch bedingter Erwerbsunfähigkeit ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht auf Grund des Unfalles allein schlüssig beantworten. Das Bundesgericht hat daher festgestellt, dass weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte bzw. indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen sind. Als wichtigste Kriterien sind zu nennen (BGE 129 V 177 E. 4.1 S. 183, 115 V 133 E. 6c aa S. 140):

- besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindringlichkeit des Unfalles;

- die Schwere oder besondere Art der erlittenen (somatischen) Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen;
- ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung;
- körperliche Dauerschmerzen;
- ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert;
- schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen;
- Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit.

Der Einbezug sämtlicher objektiver Kriterien in die Gesamtwürdigung ist jedoch nicht in jedem Fall erforderlich. Je nach den konkreten Umständen kann für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen Unfall und psychisch bedingter Erwerbsunfähigkeit neben dem Unfall allenfalls ein einziges Kriterium genügen. Dies trifft einerseits dann zu, wenn es sich um einen Unfall handelt, welcher zu den schwereren Fällen im mittleren Bereich zu zählen ist oder sogar als Grenzfall zu einem schweren Unfall zu qualifizieren ist. Sowohl einem mittelschweren wie auch einem im Grenzbereich zu den leichten Unfällen liegenden Ereignis kommt nur dann im Sinne adäquater Kausalität massgebende Bedeutung für die aktuelle Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit zu, wenn ein einzelnes der unfallbezogenen Kriterien in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist oder aber diese in gehäufte oder auffallender Weise gegeben sind (RKUV 2005 U 548 S. 232 E. 3.2.3). Liegt im eigentlichen mittleren Bereich keines der Einzelkriterien in besonders ausgeprägter oder auffallender Weise vor, so müssen für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs drei Kriterien erfüllt sein (SVR 2018 UV Nr. 3 S. 10 E. 5.1). Handelt es sich um einen mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den leichten Unfällen müssen für die Bejahung der Adäquanz vier Kriterien gegeben sein (SVR 2018 UV Nr. 29 S. 102 E. 4.2.2). Diese Würdigung des Unfalles zusammen mit den objektiven Kriterien führt zur Bejahung oder Verneinung der Adäquanz (BGE 117 V 359 E. 6b S. 367, BGE 115 V 133 E. 6c bb S. 140; vgl. RKUV 1997 U 272 S. 174 E. 4b).

2.5 Der Unfallversicherer hat den Fall unter Einstellung von Heilbehandlung und Taggeld sowie Prüfung des Anspruchs auf Invalidenrente und Integritätsentschädigung abzuschliessen, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind (Art. 19 Abs. 1 UVG; BGE

143 V 148 E. 3.1.1 S. 151, 137 V 199 E. 2.1 S. 201). Die Besserung bestimmt sich namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit unfallbedingt beeinträchtigt, wobei die durch weitere Heilbehandlung zu erwartende Besserung ins Gewicht fallen muss. Unbedeutende Verbesserungen genügen nicht (BGE 134 V 109 E. 4.3 S. 115). Diese Frage ist prospektiv zu beurteilen (SVR 2010 UV Nr. 3 S. 14 E. 8.2; zum Ganzen SVR 2020 UV Nr. 24 S. 96 E. 5.2).

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 (vgl. BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99; SVR 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.1).

3.

3.1 Dass das in der Schadenmeldung vom 26. Mai 2016 (act. II 2) bzw. im Formular vom 29. Juni 2016 (act. II 23) geschilderte Ereignis vom 25. Mai 2016 die kumulativen Tatbestandselemente des Unfallbegriffs gemäss Legaldefinition (vgl. E. 2.2 hiervor) erfüllt, ist zu Recht unbestritten.

3.2 Zum Gesundheitszustand bzw. zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit lässt sich den medizinischen Akten im hier massgeblichen Beurteilungszeitraum bis zum angefochtenen Einspracheentscheid vom 11. November 2019 (act. II 370) im Wesentlichen Folgendes entnehmen:

3.2.1 Im Operationsbericht des Spitals E. _____ vom 1. Juni 2016 (act. II 15) über den am 25. Mai 2016 durchgeführten Eingriff (Verkürzende DIP-Arthrodesen Dig. IV und V linke Hand, Revaskularisation Dig. IV und V mit Veneninterponat vom ipsilateralen Unterarm, Avance-Interponat N5, mikrochirurgische Koaptation N9 und N7, Nagelbettnähte Dig. III-V und Nagelplatteneinnäht Dig. III-V), wurden eine Quetschverletzung an der linken Hand mit devaskularisierender subtotaler Avulsionsamputation Dig. IV

und V Höhe P2 distal sowie schwerer Weichteilavulsion Dig. III diagnostiziert (S. 2). Bei Austritt (nach der Hospitalisation vom 25. Mai bis 1. Juni 2016) habe im Bereich des Dig. III auf Höhe Grund-/Mittelphalanx eine kleine Nekrose bestanden, bei welcher die Demarkation abzuwarten sei (act. II 13).

Anlässlich der Sprechstunde im Spital E. _____ vom 9. Juni 2016 wurde berichtet, die arterielle Versorgung des Ringfingers sei kritisch und es werde versucht, mittels Revision und allenfalls erneutem Gefässinterponat und zusätzlicher Entfernung der Nekrose und Decken mittels Intermetacarpalelappen III/IV den Finger noch zu retten (act. II 24), woraufhin am 10. Juni 2016 bei diagnostizierter beginnender Nekrose Endglied Dig. IV eine Nekrosektomie Dig. IV und V, Defektdeckung mittels Intermetacarpalelappen III/IV auf palmar Dig. IV Vollhauttransplantat vom palmaren Unterarm auf Dig. IV und V durchgeführt wurde (act. II 45).

Am 3. November 2016 führte der Behandler des Spitals E. _____ aus, die Arthrodesen seien vollständig eingeeilt sowie durchbaut und die Weichteilsituation sei gut. Eine Rückkehr an den ursprünglichen Arbeitsplatz sei von handchirurgischer Seite und dem Behandlungsfortschritt generell möglich. Ob die Tätigkeit mit einer 100 %-igen Leistung erbracht werden könne, bleibe abzuwarten. Eine teilweise Arbeitsfähigkeit von versuchsweise 30 % dürfte ab sofort möglich sein (act. II 61).

Nachdem im Rahmen der Sprechstunde im Spital E. _____ vom 28. Dezember 2016 ein Infekt DIP-Arthrodesese Dig. IV links diagnostiziert worden war (act. II 91), wurde am 30. Dezember 2016 in der E. _____ eine Z-Plastik Dig. V palmar und eine Implantatentfernung CCS-Schraube, Débridement Nagelbett, Implantat Kunstnagel durchgeführt (act. II 89).

3.2.2 Am 16. März 2017 stellten die Behandler des Spitals E. _____ ein aktuell bestehendes Fremdkörpergefühl Dig. V fest. Zurzeit bestehe kein akuter Behandlungsbedarf, neuerdings liege ein palpabler Schraubenkopf CSS-Schraube Dig. V vor. Radiologisch lasse sich keine Migration der Schraube feststellen. Aus ärztlicher Sicht stehe der Rückkehr als ... nichts im Wege, jedoch könne nachvollzogen werden, dass die fehlende Sensibilität an Dig. IV und V die Feinmotorik einschränke (act. II 126 S. 2 f.).

3.2.3 Im Bericht der Psychiatrischen Dienste F. _____ vom 27. März 2017 (act. II 115) wurden als Diagnosen eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) aufgrund von psychosozialen Belastungsfaktoren nach schwerer Handverletzung aufgeführt. Wegen der Zustandsverschlechterung und der fehlenden beruflichen Perspektive sei es dem Beschwerdeführer schwer gefallen, die Termine wahrzunehmen. Gegenüber der empfohlenen Medikation zeige er sich ambivalent und habe sich bisher nicht definitiv dazu entscheiden können. Wichtig wären die Entwicklung einer beruflichen Perspektive und die Installierung einer Tagesstruktur mit sinnvollen Beschäftigungen.

3.2.4 Im Bericht des Spitals G. _____ vom 4. April 2017 (act. II 130) nannte Dr. med. H. _____, Facharzt für Rheumatologie, als Diagnosen ein chronisches Panvertebralsyndrom (EM ca. 2006) und einen Status nach Quetschtrauma Hand links. Die Zuweisung erfolge wegen Schmerzen von Nacken bis Kreuz seit ca. einem Jahr. Schon vor der Quetschverletzung an der linken Hand habe der Beschwerdeführer leichte Rückenschmerzen gehabt, aber nie in diesem Ausmass (S. 1). Es zeige sich ein Panvertebralsyndrom mit teils myofaszialen Beschwerden, teils aber auch entzündlichem Charakter.

Am 22. Mai 2017 berichtete Dr. med. H. _____, nach weiteren Abklärungen seien in einem gezielten MRI ISG keinerlei Veränderungen, die auf eine Aktivität hindeuten würden, gefunden worden. Es spreche wenig für eine Spondylarthropathie. Der Beschwerdeführer bemerke selber einen deutlichen Zusammenhang mit der inneren psychischen Anspannung, was auch eher für eine myofasziale Komponente spreche (act. II 131).

3.2.5 Der Suva-Kreisarzt-Stellvertreter Dr. med. I. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Abteilung Versicherungsmedizin, führte am 19. Juni 2017 aus, die geltend gemachten Rücken- und Schulterbeschwerden seien als unfallfremd zu werten. Bei der reduzierten Sensibilität an den Fingerkuppen IV und V sei der Beschwerdeführer bei der Arbeit als ... eingeschränkt. Eine Tätigkeit, die nicht einer vollen Geschicklichkeit und Sensibilität der linken Hand bedürfe, sei jedoch uneingeschränkt durchführbar. Dies entspreche dem Schonarbeitsplatz als ... und ... (act. II 139 S. 2).

3.2.6 Im Bericht des Spitals E. _____ betreffend die Sprechstunde vom 21. September 2017 (act. II 180) hielten die Behandler fest, dass der Beschwerdeführer über eine weitgehend unveränderte Situation bezüglich des Daumens berichte. Aktuell sei er aufgrund der Lumbalgie zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben (S. 2). Von handchirurgischer Seite stehe dem funktionellen Einsatz der linken Hand nichts im Wege. Insbesondere sei auch das ... mit dieser Hand erlaubt. Die Zwei-Punkt-Diskrimination (2PD) der Fingerspitzen Dig. IV und V sei sehr gut. Einzig im Bereich der Vollhaut werde die Hypästhesie bestehen bleiben (S. 3).

Im Rahmen der Sprechstunde vom 22. Januar 2018 erwähnten die Behandler, dass der Beschwerdeführer hinsichtlich der Langfinger Dig. IV und V über eine weitgehend unveränderte Situation berichte. Schmerzen seien nicht vorhanden, gelegentlich komme es zu einer Dystonie des linken Armes (act. II 217 S. 1). Der Beschwerdeführer beweise den funktionellen Einsatz der linken Hand. Durch seine linke Hand sei er im Alltag und seiner Tätigkeit deutlich eingeschränkt, insbesondere was seine frühere Tätigkeit als ... angehe. Er gebe jedoch an, dass er mit dem aktuellen Zustand gut leben könne. Es erfolge nun der Abschluss der Behandlung (act. II 217 S. 2).

Nach einer Selbstvorstellung im Spital E. _____ vom 25. April 2018 führten die Behandler aus, obgleich sich im Januar 2018 eine gute Situation gezeigt habe, sei aufgrund der aktuellen muskulären Dysbalance die Therapie wieder zu initiieren. Durch Ausweichbewegungen aufgrund der Quetschverletzung und konsekutiver Schmerzen der ulnaren Hand komme es zu Fehlhaltung und damit zu Ungleichgewichten bezüglich muskulärer Belastung. Dies wiederum führe zu Muskelverspannungen und Schmerzen bis in den Nacken. Bezüglich der beruflichen Wiedereingliederung werde der Verzicht auf vibrierende Tätigkeiten empfohlen, aber auch Tätigkeiten, die körperlich schwere und gleichzeitige Belastung beider Hände voraussetze (act. II 231).

Anlässlich der Sprechstunde vom 11. Juli 2018 wurde festgestellt, dass die Ergotherapie wieder einen guten Bewegungsumfang und vor allem die Integration des Ring- und Kleinfingers in die Handbewegung herbeigeführt

habe. Die weiterhin bestehende Dysbalance sei noch durch die Physiotherapie anzugehen (act. II 250 S. 3).

3.2.7 Im Bericht des Spitals G. _____ vom 12. Juli 2018 (act. II 251) wurden als Diagnosen ein Zustand nach Quetschtrauma der linken Hand vom 25. Mai 2016, eine Neuropathie des Nervus ulnaris durch Teilschädigung des Ramus dorsalis links, neuralgiforme Schmerzen mit konsekutiver Ausstrahlung nach Belastung und DD ein komplexes regionales Schmerzsyndrom (CRPS) links (ausgeprägte autonome Zeichen nach Belastung der Hand) erwähnt. Die beklagten Schmerzen seien neurophysiologisch und (S. 1) schmerztherapeutisch klar nachzuvollziehen. Die Teilschädigung des Ramus dorsalis des Nervus ulnaris sei klar abgegrenzt und die Triggerpunkte von Schmerzen lägen jeweils entweder im Transplantat oder Narbenbereich ebenfalls sehr lokalisiert. Es bestünden keine Zweifel daran, dass die aktuellen Beschwerden auch als Unfallfolge anzusehen seien (S. 3).

3.2.8 Im Abklärungsbericht der J. _____ vom 25. Juli 2018 (act. II 261) zu Händen der IV über die durchgeführte arbeitsmarktlich-medizinische Abklärung (AMA) nannte Dr. med. K. _____, Facharzt für Chirurgie, als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein lokales chronifizierendes Schmerzsyndrom der vorderen oberen Extremität links (adominante Hand), den Verdacht auf reaktive depressive Episode leichtgradiger Ausprägung (vgl. Konsilium Dr. med. L. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 28. Mai 2018; act. II 258) und einen Status nach Quetschtrauma der linken Hand vom 25. Mai 2016. Ohne Auswirkung sei eine leichte Lernbehinderung (IQ = 83) mit begleitenden kognitiven Problemen (Gedächtnis, Exekutivfunktionen, Sprache, Rechnen; vgl. Neuropsychologische Abklärung von lic. phil. M. _____, Fachpsychologin für Neuropsychologie, vom 3. Juli 2018; act. 260). Die Operationen und physio-/ergotherapeutischen Massnahmen hätten zu einem guten Resultat geführt. Übrig geblieben sei ein inkompletter Faustschluss sowie ein Streckdefizit der Langfinger. Die Verletzung habe jedoch weitgreifende Probleme nach sich gezogen. Der Beschwerdeführer sei nie schmerzfrei geworden, es sei im Gegenteil eine Schmerzausweitung in den ganzen Arm und Schulter-Nackenbereich aufgetreten. Er habe seinen Arbeitsplatz

und sein Selbstwertgefühl verloren. Zudem sei die finanzielle Situation schwierig (S. 8). Das medizinische Zumutbarkeitsprofil betreffend könne der Beschwerdeführer ein 100 %-Pensum erbringen. Er habe dabei eine Leistung von 45 % erbracht, wobei die eruierte Leistungseinbusse von 55 % in ihrem Ausmass medizinisch nicht vollständig erklärbar sei. Einerseits bestehe zurzeit eine Leistungseinbusse von ca. 20 % aus psychiatrischer Sicht (vgl. act. II 258 S. 2), andererseits bestünden im Ausmass nicht erklärbare Schmerzen und funktionelle Einschränkungen der linken Hand mit einer Schmerzausweitung in den gesamten Arm, Nacken und zunehmend auch den anderen Arm. Für Tätigkeiten, die den kognitiven Anforderungen der letzten Anstellung entsprächen, bestehe keine relevante und andauernde Einschränkung (vgl. act. II 260). An einer Leistungseinbusse sei aufgrund der zurzeit bestehenden gesundheitlichen Einschränkungen aus medizinischer Sicht nicht zu zweifeln. Das Ausmass sei jedoch unklar (S. 9).

3.2.9 Prof. Dr. med. N._____, Fachärztin für Neurochirurgie, Versicherungsmedizin Kompetenzzentrum Suva, kam in der neurochirurgischen Beurteilung vom 21. Dezember 2018 (act. II 307) zum Schluss, dass eine Unfallkausalität der Rückenbeschwerden nach Handquetschverletzung links basierend auf dem Unfallmechanismus, dem Fehlen echtzeitlicher Dokumente bezüglich Rückenschmerzen und dem Fehlen struktureller Läsionen als Folge des initialen Ereignisses, auszuschliessen sei. Eine neurologische Untersuchung betreffend die Rückenbeschwerden sei daher nicht indiziert. Nackenschmerzen würden im Dossier echtzeitlich nicht erwähnt und würden entsprechend nicht abgeklärt. Eine strukturelle Läsion im Nackenbereich sei bei Quetschverletzung der linken Hand überwiegend wahrscheinlich nicht vorliegend. Eine Unfallkausalität der Nacken- und Rückenbeschwerden werde verneint (S. 7).

3.2.10 Im Bericht des Spitals O._____ vom 5. Februar 2019 (act. II 308) diagnostizierte PD Dr. med. P._____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, ein chronisches Schmerzsyndrom Hand links, DD neuropathisches Schmerzsyndrom mit vegetativ unterhaltener Schmerzkomponente, CRPS II, und den aktenanamnestischen Verdacht auf reaktiv bedingte depressive Episode leichtgradiger Ausprägung (Mai

2018; S. 1). Zweieinhalb Jahre nach dem auslösenden Ereignis könne nicht schlüssig zwischen einem neuropathischen Schmerzsyndrom mit vegetativ unterhaltener Schmerzkomponente und einem CRPS II unterschieden werden. Der Beschwerdeführer leide an einer anhaltenden schmerzhaft eingeschränkten Funktionsfähigkeit der linken, adominanten Hand. Aus physikalisch-medizinischer Sicht könnten zur Zeit keine erfolgsversprechenden Massnahmen angeboten werden. Sollten die schmerztherapeutischen Optionen ausgeschöpft sein, sei zweieinhalb Jahre nach dem auslösenden Ereignis formal von einem medizinischen Endzustand auszugehen.

3.2.11 Dr. med. Q. _____, Facharzt für Chirurgie, Versicherungsmedizin Kompetenzzentrum Suva, führte in der Beurteilung (mit Untersuchung vom 21. März 2019) vom 27. März 2019 (act. II 315) als Diagnosen einen Status nach Quetschtrauma Hand links vom 25. Mai 2016 und aktuell ein chronisches Schmerzsyndrom Hand links, adominant, DD neuropathisches Schmerzsyndrom mit vegetativ unterhaltener Schmerzkomponente oder nicht mehr nachweisbarer CRPS II auf (S. 8). Er kam zum Schluss, dass sich infolge des am 25. Mai 2016 stattgehabten Unfalls an der linken Hand eine komplexe Bewegungs- und Belastungsstörung etabliert habe. Es bestehe immer noch ein inkompletter Faustschluss mit stark eingeschränkter Belastbarkeit der gesamten linken oberen Extremität. Die Kraftentwicklung mit der Hohlhand sei praktisch nicht möglich. Die neuropathische Komponente habe einen negativen Einfluss auf die Nachtruhe und sei zudem für die eingeschränkte Leistungs- und Gebrauchsfähigkeit des gesamten linken Armes zuständig. Zum jetzigen Zeitpunkt sei ein Endzustand erreicht. Mit einer weiteren Besserung der Gebrauchsfähigkeit der linken Hand und des gesamten linken Armes sei nicht zu rechnen (S. 10). Nicht unfallkausal seien chronische Lumbalschmerzen. Eine Fortsetzung der Tätigkeit als ... sei nicht mehr denkbar (S. 9). Der Beschwerdeführer könne Tätigkeiten im Sitzen, Stehen und Gehen uneingeschränkt ausführen. Aufgrund der unfallkausalen Verletzungsfolgen sei der Einsatz der linken Hand nur geringgradig möglich, daher sei das Besteigen von Leitern und Gerüsten aus Gründen der fehlenden Eigensicherung nicht möglich. Gegenstände könnten mit der linken Hand bis maximal 1.5 kg gehoben werden. Arbeiten mit vibrierenden Maschinen seien mit der linken Hand nicht ausführbar. Werkzeuge, die den Einsatz der Hohlhand benötigten, sollten vermieden wer-

den. Der Spitz- und der Schlüsselgriff könnten maximal für zwei Stunden hintereinander durchgeführt werden, wobei danach eine viertelstündliche Pause eingehalten werden sollte. Mit diesen Voraussetzungen könne eine Arbeitszeit von 8.75 Stunden/Tag erreicht werden. Für Arbeiten am Computer gelte eine Arbeitsintensität von maximal drei Stunden am Stück, danach bedürfe es auch einer viertelstündlichen Pause, sodass bei dieser Tätigkeit ebenfalls eine Arbeitszeit von maximal 6.5 Stunden/Tag möglich wäre. Unterstützende Funktionen mit Halten von leichten Gegenständen könnten mit der linken Hand ausgeführt werden. Hohe Anforderungen sowie eine maximale Kraftentwicklung des linken Unterarmes müssten jedoch unterlassen werden. Bei Einhaltung der genannten Ausschlusskriterien sei eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Einsetzbarkeit gegeben. Aufgrund der erhobenen Befunde könne eine Integritätsentschädigung von 10 % netto gemäss Tabelle 3 zum UVG attestiert werden. Diese Tabelle basiere auf einem einfachen oder kombinierten Finger-, Hand- und Armverlust. Obwohl der Beschwerdeführer keinen sichtbaren Verlust der Extremitäten erlitten habe, entspreche die Funktionalität der Hand (auch unter Berücksichtigung der neuropathischen Symptomatik, die als Folge der Transplantatentnahmestelle am ulnaren Handrücken ausgelöst worden sei und der Beschwerden im Bereiche des gesamten linken Armes bis zur Schulter, welche durch die Muskel-Dysbalance der Handmuskulatur ausgelöst würden) am ehesten der Abbildung 41 dieser Tabelle, wo die Amputation der Dig. IV-V bis zum PIP berücksichtigt würden (S. 10). Die Transplantatentnahme am volaren Unterarm links habe zu keinen dauerhaften Funktionseinschränkungen der linken oberen Extremität geführt. Die Nacken-/Rückenbeschwerden hätten, bei vorbestehender Symptomatik, keine richtungsweisende Verschlimmerung des körperlichen Zustands herbeigeführt und hätten auch keinen unfallkausalen Zusammenhang (S. 11).

3.2.12 Im Bericht des Spitals F._____ vom 3. Juli 2019 (act. II 346) wurden als Diagnosen ein neuropathischer Schmerz über das Gebiet des Ramus dorsalis nervi ulnaris links hinausgehend mit vegetativen und trophischen Komponenten, ein Status nach Quetschtrauma der linken Hand am 25. Mai 2016 und eine leichte bis mittelgradige depressive Episode gestellt (S. 1). Angesichts der Schwere der Verletzung zeige sich ein funktionell schön rekonstruiertes Ergebnis, welches bei oberflächlicher Betrachtung

tung darüber hinwegtäuschen möge, dass aufgrund der neuropathischen Schmerzen ein Einsatz der linken Hand praktisch komplett unmöglich sei. Die vom Beschwerdeführer berichteten Symptome könnten in Richtung eines Neglectes weisen. Die Muster des Ausfalles liessen sich nicht eindeutig einem Nerv zuordnen. Eine Differenzierung zwischen einem neuropathischen Schmerzsyndrom und einem CRPS sei derzeit schwierig. Gegen ein CRPS spräche vor allem die mögliche Erklärung der Symptome durch periphere Nervenschäden auf mehreren Ebenen. Abgesehen davon wären die Diagnosekriterien nach Harden knapp erfüllt (S. 4). Die Diagnostik sei keinesfalls bereits abgeschlossen (S. 5).

3.2.13 Im Bericht des Spitals R. _____ vom 15. August 2019 (act. II 362) wurden ein chronisches Schmerzsyndrom nach Quetschtrauma der linken Hand am 25. Mai 2016, eine Neuropathie des Nervus ulnaris durch Teilschädigung des Ramus dorsalis links, eine vegetativ regulatorische Funktionsstörung der linken Hand, neuralgiforme Schmerzen mit konsekutiver Ausstrahlung nach Belastung, ein Schultergürtel-Arm-Syndrom links bei Schonhaltung in Folge Schmerzen, eine anhaltende Depression, reaktiv leichtgradig, und eine leichte Lernbehinderung diagnostiziert (S. 4). Die Arbeitsfähigkeit sei mit 50 % einzuschätzen. Zusammenfassend bestehe in diesem Fall ein nicht unwesentlicher versicherungsmedizinischer Klärungs- und Ordnungsbedarf (S. 5).

3.3 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. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet

sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Gleiches gilt, wenn ein frei praktizierender Arzt von einer Versicherung wiederholt für die Erstellung von Gutachten beigezogen wird. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354; SVR 2008 IV Nr. 22 S. 70 E. 2.4).

3.4 Die Beschwerdegegnerin hat sich im angefochtenen Einspracheentscheid vom 11. November 2019 (act. II 370) in medizinischer Hinsicht massgeblich auf die neurochirurgische Aktenbeurteilung von Prof. Dr. med. N. _____ vom 21. Dezember 2018 (act. II 307) und die chirurgische Beurteilung (mit persönlicher Untersuchung) von Dr. med. Q. _____ vom 27. März 2019 (act. II 315) gestützt. Diese Beurteilungen erfüllen die vorerwähnten höchstrichterlichen Beweisanforderungen (vgl. E. 3.3 hiervor) und erbringen vollen Beweis, weshalb darauf abzustellen ist. Die beiden Suva-Ärzte haben sich in ihren Beurteilungen sorgfältig mit den gesundheitlichen Einschränkungen auseinandergesetzt und ihre Schlussfolgerungen in Übereinstimmung mit den Akten getroffen. Die Ausführungen in den Beurteilungen der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand nachvollziehbar begründet. Demnach etablierte sich beim Beschwerdeführer infolge des Unfalles vom 25. Mai 2016 eine komplexe Bewegungs- und Belastungsstörung an der linken adominanten Hand, mit einem inkompletten Faustschluss mit stark eingeschränkter Belastbarkeit der gesamten linken oberen Extremität, und es kam durch die Defektdeckung mittels Intermetacarpalelappen III/IV links dorsal zu einer Störung des sensiblen Astes des N. Ulnaris. Die Nacken-, Schulter- und Rückenbeschwerden stehen hingegen nicht in einem (natürlichen) kausalen Zusammenhang mit dem besagten Ereignis. Die Fortsetzung der angestammten Tätigkeit als ... ist dem Beschwerdeführer nicht mehr zumutbar, jedoch besteht in

einer angepassten Tätigkeit eine uneingeschränkte Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Der medizinische Endzustand war im Zeitpunkt der klinischen Untersuchung vom 21. März 2019 erreicht (act. II 307 S. 7, 315 S. 9 f.). Was der Beschwerdeführer dagegen vorbringt, vermag den Beweiswert der Beurteilungen nicht in Zweifel zu ziehen.

3.4.1 Entgegen den beschwerdeführerischen Ausführungen hat die Beschwerdegegnerin den Fallabschluss (per 31. Mai 2019) nicht verfrüht vorgenommen (Beschwerde S. 3, Stellungnahmen vom 17. Juni 2020 S. 2 f. und 21. August 2020 S. 3). Der Suva-Arzt Dr. med. Q. _____ hielt in seiner Beurteilung fest, dass zum Zeitpunkt der Untersuchung vom 21. März 2019 der Endzustand erreicht sei, mit einer weiteren Besserung der Gebrauchsfähigkeit der linken Hand und des gesamten linken Armes sei nicht zu rechnen. Dies findet auch Rückhalt in den übrigen ärztlichen Berichten. So hielten die Behandler des Spitals E. _____ bereits am 21. September 2017 fest, dass von handchirurgischer Seite dem funktionellen Einsatz der linken Hand nichts mehr im Wege stehe (act. II 180 S. 3) und sie nahmen anlässlich der Sprechstunde vom 22. Januar 2018 explizit den Behandlungsabschluss vor (act. II 217 S. 2). Dr. med. K. _____ stellte im Rahmen der AMA im Mai 2018 fest, dass die Operationen und therapeutischen Massnahmen zu einem guten Resultat mit übrig gebliebenem inkompletten Faustschluss und Streckdefizit geführt habe, und er ging von einem zumutbaren Arbeitspensum vom 100 % aus (act. II 261 S. 8 f). Zudem wurde im Bericht des Spitals O. _____ vom 5. Februar 2019 ausgeführt, aus physikalisch-medizinischer Sicht könnten keine erfolgsversprechenden Massnahmen angeboten werden und es sei zweieinhalb Jahre nach dem auslösenden Ereignis formal von einem medizinischen Endzustand auszugehen (act. II 308 S. 3). In Anbetracht dieser Ausgangslage war damit der medizinische Endzustand im Sinne von Art. 19 Abs. 1 UVG (vgl. E. 2.5 hiervor) spätestens zum Zeitpunkt des Fallabschlusses per 31. Mai 2019 eingetreten gewesen. Eine namhafte Besserungsfähigkeit war prospektiv betrachtet nicht ausgewiesen und von einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung der somatischen Beschwerden keine namhafte Verbesserung mehr zu erwarten (vgl. hierzu Entscheid des BGer vom 22. September 2016, 8C_306/2016, E. 5.3 mit Hinweisen).

Das Vorbringen des Beschwerdeführers, die Eingliederungsmassnahmen der IV seien nicht abgeschlossen (Beschwerde S. 3 Ziff. 2), vermag vorliegend ebenfalls nichts zu ändern. Mit der Beschwerdegegnerin ist festzuhalten, dass rechtsprechungsgemäss der sich in Art. 19 Abs. 1 Satz 1 UVG vorbehaltene Abschluss allfälliger Eingliederungsmassnahmen der IV, soweit es um berufliche Massnahmen geht, nur auf Vorkehren bezieht, welche geeignet sind, den der Invalidenrente der Unfallversicherung zugrunde zu legenden Invaliditätsgrad zu beeinflussen (Entscheid des BGer vom 16. April 2019, 8C_103/2019, E. 4.1). Der zum Zeitpunkt der Leistungseinstellung organisch ausgewiesene und unfallbedingte Gesundheitsschaden wurde in den Beurteilungen der Suva vollumfänglich berücksichtigt (vgl. auch E. 3.4.2 und E. 4 hiernach) und es lag keine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit mehr vor, womit die beruflichen Massnahmen der IV auch nicht geeignet wären, den der Invalidenrente der Unfallversicherung zugrunde zu legenden Invaliditätsgrad zu beeinflussen. Ausserdem stellen bei der vorliegend anwendbaren sogenannten Psycho- praxis (vgl. E. 2.4.2 hiervor) noch behandlungsbedürftige psychische Leiden keinen Grund für einen Aufschub des Fallabschlusses dar (BGer 8C_103/2019, E. 4.1).

3.4.2 Soweit der Beschwerdeführer – neben den unbestrittenen unfallbedingten strukturellen Beschwerden im Bereich der linken Hand – weitere auf den Unfall zurückzuführende Beeinträchtigungen geltend macht (Beschwerde S. 2 f.), kann ihm nicht gefolgt werden. Prof. Dr. med. N._____ legte aus neurochirurgischer Sicht nachvollziehbar und schlüssig dar, dass eine Unfallkausalität der Rückenbeschwerden nach der Handverletzung links basierend auf dem Unfallmechanismus, dem Fehlen echtzeitlicher Dokumente bezüglich Rückenschmerzen und dem Fehlen struktureller Läsionen als Folge des initialen Ereignisses auszuschliessen seien (act. II 307 S. 7). Die MRT-Abklärung der LWS vom 7. März 2017 zeigte keine strukturellen Läsionen (act. II 105) und die MRT-Untersuchung des ISG vom 4. Mai 2017 offenbarte einen normalen Befund (keine Hinweisse auf eine aktuelle oder frühere Sakroiliitis; act. 134). Ausserdem ergab eine rheumatologische Abklärung ebenfalls keine unfallbedingte Beeinträchtigung des Rückens; vielmehr schien dem untersuchenden Rheumatologen eine psychische Problematik verantwortlich zu sein (act II 130 f.).

Des Weiteren verneinte die Suva-Ärztin einleuchtend eine unfallbedingte Kausalität bezüglich der geltend gemachten Nackenbeschwerden, da entsprechende Schmerzen echtzeitlich nicht erwähnt worden seien und eine strukturelle Läsion im Nackenbereich bei Quetschverletzung der linken Hand überwiegend wahrscheinlich nicht vorliege (act. II 307 f. S. 7). Ihre Einschätzung, welche auf einem lückenlosen medizinischen Befund basiert, steht denn auch in Einklang mit derjenigen von Dr. med. I. _____, Suva-Kreisarzt-Stellvertreter, vom 19. Juni 2017 (act. II 139).

Sodann legte Dr. med. Q. _____ ebenfalls nachvollziehbar und schlüssig, verweisend auf den Bericht des Spitals O. _____ vom 5. Februar 2019 (act. II 308), dar, dass nach nochmaliger Durchsicht der Berichte der handchirurgischen Abteilung des Spitals ... keine klinischen Hinweise auf eine CRPS-Symptomatik hätten gefunden werden können; eine aktive CRPS-Symptomatik könne zum aktuellen Zeitpunkt deutlich verneint werden, auch Folgen eines stattgehabten CRPS könnten aufgrund der aktuellen Untersuchung (fehlende Atrophie der Handbinnenmuskulatur, fehlende Bewegungseinschränkungen benachbarter Gelenke) nicht gefunden werden (act. II 315 S. 9). Dies deckt sich im Übrigen auch mit dem vom Beschwerdeführer nachgereichten Bericht der Klinik S. _____ vom 6. Januar 2020 (Akten des Beschwerdeführers [act. I] 7d S. 4) – der jedoch nach dem angefochtenen Einspracheentscheid erstellt wurde und damit ausserhalb des hier massgeblichen Beurteilungszentraumes liegt (BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243, 130 V 138 E. 2.1 S. 140, SVR 2008 IV Nr. 8 S. 25 E. 3.4; vgl. auch E. 3.2 hiervor) –, indem die diagnostischen Kriterien für ein CRPS als nicht erfüllt beurteilt wurden.

Was sodann die vom Beschwerdeführer geltend gemachten psychischen Beschwerden anbelangt (Beschwerde S. 2, Stellungnahme vom 17. Juni 2020 S. 3) ist festzuhalten, dass er sich nach anfänglicher Psychotherapie über längere Zeit nicht mehr psychiatrisch hat behandeln lassen (act. III 62, 84/62). Am 15. August 2019 diagnostizierte das Spital R. _____ eine leichte anhaltende reaktive Depression, die im Wesentlichen in der psychosozialen Belastung gründe (act. III 103). Der letzte Bericht des Spitals R. _____ datiert vom 28. Januar 2020 (act. I 7n) und somit mehr als zwei Monate nach dem angefochtenen Einspracheentscheid, weshalb

grundsätzlich ebenfalls nicht darauf abzustellen ist (vgl. vorhergehender Absatz). Abgesehen davon bestätigt dieser die bereits gestellten Diagnosen und erweitert diese offenkundig im Wesentlichen allein anhand der Angaben des Beschwerdeführers, jedoch nahm dieser auch in dieser Behandlung weiterhin keine Medikamente und es wurde überdies die vorliegende psychische Beeinträchtigung einzig auf die anhaltende psychosoziale Belastungssituation zurückgeführt (unklare Lebenssituation, offenes Versicherungsverfahren, Arbeitsplatzverlust, Trennung von Ehefrau [vgl. auch act. II 162]). Hinzu kommt, dass die nachgereichte Einschätzung der Klinik S. _____ vom 6. Januar 2020 (act. I 7d) diese Einschätzung bestätigt. Insofern fehlt es in dieser Hinsicht an einem wesentlichen Zusammenhang zum Unfallgeschehen. Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung (E. 2.3 in fine hiavor) muss jedoch die Frage, ob eine natürlich unfallkausale psychische Störung vorliegt oder nicht, dann nicht abschliessend beurteilt werden, wenn es – wie nachfolgend unter E. 4 dargelegt – ohnehin am adäquaten Kausalzusammenhang zum versicherten Ereignis fehlt, weshalb sich hierzu Weiterungen erübrigen. Dies gilt ebenso für die in diesem Zusammenhang geltend gemachten organisch nicht ausgewiesenen Nacken-, Schulter- und Rückenbeschwerden.

3.4.3 Betreffend das formulierte Zumutbarkeitsprofil hat Dr. med. Q. _____ auch die vom Beschwerdeführer vorgebrachte Nervenschädigung berücksichtigt (Stellungnahmen vom 17. Juni 2020 S. 1 f. und vom 21. Juni 2020 S. 1). Das Zumutbarkeitsprofil steht ausserdem in Einklang mit der Einschätzung des Spitals E. _____ vom 25. April und 13. Juli 2018 (act. II 231, 250 S. 3), wonach hinsichtlich der beruflichen Wiedereingliederung empfohlen wird, auf vibrierende Tätigkeiten und Tätigkeiten, die körperlich schwere und die gleichzeitige Belastung beider Hände voraussetzen, zu verzichten. Ebenso wenig steht dem Zumutbarkeitsprofil der Bericht der AMA vom 25. Juli 2018 (act. II 261) entgegen, wurden doch darin auch unfallfremde Beschwerden miteinbezogen. Zudem konnte die eruierte Leistungseinbusse in ihrem Ausmass medizinisch nicht vollständig erklärt werden. Wenn der Beschwerdeführer vorbringt (Beschwerde S. 3), es leuchte nicht ein, weshalb eine ... nur in reduziertem Umfang möglich sein solle, jedoch ... Tätigkeiten vollschichtig, ist mit der Beschwerdegegnerin festzuhalten, dass nach dem Wortlaut der Zumutbarkeitsbeurteilung

davon auszugehen ist, dass Dr. med. Q. _____ ebenfalls eine vollschichtige Arbeitszeit gemeint hat und es sich hierbei um ein redaktionelles Versehen handelt. So hielt der Suva-Arzt ausdrücklich fest, dass bei Einhaltung der (von ihm) genannten Ausschlusskriterien eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Einsetzbarkeit gegeben sei (act. II 315 S. 10).

3.5 Unter diesen Umständen erweist sich aus unfallversicherungsrechtlicher Sicht der medizinische Sachverhalt als hinreichend abgeklärt, weshalb weitere Abklärungen – entgegen dem Antrag des Beschwerdeführers (Beschwerde S. 1 [polydisziplinäre Begutachtung]) – nicht notwendig sind. Daher braucht auch das von der IVB für die Klärung allfälliger Leistungsansprüche der finalen Invalidenversicherung geplante polydisziplinäre Gutachten (Stellungnahme der IVB vom 18. Februar 2020; vgl. auch Entscheid des Verwaltungsgerichts vom 24. August 2020, IV/20/548) nicht abgewartet zu werden.

4.

4.1 Gemäss der vom Beschwerdeführer unterzeichneten Unfallschilderung vom 29. Juni 2016 (act. II 23) hat er am 25. Mai 2016 beim Rundbiegen eines Bleches die linke Hand in die Maschine gehalten (vgl. auch act. II 49 [Arbeitsplatzbeschreibung mit Aufnahmen]). Die Beschwerdegegnerin ordnete diesen Unfall (höchstens) den mittleren Unfällen im engeren Sinne zu (act. II 370 S. 10 f. Ziff. 4.2.2 sowie Beschwerdeantwort S. 5 Ziff. 11.6), was aufgrund des beschriebenen Geschehensablaufs sowie den sich dabei entwickelnden Kräften im Einklang mit der höchstrichterlichen Rechtsprechung steht und daher nicht zu beanstanden ist (vgl. Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute BGer] vom 18. Oktober 2006, U 19/06, E. 3, und Entscheid des BGer vom 4. Juni 2009, 8C_77/2009, E. 4.1.2). Dies wird im Übrigen vom Beschwerdeführer auch nicht bestritten (vgl. act. II 348 S. 6). Es gilt somit, die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung für diesen Bereich entwickelten Kriterien (vgl. E. 2.4.2 hiavor) zu prüfen.

4.1.1 Dem Unfallereignis vom 25. Mai 2016 muss bei objektiver Betrachtung eine besondere Eindrücklichkeit abgesprochen werden, zumal jedem mindestens mittelschweren Unfall eine gewisse Eindrücklichkeit eigen ist (vgl. Entscheid des BGer vom 15. Januar 2016, 8C_568/2015, E. 3.5). Besonders dramatische Begleitumstände sind ebenfalls nicht auszumachen. Das entsprechende Adäquanzkriterium ist nicht erfüllt, geschweige denn in besonders ausgeprägter Weise. Daran vermag der Umstand, dass der Beschwerdeführer unmittelbar nachdem er die Hand in der Rundbiegemaschine eingeklemmt hatte, die ersten Massnahmen bzw. die erste Versorgung am Arbeitsort selber vornehmen musste und später von der zuerst konsultierten Notfallärztin im Spital T. _____ an das Spital E. _____ weitergeleitet wurde (vgl. act. II 348 S. 4, Stellungnahme des Beschwerdeführers vom 17. Juni 2020 und dessen Schlussbemerkungen vom 21. August 2020 jeweils S. 3), nichts zu ändern.

4.1.2 Die erlittene Quetschverletzung an der linken Hand im Sinne einer devaskularisierenden subtotalen Avulsionsverletzung am Finger IV und V auf Höhe der Mittelphalanx sowie einer schweren Weichteilavulsion am Mittelfinger (act. II 13, 15 S. 2; vgl. E. 3.2.1 hiavor) stellt – selbst vor dem Hintergrund, dass es sich beim Beschwerdeführer um einen ... handelt (act. II 348 S. 4 f.) – keine somatische Verletzung von besonderer Schwere bzw. Art dar, die erfahrungsgemäss geeignet wäre, psychische Fehlentwicklungen auszulösen (vgl. Entscheid des EVG [heute BGer] vom 22. April 2002, U 82/00, E. 3.2.2). Im Übrigen kann dieses Kriterium nicht schon deshalb bejaht werden, weil für die unfallbedingt verbliebenen Residuen eine Integritätsentschädigung zugesprochen wurde (vgl. etwa Entscheide des BGer vom 10. Juni 2016, 8C_174/2016, lit. A bzw. E. 4.1, sowie vom 5. Juni 2014, 8C_137/2014, lit. A bzw. E. 7.2).

4.1.3 Eine ungewöhnlich lange ärztliche Behandlung fand nicht statt. Nach der notfallmässigen Operation am 25. Mai 2016 mit stationärer Hospitalisation bis 1. Juni 2016 erfolgte der letzte operative Eingriff am 30. Dezember 2016 (vgl. E. 3.2.1 hiavor) und damit rund sieben Monate nach dem Unfallereignis. Weitere auf die strukturellen Unfallfolgen an der linken Hand gerichtete invasive Behandlungen erfolgten keine mehr. Vielmehr fanden danach im Wesentlichen noch ärztliche Verlaufskontrollen bzw. der

Abklärung des Gesundheitszustands dienende Untersuchungen statt, welchen nicht die Qualität einer regelmässigen, zielgerichteten Heilmethodik zukommt (vgl. Entscheid des BGer vom 1. April 2015, 8C_791/2014, E. 4.2.4). Auch die in Anspruch genommene Ergo- und Physiotherapie gilt nicht als kontinuierliche, mit einer gewissen Planmässigkeit auf eine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustandes gerichtete ärztliche Behandlung im Sinne der Rechtsprechung (vgl. Entscheid des BGer vom 5. Oktober 2007, U 395/06, E. 5.3 mit Hinweisen). Ausserdem dienten etliche der vorgenommenen Behandlungen ausschliesslich der Abklärung der organisch nicht fassbaren Beschwerdesymptomatik. Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (vgl. Schlussbemerkungen vom 21. August 2020 S. 3) kann damit nicht von einer ungewöhnlich langen Behandlungsdauer gesprochen werden.

4.1.4 Die Behauptung des Beschwerdeführers, wonach ausgeprägte bzw. eindeutige körperliche Dauerschmerzen vorlägen (act. II 348 S. 5 lit. b; Stellungnahme vom 21. August 2020 S. 3 Ziff. 2), findet in den Akten keinen Rückhalt. So hielten die behandelnden Ärzte des Spitals E. _____ in den Verlaufsberichten vom 26. September 2017 (act. II 180) und 23. Januar 2018 (act. II 217) ausdrücklich fest, dass keine Schmerzen vorhanden seien. Ebenso wenig beschrieben sie im Bericht vom 13. Juli 2018 (act. II 250) Dauerbeschwerden im Bereich der strukturellen Unfallverletzungen. Hinzu kommt, dass der Beschwerdeführer anlässlich der Untersuchung im Spital G. _____ vom 12. Juli 2018 einzig von Schmerzen bei Belastung berichtete (act. II 251). Der Beschwerdeführer räumte gegenüber dem Suva-Arzt Dr. med. Q. _____ am 21. März 2019 zudem ein, keine Schmerzmittel zu nehmen (act. II 315 S. 6). Gemäss Bericht des Spitals F. _____ vom 3. Juli 2019 (act. II 346) erfolgt keine Medikation. Unter diesen Umständen kann das zur Diskussion stehende Kriterium nicht bejaht werden. Die weiteren vom Beschwerdeführer geklagten Schmerzen, insbesondere die Nacken-, Schulter- und Rückenbeschwerden sind in diesem Zusammenhang nicht zu berücksichtigen. Es besteht nach Lage der medizinischen Akten kein gegebenenfalls auf das versicherte Ereignis zurückzuführendes organisches Korrelat für diese Symptomatik (vgl. act. II 139 S. 2, 307 S. 7).

4.1.5 Eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hat, ist nicht aktenkundig und wurde auch nicht substantiiert geltend gemacht. Ein schwieriger Heilungsverlauf mit erheblichen Komplikationen ist ebenso wenig ausgewiesen. Es kam zwar im Anschluss an die notfallmässige Operation am Unfalltag unbestrittenermassen zu einer Nekrose und einem Infekt (vgl. act. II 24, 45, 89, 91), dennoch waren nach rund sieben Monaten keine weiteren Eingriffe mehr erforderlich. Aus der blossen Dauer der ärztlichen Behandlung und der geklagten Beschwerden darf nicht schon auf einen schwierigen Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen geschlossen werden. Das Nichterreichen von Beschwerdefreiheit bzw. das Fortbestehen organisch nicht nachweisbarer Beschwerden vermag dieses Kriterien nicht zu erfüllen (Entscheid des BGer vom 10. Mai 2019, 8C_632/2018, E. 10.3).

4.1.6 Selbst wenn schliesslich das weiter geltend gemachte Kriterium des Grades und der Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit gegeben wäre, träfe dies jedenfalls nicht in besonders ausgeprägter Weise zu. Dieses Kriterium bezieht sich nicht allein auf das Leistungsvermögen im angestammten Beruf (Entscheid des EVG [heute BGer] vom 6. Februar 2007 U 479/05, E. 8.6.1). Nach Einschätzung der Behandler des Spitals E. _____ stand bereits am 16. März 2017 bzw. am 21. September 2017 dem funktionellen Einsatz der linken Hand nichts mehr im Wege (act. II 126 S. 3, 180 S. 3) und auch anlässlich der AMA im Mai 2018 wurde der Beschwerdeführer für die Bestreitung eines 100 %-Pensum als fähig erachtet (act. II 261 S. 1). Gemäss der hier massgebenden Zumutbarkeitsbeurteilung von Dr. med. Q. _____ ist nun zwar eine Fortsetzung der Tätigkeit als ... nicht mehr denkbar, doch besteht in einer angepassten Tätigkeit eine uneingeschränkte Arbeits- und Leistungsfähigkeit (act. II 315 S. 10; vgl. E. 3.4 hiervor).

4.2 Nach dem Gesagten ist vorliegend – wenn überhaupt – höchstens ein Kriterium (Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit) erfüllt, jedoch nicht in ausgeprägter Weise. Folglich ist die adäquate Unfallkausalität der geltend gemachten psychischen Beschwerden (Schmerzsyndrom, depressive Episode) bzw. der organisch nicht ausgewiesenen Nacken-, Schulter- und Rückenbeschwerden hinsichtlich des Unfalls vom

25. Mai 2016 in diesem Zusammenhang (vgl. E. 3.4.2 hiavor) zu verneinen. Für diese Beschwerden besteht keine Leistungspflicht seitens der Beschwerdegegnerin. Einzig die strukturellen Verletzungen im Bereich der linken Hand gelten als natürliche und adäquate Unfallfolge. Demnach sind allein die unfallkausalen Residuen aus der Handverletzungen relevant, womit in einem weiteren Schritt gestützt auf das von Dr. med. Q. _____ überzeugend begründete (somatische) Zumutbarkeitsprofil, wonach in einer angepassten Tätigkeit eine vollschichtige Arbeits- und Leistungsfähigkeit besteht, die erwerblichen Auswirkungen zu prüfen sind.

5.

5.1 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).

5.2 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).

5.2.1 Für die Bemessung des Valideneinkommens ist in der Unfallversicherung nach jenem hypothetischen Verdienst zu fragen, welchen die versicherte Person ohne die unfallbedingte Schädigung wahrscheinlich erzielen würde. Dieser kann sich zwar mit dem mutmasslichen Verdienst als gesunde Person decken, aber nur dann, wenn keine weiteren, nicht unfallbedingten, leistungsschmälernden Beeinträchtigungen vorhanden sind (SVR 2018 UV Nr. 33 S. 115 E. 2.1).

5.2.2 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte

Person konkret steht (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 296). Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik (BFS) herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 297; SVR 2019 IV Nr. 28 S. 88 E. 5.1.3).

Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481). Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25 % zu begrenzen ist (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2018 IV Nr. 46 S. 148 E. 3.3). Zu beachten ist, dass allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen dürfen (BGE 146 V 16 E. 4.1 S. 20).

5.3 Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 143 V 295 E. 4.1.3 S. 300, 129 V 222). Der frühestmögliche Rentenbeginn fällt demnach unter Berücksichtigung des Fallabschlusses per 31. Mai 2019 (Einstellung der

vorübergehenden Leistungen; act. II 316) auf den 1. Juni 2019. Auf diesen Zeitpunkt hin ist der Einkommensvergleich vorzunehmen.

5.4

5.4.1 Der Beschwerdeführer hat eine Anlehre als ... abgeschlossen (act. II 247 S. 7) und er arbeitete seit Mai 2013 in einem 100%-Pensum als Metallbauer bei der U. _____ AG (act. II 2). Diese Anstellung wurde aus unfallbedingten Gründen per 30. November 2017 gekündigt (act. II 196 S. 3). Es ist daher mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass er im hypothetischen Gesundheitsfall immer noch für die U. _____ AG tätig wäre. Folglich stützte sich die Beschwerdegegnerin bei der Berechnung des Valideneinkommens zu Recht auf die Angaben der letzten Arbeitgeberin (act. II 370 Ziff. 6.3.1), wonach (ohne Unfall) im Jahr 2017 der Monatslohn weiterhin Fr. 5'000.-- betragen hätte und die Provision auf Fr. 200.-- pro Monat angestiegen wäre (act. II 165) und für das Jahr 2019 die Lohnerhöhung Fr. 50.-- pro Monat ausgemacht hätte (act. II 333 f.). Daraus ermittelte die Beschwerdegegnerin ein nicht zu beanstandendes Jahreseinkommen von Fr. 68'250.-- (Fr. 5'250.-- x 13 Mt.). Soweit der Beschwerdeführer verweisend auf E-Mails seines ehemaligen Vorgesetzten vom 30. Juli 2019 (act. II 356) bzw. von der ehemaligen Arbeitgeberin vom 7. August 2019 (act. II 357) eine berufliche Weiterentwicklung, mithin ein höheres Valideneinkommen geltend macht (Stellungnahmen vom 17. Juni 2010 S. 3 und vom 3. September 2020), kann ihm nicht gefolgt werden. Wie die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Einspracheentscheid zutreffend festgehalten hat, wurde erst anlässlich der Besprechung vom 16. Dezember 2016 bei der ehemaligen Arbeitgeberin im Hinblick auf die berufliche Wiedereingliederung nach dem Unfall eine Ausbildung zum ... in Betracht gezogen (act. II 77). Vor diesem Hintergrund vermögen die in den besagten E-Mails auf Veranlassung der Rechtsvertreterin nachträglich bestätigten Ausbildungsabsichten (vor Unfall) nicht zu überzeugen. Des Weiteren sind konkrete Schritte im Hinblick auf die entsprechende Ausbildung vor dem Unfall nicht ausgewiesen. Eine berufliche Weiterentwicklung zum ... und damit ein höheres Valideneinkommen ist daher nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit anzunehmen.

5.4.2 Der Beschwerdeführer hat keine ihm an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen bzw. schöpft die medizinisch-theoretisch uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit nicht aus, weshalb das Invalideneinkommen gestützt auf die Tabellenlöhne der LSE zu bestimmen ist (vgl. E. 5.2.2 hiervor). Die Beschwerdegegnerin stellte im Einspracheentscheid vom 11. November 2019 (act. II 370) zu Recht auf die zu diesem Zeitpunkt aktuellste Tabelle TA1_tirage_skill_level der LSE 2016 ab (vgl. BGE 143 V 295 E. 2.3 S. 297; Entscheid des BGer vom 27. November 2019, 8C_64/2019, E. 6.2.1), monatlicher Bruttolohn (Zentralwert) nach Wirtschaftszweigen, Total, Kompetenzniveau 1 ("einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art"), Männer. Der massgebliche monatliche Bruttolohn für Männer beträgt damit Fr. 5'340.--. An die betriebsübliche Wochenarbeitszeit angepasst und auf das massgebliche Jahr 2019 indiziert, resultiert daraus ein Invalideneinkommen von Fr. 67'998.70 (Fr. 5'340.-- x 12 Mt. / 40 h x 41.7 h [BFS, Betriebsübliche Arbeitszeit, 2019, Total] / 100.6 x 102.4 [BFS, Nominallohnindex, Männer, Tabelle T1.1.15, 2016: 100.6/2019: 102.4]). Der von der Beschwerdegegnerin zugestandene Abzug von 5 % (act. II 370 S. 18 Ziff. 6.3.4) trägt allen einkommensbeeinflussenden Aspekten genügend Rechnung. Immerhin ist darauf hinzuweisen, dass, auch wenn dem Beschwerdeführer nur noch leichte Tätigkeiten zumutbar sind, dies grundsätzlich kein Grund für einen leidensbedingten Abzug darstellt, zumal der Tabellenlohn im hier zugrunde gelegten Kompetenzniveau 1 bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten umfasst (vgl. Entscheide des BGer vom 22. Dezember 2020, 8C_725/2020, E. 4.4.2, vom 24. Januar 2020, 8C_586/2019, E. 5.3.1, vom 8. Oktober 2019, 9C_447/2019, E. 4.3.2). Ein anderweitiger persönlicher oder beruflicher Umstand, der einen höheren Abzug rechtfertigte, ist nicht ersichtlich und wird auch nicht geltend gemacht. Es besteht kein Anlass, in das Ermessen der Verwaltung einzugreifen. Damit resultiert ein Invalideneinkommen von Fr. 64'598.75 (Fr. 67'998.70 x 0.95) im Jahr.

5.5 Aus der Gegenüberstellung der beiden Vergleichseinkommen resultiert ein gerundeter (vgl. BGE 130 V 121 E. 3.2 und 3.3 S. 123) Invaliditätsgrad von 5 % ([Fr. 68'250.--/. Fr. 64'598.75] / Fr. 68'250.-- x 100). Bezüglich des Rentenanspruchs ist der angefochtene Einspracheentscheid vom

11. November 2019 (act. II 370) somit nicht zu beanstanden. Zu prüfen bleibt der Anspruch auf eine Integritätsentschädigung.

6.

6.1 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 Kapitaleistung 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).

6.1.1 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).

6.1.2 Die Bemessung der Integritätsentschädigung richtet sich nach der Schwere des Integritätsschadens. Diese beurteilt sich nach dem medizini-

schen 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).

6.2 In seiner Beurteilung vom 27. März 2019 (act. II 315) schätzte Dr. med. Q._____ den Integritätsschaden bezüglich der linken Hand anhand der Suva-Tabelle 3 (Integritätsschaden bei einfachen oder kombinierten Finger-, Hand- und Armverlusten) auf 10 %. Ein weiterer medizinischer Abklärungsbedarf besteht – wie bereits dargelegt (vgl. E. 3.5 hiervor) – nicht. Der Suva-Arzt begründete den Integritätsschaden damit, dass – obwohl kein sichtbarer Verlust der Extremität vorliege – die Funktionalität der linken Hand (auch unter Berücksichtigung der neuropathischen Symptomatik, die als Folge der Transplantatentnahmestelle am ulnaren Handrücken ausgelöst worden sei, und der Beschwerden im Bereiche des gesamten linken Armes bis zur Schulter, welche durch die Muskel-Dysbalance ausgelöst würden) am ehesten der Abbildung 41 der Suva-Tabelle 3, bei der die Amputation der Dig. IV-V bis zum PIP berücksichtigt würden, entspreche (act. II 315 S. 10). Diese Beurteilung ist schlüssig und überzeugt. Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers hat er auch explizit der neuropathischen Problematik Rechnung getragen (act. II 347 S. 5 f. lit. d) und es kann, gestützt auf das massgebliche Zumutbarkeitsprofil, auch nicht von einer faktischen Unbrauchbarkeit des linken Armes (Stellungnahme vom 21. August 2020) ausgegangen werden. In den Akten finden sich keine ärztlichen Berichte, welche aufgrund der verbleibenden unfallbedingten strukturellen Verletzungen im Bereich der linken Hand eine höhere Entschädigung postulieren. Auch der Beschwerdeführer vermag sich nicht auf entsprechende ärztliche Stellungnahmen zu berufen. Die nicht in einem adäquaten Kausalzusammenhang zum Unfall vom 25. Mai 2016 stehenden Beschwerden (vgl. E. 4.2 hiervor) haben auch bei der Bestimmung der Höhe der Integritätsentschädigung unberücksichtigt zu bleiben.

Weil der Einspracheentscheid vom 11. November 2019 (act. II 370) auch in dieser Hinsicht nicht zu beanstanden ist, erweist sich die dagegen erhobene Beschwerde als unbegründet und ist abzuweisen.

7.

7.1 In Anwendung von Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. a ATSG (in der bis Ende 2020 gültigen Fassung; vgl. Art. 83 ATSG) sind keine Verfahrenskosten zu erheben.

7.2 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

7.3 Aufgrund der mit prozessleitender Verfügung vom 9. April 2020 gewährten unentgeltlichen Rechtspflege unter Beiordnung von Rechtsanwältin Dr. iur. B._____ als amtliche Anwältin bleibt deren amtliches Honorar festzulegen.

Gemäss Art. 42 des kantonalen Anwaltsgesetzes vom 28. März 2006 (KAG; BSG 168.11) bezahlt der Kanton den amtlich bestellten Anwältinnen und Anwälten eine angemessene Entschädigung, die sich nach dem gebotenen Zeitaufwand bemisst und höchstens dem Honorar gemäss der Tarifordnung für den Parteikostenersatz entspricht. Bei der Festsetzung des gebotenen Zeitaufwandes sind die Bedeutung der Streitsache und die Schwierigkeit des Prozesses zu berücksichtigen. Auslagen und Mehrwertsteuer werden zusätzlich entschädigt (Abs. 1). Die Aufwendungen für die Erlangung des Rechts auf unentgeltliche Rechtspflege sind nach den gleichen Regeln zu entschädigen (Abs. 3). Nach Art. 42 Abs. 4 KAG i.V.m. Art. 1 der Verordnung vom 20. Oktober 2010 über die Entschädigung der amtlichen Anwältinnen und Anwälte (EAV; BSG 168.711) beträgt der Stundenansatz Fr. 200.--.

Mit am 24. August 2020 eingegangener Kostennote macht Rechtsanwältin Dr. iur. B._____ einen Zeitaufwand von 17.2 Stunden bzw. ein Honorar von Fr. 4'300.--, zuzüglich Auslagen von Fr. 207.80 sowie Mehrwertsteuer (MWST) von 7.7 % im Betrag von Fr. 347.10, total Fr. 4'854.90, geltend. Dies ist nicht zu beanstanden. Folglich wird der tarifmässige Parteikostenersatz für dieses Verfahren auf Fr. 4'854.90 festgesetzt. Davon ist Rechtsanwältin Dr. iur. B._____ nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils aus der Gerichtskasse ein amtliches Honorar von Fr. 3'440.-- (17.2 h x Fr. 200.--) zuzüglich Auslagen von Fr. 207.80 und Mehrwertsteuer von 7.7 % im

Betrag von Fr. 280.90, total somit eine Entschädigung von Fr. 3'928.70, auszurichten. Vorbehalten bleibt die Nachzahlungspflicht des Beschwerdeführers gegenüber dem Kanton Bern entsprechend den Voraussetzungen von Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 (ZPO; SR 272; vgl. Art. 113 VRPG).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch wird eine Parteientschädigung zugesprochen.
3. Der tarifmässige Parteikostenersatz der amtlichen Anwältin wird in diesem Verfahren auf Fr. 4'854.90 (inkl. Auslagen und MWST) festgesetzt. Davon wird Rechtsanwältin Dr. iur. B. _____ nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils aus der Gerichtskasse eine auf Fr. 3'928.70 festgesetzte Entschädigung (inkl. Auslagen und MWST) vergütet. Vorbehalten bleibt die Nachzahlungspflicht nach Art. 123 ZPO.

4. Zu eröffnen (R):

- Rechtsanwältin Dr. iur. B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
- Rechtsanwältin lic. iur. D. _____ z.H. der Beschwerdegegnerin
- Bundesamt für Gesundheit
- Steuerverwaltung des Kantons Bern, Bereich Inkasso, Postfach 8334,
3001 Bern

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.