



Fall-Nr.: UV 2017/5
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: UV - Unfallversicherung
Publikationsdatum: 14.09.2018
Entscheiddatum: 14.09.2018

Entscheid Versicherungsgericht, 14.09.2018

Art. 18 UVG: Prüfung des Anspruchs auf Invalidenrente. Rentenanspruch unter Verneinung der Adäquanz der psychischen Faktoren und unter Annahme einer 100%igen Restarbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit abgelehnt (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 14. September 2018, UV 2017/5).

Entscheid vom 14. September 2018

Besetzung

Präsident Joachim Huber, Versicherungsrichterinnen Christiane Gallati Schneider und Michaela Machleidt Lehmann; Gerichtsschreiberin

Sabrina Bleile

Geschäftsnr.

UV 2017/5

Parteien

A.____,

Beschwerdeführer,

gegen



Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva), Fluhmattstrasse 1, Postfach
4358, 6002 Luzern,

Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Versicherungsleistungen / Invalidenrente

Sachverhalt

A.

A.a A.____ (nachfolgend: Versicherter) arbeitete als (Hilfs)-Schlosser über die B.____ AG, weshalb er bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva) unfallversichert war, als ihm am 22. Juli 2013 (...) auf einer Baustelle bei Montagearbeiten eine Stange auf die Hand fiel (Suva-act. 1). Er zog sich dabei eine Vorderarmkontusion links zu. Sein Hausarzt, Dr. med. C.____, Facharzt für Allgemeine Medizin FMH, konnte bei der ersten Kontrolle am 23. Juli 2013 eine leichte Schwellung des Vorderarms links distal dorsal und eine leichte Dysästhesie aller Finger feststellen, während eine durchgeführte Röntgenuntersuchung keine ossären Läsionen zeigte (Suva-act. 7). Nachdem die Ruhigstellung in einer Schiene, eine antiphlogistische Behandlung, eine kombinierte Elektro/Ultraschalltherapie sowie die Applikation einer Ampulle Kenacort den Schmerzzustand nicht verbessert hatten, überwies Dr. C.____ den Versicherten an die Orthopädie D.____ (Suva-act. 7 und 14).

A.b Nach einer Untersuchung am 2. September 2013 diagnostizierte Dr. med. E.____ von der Orthopädie D.____ ein Karpaltunnelsyndrom links sowie eine Tenosynovitis erstes Strecksehnenfach links, wobei er zur Objektivierung der Diagnose eine elektromyographische Untersuchung in Auftrag gab (Suva-act. 14). In der im Neurologischen Zentrum F.____ durchgeführten elektrophysiologischen Untersuchung vom 25. September 2013 konnte kein Hinweis auf ein sensibles oder motorisches Karpaltunnelsyndrom festgestellt werden. Allerdings wurde ein hochgradiger Verdacht auf eine leichtgradige axonale Teilläsion des Nervus radialis, Ramus profundus, links ca. auf der Höhe des Abgangs des Musculus abductor pollicis longus/extensor



digitorum geäussert. Hinweise auf eine sensible Nervenaffektion des Nervus radialis oder des Nervus medianus links konnten jedoch nicht erkannt werden, was aber eine Reizsymptomatik nicht ausschliesse (Suva-act. 28). Am 4. Dezember 2013 führte Dr. E.____ aufgrund der Diagnose einer Tenosynovitis des ersten Strecksehnenfachs links eine operative Erweiterungsplastik durch, die allerdings nicht den gewünschten Erfolg brachte, sondern dazu führte, dass auch die Folgen der Operation therapiert werden mussten (Suva-act. 30, 35 und 52). Dr. E.____ nahm in regelmässigen Abständen Verlaufskontrollen vor (Suva-act. 35, 41 und 52).

A.c Am 1. April 2014 teilte die B.____ AG der Suva mit, dass sie dem Versicherten die Kündigung des Arbeitsverhältnisses per 2. Mai 2014 zugestellt habe (Suva-act. 42).

A.d Aufgrund der Diagnose Schmerzzustand im Bereich des ersten Strecksehnenfachs links bei Zustand nach schwerem Direkttrauma und Zustand nach Spaltung des ersten Strecksehnenfachs links wurde nach längerem Abwarten in der Klinik G.____ eine operative Revision durchgeführt. Es erfolgte eine Neurolyse dreier Superficialisäste, eine Tendolyse der Sehne des ersten Strecksehnenfachs und eine Rekonstruktion des Retinaculum. Dem Operationsbericht kann entnommen werden, dass bei dem Eingriff ausgedehnte Verwachsungen sichtbar waren und die Sehnen im Bereich des ersten Strecksehnenfachs nackt ohne eigentliches Retinaculum dagelegen hatten. Zum Schutz der Nerven wurde bei der Operation ein Periost-Läppchen aufgelegt (vgl. Suva-act. 71). In einem Bericht vom 4. November 2014 stellte Dr. E.____ die Diagnosen Kontusions-Quetschtrauma Vorderarm links, Spaltung des ersten Strecksehnenfachs links zweimal und CRPS. Er hielt fest, dass auch die zweite Operation keinen Erfolg gebracht habe, es sei mittlerweile sogar schlechter geworden mit Entwicklung eines CRPS. Die Hand sei überwärmt und die Beweglichkeit der Langfinger werde schlechter. Aufgrund der erfolglosen Therapie mit Hydergin, Valium und Miacalcic überwies Dr. E.____ den Versicherten an die Klinik für Hand-, Plastische und Wiederherstellungschirurgie des Kantonsspitals St. Gallen (KSSG) (Suva-act. 92).

A.e Im Bericht vom 19. November 2014 über die ambulante Neuvorstellung des Versicherten vom 6. November 2014 im KSSG wurden die Diagnosen chronisches Schmerzsyndrom linke obere Extremität, beginnend CRPS, positive Budapestkriterien jedoch nicht vollständige Ausprägung und Status nach Quetschverletzung gestellt. Es



St.Galler Gerichte

wurde mit dem Versicherten ein Stufenplan zur Therapie mit einer DMSO-Salbe und Vitamin C besprochen. Ferner wurde Verbesserungspotenzial hinsichtlich der starken Schmerzmedikation eruiert, zumal diese laut dem Versicherten Nebenwirkungen zeitigte. Zur Beurteilung eines CRPS und gegebenenfalls zur Behandlung wurde der Versicherte zu einem Schmerzkonsil aufgeboten (Suva-act. 96).

A.f Am 24. November 2014 erfolgte die Erstkonsultation im Schmerzzentrum des KSSG. Im Bericht vom 18. Dezember 2014 zur ambulanten Behandlung vom 15. Dezember 2014 wurde die Diagnose chronifiziertes neuropathisches Schmerzsyndrom und differentialdiagnostisch ein CRPS gestellt. Dem Bericht ist zu entnehmen, dass der Versicherte seine Situation psychisch als zunehmend angespannt erachte, da ihn die Schmerzen sehr belasten würden und er auch den Anforderungen seiner Familie nicht mehr gerecht werden könne. Er wurde an die Psychologin Dr. H.____ vom Schmerzzentrum verwiesen und wegen neu aufgetretener linksbetonter, vermutlich aufgrund von Muskelverspannungen verursachter Kopfschmerzen wurde ihm eine Triggerpunkttherapie verschrieben (Suva-act. 103). Einem Zwischenbericht der Klinik für Hand-, Plastische- und Wiederherstellungschirurgie des KSSG vom 20. Dezember 2014 ist zu entnehmen, dass der Versicherte den Vorschlägen zur Verbesserung seines Schmerzzustandes gegenüber offen sei und diesen gerne folge, um seine Lebensqualität sowie seine Möglichkeit wiederum zur Arbeit zu gehen, zu verbessern (Suva-act. 104). Die Umstellungen bei der Medikation konnten eine leichte Verbesserung der Schmerzsymptomatik bewirken, jedoch klagte der Versicherte noch immer über starke Schmerzen (vgl. Suva-act.103 und 105).

A.g Deshalb wurde am 7. April 2015 in der Klinik für Radiologie und Nuklearmedizin des KSSG am linken Unterarm des Versicherten eine Magnetresonanztomographie (MRI; MRT) durchgeführt. In der Beurteilung des Berichts zur MRI-Untersuchung wurde festgehalten, dass eine potenzielle Irritation des Ramus superficialis Nervi radialis im subkutanen Verlauf der ulnarseitigen Narbe des distalen Unterarms vorliegen könnte, wobei kein Nachweis einer Raumforderung oder Nervenkompression sichtbar sei. Es bestehe eine leichtgradige Tendovaginitis der Abductor-pollicis-longus- und Extensor-pollicis-brevis-Sehnen (Suva-act. 160). Anlässlich einer Sprechstunde in der Klinik für Hand-, Plastische- und Wiederherstellungschirurgie des KSSG vom 16. April 2015 zeigte sich ein weitestgehend unveränderter klinischer Untersuchungsbefund mit



St.Galler Gerichte

deutlichem Hoffmann-Tinel im Verlauf des Ramus superficialis Nervi radialis. Das MRT zeige keinen wegweisenden Befund und der Versicherte sei mit der Situation sehr unzufrieden. Er berichte von einer Beschwerdeverbesserung für etwa 8 Stunden nach einer durchgeführten Infiltration mit Bupivacain. Dem Versicherten wurde daher die Möglichkeit einer Neurotomie des Ramus superficialis Nervi radialis sowie des Astes Cutaneus antebrachii lateralis erläutert, wodurch man sich eine eindeutige Beschwerdeverbesserung versprach (Suva-act. 140).

A.h Der Versicherte entschloss sich zu der erneuten Operation, obschon er über den bleibenden Gefühlsverlust sowie die nicht garantierte Schmerzfreiheit aufgeklärt worden war. Bei dem am 29. Juni 2015 durchgeführten operativen Eingriff wurde jeweils links eine Neurotomie des Ramus superficialis Nervus radialis, Nervus cutaneus antebrachii lateralis und Nervus interosseus posterior durchgeführt (Suva-act. 156). Nach der Operation fanden Nachkontrollen in der Klinik für Hand-, Plastische- und Wiederherstellungschirurgie des KSSG statt, bei welchen jeweils Schwellungen der Hand sichtbar waren und der Versicherte weiterhin über Schmerzen und Sensibilitätsstörungen klagte (Suva-act. 159, 164, 171 und 193). Zwischenzeitlich meldete sich der Versicherte selbständig für einen neuen Konsultationstermin im Schmerzzentrum des KSSG (Suva-act. 194).

A.i Nachdem sich der Versicherte damit einverstanden erklärt hatte, an einem mehrwöchigen stationären arbeitsorientierten medizinischen Trainingsprogramm in der Rehabilitationsklinik Z.____ teilzunehmen (vgl. Suva-act. 188 und 189), wurde er mit geplantem Eintritt auf den 12. Januar 2016 dafür angemeldet (Suva-act. 196). Aufgrund eines Sturzes des Versicherten verzögerte sich der Eintritt bis zum 26. Januar 2016 (Suva-act. 196, 197, 198, 199 und 203). Dem Austrittsbericht der Klinik Z.____ vom 18. Februar 2016 sind die Diagnosen LWS-Kontusion und Handkontusion rechts aufgrund des Unfalls vom 11. Januar 2016 und Kontusion Hand links aufgrund des Unfalls vom 22. Juli 2013 zu entnehmen. Ferner enthält der Bericht die psychiatrischen Diagnosen chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, belastende Lebensumstände in der Familie und akzentuierte passiv-aggressive Persönlichkeitszüge mit histrionischen Verhaltensauffälligkeiten mit wahrscheinlicher Aggravationstendenz. Differentialdiagnostisch wurde eine leichte bis mittelgradige depressive Episode erwähnt. Weiter wurde Adipositas Grad II diagnostiziert. Diese



Diagnosen und die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit des Versicherten im Austrittsbericht der Klinik Z.____ erfolgten unter Berücksichtigung der Ergebnisse eines während der Rehabilitation durchgeführten handchirurgischen Konsiliums bei Dr. med. I.____, handchirurgischer Konsiliar des Universitätsspitals Zürich (vgl. Suva-act. 208 S. 3 ff.) sowie eines psychosomatischen Konsiliums bei lic. phil. J.____ (vgl. Suva-act. 209). Dem Austrittsbericht ist zu entnehmen, dass eine erhebliche Symptomausweitung hatte beobachtet werden können. Diese sei teilweise auf eine psychische Störung zurückzuführen. Die Resultate der physischen Leistungstests seien deshalb für die Beurteilung der zumutbaren körperlichen Belastbarkeit nicht verwertbar (Suva-act. 208 S. 3). Aufgrund des fehlenden therapeutischen Zugangs hatte man sich zur vorzeitigen stationären Entlassung entschlossen (Suva-act. 208 S. 4). Das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen lasse sich mit den objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung und bildgebenden Abklärung sowie den Diagnosen nur ungenügend erklären. Die Beurteilung der Zumutbarkeit stütze sich primär auf medizinisch-theoretische Überlegungen unter Berücksichtigung der Beobachtungen bei den Leistungstests und im Behandlungsprogramm. Aus unfallkausalen Sicht ergebe sich demnach, dass keine Zumutbarkeit für die berufliche Tätigkeit als Schlosser bestehe. Dem Versicherten sollte aber zumindest eine leichte bis mittelschwere Arbeit ohne Tätigkeiten, welche die vollständige Greiffunktion, einen vollen Kräfteinsatz oder Zwangshaltungen der linken Hand erforderten, ganztags möglich sein, während die rechte, dominante Hand uneingeschränkt einsetzbar sei. Diese Zumutbarkeitsbeurteilung für adaptierte Tätigkeiten sei aber noch nicht abschliessend, da zur Objektivierung noch eine neurologische und elektrophysiologische Untersuchung angezeigt sei. Von der Fortsetzung der Behandlung könne keine namhafte Besserung mehr erwartet werden. Inwieweit eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit durch psychische Faktoren bei der chronischen Schmerzstörung bestehe, müsse im weiteren Verlauf psychiatrisch/psychosomatisch beurteilt werden. Ein schrittweiser Wiedereinstieg unter angepassten Bedingungen könnte sich auf den Versicherten vermutlich sogar psychisch stabilisierend auswirken (Suva-act. 208 S. 2 f.).

A.j In der neurologischen Konsultation mit elektrophysiologischer Untersuchung bei Dr. med. K.____, FMH Neurologie, Neurologisches Zentrum F.____, vom 27. April 2016 ergaben sich keine Anhaltspunkte für eine fortbestehende neuropathische Schädigung



des Nervus radialis im Unterarmbereich, des Nervus ulnaris im Sulcusbereich oder des Nervus medianus. Die vom Versicherten gefühlte Anästhesie im sensiblen Medianusbereich konnte sich Dr. K.____ somit nicht erklären, während sie die ausgeprägten Hyp- respektive Anästhesiezonen im Ausbreitungsgebiet des Nervus radialis, Ramus superficialis sowie Nervus cutaneus antebrachii lateralis aufgrund der Neurotomien als erklärbar erachtete. Weiter hielt Dr. K.____ in ihrem Bericht zur Untersuchung vom 27. April 2016 fest, dass offenbar dennoch neuropathische Phänomene im Sinne von Reizsyndromen, insbesondere im distalen sensiblen Nervus radialis-Ausbreitungsgebiet fortbestehen würden. Aufgrund der Diskrepanz zwischen den vom Versicherten beklagten erheblichen sensomotorischen Defiziten einerseits und den unauffälligen bzw. nicht richtungsweisenden Neurographiebefunden wie auch den unauffälligen, nicht chronisch neurogen veränderten nadelmyographischen Befunden andererseits, schloss sich Dr. K.____ im Bericht zu ihrer Untersuchung vom 27. April 2016 der Interpretation der Klinik Z.____ an, dass psychiatrische Aspekte im Sinne einer inzwischen deutlich etablierten chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren signifikant interferieren würden (Suva-act. 222).

A.k In der Klinik für Hand-, Plastische- und Wiederherstellungschirurgie des KSSG wurde

anlässlich der Untersuchung vom 26. Mai 2016 ein unveränderter klinischer Befund festgestellt. Aus handchirurgischer Sicht bestehe keine weitere Möglichkeit zur Intervention, weshalb der Fallabschluss erfolge. Es werde die Fortsetzung und Intensivierung der Schmerztherapie empfohlen (Suva-act. 229).

A.l Anlässlich einer Untersuchung vom 8. Juni 2016 im Schmerzzentrum des KSSG berichtete der Versicherte davon, dass sich die Beweglichkeit der linken Hand deutlich verbessert habe. Auffallend war bei dieser Untersuchung auch ein deutlicher Rückgang der Schwellung. Im Untersuchungsbericht vom 9. Juni 2016 wurde ferner festgehalten, dass neben der Ergotherapie und der psychologischen Betreuung aktuell eine Medikation mit Novalgin, Neurontin, Saroten sowie Pantoprazol stattfinde. Wegen der guten Fortschritte wurden keine weiteren Massnahmen unternommen (Suva-act. 234).



A.m Am 28. Juni 2016 wurde der Versicherte von Kreisarzt Dr. med. L.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, untersucht. In seinem Bericht vom 29. Juni 2016 kam er zum Schluss, dass hinsichtlich der Beweglichkeit der Langfinger der linken Hand ein im Vergleich zum Bericht der Klinik Z.____ fast unveränderter Befund vorliege. Auch die Beweglichkeit im linken Handgelenk sei vergleichbar mit den Befunden der Klinik Z.____. Unterschiedlich sei jedoch, dass aktuell keine Differenz in der Bemuskulung linker Unter- oder Oberarm bei seitengleichem Ober- und Unterarmumfang bestehe. Er hielt fest, dass knapp drei Jahre nach dem Unfallereignis bei schmerzbedingt scheinbar längerem Mindergebrauch der linken Hand eine deutliche Atrophie der linken Hand- bzw. Armmuskulatur links zu erwarten wäre, jedoch bestehe eine seitengleiche Bemuskulung der Arme, was auf eine gewisse Symptomausweitung hindeute. Hinweise für ein CRPS konnte er nicht erkennen. Allerdings stellte er eine Allodynie im Bereich der radialeseitigen Mittelhand fest. Als strukturell-objektivierbare Folge des Unfalls vom 22. Juli 2013 erachtete er die neurologisch festgehaltenen, fortbestehenden neuropathischen Phänomene im Sinne von Reizsyndromen, insbesondere im distalen sensiblen Nervus radialis-Ausbreitungsgebiet im Rahmen der Neurotomie. Das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen lasse sich mit den objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung nur ungenügend erklären. Unter Berücksichtigung der klinischen Untersuchung kam er zum Schluss, dass eine ausgeprägte psychische Überlagerung vorliegen dürfte (Suva-act. 235). Nach Einholung des Verlaufsberichts des Schmerzzentrums des KSSG über die Untersuchung vom 8. Juni 2016 kam Dr. L.____ am 4. Juli 2016 in einer erneuten Beurteilung zum Schluss, dass von weiteren Behandlungen der somatischen Unfallfolgen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden könne. Im Vergleich zum Befundbericht der Klinik Z.____ vom Februar 2016 habe sich bis zu seiner Untersuchung am 28. Juni 2016 keine wesentliche Verbesserung der Beweglichkeit der Finger 1 bis 3 der linken Hand ergeben. Eine weitere Schmerztherapie sei aus unfallbedingter Sicht nicht indiziert, jedoch könne bei Bedarf Neurontin 400 mg und zusätzlich ein Schmerzmittel von der Unfallversicherung vergütet werden. Wie bereits im Behandlungsbericht der Klinik Z.____ festgehalten worden sei, sei dem Versicherten eine leichte bis mittelschwere Arbeit ohne Tätigkeiten, welche die vollständige Greiffunktion, einen vollen Krafteinsatz



St.Galler Gerichte

oder eine Zwangshaltung der linken Hand erforderten, ganztags möglich. Die rechte, dominante Hand sei uneingeschränkt einsetzbar (Suva-act. 239). Aufgrund der verbliebenen Belastungsinsuffizienz der linken Hand mit Bewegungseinschränkung der Langfinger und des Handgelenks schätzte er die Integritätsentschädigung auf 7.5 % (Suva-act. 238).

A.n Mit Schreiben vom 6. Juli 2016 wurde dem Versicherten mitgeteilt, dass die Heilkosten- und Taggeldleistungen (mit Ausnahme von Schmerzmitteln und des Medikaments Neurontin 400 mg) per 31. Juli 2016 eingestellt würden. Aus unfallbedingter Sicht sei auch die Schmerztherapie im KSSG nicht mehr ausgewiesen (Suva-act. 240).

A.o Mit Verfügung vom 19. Juli 2016 wurde dem Versicherten von der Suva aufgrund einer Integritätseinbusse von 7.5 % eine Integritätsentschädigung von Fr. 9450.-- zugesprochen, während der Anspruch auf eine Invalidenrente verneint wurde (Suva-act. 241).

B.

Dagegen erhob der anwaltlich vertretene Versicherte mit Eingabe vom 26. August 2016 Einsprache, in welcher er im Wesentlichen geltend machte, dass die psychisch bedingten Faktoren nicht oder nicht abschliessend geklärt seien, weshalb eine zumutbare Erwerbstätigkeit nicht beurteilt und ein Invaliditätsgrad nicht berechnet werden könne. Er beantragte eine polydisziplinäre Begutachtung (Suva-act. 253). Die Suva wies die Einsprache mit Einspracheentscheid vom 1. Dezember 2016 ab (Suva-act. 277; act. G 1.7).

C.

C.a Gegen diesen Einspracheentscheid erhob der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer), vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Rolf Dätwyler, Winterthur, am 16. Januar 2017 Beschwerde (act. G 1). Darin beantragt er, dass der Einspracheentscheid der Suva (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) vom 1. Dezember 2016 bzw. die Verfügung vom 19. Juli 2016 aufzuheben seien und über die Ausrichtung der Invalidenrente per 1. August 2016 neu zu verfügen sei. Ferner beantragt er, dass



St.Galler Gerichte

ihm die Heilkosten- und Taggelderleistungen weiterhin auszurichten und die Kosten für die Schmerztherapie im KSSG weiterhin zu übernehmen seien. Weiter stellt er den Antrag, dass das Gutachten der Sozialversicherungsanstalt (SVA) St. Gallen abzuwarten und ihm nach Eingang des Gutachtens eine Frist zur Ergänzung der Beschwerdebegründung zu gewähren sei. Eventualiter sei ein weiteres Gutachten über seinen Gesundheitszustand anzuordnen. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen (act. G 1 S. 2).

C.b Mit Eingabe vom 21. Februar 2017 reichte die Beschwerdegegnerin die Vorakten sowie ihre Beschwerdeantwort ein (act. G 3; Suva-act. 1 ff.). Darin beantragt sie die Abweisung der Beschwerde vom 16. Januar 2017, soweit darauf einzutreten sei, und die Bestätigung des Einspracheentscheids vom 1. Dezember 2016. Ferner beantragt sie, dass das beschwerdeführerische Gesuch um Sistierung des vorliegenden unfallversicherungsrechtlichen Prozesses bis zum Abschluss der von der SVA St. Gallen in die Wege geleiteten medizinischen Begutachtung abzuweisen sei (act. G 3 S. 2).

C.c Am 14. März 2017 ordnete das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen die Fortsetzung des Schriftenwechsels an. Dabei wurde angemerkt, dass es zufolge der Belastungssituation des Gerichts ohnehin noch längere Zeit dauern werde, bis die Beschwerde konkret zur Beurteilung gelange, weshalb der Beschwerdeführer voraussichtlich auch so Gelegenheit bekomme, das erwartete Gutachten im Prozess nachzureichen (act. G 4).

C.d Der Beschwerdeführer verzichtete auf die Einreichung einer Replik (vgl. act. G 5). Zur Nachreichung des erwarteten Gutachtens kam es nicht.

C.e Mit Schreiben vom 8. September 2018 teilte der Rechtsvertreter des Versicherten mit, dass er das Mandat niedergelegt habe (act. G 6).

Erwägungen

1.



Am 1. Januar 2017 sind die revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) in Kraft getreten. Gemäss Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 werden Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor deren Inkrafttreten ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt. Vorliegend finden, nachdem ein Unfallereignis aus dem Jahr 2013 streitig ist, die bis 31. Dezember 2016 gültigen Bestimmungen Anwendung.

2.

2.1 Hinsichtlich des Anfechtungsgegenstands im vorliegenden Verfahren ist zu beachten, dass im verwaltungsgerichtlichen Beschwerdeverfahren grundsätzlich lediglich Rechtsverhältnisse zu überprüfen bzw. zu beurteilen sind, zu denen die zuständige Verwaltungsbehörde vorgängig verbindlich - in Form einer Verfügung bzw. eines Einspracheentscheids - Stellung genommen hat. Insoweit bestimmt (vorliegend) der Einspracheentscheid den beschwerdeweise weiterziehbaren Anfechtungsgegenstand. Umgekehrt fehlt es an einem Anfechtungsgegenstand und somit an einer Sachurteilsvoraussetzung, wenn und insoweit kein Einspracheentscheid ergangen ist (BGE 131 V 164 E. 2.1).

2.2 Über die Einstellung der Heilbehandlungskosten und Taggeldleistungen hat die Beschwerdegegnerin in der Mitteilung vom 6. Juli 2016 befunden (Einstellung der Leistungen per 31. Juli 2016 mit Ausnahme der Kostenübernahme für Schmerzmittel und für das Medikament Neurontin 400 mg, Suva-act. 240). Die Einstellung der vorübergehenden Versicherungsleistungen ist formwidrig erfolgt, d.h. nicht wie im Fall der Verweigerung von Versicherungsleistungen gefordert in Form einer Verfügung (vgl. dazu Art. 49 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]; Art. 124 lit. b UVV). Leistungen, Forderungen und Anordnungen, die nicht unter Art. 49 Abs. 1 ATSG fallen, können in einem formlosen Verfahren behandelt werden (vgl. Art. 51 Abs. 1 ATSG), wobei Art. 51 Abs. 2 ATSG der betroffenen Person in diesen Fällen die Möglichkeit gibt, eine Verfügung zu verlangen. Hat ein Versicherungsträger formlos und nicht mittels Verfügung in ablehnendem Sinn entschieden, kann Art. 51 ATSG, der sich nur auf das



zulässige formlose Verfahren bezieht, hingegen keine direkte Anwendung finden. Das Gesetz enthält somit für den vorgenannten Fall - Entscheid im formlosen Verfahren nach Art. 51 ATSG, der laut Art. 49 Abs. 1 ATSG in Verfügungsform hätte ergehen müssen - keine ausdrückliche Regelung. Damit das Verfahren in die gesetzlich vorgesehenen Wege gelenkt und der versicherten Person der Rechtsweg geöffnet wird, drängt sich allerdings die analoge Anwendung von Art. 51 Abs. 2 ATSG auf. Es wäre dem Beschwerdeführer somit unbenommen gewesen, eine anfechtbare Verfügung über die Leistungseinstellung zu verlangen oder der Beschwerdegegnerin auf andere Weise mitzuteilen, dass er mit der Leistungseinstellung nicht einverstanden sei, woraufhin diese eine Verfügung hätte erlassen müssen. Auch in seiner Einsprache hätte der anwaltlich vertretene Beschwerdeführer sein fehlendes Einverständnis hinsichtlich der Leistungseinstellung noch zum Ausdruck bringen können, da es ihm nicht zum Nachteil gereichen darf, dass die Beschwerdegegnerin die Leistungseinstellung formwidrig verfügt hat. Wie diese allerdings zu Recht einwendet (act. G 3 S. 4), hat sich das Prozessthema des Einspracheverfahrens auf den Rentenpunkt beschränkt (vgl. Suva-act. 253; act. G 1.7). Mit anderen Worten hat der Beschwerdeführer mit seiner Einsprache die Rentenverfügung vom 19. Juli 2016 (vgl. Suva-act. 241) angefochten, ohne die Leistungseinstellung, welche der Rentenverfügung vorausgegangen war (vgl. Suva-act. 240), zu beanstanden. Vielmehr hat er in seiner Einsprache eine polydisziplinäre Begutachtung beantragt, um seine Erwerbsfähigkeit und seinen Invaliditätsgrad für die Rentenfestsetzung abzuklären (Suva-act. 253). Damit hat er indirekt zum Ausdruck gebracht, dass er die Prüfung der Rente wünscht und somit auch mit der Leistungseinstellung, welche einer Rentenprüfung vorhergeht, einverstanden ist. Überdies ist auch die mit der Rentenverfügung vom 19. Juli 2016 zugesprochene Integritätsentschädigung, deren Prüfung ebenfalls einen Fallabschluss voraussetzt (vgl. Art. 24 Abs. 2 UVG), unangefochten geblieben (vgl. Suva-act. 253). Zudem geht aus der Einsprache nicht hervor, dass der Beschwerdeführer mit der Leistungseinstellung oder dem Zeitpunkt der Rentenprüfung nicht einverstanden sei (vgl. Suva-act. 253). Nachdem sich die Einsprache und der Einspracheentscheid nur mit dem Rentenpunkt befassen (vgl. Suva-act. 253; act. G 1.7), kann Anfechtungsgegenstand dieses Verfahrens ebenfalls nur der Rentenanspruch sein (vgl. E.2.1). Soweit der Beschwerdeführer die Weiterausrichtung der Heilkosten- und Taggeldleistungen (inklusive Weiterführung der Schmerztherapie) beantragt (vgl. act. G



1 S. 2), kann darauf nicht eingetreten werden. Folglich ist der Beschwerdeführer nicht zu hören, wenn er geltend macht, dass entsprechend neuerer Abklärungen der medizinische Endzustand allenfalls noch nicht erreicht sei (vgl. act. G 1 S. 4; vgl. im Übrigen BGE 121 V 366 E. 1b mit Hinweisen). Gegenstand des vorliegenden Verfahrens ist somit lediglich die Frage, ob die Beschwerdegegnerin zu Unrecht einen Anspruch auf eine unfallversicherungsrechtliche Invalidenrente ab dem 1. August 2016 verneint hat.

3.

3.1 Der Beschwerdeführer macht in seiner Beschwerde im Wesentlichen geltend, dass aufgrund der lückenhaften medizinischen Ergebnisse vor einer weiteren Begutachtung keine detaillierten Aussagen zu seinen Erwerbsmöglichkeiten und zu seinem Invaliditätsgrad gemacht werden könnten (act. G 1 S. 7). Er bestreitet, dass ihm aufgrund seines Zustandes eine ganztägige leichte bis mittelschwere Tätigkeit zumutbar sei. Er trage ständig eine Schiene, um seine Hand ruhig zu stellen. Bei der leichtesten Belastung, wie beispielsweise dem Schreiben am Computer schwelle seine Hand an. Er nehme zudem Schmerzmittel, was ihn in seinen kognitiven Fähigkeiten einschränke (act. G 1 S. 7). Aufgrund der ständigen Ruhighaltung der Hand sei zudem von einem erhöhten Pausenbedarf auszugehen (Suva-act. 1 S. 7). Hinsichtlich der medizinischen Abklärungen beanstandet er vor allem, dass die psychischen Umstände durch die Beschwerdegegnerin nicht angemessen überprüft worden seien (act. G 1 S. 6). Er bestreitet, dass die psychischen Störungen keine arbeitsrelevante Leistungsminderung zur Folge hätten. Dies sei durch eine interdisziplinäre Untersuchung abzuklären (act. G 1 S. 7).

3.2 Die Beschwerdegegnerin stellt sich demgegenüber insbesondere mit Verweis auf den Bericht von Dr. K.____ zur neurologischen Untersuchung vom 27. April 2016 und mit Verweis auf den Bericht vom 30. Mai 2016 über die ambulante Untersuchung in der Klinik für Hand-, Plastische und Wiederherstellungschirurgie des KSSG vom 26. Mai 2016 auf den Standpunkt, dass sich für die anhaltenden Beschwerden kein objektivierbares organisches Substrat habe finden lassen. Die vom Beschwerdeführer weiterhin geltend gemachten Beschwerden seien von psychischen bzw. von unfallfremden Faktoren geprägt (act. G 3 S. 4). Was die psychischen Probleme des



Beschwerdeführers betreffe, so fehle es an der Leistungsvoraussetzung der adäquaten Unfallkausalität (act. G 3 S. 6).

3.3 Anspruchsvoraussetzung für sämtliche Versicherungsleistungen der Unfallversicherung bildet die Unfallkausalität. Eine Leistungspflicht des Unfallversicherers besteht demnach nur für Gesundheitsschäden, die natürlich und adäquat-kausal mit einem versicherten Unfallereignis zusammenhängen (zum Ganzen BGE 129 V 181 E. 3.1 f.). Für die Beantwortung der Frage nach dem Bestehen natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin ist das Gericht in der Regel auf Angaben ärztlicher Experten oder Expertinnen angewiesen. Die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang ist demgegenüber eine Rechtsfrage, die vom Gericht nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln zu beurteilen ist (BGE 123 III 110 und 112 V 30; PVG 1984 Nr. 82, 174). Im Bereich klar ausgewiesener organischer Unfallfolgen im Sinne von nachweisbaren strukturellen Veränderungen (organisches Substrat, welches mit bildgebenden Untersuchungsmethoden [wie Röntgen, MRI, CT, EEG] nachgewiesen werden konnte) spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle. Sie ist bei ausgewiesener natürlicher Kausalität ohne weiteres zu bejahen (BGE 127 V 103 E. 5b/bb, 123 V 102 E. 3b, 118 V 291 E. 3a, 117 V 365 E. 5d/bb mit Hinweisen). Sind dagegen die Unfallfolgen organisch nicht (hinreichend) fassbar, bewirkt die Bejahung der natürlichen Kausalität nicht automatisch auch die Bejahung der adäquaten Kausalität, sondern es bedarf der Durchführung einer eigenen Adäquanzprüfung (vgl. BGE 115 V 139 E. 6). Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die beklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten oder der Expertin begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens ist grundsätzlich weder dessen Herkunft noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 352 E. 3a).

3.4 Entsprechend der Aktenlage können gewisse objektivierbare bzw. zumindest nachvollziehbare unfallkausale Restfolgen ausgemacht werden. So hält Dr. K. ___ in



ihrem Bericht zur neurologischen Konsultation mit elektrophysiologischer Untersuchung vom 27. April 2016 fest, dass die bestätigten ausgeprägten Hyperspektive Anästhesiezonen im Ausbreitungsgebiet des Nervus radialis, Ramus superficialis wie Nervus cutaneus antebrachii lateralis im Rahmen der Neurotomien erklärbar seien. Dennoch bestünden neuropathische Phänomene im Sinne von Reizsyndromen, insbesondere im distalen sensiblen Nervus radialis-Ausbreitungsgebiet offenbar fort (Suva-act. 222). Dr. L.____ bezeichnet in seinem kreisärztlichen Bericht vom 28. Juni 2016 die neurologisch festgehaltenen, fortbestehenden neuropathischen Phänomene im Sinne von Reizsyndromen, insbesondere im distalen sensiblen Nervus radialis-Ausbreitungsgebiet im Rahmen der Neurotomie, als strukturell-objektivierbare Unfallfolge (Suva-act. 235). Zudem sind dem Beschwerdeführer gewisse Bewegungseinschränkungen und eine Belastungsinsuffizienz im Bereich der linken Hand bzw. des Handgelenks geblieben (vgl. Suva-act. 238).

3.5 Gemäss Dr. L.____ lässt sich das Ausmass der physischen Einschränkungen mit den objektivierbaren pathologischen Befunden allerdings nur ungenügend erklären, weshalb er davon ausgeht, dass eine ausgeprägte psychische Überlagerung vorliegen dürfte (Suva-act. 208). Er weist auch darauf hin, dass drei Jahre nach Unfallereignis bei schmerzbedingt scheinbar längerem Mindergebrauch der linken Hand eine deutliche Atrophie der linken Hand- bzw. Armmuskulatur zu erwarten wäre, jedoch bestehe eine seitengleiche Bemuskelung der Arme, was auf eine gewisse Symptomausweitung hindeute (Suva-act. 235 S. 7). Die kreisärztliche Einschätzung stimmt darin mit der Beurteilung im Austrittsbericht der Klinik Z.____ überein, in welcher es heisst, dass das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen sich mit den objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung und bildgebenden Abklärung sowie den Diagnosen nur ungenügend erklären lasse (Suva-act. 208). Auch Dr. K.____ kommt in ihrem Bericht zur neurologischen Konsultation vom 27. April 2016 zum Schluss, dass aufgrund der Diskrepanz zwischen den vom Beschwerdeführer beklagten, erheblichen sensomotorischen Defiziten einerseits und den unauffälligen, nicht chronisch neurogen veränderten nadelmyographischen Befunden andererseits, psychiatrische Aspekte im Sinne einer inzwischen deutlich etablierten chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren interferieren würden. Hinweise auf eine fortbestehende neuropathische Schädigung hat



Dr. K.____ in ihrer Untersuchung vom 27. April 2016 denn auch nicht mehr finden können (Suva-act. 222). Eine zuvor durchgeführte MRT-Untersuchung hat ebenfalls keinen wegweisenden Befund ergeben, insbesondere keinen Hinweis auf eine Nervenkompression oder Raumforderung (Suva-act. 160). Schliesslich halten auch die Ärzte von der Klinik für Hand-, Plastische und Wiederherstellungschirurgie des KSSG in ihrem Bericht vom 30. Mai 2016 fest, dass durch Dr. K.____ kein Hinweis auf eine Nervenschädigung sowohl in den peripheren Nerven als auch radikulär habe gefunden werden können. Insgesamt könne auch sie die Diskrepanz zwischen dem neurologischen Befund und den starken Schmerzen nicht erklären. Aus handchirurgischer Sicht bestehe keinerlei weitere Möglichkeit einer Intervention (Suva-act. 229). Eine bereits kurz nach dem Unfall durchgeführte Röntgenuntersuchung hat auch keine ossären Läsionen gezeigt (Suva-act. 7). Aufgrund der umfassenden medizinischen Abklärungen und der schlüssigen sowie übereinstimmenden ärztlichen Berichte ist davon auszugehen, dass die beklagten Beschwerden nicht vollumfänglich mit den objektivierbaren Befunden erklärbar sind, sondern psychische Faktoren interferieren. Was die psychischen Probleme des Beschwerdeführers betrifft, ist die Beschwerdegegnerin zu Recht von einem fehlenden adäquaten Kausalzusammenhang zum Unfallereignis ausgegangen, da mit Blick auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung dieses Unfallereignis an sich, ohne den damit einhergehenden Komplikationen, gerade noch als leicht einzustufen ist, womit die Adäquanz entfällt (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit 1. Januar 2007 sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 17. August 2006, U 503/05, E. 3.1). Es kann auf die diesbezüglichen Ausführungen im angefochtenen Einspracheentscheid verwiesen werden (vgl. Suva-act. G 3 S. 7). Genauere Abklärungen zu den psychischen Einschränkungen, wie sie der Beschwerdeführer fordert (vgl. act. G 1 S. 6), erübrigen sich damit. Ferner ist anzumerken, dass aufgrund der Aktenlage auch nicht von einem CRPS auszugehen ist. Die Entwicklung eines CRPS ist zwar nach der zweiten Operation aufgrund einer Überwärmung der Hand und einer Verschlechterung der Beweglichkeit der Langfinger von Dr. E.____ angetönt worden (Suva-act. 92), jedoch ist im Rahmen der ambulanten Neuvorstellung des Beschwerdeführers im KSSG im November 2014 bereits festgestellt worden, dass keine vollständige Ausprägung der Budapestkriterien vorliegen würde (Suva-act. 96). Auch das Schmerzzentrum des KSSG hat die Diagnose CRPS in einem Bericht vom



18. Dezember 2014 nur differentialdiagnostisch gestellt (Suva-act. 103). Im Austrittsbericht der Klinik Z.____ ist dann eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren diagnostiziert worden (Suva-act. 208). Auch Dr. K.____ geht in ihrem Bericht vom 27. April 2016 von einer inzwischen deutlich etablierten chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren aus (Suva-act. 222). Dr. L.____ hat in seinem kreisärztlichen Bericht vom 28. Juni 2016 sodann ausdrücklich festgehalten, dass er keine Hinweise für ein CRPS hat erkennen können (Suva-act. 239).

3.6 Unter Berücksichtigung der objektivierbaren Unfallfolgen sowie den Beobachtungen bei den in der Rehabilitation durchgeführten physischen Leistungstests haben die Ärzte der Klinik Z.____, insbesondere gestützt auf medizinisch-theoretische Überlegungen im Austrittsbericht vom 18. Februar 2016 eine Zumutbarkeitsbeurteilung vorgenommen (vgl. Suva-act. 208). Sie erachten für den Beschwerdeführer eine Tätigkeit im bisherigen Beruf als Schlosser nicht mehr zumutbar, da es sich dabei um eine sehr schwere Tätigkeit mit bimanuellem Handeinsatz handle. Sie gehen in ihrer Beurteilung allerdings davon aus, dass ihm zumindest eine leichte bis mittelschwere Arbeit ohne Tätigkeiten, welche die vollständige Greiffunktion, einen vollen Kräfteinsatz oder Zwangshaltungen der linken Hand erfordern, ganztags möglich sei. Die rechte, dominante Hand sei uneingeschränkt einsetzbar (Suva-act. 208 S. 3). Die Beurteilung ist in Kenntnis und in Würdigung der umfassenden Vorakten erstellt worden (vgl. Suva-act. 208 S. 6 ff.). Sie beruht ferner auf Beobachtungen bei realen Leistungstests im Rahmen eines Rehabilitationsaufenthalts sowie auf den Ergebnissen eines bei Dr. I.____ durchgeführten handchirurgischen (vgl. Suva-act. 208 S. 3) sowie eines bei lic. phil. J.____ durchgeführten psychosomatischen Konsiliums (vgl. Suva-act. 209). Es sind auch die beklagten Beschwerden berücksichtigt worden. Sodann sind keine Anhaltspunkte ersichtlich, dass objektiv wesentliche Tatsachen in der Beurteilung nicht berücksichtigt worden wären und es gibt keine Indizien, welche gegen die Zuverlässigkeit der Einschätzung sprechen. Die Beurteilung ist noch unter dem Vorbehalt einer weiteren neurologischen und elektrophysiologischen Untersuchung zur Objektivierung der neurologischen Situation erfolgt (vgl. Suva-act. 208 S. 3). Die entsprechende Abklärung bei Dr. K.____ hat sodann aber keinen Befund ergeben, welcher an der Zumutbarkeitsbeurteilung etwas zu ändern vermag (vgl. Suva-act. 222). Ferner hat Dr.



L.____ in seiner ergänzenden ärztlichen Beurteilung vom 4. Juli 2016, nachdem er den Beschwerdeführer am 28. Juni 2016 kreisärztlich untersucht hatte (Suva-act. 235), die Zumutbarkeitsbeurteilung der Klinik Z.____ geteilt (Suva-act. 239 S. 2). Auf die Zumutbarkeitsbeurteilung kann demnach entgegen dem Einwand des Beschwerdeführers (vgl. E. 3.1) abgestellt werden. Gerade angesichts der auch von der Compliance her nur schwer durchführbaren physischen Leistungstests im Rahmen des Rehabilitationsaufenthalts ist ohnehin nicht anzunehmen, dass von einer weiteren medizinischen Beurteilung bessere Erkenntnisse hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit erlangt werden könnten (vgl. BGE 136 I 236 f. E. 5.3 mit weiteren Hinweisen).

4.

In einem nächsten Schritt ist unter Würdigung der Aussagen der ärztlichen Zumutbarkeitsbeurteilung die Frage zu beantworten, inwiefern der Beschwerdeführer seine medizinisch-theoretische Restarbeitsfähigkeit von 100 % in adaptierter Tätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt sozialpraktisch noch verwerten kann. Der Beschwerdeführer macht sinngemäss geltend, dass bei der Festlegung des zumutbaren Arbeitsmarktes auf seine Verhältnisse abgestellt werden müsse (act. G 1 S. 6). Er habe zuletzt als Hilfsschlosser bei der B.____ AG gearbeitet, habe den Jahrgang 19__ und spreche sehr schlecht Deutsch. Aus der abweisenden Rentenverfügung und dem Einspracheentscheid sei nicht ersichtlich, welche Tätigkeiten ihm weiterhin zumutbar sein sollten (act. G 1 S. 7).

4.1 Die Zumutbarkeit der Ausschöpfung der verbleibenden Arbeitsfähigkeit ist unter Annahme eines ausgeglichenen Arbeitsmarktes zu bestimmen. Der Begriff des ausgeglichenen Arbeitsmarktes gemäss Art. 16 ATSG ist ein theoretischer und abstrakter Begriff, welcher die konkrete Arbeitsmarktlage nicht berücksichtigt (BGE 134 V 70 f. E. 4.2.1). Er umschliesst einerseits ein gewisses Gleichgewicht zwischen dem Angebot von Stellen und der Nachfrage nach solchen. Andererseits bezeichnet er einen Arbeitsmarkt, der von seiner Struktur her einen Fächer verschiedenartiger Stellen offenhält, und zwar sowohl bezüglich der dafür verlangten beruflichen und intellektuellen Voraussetzungen wie auch hinsichtlich des körperlichen Einsatzes (BGE 110 V 276 E. 4b; Urteil des Bundesgerichts vom 28. November 2014, 9C_485/2014, E. 2.2; Urteil des EVG vom 3. Dezember 2003, I 349/01, mit Hinweisen). Der



ausgeglichene Arbeitsmarkt umfasst auch sogenannte Nischenarbeitsplätze, also Stellen- und Arbeitsangebote, bei welchen mit einem sozialen Entgegenkommen von Seiten des Arbeitgebers gerechnet werden kann (Urteil des Bundesgerichts vom 28. November 2014, 9C_485/2014, E. 2.2 mit Hinweis auf Urteil vom 29. August 2007, 9C_95/2007, E. 4.3). Von einer Arbeitsgelegenheit kann allerdings nicht mehr gesprochen werden, wenn die zumutbare Tätigkeit nur in so eingeschränkter Form möglich ist, dass sie der ausgeglichene Arbeitsmarkt praktisch nicht kennt oder sie nur unter nicht realistischem Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers möglich wäre und das Finden einer entsprechenden Stelle daher von vornherein als ausgeschlossen erscheint (Urteil des Bundesgerichts vom 28. April 2010, 8C_1050/2009, E 3.3 mit weiteren Hinweisen).

4.2 Der Zumutbarkeitsbeurteilung ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer seine linke Hand grundsätzlich noch einsetzen kann, wenn auch mit gewissen Einschränkungen. Ferner ist anzumerken, dass es sich bei der beeinträchtigten linken Hand um die adominante Hand des Beschwerdeführers handelt. Die rechte, dominante Hand ist uneingeschränkt einsetzbar (vgl. Suva-act. 208 S. 3). Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung wird davon ausgegangen, dass der ausgeglichene Arbeitsmarkt sogar für Personen, welche funktionell als Einarmige zu betrachten sind und überdies nur noch leichte Arbeiten verrichten können, genügend realistische Betätigungsmöglichkeiten bietet, wobei beispielsweise an einfache Überwachungs-, Prüf- und Kontrolltätigkeiten zu denken ist (Urteil des Bundesgerichts vom 8. September 2009, 8C_207/2009, E. 3.2, mit Hinweisen auf mögliche Berufsfelder). Umso mehr muss das für Personen gelten, die weniger gravierende Einschränkungen aufweisen. Dass der Beschwerdeführer schlecht Deutsch spricht oder bisher als Hilfsschlosser gearbeitet hat, wie er es geltend macht (vgl. act. G 1 S. 7), schliesst eine Arbeitsaufnahme auf dem ausgeglichenen theoretischen Arbeitsmarkt nicht aus, da dieser entsprechend der obigen Definition eben gerade auch verschiedenartige Stellen für Hilfsarbeiter bereithält. Unter Berücksichtigung sämtlicher Umstände und der zitierten Rechtsprechung des Bundesgerichts ist somit davon auszugehen, dass die unfallbedingten Einschränkungen - bezogen auf den ausgeglichenen Arbeitsmarkt - eine Verwertbarkeit der 100%igen Arbeitsfähigkeit nicht ausschliessen.



Ist die versicherte Person infolge des Unfalls zu mindestens 10 % invalid (Art. 8 ATSG), so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Gemäss Art. 16 ATSG wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrades 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 (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen).

5.1

5.1.1 Für das Valideneinkommen ist massgebend, was die versicherte Person aufgrund ihrer beruflichen Fähigkeiten und ihrer persönlichen Umstände nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit im massgebenden Zeitpunkt des allfälligen Rentenbeginns verdient hätte, wenn sie nicht invalid geworden wäre. Dabei ist in der Regel vom zuletzt – d.h. grundsätzlich vor dem Beginn der unfallbedingten ganzen oder teilweisen Arbeitsunfähigkeit – erzielten Verdienst auszugehen (BGE 130 V 349 E. 3.4.2, 139 V 30 E. 3.3.2, je mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts vom 18. März 2015, 8C_590/2014, E. 5.1).

5.1.2 Die in der Verfügung vom 19. Juli 2016 durch die Beschwerdegegnerin vorgenommene Festlegung des jährlichen Valideneinkommens auf Fr. 56'119.--, welches sich auf die Angaben der früheren Arbeitgeberin bezüglich des hypothetischen Jahreslohns des Beschwerdeführers stützt (Suva-act. 215), ist nicht zu beanstanden und es kann darauf abgestellt werden. Auch der Beschwerdeführer wendet gegen die Berechnung des Validenlohns nichts ein (vgl. act. G 1).

5.2

5.2.1 Mit der Berechnung des Invalideneinkommens ist der Beschwerdeführer nicht einverstanden. Es sei ihm nicht zumutbar, ein Erwerbseinkommen in der Höhe von Fr. 56'995.-- zu erzielen. Die Beschwerdegegnerin habe zwar einen leidensbedingten Abzug von 15 % berücksichtigt, jedoch sei dieser aufgrund der starken Schmerzen eher auf 25 % zu erhöhen (act. G 1 S. 7).



5.2.2 Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in der die versicherte Person konkret steht. Ist kein solch tatsächlich erzieltetes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können entweder LSE-Tabellenlöhne oder die DAP-Zahlen herangezogen werden (BGE 129 V 457 E. 4.2.1 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts vom 6. Januar 2010, 8C_579/2009, E. 2.1). In welchem Umfang ein Abzug vom Tabellenlohn zu gewähren ist, hängt nach der Rechtsprechung von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (etwa leidensbedingte Einschränkung, Alter und Beschäftigungsgrad), die nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen sind, wobei der maximal zulässige Abzug auf 25 % festzusetzen ist. Eine schematische Vornahme des Tabellenlohnabzugs ist unzulässig (BGE 126 V 79 E. 5b, 129 V 481 E. 4.2.3 mit Hinweisen).

5.2.3 Wie bereits ausgeführt, ist davon auszugehen, dass dem Beschwerdeführer auf dem ausgeglichenen allgemeinen Arbeitsmarkt immer noch genügend Betätigungsmöglichkeiten offenstehen. Seine linke Hand weist zwar Beeinträchtigungen auf, jedoch ist sie laut Zumutbarkeitsbeurteilung nicht völlig unbrauchbar, während die rechte dominante Hand noch uneingeschränkt eingesetzt werden kann (vgl. Suva-act. 208 S. 3). Angesichts dieser Umstände erscheint der von der Beschwerdegegnerin in der Verfügung vom 19. Juli 2016 vorgenommene Tabellenlohnabzug von 15 % als angemessen. Das in der gleichen Verfügung unter Berücksichtigung dieses Abzugs und gestützt auf die Tabelle TA 1 der vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen schweizerischen Lohnstrukturerhebung 2014 (LSE 2014) für die im Kompetenzniveau 1 beschäftigten Männer (unter Berücksichtigung einer Teuerung von 0.4/0.5 % und hochgerechnet auf eine Arbeitswoche von 41.7 Stunden) ermittelte Invalideneinkommen von gerundet Fr. 56'995.-- ist ebenfalls nicht zu beanstanden (vgl. Suva-act. 241 S. 2).

5.3 Vorliegend steht dem ermittelten Valideneinkommen von Fr. 56'119.-- ein ermitteltes Invalideneinkommen von Fr. 56'995.-- gegenüber. Demnach ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente der Beschwerdegegnerin zu verneinen.



6.

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde gegen den Einspracheentscheid vom 1. Dezember 2016 abzuweisen, soweit darauf einzutreten ist. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Ausgangsgemäss hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung.

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf eingetreten wird.

2.

Es werden keine Gerichtskosten erhoben.