



Fall-Nr.: UV 2010/68
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: UV - Unfallversicherung
Publikationsdatum: 27.03.2020
Entscheiddatum: 03.05.2011

Entscheid Versicherungsgericht, 03.05.2011

Art. 6 UVG: Verneinung natürlich kausaler Unfallrestfolgen über den Teilverlust des Daumenendglieds der linken Hand hinaus; Verneinung der adäquaten Kausalität hinsichtlich einer psychischen Komponente. Art. 18 Abs. 1 UVG: schlüssige kreisärztliche Beurteilung betreffend Arbeitsfähigkeitsgrad; Verneinung eines Rentenanspruchs nach Durchführung eines Einkommensvergleich gestützt auf die LSE. Art. 24 Abs. 1 UVG: Verneinung eines Integritätsschadens bei Teilverlust des Daumenendglieds der linken Hand. (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 3. Mai 2011, UV 2010/68)

Vizepräsident Joachim Huber, Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider und Versicherungsrichter Martin Rutishauser; Gerichtsschreiberin Vera Holenstein Werz

Entscheid vom 3. Mai 2011

in Sachen

A.____,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Werner Bodenmann, Waisenhausstrasse 17,
Postfach, 9001 St. Gallen,

gegen

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



St.Galler Gerichte

Beschwerdegegnerin,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Reto Bachmann, Schwanenplatz 4, 6004 Luzern,

betreffend

Versicherungsleistungen

Sachverhalt:

A.

A.a Der 1954 geborene A.____ war als Abkanter bei der B.____ angestellt und dadurch bei der Suva gegen die Folgen von Unfällen versichert, als er sich am 27. März 2009 bei der Arbeit den linken Daumen einklemmte (Suva-act. 1), wobei ihm die Fingerkuppe bzw. ca. 1/3 - 1/2 des Endglieds abgetrennt wurde. Die Verletzung wurde am Unfalltag in der Klinik für Orthopädische Chirurgie des Kantonsspitals St. Gallen (KSSG) operativ mit einer Nagelbettausrottung und einer VY-Plastik behandelt. Da sich im Operationsgebiet eine Nachblutung entwickelte, wurde am 1. April 2009 eine weitere Operation bzw. eine Verödung mittels Bipolar vorgenommen (Suva-act. 2, 3). Die Suva erbrachte Taggelderleistungen und kam für die Heilungskosten auf.

A.b Im ärztlichen Zwischenbericht vom 17. April 2009 informierte der Hausarzt des Versicherten, Dr. med. C.____, FMH Allgemeine Medizin, die Suva darüber, dass im Anschluss an die Nachblutung bzw. deren Behandlung an sich eine problemlose Wundheilung erfolgt sei, doch klage der Versicherte über immer stärker werdende Schmerzen, möglicherweise Phantomschmerzen. Im Heilungsverlauf spielten unfallfremde Faktoren, nämlich ein Diabetes mellitus mit. Der Zeitpunkt der Wiederaufnahme der Arbeit sei noch offen. Ein bleibender Nachteil sei aber nicht zu erwarten. Der Versicherte habe schon vor dem Unfall immer wieder angetönt, auf Grund seiner Gesamtsituation die Arbeit sistieren zu wollen. Er werde zunehmend kraftloser und müde. Der Diabetologe habe den Verdacht auf eine Polyneuropathie, Nephropathie und Retinopathie erhoben. Im Weiteren bestehe eine arterielle Hypertonie mit hypertensiver Herzkrankheit. Es sei sinnvoll, die Daumenschmerzen möglichst schnell kreisärztlich abzuklären (Suva-act. 6).



A.c Suva-Kreisarzt Prof. Dr. med. D.____, FMH Orthopädische Chirurgie, untersuchte den Versicherten am 15. Mai 2009. Im Untersuchungsbericht vom 26. Mai 2009 wies er auf eine problematische Fallentwicklung hin und empfahl einen Aufenthalt in der Rehaklinik Bellikon (Suva-act. 13). Am 17. Juni 2009 trat der Versicherte in die Klinik ein. Am 24. Juni 2009 wurde er auf eigenen Wunsch vorzeitig entlassen. Laut dem gleichentags erstelltem Austrittsbericht war unter den durchgeführten Therapien keine wesentliche Beschwerdelinderung eingetreten. Die Klinik diagnostizierte eine Fingerkuppenamputation Dig. I Hand links, einen Verdacht auf CRPS (= komplexes regionales Schmerzsyndrom und Synonym für Morbus Sudeck), eine arterielle Hypertonie (seit 1999 bekannt und medikamentös eingestellt) sowie einen insulinpflichtigen Diabetes mellitus Typ II (seit 1998 bekannt). Die Tätigkeit als Maschinenschlosser/Abkanter erachtete die Klinik als aktuell nicht zumutbar und attestierte dem Versicherten eine Arbeitsunfähigkeit von 100% ab 24. Juni 2009 (Suva-act. 20). Gestützt auf das Ergebnis eines durch die SIZ Care AG durchgeführten Case-Managements (Suva-act. 24) sowie nach Rücksprache mit Prof. D.____ (Suva-act. 28) und Vorsprache bei der Arbeitgeberin (Suva-act. 31) teilte die Suva dem Versicherten mit Schreiben vom 28. August 2009 mit, dass ihm ab 2. September 2009 eine 50%-ige Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit zumutbar sei. Seine Arbeitgeberin werde ihn jedoch entgegenkommenderweise nicht am angestammten Arbeitsplatz einsetzen, sondern ihm eine leichte Alternativtätigkeit zuweisen (Suva-act. 39). Den Arbeitsversuch vom 2. September 2009 brach der Versicherte noch am selben Tag wieder ab (Suva-act. 33), worauf ihm die Suva mit Schreiben vom 15. September 2009 mitteilte, sie halte an ihrer Arbeitsfähigkeitsschätzung fest (Suva-act. 34). Einen zweiten, am 18. September 2009 begonnenen Arbeitsversuch, brach der Versicherte am 21. September 2009 ab (Suva-act. 39). Am 6. Oktober 2009 fand eine weitere kreisärztliche Untersuchung durch Prof. D.____ statt. Im Untersuchungsbericht vom 7. Oktober 2009 hielt dieser an der zumutbaren Arbeitsfähigkeit von 50% ab 2. September 2009 fest und wies auf eine geplante MRT-Untersuchung des linken Daumens zum Ausschluss eines Neuroms hin (Suva-act. 43). Bei der kernspintomographischen Untersuchung im Rodiag Diagnostic Center St. Gallen vom 7. Oktober 2009 zeigte sich ein diskretes kleinfleckiges Ödem in der Basophalanx und der Telephalanx mit umgebender Weichteilschwellung und mehr diffusem Enhancement nach Gadolinium-Applikation. Ein Neurom liess sich nicht nachweisen.



St.Galler Gerichte

Aspektmässig wurden jedoch die Befunde als mit einem Morbus Sudeck/CRPS vereinbar betrachtet (Suva-act. 44), worauf am 17. Dezember 2009 eine rheumatologische Untersuchung im Departement Innere Medizin, Rheumatologie/ Rehabilitation des KSSG (nachfolgend Rheumatologie des KSSG) durchgeführt wurde. Sowohl die klinische als auch die röntgenologische Untersuchung ergaben jedoch keine wegweisenden Befunde für ein CRPS. Als Verdachtsdiagnose wurde wegen der klinisch vorhandenen Druckdolenz im Bereich des MCP III palmar bei Streckdefizit des Kleinfingers und der Begleitdiagnose eines Diabetes mellitus hingegen ein Morbus Dupuytren der linken Hand gestellt (Suva-act. 57). Am 5. Februar 2010 nahm Prof. D.____ zu den Fragen einer Steigerung der Arbeitsfähigkeit sowie der Durchführung weiterer medizinischer Behandlungen Stellung (Suva-act. 58). Gestützt darauf teilte die Suva dem Rechtsvertreter, Rechtsanwalt lic. iur. W. Bodenmann, St. Gallen, mit Schreiben vom 8. Februar 2010 mit, dass in Bezug auf die Fingerverletzung links einer Steigerung der Arbeitsfähigkeit auf 100% nichts im Wege stehe. Von Seiten der reinen Unfallfolgen sei dem Versicherten ab 15. Februar 2010 eine volle Arbeitsfähigkeit zumutbar (Suva-act. 59).

A.d Nachdem sich der Rechtsvertreter des Versicherten mit Schreiben vom 23. Februar 2010 gegen diese Arbeitsfähigkeitsschätzung stellte (Suva-act. 62), nahm die Suva nochmals mit Prof. D.____ Rücksprache (Suva-act. 63). Gestützt auf dessen Beurteilung vom 9. März 2010 stellte die Suva mit Verfügung vom 1. April 2010 die Versicherungsleistungen für die Folgen des Unfalls vom 27. März 2009 per 15. Februar 2010 ein. Eine weitere medizinische Behandlung der Unfallfolgen sei nicht mehr notwendig. Die jetzt noch geklagten Beschwerden seien organisch als Folge des erlittenen Unfalls nicht mehr erklärbar. Allenfalls seien psychische Gründe dafür verantwortlich. Hinsichtlich solcher sei jedoch ein adäquater Kausalzusammenhang mit dem Unfall zu verneinen. Mangels Vorliegens kausaler Unfallfolgen bestehe auch kein Anspruch auf weitere Geldleistungen der Suva in Form einer Invalidenrente und/oder Integritätsentschädigung (Suva-act. 66).

B.

Die gegen diese Verfügung erhobene Einsprache vom 11. Mai 2010 (Suva-act. 68) wies die Suva mit Einspracheentscheid vom 16. Juli 2010 ab (Suva-act. 72).



C.

C.a Gegen diesen Einspracheentscheid richtet sich die von Rechtsanwalt Bodenmann für den Versicherten am 13. September 2010 erhobene Beschwerde. Er beantragt die Aufhebung der Verfügung vom 1. April 2010 bzw. des Einspracheentscheids vom 16. Juli 2010 sowie die Verpflichtung der Beschwerdegegnerin zur Ausrichtung der dem Beschwerdeführer auch ab dem 16. Februar 2010 zustehenden Leistungen und einer Integritätsentschädigung von mindestens 5%. Eventualiter sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, weitere medizinische Abklärungen in die Wege zu leiten, unter Kosten- und Entschädigungsfolge.

C.b Mit Beschwerdeantwort vom 17. November 2010 beantragte die Beschwerdegegnerin Abweisung der Beschwerde.

C.c Mit Replik vom 9. Dezember 2010 bestätigte der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers seine Anträge. Die Beschwerdegegnerin verzichtete mit Schreiben vom 21. Dezember 2010 auf die Einreichung einer Duplik.

C.d Auf die weiteren Begründungen und Ausführungen in den einzelnen Rechtsschriften bzw. medizinischen Akten wird, soweit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Erwägungen:

1.

Anfechtungsgegenstand des vorliegenden Verfahrens bildet der Einspracheentscheid vom 16. Juli 2010 (Suva-act. 72). Diesem liegt die Verfügung vom 1. April 2010 zu Grunde (Suva-act. 66). Die Beschwerdegegnerin stellt darin insbesondere fest, dass aufgrund der Abklärungen die noch geklagten Beschwerden organisch als Folge des erlittenen Unfalls nicht hinreichend nachweisbar seien. Für allfällige psychische Gründe verneint die Beschwerdegegnerin sodann nach Prüfung der massgebenden Kriterien nach BGE 115 V 133 die Adäquanz und stellt daher die Versicherungsleistungen per 15. Februar 2010 ein. Eingestellt werden die bisher erbrachten Versicherungsleistungen, wobei es sich um Heilkosten- und Taggeldleistungen



handelte. Die Einstellung bezieht sich mithin konkret auf diese Leistungsarten. Die Verfügung bzw. der Einspracheentscheid enthält aber auch die Ablehnung einer allfälligen Berentung und Integritätsentschädigung. So hat die Beschwerdegegnerin im Weiteren verfügt, dass kein Anspruch auf weitere Geldleistungen der Beschwerdegegnerin in Form einer Invalidenrente und/oder Integritätsentschädigung bestehe. Begründet wird dies - zumindest in der Verfügung - mit der Verneinung der (adäquaten) Kausalität zwischen den geklagten Beschwerden und dem Unfallereignis vom 27. März 2009, welche es nachfolgend materiellrechtlich zu prüfen gilt. Sollte im Beschwerdeverfahren die Kausalität bzw. das Vorliegen unfallkausaler Gesundheitsschäden bejaht werden, wäre im Weiteren zu prüfen, welche Leistungen dem Beschwerdeführer zuzusprechen wären.

2.

2.1 Anspruchsvoraussetzung für jegliche Leistungen der Unfallversicherung bildet die Unfallkausalität. Der Unfallversicherer ist demnach nur für Gesundheitsschäden leistungspflichtig, die natürlich- und adäquatkausal mit einem versicherten Unfallereignis zusammenhängen (A. Rumo-Jungo, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 3. Aufl. Zürich 2003, S. 42 ff.). Während es Aufgabe der Ärztin oder des Arztes ist, den natürlichen Kausalzusammenhang zu beurteilen, obliegt es dem Gericht, die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang zu beantworten (PVG 1984 Nr. 82, 174). Bei physischen Unfallfolgen spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der aus dem natürlichen Kausalzusammenhang sich ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle (SVR 2000 UV Nr. 14 S. 45). Besondere Regeln hat die Rechtsprechung für die Beurteilung der Adäquanz psychischer Fehlentwicklungen nach einem Unfall aufgestellt. Danach ist die Frage nach der generellen Eignung eines Unfallereignisses, eine psychisch bedingte Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit zu bewirken, aufgrund einer Würdigung der Gesamtheit der Umstände vor und nach dem Unfall zu beurteilen (BGE 115 V 136 E. 4d). Die Beschwerdegegnerin hat die diesbezüglichen Grundsätze in E. 4a des angefochtenen Einspracheentscheids zutreffend dargelegt. Im konkreten Fall massgebend sind die Adäquanzkriterien bei psychischen Unfallfolgen, da weder ein Schleudertrauma noch eine vergleichbare Verletzung vorliegt (BGE 115 V 140 E. 6c/aa).



2.2 Die Beschwerdegegnerin erbrachte die gesetzlichen Leistungen für die Folgen des Unfalls vom 27. März 2009 und anerkannte ihre Leistungspflicht für die Amputation des Endglieds des linken Daumens. Wenn sie nun geltend macht, ab dem 16. Februar 2010 sei der Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom 27. März 2009 und den geklagten Beschwerden nicht mehr gegeben, so ist darauf hinzuweisen, dass die Leistungspflicht des Unfallversicherers erst entfällt, wenn das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen ist. Die blossе Möglichkeit gänzlich fehlender Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast beim Unfallversicherer (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 f. E. 3b).

3.

3.1 Streitig ist zunächst die Frage, inwieweit beim Beschwerdeführer über das Datum der Leistungseinstellung (15. Februar 2010) hinaus organische Unfallrestfolgen vorliegen. Während die Beschwerdegegnerin solche verneint, macht der Beschwerdeführer eine schmerzhaftе Überempfindlichkeit des linken Daumens, Beschwerden in der linken Hohlhand sowie ein Streckdefizit des kleinen Fingers der linken Hand geltend.

3.2

3.2.1 Für die Annahme unfallkausaler somatischer Restfolgen wird im Regelfall eine strukturelle Läsion bzw. eine schlecht verheilte strukturelle Läsion als objektivierbares Korrelat verlangt. Liegt kein solches vor, wird häufig davon ausgegangen, dass der Schmerz durch eine psychische Komponente unterhalten wird. Darüber hinaus gibt es aber auch anerkannte unfallkausale Schmerzsyndrome, wie das CRPS bzw. den Morbus Sudeck, die auftreten, obwohl die Verheilung einer strukturellen Läsion grundsätzlich günstig verlaufen ist (vgl. dazu Alfred M. Debrunner, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl. Bern 2002, S. 695 ff.).



3.2.2 Unbestritten und in den medizinischen Akten belegt ist, dass dem Beschwerdeführer beim Unfall vom 27. März 2009 ca. 1/3 - 1/2 des Endglieds des linken Daumens abgetrennt wurde (Suva-act. 3). Grundsätzlich stellt die Verkürzung eines Fingers eine strukturelle Unfallrestfolge, insbesondere auch im Bereich der Weichteile, dar, die jedoch nicht zwingend von einer Schmerzproblematik begleitet sein muss. Aus den medizinischen Akten geht einheitlich hervor, dass die Amputationsverletzung des Endglieds Dig. I der linken Hand ordentlich verheilt ist. Rein strukturell konnten offensichtlich keine Verletzungsfolgen erhoben werden, die ursächlich für die geklagte Hypersensibilität wären (Suva-act. 3, 6, 9, 43). Entsprechend hielt Prof. D.____ in seiner Beurteilung vom 9. März 2010 fest, dass - nachdem eine Heilung der Weichteilwunden und des Knochens der Endphalange eingetreten sei - regelhaft von einer Heilung auszugehen sei, es sei denn, Komplikationen hätten sich eingestellt. Solche Komplikationen bzw. entscheidende Schmerzgeneratoren, die im Bereich von Fingerverletzungen bekannt seien, wären zum Beispiel eine Neuromentwicklung oder der Morbus Sudeck. Beides konnte jedoch - wie von Prof. D.____ bestätigt - durch entsprechende Untersuchungen - eine kernspintomographische und eine rheumatologische - ausgeschlossen werden (Suva-act. 44, 57, 63).

3.2.3 Zusammenfassend ist demnach davon auszugehen, dass zwischen dem Unfall und der geklagten Hypersensibilität der Daumenkuppe aufgrund der vorliegenden Akten kein überwiegend wahrscheinlicher natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Da die Beschwerdegegnerin nicht den Nachweis zu erbringen hat, welche unfallfremden Ursachen für die anhaltenden Beschwerden verantwortlich sind, kann von weiteren Abklärungen abgesehen werden (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 329 E. 3b; Urteile des Bundesgerichts [bis 31. Dezember 2006 Eidgenössisches Versicherungsgericht; EVG] vom 29. April 2008 i/S T., E. 3.1 [8C_465/200], vom 16. August 2007 i/S G., E. 4.1 [U 104/06] und vom 18. Dezember 2003 i/S Z., E. 3.2 [U 258/02]).

3.3 Hinsichtlich der Beschwerden in der Hohlhand sowie des Streckdefizits des linken Kleinfingers kann ebenfalls nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit von Unfallfolgen gesprochen werden. Solche lassen sich auch nicht aus der von der Rheumatologie des KSSG im Bericht vom 17. Dezember 2009 gestellten Verdachtsdiagnose eines Morbus Dupuytren ableiten (Suva-act. 57). Eine



Verdachtsdiagnose stellt lediglich eine Vermutung dar und ist eine Form von Diagnose, die nicht auf abgesicherten Fakten beruht, sondern auf unvollständigen oder nicht verifizierten Informationen, die vom Arzt z.B. im Rahmen der Anamnese gesammelt werden. Insofern vermag sie bereits definitionsgemäss nicht dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu genügen. Entsprechend verhält es sich auch mit der Erklärung der Rheumatologie des KSSG, wonach die klinisch vorhandene Druckdolenz im Bereich des MCP III palmar bei vorhandenem Streckdefizit des Kleinfingers sowie der Begleitdiagnose eines Diabetes mellitus auch an einen beginnenden Morbus Dupuytren habe denken lassen. Als mögliche Ursache wird nicht das Trauma vom 27. März 2009, sondern die unfallfremde Gesundheitsstörung des Diabetes mellitus angeführt. Eine traumatische Ursache liegt bei einem Morbus Dupuytren auch in keiner Weise im Vordergrund. Dessen genaue Ursache ist unklar. Er wird aber oft vererbt. Auch ist insbesondere gerade ein Zusammenhang mit der beim Beschwerdeführer vorliegenden Zuckerkrankheit bekannt (Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch 2011, 262. Aufl., S. 505 f.; <http://www.iatrum.de/dupuytren.html>, Abfrage vom 24. März 2011). Die Wahrscheinlichkeit einer Unfallkausalität des Morbus Dupuytren ist damit sowohl angesichts des Vorliegens einer blossen Verdachtsdiagnose als auch des Umstands, dass eine traumatische Verursachung in keiner Weise belegt ist, nicht erstellt. Die Empfehlung der Rheumatologie des KSSG zur Vorstellung in einer Schmerzprechstunde wurde sodann mit Blick auf die Gesamtsituation erteilt, um interdisziplinär die Beschwerdekongstellatation des Beschwerdeführers - also nicht nur die Beschwerden in der Hohlhand - anzugehen. Eine ursächliche Zuordnung bzw. ein Hinweis auf die Notwendigkeit der Abklärung allfälliger Unfallrestfolgen ist daraus nicht abzuleiten. Es ist eine Tatsache, dass der Beschwerdeführer eine Schmerzproblematik beklagt, für welche eine Vorstellung in einer Schmerzprechstunde durchaus zweckmässig erscheint. Dabei steht nicht die Prüfung der Ursächlichkeit der Schmerzen, sondern deren Behandlung im Vordergrund. Gegen einen natürlichen Kausalzusammenhang sprechen ausserdem die unmittelbaren Verletzungsfolgen des Unfallereignisses. Sowohl in der Unfallmeldung vom 3. April 2009 (Suva-act. 1) als auch in den echtzeitlichen medizinischen Akten ist einzig von einem Einklemmen des linken Daumens und der Daumenkuppenamputationsverletzung bzw. diesbezüglicher Schmerzen die Rede. Dass beim Unfall vom 27. März 2009 auch die Mittelhand eingeklemmt gewesen sein



soll, wurde vom Beschwerdeführer erstmals anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung vom 15. Mai 2009 erkennbar gemacht. Sie sei damals blau verfärbt gewesen (Suva-act. 13). Ein entsprechender Befund ist den ereignisnahen medizinischen Akten jedoch nicht zu entnehmen. Anlässlich der Untersuchung in der Rheumatologie des KSSG vom 17. Dezember 2009 wurde die linke Hand röntgenologisch untersucht, wobei sich ein normales Handskelett ohne Nachweis weiterer ossärer Läsionen zeigte (Suva-act. 57). Soweit der Beschwerdeführer geltend macht, er habe bis zum besagten Ereignis während 15 ½ Jahren bei der B.____ gearbeitet, ohne dass er jemals auch nur annähernd unter identischen Beschwerden gelitten hätte, ist festzuhalten, dass sich daraus nichts ableiten lässt, denn es handelt sich um eine beweismässig untaugliche "post hoc ergo propter hoc"-Begründung. Eine gesundheitliche Schädigung kann gemäss ständiger Praxis nicht schon deshalb als durch einen Unfall verursacht gelten, weil sie nach diesem aufgetreten ist (BGE 119 V 341 f. E. 2b/bb; Alfred Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, Bern 1989, S. 460 N 1205). - Insgesamt ist mithin die Wahrscheinlichkeit eines Zusammenhangs des Unfallereignisses mit den geklagten Beschwerden in der linken Hohlhand und dem Streckdefizit des linken Kleinfingers nicht erstellt.

3.4 Aufgrund der obigen Erwägungen können die geklagte Hypersensibilität des linken Daumens, die Beschwerden in der linken Hohlhand sowie das Streckdefizit des linken Kleinfingers nicht als überwiegend wahrscheinliche Unfallrestfolgen anerkannt werden. Als organische Restfolge ist im Zeitpunkt der Leistungseinstellung einzig die Abtrennung eines Teils des Endglieds des linken Daumens nachgewiesen.

4.

4.1 Zu prüfen bleibt sodann, ob die Beschwerdegegnerin für eine psychische Gesundheitsschädigung leistungspflichtig ist.

4.2 Im Untersuchungsbericht der Rheumatologie des KSSG ist zwar eine psychische Problematik in Form einer seit dem Unfall progredienten Traurigkeit und eines Gefühls des Gestresstseins umschrieben (Suva-act. 57). Eine psychiatrische Beurteilung dieser Problematik oder ihrer - auch unter Berücksichtigung des im ärztlichen Zwischenbericht von Dr. C.____ vom 17. April 2009 ausgedrückten Vorzustands (Suva-



act. 6) - natürlichen Kausalität zum Unfallereignis vom 27. März 2009, liegt jedoch nicht vor. Nachdem aber - wie nachfolgend zu zeigen sein wird - das Bestehen des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen allfälligen psychischen Beschwerden und dem Unfall vom 27. März 2009 ohnehin zu verneinen ist, ergibt sich diesbezüglich kein Klärungsbedarf.

4.3 Laut Unfallmeldung (Suva-act. 1) und Arztberichten (Suva-act. 2, 3) klemmte sich der Beschwerdeführer am 27. März 2009 beim Abkanten den linken Daumen ein, wobei ihm die Fingerkuppe bzw. ca. 1/3 - 1/2 des Endglieds abgetrennt wurde. Ein solcher Unfall ist nach der Praxis des EVG bzw. Bundesgerichts aufgrund des augenfälligen Geschehensablaufs klarerweise den mittelschweren Unfällen zuzuordnen (vgl. zur Kasuistik Alexandra Rumo-Jungo, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 3. Aufl. Zürich 2003, S. 57 ff.). Diese Einstufung wird auch von den Verfahrensparteien vertreten.

4.4

4.4.1 Der Umstand, dass sich der Beschwerdeführer laut Unfallmeldung nicht mehr daran erinnern kann, wie der Unfall vom 27. März 2009 genau passierte, lässt gerade nicht auf besonders dramatische Begleitumstände oder eine besondere Eindrücklichkeit des Unfalls schliessen. Eine posttraumatische psychische Belastung zeichnet sich insbesondere durch ein häufiges und intensives Wiedererleben des Unfallgeschehens bzw. ein Erinnern aus (vgl. dazu auch Pschyrembel, a.a.O., S. 247: posttraumatische Belastungsstörung). Insofern erscheint die gegenteilige Argumentation des Beschwerdeführers wenig nachvollziehbar.

4.4.2 Was die beim Unfall erlittene Verletzung anbelangt, so lag mit Bezug auf den rechten Daumen sicher keine leichte, aber auch keine ausgesprochen schwere Verletzung vor. Gewisse Unfallrestfolgen sind wohl nachgewiesen bzw. werden eingeräumt, doch können auch diese nicht als schwer bezeichnet werden. Insbesondere können ihre Auswirkungen nicht als gravierend gelten (vgl. E. 3 und nachfolgende E. 6.3). Der Verlust eines Teils einer Fingerkuppe kann zudem schliesslich nicht als erfahrungsgemäss geeignet bezeichnet werden, psychische Fehlentwicklungen auszulösen.



4.4.3 Die versicherte Person hat solange Anspruch auf die zweckmässige Behandlung (Art. 10 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [UVG; SR 832.2]) der Unfallfolgen, als von ihrer Fortsetzung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustands erwartet werden kann (Art. 19 Abs. 1 UVG e contrario). Am Unfalltag vom 27. März 2009 erfolgte die operative Behebung der unmittelbaren Unfallfolgen mit einer Nagelbettausrottung sowie einer VY-Plastik. Im Anschluss an die Operation stellte sich aus dem Operationsgebiet eine Nachblutung ein, die am 1. April 2009 durch Verödung problemlos gestoppt werden konnte (Suva-act. 2). Nachfolgend befand sich der Beschwerdeführer zunächst unter Kontrolle in den Kliniken für Orthopädische Chirurgie sowie für Hand-, Plastische- und Wiederherstellungschirurgie (nachfolgend Klinik für Handchirurgie) des KSSG und anschliessend seines Hausarztes. Die Klinik für Handchirurgie des KSSG ging in ihrem Arzteugnis vom 20. April 2009 von einem wahrscheinlichen Behandlungsabschluss Mitte Mai 2009 aus (Suva-act. 12). Anlässlich seiner Untersuchung vom 15. Mai 2009 stellte Prof. D.____ dem Beschwerdeführer sodann den möglichen Aufenthalt in der Rehaklinik Bellikon vor, der dann auch angetreten, aber bekanntlich auf Wunsch des Beschwerdeführers vorzeitig wieder abgebrochen wurde (Suva-act. 13, 20). Dr. C.____ führte im ärztlichen Zwischenbericht vom 5. August 2009 keine Therapievorschläge an; allenfalls sei nochmals eine kreisärztliche Untersuchung notwendig. Dass er bei der Frage nach der voraussichtlichen Dauer der Behandlung "dauernd" anmerkte, kann angesichts der fehlenden Therapievorschläge sowie der Angabe des im Heilungsverlauf mitspielenden unfallfremden Faktors Diabetes mellitus nicht als Aussage mit Bezug auf die unfallkausale Daumenverletzung betrachtet werden (Suva-act. 27). Für die Bemessung der unfallbedingten Behandlungsbedürftigkeit können lediglich die unfallkausalen somatischen Beeinträchtigungen mit einbezogen werden. Anlässlich der Untersuchung vom 6. Oktober 2009 machte zwar auch Prof. D.____ keine Therapievorschläge, doch war ihm zum damaligen Zeitpunkt noch nicht klar, ob der Beschwerdeführer allenfalls unter einem Neurom oder einem Morbus Sudeck leiden würde. Diese beiden Gesundheitsschäden konnten jedoch später durch entsprechende Untersuchungen ausgeschlossen werden (Suva-act. 43, 44, 45, 57). Im ärztlichen Zwischenbericht vom 6. November 2009 sprach Dr. C.____ erneut von einer wahrscheinlich noch monatelangen Dauer der Behandlung, führte dafür jedoch wiederum unfallfremde Faktoren - psychosoziale Gründe und Diabetes mellitus - an (Suva-act. 49). Am 18.



November 2009 vermerkte Prof. D.____ eine Zuweisung an die Rheumatologie des KSSG, um in Zusammenarbeit mit dem Hausarzt Therapievorschläge zu veranlassen (Suva-act. 50). Dem Untersuchungsbericht der Rheumatologie des KSSG vom 17. Dezember 2009 sind als Therapievorschläge bzw. -empfehlungen die Vorstellung in der Schmerzsprechstunde sowie die Abklärung der vom Beschwerdeführer seit dem Unfall beschriebenen progredienten Traurigkeit und des Gefühls des Gestresstseins zu entnehmen (Suva-act. 57). Nachdem jedoch in die Adäquanzbeurteilung weder unfallfremde somatische noch psychische Gesundheitsschäden einbezogen werden dürfen (vgl. dazu BGE 123 V 99 E. 2a), sind diese Therapieempfehlungen nicht zu berücksichtigen. Prof. D.____ hielt schliesslich in seinen Beurteilungen vom 5. Februar und 9. März 2010 fest, dass der Endzustand erreicht bzw. knapp elf Monate nach einer vergleichsweise geringen Verletzung im Daumenendgliedbereich der linken Hand und nach Eintreten einer Heilung der Weichteilwunden und des Knochens der Endphalange von einer regelhaften Heilung auszugehen sei, wobei der abgebrochene Rehabilitationsaufenthalt in Bellikon zweifelsohne eine Beschleunigung des Prozesses hätte bewirken können (Suva-act. 58, 63). - Angesichts der obigen Erwägungen liegt kein Sachverhalt mit einer ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung vor. Die Behandlung erschöpfte sich schon bald nach dem Unfall in der Durchführung einer ambulanten Ergotherapie sowie der hausärztlichen Medikamentenabgabe. Abklarungsmassnahmen und blossen ärztlichen Kontrollen kommt nicht die Qualität einer regelmässigen, zielgerichteten Behandlung zu (Urteil des EVG vom 27. April 2006 i/S S., E. 8.2.4 [U 393/05]). Insgesamt ist damit davon auszugehen, dass die Heilbehandlung spätestens rund elf Monate nach dem Unfall abgeschlossen war. Diese Zeitspanne kann zwar nicht ohne weiteres als kurz, aber eben auch nicht als ungewöhnlich lange bezeichnet werden, wie es für die Bejahung dieses Kriteriums praxisgemäss erforderlich wäre.

4.4.4 Sodann lag - entgegen der Auffassung des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers - auch kein schwieriger Heilungsverlauf vor. Aus dem Umstand, dass der Beschwerdeführer nach wie vor über eine Hypersensibilität des linken Daumens sowie Beschwerden in der linken Hohlhand klagt und ein Streckdefizit des linken Kleinfingers aufweist, kann ein solcher nicht abgeleitet werden. Hierbei handelt es sich, wie in E. 3 dargelegt, um gesundheitliche Störungen, die nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 27. März 2009



zurückzuführen sind. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers leitet daraus, dass im konkreten Fall ein Rehabilitationsaufenthalt in Bellikon habe durchgeführt werden müssen, einen schwierigen Heilungsverlauf ab. Ein solcher sei bei der Amputation eines Fingerendglieds normalerweise nicht erforderlich. Nachdem der Beschwerdeführer den Rehabilitationsaufenthalt bereits nach wenigen Tagen abgebrochen hat, vermag er daraus nichts abzuleiten. Die Aussage von Prof. D.____ im Untersuchungsbericht vom 7. Oktober 2009, die Amputationsverletzung vom 27. März 2009 habe einen komplizierten Verlauf genommen (Suva-act. 43), ist sodann als reine Tatsachenfeststellung zu betrachten, die unberücksichtigt lässt, inwieweit hierfür der Unfall eine Ursache bildet. Prof. D.____ verbindet seine Aussage einzig mit dem Umstand, dass die Kuppe auch bei abgeheilten Weichteilverletzungen sehr empfindlich sei. Hierbei handelt es sich jedoch um eine gesundheitliche Störung, die mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine Unfallrestfolge bildet (vgl. dazu E. 3). Selbst wenn das Kriterium eines schwierigen Heilungsverlaufs zu bejahen wäre, wäre es bei obiger Sachlage zumindest nicht in ausgeprägter Weise erfüllt. Es ist davon auszugehen, dass der Heilungsverlauf mit der Zeit durch eine allfällige psychische Komponente und/oder durch unfallfremde Gesundheitsbeeinträchtigungen beeinflusst war. Insofern können auch körperliche (unfallbedingte) Dauerschmerzen nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bejaht werden. Die geklagten Beschwerden können aus rein traumatischer Sicht nicht im geltend gemachten Ausmass erklärt werden. Eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hat, liegt nicht vor.

4.4.5 Dem Grad und der Dauer der physisch bedingten Arbeitsfähigkeit kommt schliesslich ebenfalls kein besonderes Gewicht zu, nachdem diesbezüglich in einer dem Leiden angepassten Tätigkeit ab 15. Februar 2010 wieder von einer vollen Arbeitsfähigkeit ausgegangen wurde (siehe auch nachfolgende E. 6.3).

4.5 Da somit kein einzelnes der für die Beurteilung massgebenden Kriterien in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist und sie auch nicht in gehäufte oder auffallender Weise gegeben sind, ist die Adäquanz des Kausalzusammenhangs zu verneinen. Dies hat zur Folge, dass der Unfall zwar unter Umständen eine natürlich kausale Teilursache einer zusätzlich aufgetretenen psychischen Gesundheitsstörung darstellt, diese ihm aber rechtlich nicht zugerechnet werden kann.



5.

5.1 Im Folgenden stellt sich die Frage, welche konkreten unfallversicherungsrechtlichen Leistungen dem Beschwerdeführer zustehen. Ist die versicherte Person infolge des Unfalls voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]), so hat sie Anspruch auf ein Taggeld (Art. 16 Abs. 1 UVG). Sie hat zudem Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Art. 10 UVG). Ist die versicherte Person infolge des Unfalls mindestens zu 10 Prozent invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Erleidet die versicherte Person durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen oder geistigen Integrität, so hat sie Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung (Art. 24 Abs. 1 UVG). Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustands der versicherten Person mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV) abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG). Eine Integritätsentschädigung wird gemäss Art. 24 Abs. 2 UVG mit der Invalidenrente festgesetzt oder, falls kein Rentenanspruch besteht, bei der Beendigung der ärztlichen Behandlung gewährt.

5.2 Zu prüfen ist zunächst, ab welchem Zeitpunkt über einen möglichen Rentenanspruch des Beschwerdeführers zu entscheiden bzw. ein allfälliger Anspruch auf ein Taggeld erloschen ist. Das Erreichen des medizinischen Endzustands bildet die Voraussetzung für die Prüfung der Rentenfrage. Sinngemäss geht die Beschwerdegegnerin davon aus, der medizinische Endzustand sei am 15. Februar 2010 erreicht gewesen. Entsprechend den Ausführungen in E. 4.4.3 ist dieser Standpunkt nicht zu beanstanden, und es kann vorliegend ein medizinischer Endzustand für die unfallkausale Gesundheitsschädigung am linken Daumen per 15. Februar 2010 als erreicht betrachtet werden. Fortdauernde Schmerzen ändern daran nichts. Sie geben der versicherten Person keinen Anspruch, die Weiterführung der Therapie zu verlangen (Rumo-Jungo, a.a.O., S. 145). Im Folgenden gilt es somit den Invalidenrenten- und Integritätsentschädigungsanspruch des Beschwerdeführers zu prüfen.



6.

6.1 Als invalid gilt nach Art. 8 Abs. 1 ATSG, wer voraussichtlich bleibend oder für längere Zeit in seiner Erwerbsfähigkeit beeinträchtigt ist. Erwerbsunfähigkeit ist der durch die Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Bestimmung des Invaliditätsgrads wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der unfallbedingten Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen; Art. 16 ATSG). Das Ausmass der Invalidität wird mithin durch einen Einkommensvergleich ermittelt (vgl. dazu Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2. Aufl. Zürich 2009, Rz 6 zu Art. 16).

6.2 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung - und im Beschwerdefall das Gericht - auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es dabei, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4, 115 V 134 E. 2).

6.3 In die Zumutbarkeitsbeurteilung sind, wie bereits mehrmals erwähnt, lediglich die unfallkausalen Gesundheitsschäden einzubeziehen. Als Unfallrestfolge sind der um 1/3 - 1/2 des Endglieds verkürzte linke Daumen zu berücksichtigen. Hinsichtlich der geklagten Hypersensibilität des linken Daumens, der Beschwerden in der linken Hohlhand sowie des Streckdefizits des kleinen Fingers der linken Hand ist die Kausalität zum Unfall vom 27. März 2009 zu verneinen. Gemäss Beurteilung von Prof. D. ___ vom 9. März 2010 steht der Arbeitsaufnahme bei einem nicht eingeschränkten Rendement nichts im Wege. Zumutbar seien somit alle Arbeiten, die manuell ausgeübt werden könnten mit Ausnahme solcher, bei denen Gegenstände beidhändig (kräftig) umfasst werden müssten, sowie von Tätigkeiten, die im Freien mit Kälteexposition



einhergingen (Kälteempfindlichkeit des Daumens), bei denen Material in irgendeiner Art und Weise beidhändig geknetet und mit dem Flaschengriff umfasst werden müsste und ähnliches. Die linke Hand, die nur im Bereich des Daumenendglieds verletzt worden sei, könne für die meisten Tätigkeiten vollumfänglich herangezogen werden, insbesondere wenn sie nur als Gegenhalt genutzt werde. Bei groben Arbeiten könnte der Daumen überdies durch das Anziehen eines Arbeitshandschuhs geschützt werden (Suva-act. 63). Der Kreisarzt räumt damit doch gewisse gesundheitliche Defizite im Bereich des linken Daumens in Form einer Überempfindlichkeit und Funktionseinschränkung ein, die eine angepasste Tätigkeit und Schonung erfordern. Den Arbeitsfähigkeitsgrad als solchen sieht er nicht als eingeschränkt. Angesichts der Unfallrestfolgen erscheint die Arbeitsfähigkeitsschätzung von Prof. D. ___ schlüssig und ohne weiteres nachvollziehbar. Durch die übrigen medizinischen Akten ist eine Arbeitsfähigkeit von 100% nicht in Frage gestellt. Im ärztlichen Zwischenbericht vom 6. November 2009 hielt Dr. C. ___ zwar fest, der Beschwerdeführer sei aus medizinischen Gründen zu 50% arbeitsunfähig (Suva-act. 49). Seiner Feststellung lag die frühere Arbeitsfähigkeitsbeurteilung von Prof. D. ___ vom 7. Oktober 2009 zu Grunde (Suva-act. 43). Diese wiederum basierte auf einer Funktionalitäts- bzw. Beweglichkeitsprüfung der linken Hand und den vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden. Im damaligen Zeitpunkt standen jedoch noch mögliche Unfallfolgen - ein eventuelles Neurom und ein Morbus Sudeck - zur Diskussion, die es abzuklären galt und die in der Folge im Rahmen medizinischer Untersuchungen ausgeschlossen wurden. Sie rechtfertigen deshalb keine 50%-ige Arbeitsfähigkeitseinschränkung mehr. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers erachtet es als überraschend, dass der Beschwerdeführer noch Monate nach dem Unfallereignis zu lediglich 50% arbeitsfähig geschrieben worden sei, und sodann trotz fehlender Hinweise für eine wesentliche Verbesserung seiner gesundheitlichen Situation sozusagen von einem Tag auf den andern wiederum eine volle Arbeitsfähigkeit gegeben sein solle. Der Umstand allein, dass eine versicherte Person nach einem Unfallereignis über unveränderte Beschwerden klagt, begründet jedoch nicht auch eine andauernde, unveränderte Leistungspflicht des Unfallversicherers. Die Voraussetzung hierfür bildet die Unfallkausalität der geklagten Beschwerden. Der Übergang von der Leistungspflicht des Unfallversicherers und ihrem Dahinfallen ist immer fließend und damit letztlich ein Stück weit theoretisch. Im vorliegenden Fall war indessen der Abschluss der medizinischen Untersuchungen der



möglichen Unfallrestfolgen massgeblich. Nach dem Gesagten ist beim Beschwerdeführer somit in einer adaptierten Tätigkeit, wie sie von Prof. D.____ definiert wurde, von einer 100%-igen Arbeitsfähigkeit auszugehen.

6.4 Der Beschwerdeführer erleidet durch die Unfallrestfolgen keine Erwerbseinbusse, die einen Rentenanspruch begründet. Bei der Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im massgebenden Zeitpunkt nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit im Gesundheitsfall tatsächlich verdienen würde. Die Einkommensermittlung hat so konkret wie möglich zu erfolgen. Es ist in der Regel vom letzten Lohn, welchen die versicherte Person vor Eintritt der Gesundheitsschädigung erzielt hat, auszugehen (Urteil des EVG vom 16. Mai 2001 i/S S. [I 42/01], E. 3a, mit Hinweisen). Diese Praxis wird mit der empirischen Feststellung begründet, dass die bisherige Tätigkeit im Gesundheitsfall in der Regel weitergeführt worden wäre (Urteil des EVG vom 29. August 2002 i/S .S. [I 97/00], E. 1.2). Dem Einkommensvergleich ist mithin aufgrund der Angaben der B.____ vom 3. April 2009 ein Valideneinkommen von Fr. 63'700.-- (13 x Fr. 4'900.--) zugrunde zu legen (Suva-act. 2). Für den Einkommensvergleich sind zwar grundsätzlich die Verhältnisse im Zeitpunkt des allfälligen Beginns des Rentenanspruchs (hier: 16. Februar 2010) massgebend (BGE 128 V 174 übersetzt in: Pra 2003 Nr. 62). Bei der Ermittlung der Vergleichseinkommen auf einer zeitidentischen Grundlage kann jedoch auf das Jahr 2009 abgestellt werden (vgl. dazu BGE 129 V 222, 128 V 174). Für die Bestimmung des trotz Gesundheitsschädigung zumutbarerweise noch realisierbaren Einkommens (Invalideneinkommen), ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein solches tatsächlich erzieltetes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 126 V 75, 117 V 8; ZAK 1991 S. 321). Nachdem der Beschwerdeführer offensichtlich seit Februar 2010 nicht mehr bei der B.____ tätig ist und den Akten keine Hinweise auf ein neues Arbeitsverhältnis zu entnehmen sind, ist im konkreten Fall von den Tabellenlöhnen auszugehen. Prof. D.____ hielt in seiner Beurteilung vom 9. Oktober 2009 gestützt auf die von ihm durchgeführte Untersuchung nachvollziehbar fest, dass die Funktion der



linken Hand sogar exklusive linkem Daumen für viele Verrichtungen ausreichend sei (Suva-act. 43, 45). Zu berücksichtigen ist dabei, dass die Unfallrestfolgen einen paarigen und damit grundsätzlich teilweise kompensierbaren Körperteil betreffen, eine Kompensation auch durch die restlichen vier Finger der linken Hand stattfinden kann und letztlich die adominante Hand betroffen ist. In Anbetracht dieser Umstände sowie der vom Beschwerdeführer vor dem Unfall ausgeübten, grundsätzlich ebenfalls zumutbaren Tätigkeit als Abkanter - laut B. ___ handelt es sich dabei um eine einfache Tätigkeit, bei der der linke Daumen nicht belastet wird; ca. 6 - 7 kg schwere Metallteile werden zum Abkanten in die Maschine eingeführt (Suva-act. 31) - ist für die Bestimmung des Invalideneinkommens auf die Werte der LSE 2009 des Bundesamtes für Statistik und dabei auf die Tabelle (TA) 1 (Privater Sektor), Niveau 4 (einfache und repetitive Tätigkeiten), Total für Männer, bzw. auf ein Monatsalär von Fr. 4'906.-- (Fr. 4'806.-- [2008] x 1.021 [Nominallohnentwicklung 2009]) abzustellen. Im Bereich dieses Anforderungsniveaus stehen dem Beschwerdeführer auf dem ausgeglichenen allgemeinen Arbeitsmarkt eine Vielzahl von Beschäftigungsmöglichkeiten offen und er vermag seine Arbeitsfähigkeit in vielen Branchen zu verwerten, sowohl im Sektor Produktion als auch im Sektor Dienstleistungen. Das hieraus errechnete Jahressalär von Fr. 58'872.-- basiert auf 40 Wochenstunden und ist auf die betriebsübliche durchschnittliche Arbeitszeit 2009, d.h. auf 41.7 Stunden, aufzurechnen, woraus sich ein Betrag von Fr. 61'374.-- ergibt. Ein sogenannter Leidensabzug ist hier nicht geschuldet. Weder ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer seine Erwerbsfähigkeit auf dem ausgeglichenen allgemeinen Arbeitsmarkt wegen der unfallbedingten Einschränkungen lediglich mit unterdurchschnittlichem Erfolg verwerten kann, noch haben weitere persönliche und berufliche Merkmale (Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad) Auswirkungen auf die Lohnhöhe (vgl. dazu BGE 126 V 75). Aus der Gegenüberstellung des Invalideneinkommens von Fr. 61'374.-- auf der einen und des Valideneinkommens von Fr. 63'700.-- auf der anderen Seite ergibt sich somit ein Mindereinkommen von Fr. 2'326.-- und ein Invaliditätsgrad von 4%, der keine Zusprechung einer Rente rechtfertigt.

7.



7.1 Zu prüfen bleibt der Anspruch auf eine Integritätsentschädigung. Die Beschwerdegegnerin legte im angefochtenen Einspracheentscheid (E. 5a) die rechtlichen Voraussetzungen der Ausrichtung von Integritätsentschädigungen zutreffend dar; darauf kann verwiesen werden. Während der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers die Zusprechung einer Integritätsentschädigung von mindestens 5% beantragt, verneint die Beschwerdegegnerin einen Anspruch auf eine Integritätsentschädigung.

7.2 In seiner Beurteilung vom 5. Februar 2010 führte Prof. D.____ aus, es liege ein Integritätsschaden von 0% vor, da Teile des knöchernen Endglieds des linken Daumens noch vorhanden seien. Der Kreisarzt gewichtet damit den Teilverlust des Daumenendglieds im Umfang von 1/3 - 1/2 (Suva-act. 3) in Analogie zu einem Verlust des gesamten Endglieds. Erst ein solcher wird als erheblich gewertet und hat einen Integritätsschaden von 5% zur Folge (Suva-Feinrastertabelle 3 bei einfachen oder kombinierten Finger-, Hand- und Armverlusten). Im Hinblick auf die Erheblichkeit des Integritätsschadens ist von wesentlicher Bedeutung, ob noch ein frei beweglicher Stumpf des Endglieds besteht oder dieser gänzlich fehlt (vgl. Urteil des EVG vom 12. Januar 2004 i/S T. [U 134/03]; RKUV 1997 Nr. U 278 S. 207 ff). Im Übrigen beurteilt sich die Schwere eines Integritätsschadens allein nach dem medizinischen Befund; allfällige individuelle Besonderheiten der versicherten Person bleiben unberücksichtigt (BGE 115 V 147 E. 1, 113 V 221 E. 4b mit Hinweisen). Im konkreten Fall liegt damit ein Bruchteil eines Integritätsschadens von 5% vor, womit mangels Erreichens der Erheblichkeitsgrenze kein Anspruch auf eine Integritätsentschädigung besteht. Mit Bezug auf die geklagte, über das übliche Mass hinausgehende Hypersensibilität, die Beschwerden in der linken Hohlhand, das Streckdefizit des kleinen Fingers der linken Hand sowie eine allfällige psychische Komponente entfällt mangels natürlicher bzw. adäquater Kausalität auch ein unfallbedingter Integritätsschaden. Anders gesagt, liegen damit keine konkreten Umstände vor, welche davon ausgehen liessen, dass der Richtwert von 5 % erreicht wäre.

8.

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG).



St.Galler Gerichte

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

entschieden:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.