

BGer 8C 673/2009 vom 22. März 2010

Bundesgericht, 2010-03-22, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger_8C_673_2009

FR: TF 8C 673/2009 du 22 mars 2010

IT: TF 8C 673/2009 del 22 marzo 2010

Regeste

Unfallversicherung | Unfallversicherung

Erwägungen

E. 1

Die Beschwerde kann wegen Rechtsverletzung gemäss Art. 95 f. BGG erhoben werden. Das Bundesgericht wendet das Recht von Amtes wegen an (Art. 106 Abs. 1 BGG). Immerhin prüft es, unter Berücksichtigung der allgemeinen Begründungspflicht der Beschwerde (Art. 42 Abs. 1 und 2 BGG), grundsätzlich nur die geltend gemachten Rügen, sofern die rechtlichen Mängel nicht geradezu offensichtlich sind (nicht publ. E. 1.1 des Urteils BGE 135 V 412 , aber in SVR 2010 UV Nr. 2 S. 7 [8C_784/2008]). Im Beschwerdeverfahren um die Zusprechung oder Verweigerung von Geldleistungen der Unfallversicherung ist das Bundesgericht nicht an die vorinstanzliche Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts gebunden (Art. 97 Abs. 2 und Art. 105 Abs. 3 BGG).

E. 2

Streitig und zu prüfen ist, ob der Versicherte für die Folgen des Unfalls vom 30. Mai 2005 ab 1. Januar 2007 Anspruch auf Heilbehandlungskosten bzw. eine höhere Invalidenrente und Integritätsentschädigung hat. Die Vorinstanz hat die Grundlagen über den für die Leistungspflicht des obligatorischen Unfallversicherers vorausgesetzten natürlichen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und dem Gesundheitsschaden (BGE 134 V 109 E. 2.1 S. 111 f.), die vorausgesetzte Adäquanz des Kausalzusammenhangs im Allgemeinen und bei psychischen Unfallfolgen (BGE 134 V 109 E. 2.1 und 6.1 S. 112 und 116, 115 V 133) sowie den Wegfall des ursächlichen Zusammenhangs und damit des Leistungsanspruchs der versicherten Person bei Erreichen des Status quo sine vel ante (SVR 2009 UV Nr. 3 S. 9 E. 2.2 [8C_354/2007]) zutreffend dargelegt. Gleiches gilt betreffend die Heilbehandlung (Art. 10 Abs. 1 UVG), das Taggeld (Art. 16 Abs. 1 UVG), die Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1, Art. 19 Abs. 1 UVG) und die Integritätsentschädigung (Art. 24 Abs. 1 UVG ; BGE 133 V 224 , 124 V 29), den Einkommensvergleich (Art. 16 ATSG), die Ermittlung des ohne Invalidität erzielbaren Einkommens (Valideneinkommen) und des trotz Gesundheitsschädigung zumutbarerweise noch erzielbaren Einkommens (Invalideneinkommen) nach den vom Bundesamt für Statistik in der Lohnstrukturerhebung (LSE) ermittelten Tabellenlöhnen (BGE 129 V 222 E. 4.3.1 S. 224, 472 E. 4.2.1 und 4.2.3 S. 475 und 481), den Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 134 V 109 E. 9.5 S. 125) und den Beweiswert von Arztberichten (BGE 134 V 231 f. E. 5.1). Darauf wird verwiesen.

E. 3.1

Neue Tatsachen und Beweismittel dürfen auch im Rahmen des Verfahrens um Zusprechung oder Verweigerung von Geldleistungen der Unfallversicherung (Art. 105 Abs. 3 BGG) nur soweit vorgebracht werden, als erst der Entscheid der Vorinstanz dazu Anlass gibt (Art. 99 Abs. 1 BGG ; BGE 135 V 194), was vom Beschwerdeführer näher darzulegen ist. Zu den Noven, zu deren Vorbringen erst der angefochtene Entscheid Anlass gibt, zählen insbesondere alle Umstände, die für die Anfechtung des Entscheids von Bedeutung sind (Eröffnung, Zustellung, Fristwahrung etc.), ferner Tatsachen und Beweismittel zur Begründung gewisser formellrechtlicher Mängel (Verletzung des rechtlichen Gehörs, unrichtige Besetzung der Richterbank), mit denen nicht zu rechnen war, und schliesslich tatsächliche Vorbringen und Beweismittel, die erst aufgrund einer neuen überraschenden rechtlichen Argumentation der Vorinstanz Rechtserheblichkeit erlangt haben. Dazu gehören aber nicht Tatsachenbehauptungen oder Beweismittel, welche der Beschwerdeführer im kantonalen Verfahren vorzutragen unterlassen hat, und die deshalb von der Vorinstanz auch nicht berücksichtigt werden konnten. Er kann nicht mit neuen tatsächlichen Vorbringen und Beweismitteln, die er schon vor der Vorinstanz hätte vorbringen können und müssen, nachzuweisen versuchen, dass die vorinstanzliche Sachverhaltsfeststellung unrichtig oder die Beweiswürdigung willkürlich sei. Soweit er solche Noven vorträgt, ist er demnach nicht zu hören (Urteile 8C_744/2009 vom 8. Januar 2010 E. 3.1 und 4A_36/2008 vom 18. Februar 2008 E. 4.1, je mit Hinweisen).

E. 3.2

Der Versicherte reicht letztinstanzlich neu das zu Handen der IV-Stelle erarbeitete Gutachten des Zentrums X. _____, vom 11. Dezember 2008 ein. Er bringt vor, dieses Gutachten sei ihm am 26. Juni 2009, mithin nach dem vorinstanzlichen Entscheid vom 29. Mai 2009 bekannt gegeben worden. Die vorinstanzlichen Erwägungen zur Adäquanz und zur Bemessung der Invalidität sowie des Integritätsschadens veranlassten ihn zu dessen Einreichung, was zulässig sei. Es sind keine Gründe im Sinne von Art. 99 Abs. 1 BGG ersichtlich, die den Schluss nahe legen würden, der angefochtene Entscheid habe dem Beschwerdeführer Anlass zur Einreichung des Gutachtens des Zentrums X. _____ vom 11. Dezember 2008 gegeben. Zudem macht er nicht substantiiert geltend, dass ihm die vorinstanzliche Beibringung dieses Gutachtens trotz hinreichender Sorgfalt prozessual unmöglich und objektiv unzumutbar war. Denn er legt nicht dar, weshalb er bei der IV-Stelle erst am 26. Juni 2009 die Zustellung dieses Gutachtens beantragt hatte. Nach Treu und Glauben hätte er bei ihr verlangen müssen, dass sie ihm dieses Gutachten unverzüglich nach dessen Erhalt zustelle, wenn er beabsichtigte, es allenfalls im hängigen unfallversicherungsrechtlichen Verfahren einzureichen. Das Gutachten kann mithin vorliegend nicht berücksichtigt werden.

E. 4.1

Der erstbehandelnde Arzt Dr. med. H. _____, Assistenzarzt Chirurgie, Spital Y. _____, diagnostizierte im Bericht vom 19. Juni 2005 eine Handgelenksdistorsion rechts und eine Lunatummalazie rechts. Die Ätiologie der Lunatummalazie sei ungeklärt.

E. 4.2

Dr. med. I. _____, FMH für Handchirurgie/Chirurgie, Leitender Arzt, Spital Y. _____, führte im Bericht vom 8. Juli 2005 aus, der Versicherte habe sich am 30. Mai 2005 eine Handgelenkskontusion und Distorsion mit Hyperextensionstrauma zugezogen. Die Abklärungen mit Röntgenbild und MRI hätten eine schmerzhaftes Lunatummalazie

rechts Stadium III mit beginnender Radiocarpalarthrose und Kollaps des Lunatums gezeigt. Das Handgelenk sei schwer geschädigt. Der Versicherte werde nie mehr eine volle Rehabilitation erreichen können. In der Handgelenksmanchette sei er relativ beschwerdefrei.

E. 4.3

Dr. med. E. _____, Leitender Arzt, Orthopädie/Handchirurgie, Klinik Z. _____, diagnostizierte im Bericht vom 14. September 2005 eine Lunatummalazie des rechten Handgelenks Stadium III b. Es scheine bereits eine enorme Symptomausweitung stattgefunden zu haben. Mit keiner der möglichen Behandlungsoptionen, sei es konservativer oder operativer Art, könne eine Restitutio erreicht werden.

E. 4.4

Der Arzt Dr. R. _____, Physiatr, diagnostizierte im Bericht vom 29. Dezember 2005 einen Status post contusionem traumatica articulatio radiocarpalis mani dextri; Osteoporosis circumscripta ossea carpalis dextri. Morbus Sudeckmani dextri post traumatica.

E. 4.5

Die Klinik C. _____ stellte im Austrittsbericht vom 7. Februar 2006 folgende Diagnosen: A. Am 30. Mai 2005 Hyperextensionstrauma rechtes Handgelenk, Traumatisierung einer vorher unbekanntes Lunatummalazie rechts Stadium III (MRI Klinik Hirslanden, 8. Juni 2005). B. Am ehesten Anpassungsstörung mit gemischter Störung von Gefühlen und Sozialverhalten (ICD-10: F43.25), was auch ein deutliches Symptomausweitungsverhalten mit einschliesse. Am 6. Januar 2006 wurden die Hände und am 10. Januar 2006 die Handgelenke des Versicherten geröntgt. Weiter wurde ausgeführt, es liege keine psychische Störung mit Krankheitswert vor, die eine arbeitsrelevante Leistungsminderung begründen könnte. Aus unfallkausaler funktionell-somatischer Sicht sei der Versicherte in der angestammten Tätigkeit als Mauer-Vorarbeiter zu 100 % arbeitsunfähig. Ganztags zumutbar sei ihm leichte bis mittelschwere Arbeit mit folgenden Einschränkungen: mit Handgelenks-Orthese rechts, d.h keine Tätigkeiten mit zwingend erforderlichen Handgelenksbewegungen oder Zwangshaltungen des Handgelenks, mit Vibrationen/Schlägen in Bezug auf die rechte Hand sowie auf Leitern/Gerüsten.

E. 4.6

Dr. med. B. _____ diagnostizierte im Bericht vom 8. März 2006 ein ausgeprägtes komplexes regionales Schmerzsyndrom (CRPS Typ II) rechts nach heftiger Kontusion dorsal über dem rechten Handgelenk am 30. Mai 2005; vorbestehende Lunatummalazie rechts, Stadium III-IV nach Stahl; limitierte Radio-Carpal-Arthrose. Sämtliche Kriterien von Allodynie, Hyperalgesie und Hyperästhesie seien hier gemäss Definition eines CRPS II nachweisbar. Die Röntgenaufnahmen inkl. MRI zeigten einer mehrere Jahre alte partielle Lunatummalazie rechts. Zudem finde sich eine begrenzte radio-carpale Arthrose. Es bestehe ein Kausalzusammenhang zwischen dem Trauma und dem dadurch ausgelösten Schmerzsyndrom. Dabei spiele die Lunatummalazie eine völlig untergeordnete Rolle.

E. 4.7

Der Kreisarzt Dr. med. W. _____, Facharzt für Chirurgie FMH, stellte in den Berichten vom 20. und 25. April 2006 aufgrund einer Untersuchung des Versicherten vom 20. April 2006 diese Restfolgen fest: Ausgeprägte Belastungsintoleranz bei Unbeweglichkeit und

Ausschluss der Hand- und Handgelenksfunktion und zunehmender Einschränkung der Ellbogen- und Schulterfunktion mit leichter Muskelatrophie des ganzen Arms; massives Schmerzsyndrom, sich zunehmend ausbreitend vom Handgelenk über die Hand, Vorderarm bis zur Schulter ohne entsprechende Dermatome-Zugehörigkeit. Vorzustand sei eine Lunatummalazie und radiocarpale Arthrose. Die Arbeitsfähigkeit des Versicherten umschreibe er gleich wie die Klinik C. _____ im Bericht vom 7. Februar 2006 (siehe E. 4.5 hievor). Heute bestehe eine dominante Einarmigkeit, wobei der vollständige Ausschluss des rechten Arms nicht nur unfallbedingt begründet werden könne. Sollte die Adäquanz der Symptom- und Schmerzausweitung und Selbstlimitierung bejaht werden, sei die Einarmigkeit für die Arbeitsfähigkeit massgebend. Zur Integritätsentschädigung führte Dr. med. W. _____ aus, der Zustand sei dauernd, nachvollziehbar, reproduzierbar, was die somatischen Einschränkungen betreffe, sodass eine Einordnung bei 20 % gerechtfertigt sei. Der Vorzustand sei an der heutigen Situation mindestens zur Hälfte beteiligt, sodass eine Reduktion auf 10 % erfolgen müsse.

E. 4.8

Der Hausarzt Dr. med. D. _____, Facharzt FMH für Innere Medizin stellte im Bericht vom 25. Juni 2006 die gleiche Diagnose wie Dr. med. B. _____ am 8. März 2006 (E. 4.6 hievor).

E. 4.9

Dr. med. V. _____ führte in der Akten-Beurteilung vom 18. Januar 2007 im Wesentlichen aus, eine unfallbedingte Nervenverletzung als Grundlage für ein dadurch verursachtes CRPS II habe sich nicht objektivieren lassen. Aufgrund des aktenkundigen Verlaufs sei anzunehmen, dass eine vorbestehende, jedoch asymptomatische Lunatummalazie erstmals schmerzhaft geworden sei. Es gebe keine Hinweise auf ein unfallbedingt rascheres Fortschreiten im Sinne einer richtunggebenden Verschlimmerung. Ob subjektiv wieder ein Vorzustand erreicht worden sei, lasse sich nicht klar beantworten, da das ursprüngliche Schmerzhaftwerden der Lunatummalazie nach dem Unfall mit der Zeit dauerhaft von einem chronifizierten Schmerzsyndrom im Rahmen einer Anpassungsstörung überlagert worden sei. Gemäss Beurteilung des Dr. med. B. _____ spiele die Lunatummalazie bei der Entstehung der chronischen Schmerzen keine Rolle. Da der Unfall zu keiner nachweisbaren strukturellen Verletzung des rechten Handgelenks geführt habe und der klinische Befund das ganze Ausmass der Schmerzen nicht zu erklären vermöge sowie angesichts der im Vordergrund stehenden Anpassungsstörung mit Symptomausweitung müsse das heute vorherrschende chronische Schmerzsyndrom weitgehend auf unfallfremde Faktoren zurückgeführt werden. Die Arbeitsfähigkeit entspreche dem Zumutbarkeitsprofil der Klinik C. _____ und des Kreisarztes Dr. med. W. _____ vom 25. April 2006 (siehe E. 4.5 und 4.7 hievor). Wenn man hingegen die Symptomausweitung und Selbstlimitierung des Versicherten mitberücksichtige, sei er als funktionell Einarmiger zu betrachten.

E. 4.10

Dr. med. T. _____, Spezialarzt FMH Anästhesiologie, Schmerzpraxis F. _____, legte im Bericht vom 29. Januar 2007 aufgrund einer Untersuchung des Versicherten vom 24. Januar 2007 dar, versicherungstechnisch möge die Unterscheidung der traumatisierten Lunatummalazie und CRPS Typ II relevant sein; doch pathogenetisch könnte der Versicherte vor dem Hyperextensionstrauma der rechten Hand vom Mai 2005

beschwerdefrei eine Lunatummalazie gehabt haben. Das CRPS sei nun eine klare Folge dieses Traumas, sodass diese Diagnosen in keiner Weise widersprüchlich seien. Schlussendlich beschwerderelevant sei aber das CRPS II, das für die nun bestehende Arbeitsunfähigkeit infolge chronifizierter Schmerzen verantwortlich sei. Der Versicherte könne mit der rechten Hand keine handwerklichen Arbeiten verrichten, solange das CRPS-Syndrom nicht gebessert werden könne oder abklinge.

E. 4.11

Dr. med. B. _____ diagnostizierte im vom Versicherten eingeholten Gutachten vom 11. Juni 2007 aufgrund dessen Untersuchung und neuer Röntgenbilder vom 26. April 2007 eine Neuropraxie Grad III-IV nach Sunderland bei Status nach Kontusion des Handgelenks und der dorsalen Handwurzel durch Rundstab-Betoneisen mit direkter Läsion peripherer Nervenäste Ramus dorsalis Nervi ulnaris und Äste des Ramus superficialis Nervi radialis; CRPS II der rechten dominanten Extremität mit der Charakteristik eines oberen Quadrantensyndroms; mit konsekutiver, schwerer Funktionsbeeinträchtigung der rechten oberen Extremität, Kopfschmerzen und Analgetikaabhängigkeit; Status nach Lunatummalazie Stadium III-IV nach Stahl mit limitierter radiocarpaler Arthrose rechts (stationärer Zustand, unfallfremd). Die festgestellten Beeinträchtigungen seien sicher und ausschliesslich auf den Unfall zurückzuführen. Die Arbeitsunfähigkeit sei überwiegend wahrscheinlich alleinige Folge des Unfalls vom 30. Mai 2005. Für die Tätigkeit als Vorarbeiter im Baugewerbe bestehe eine bleibende 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Auch bei leichter bis mittelschwerer Arbeit ohne Zwangshaltung des Handgelenks, ohne Vibrationen, ohne Schläge auf die rechte Hand, ohne Tätigkeiten auf Leitern und Gerüsten bestehe 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Selbst sehr leichte Arbeiten, ausschliesslich einhändig links (adominante Seite) wären nur aufgrund eines sehr bemessenen Arbeitsprofils begrenzt zumutbar. Mit Stellungnahmen vom 6. Juli 2008 und 19. Februar 2009 zu den Akten-Beurteilungen des Dr. med. V. _____ (E. 4.12 hienach) hielt Dr. med. B. _____ an seiner Einschätzung fest, dass der Versicherte an einem unfallbedingten schweren CRPS II leide.

E. 4.12

Dr. med. V. _____ legte in der Akten-Beurteilung vom 14. April 2008 dar, trotz nochmaliger und eingehender Untersuchung des Versicherten sowie kritischer Auseinandersetzung mit früheren Beurteilungen der zuvor behandelnden Handchirurgen und der seinigen habe ihn Dr. med. B. _____ von der Diagnose eines CRPS, insbesondere eines vom Typ II, nicht zu überzeugen vermocht. Es bestehe somit kein Anlass, von der durch die Klinik C. _____ definierten und vom Kreisarzt Dr. med. W. _____ bestätigten Beurteilung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit aufgrund der Unfallfolgen abzuweichen. In der Akten-Beurteilung vom 24. November 2008 führte Dr. med. V. _____ aus, auch in Kenntnis der Stellungnahme des Dr. med. B. _____ (vom 6. Juli 2008) könne die Diagnose eines CRPS aufgrund eines Längsschnittes nicht aufrecht erhalten werden. Sollte die Diagnose eines CRPS (sei dieser Typ I oder II) neun Monate nach einer Prellung der rechten Hand aufgrund der damals festgestellten Symptome und Befunde zu Recht gestellt worden sein, müsste wegen der langen Latenzzeit der Unfall als Auslöser ausscheiden.

E. 5

Streitig und zu prüfen ist zum einen der somatische Gesundheitsschaden.

E. 5.1

Die Lunatummalazie ist eine aseptische Knochennekrose des Os lunatum, meist infolge starker Belastung oder Fraktur. Symptome sind eine druckschmerzhafte Schwellung und Funktionsbehinderung bei Beugung im Handgelenk (Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 261. Aufl., Berlin 2007, S. 1129; vgl. auch Wikipedia, Die freie Enzyklopädie, <http://de.wikipedia.org/wiki/Autoscooter>, Lunatummalazie). Die Neuropraxie bildet im Rahmen der peripheren Nervenverletzung den Grad I: Leitungsblock. Hierbei ist weder das Axon noch das Hüllgewebe unterbrochen (Pschyrembel, a.a.O., S. 1321; vgl. auch Wikipedia, a.a.O., Neuropraxie). Beim CRPS handelt es sich um eine zusammenfassende Bezeichnung für Krankheitsbilder, welche die Extremitäten betreffen, sich nach einem schädigenden Ereignis entwickeln und durch anhaltenden Schmerz mit Störungen des vegetativen Nervensystems, der Sensibilität und der Motorik gekennzeichnet sind. Das CRPS I (sympathische Algodystrophie, Sudeck-Syndrom; früher sympathische Reflexdystrophie [SRD]) ist eine Erkrankung der Extremität, die ohne definierte Nervenläsion nach relativ geringfügigem Trauma ohne Bezug zum Innervationsgebiet eines Nervs auftritt. Es kommt am häufigsten nach distaler Radiusfraktur bei wiederholten Repositionsmanövern, einengenden Gipsverbänden oder ohne nachvollziehbare Ursache vor. Eingeteilt wird es in drei Stadien: I: Entzündungsstadium; II: Dystrophie; III: Atrophie (irreversibel). Das CRPS II (früher Kausalgie) bezeichnet brennende Schmerzen und Störungen des sympathischen Nervensystems als Folge einer definierten peripheren Nervenläsion (häufig Hyperkompression). Klinische Zeichen bzw. Symptome des CRPS sind schwer lokalisierbare brennende Schmerzen (z.B. Allodynie, Hyperalgesie) zusammen mit autonomen (Ödeme, Temperatur- und Schweißsekretionsstörung, eventuell trophische Störung der Haut, Nagelveränderungen, lokal vermehrtes Haarwachstum), sensiblen und motorischen Störungen. Im weiteren Verlauf kann es zu Knochenabbau (Demineralisation), Ankylose und Funktionsverlust kommen (Pschyrembel, a.a.O., S. 1723). Das CRPS gehört zu den neurologisch-orthopädisch-traumatologischen Erkrankungen (Wikipedia, a.a.O., Komplexes regionales Schmerzsyndrom) und ist ein organischer bzw. körperlicher Gesundheitsschaden (Urteil 8C_955/2008 vom 29. April 2009 E. 6).

E. 5.2

Umstritten ist, an welchem unfallbedingten somatischen Gesundheitsschaden der Versicherte leidet und welche Auswirkungen dieser auf seine Arbeitsfähigkeit und Integrität hat (E. 4 hievor). In diagnostischer Hinsicht ist in erster Linie streitig, ob - wie der Versicherte geltend macht - ein unfallbedingtes CRPS II an der rechten Hand vorliegt. Dr. med. R. _____ beschrieb unter anderem ein Sudeck-Syndrom bzw. CRPS I (E. 4.4 hievor). Die Dres. med. B. _____, D. _____ sowie T. _____ gingen von einem CRPS II und Dr. med. B. _____ zusätzlich von einer Neuropraxie Grad III-IV aus (E. 4.6, 4.8 und 4.10 f. hievor). Die Vorinstanz nahm mit den Dres. med. I. _____, E. _____, W. _____ und V. _____ sowie der Klinik C. _____ (E. 4.2 f., 4.5, 4.7, 4.9 und 4.12 hievor) an, der Unfall vom 30. Mai 2005 habe zu einer Verschlimmerung des Vorzustandes mit Lunatummalazie und radiocarpaler Arthrose geführt; ein CRPS II sei nicht ausgewiesen. Der Versicherte macht geltend, er sei funktionell einarmig. Zur Arbeitsfähigkeit legte Dr. med. T. _____ dar, der Versicherte könne mit der rechten Hand keine handwerklichen Arbeiten verrichten (E. 4.10 hievor). Dr. med. B. _____ führte aus, auch bei leichter bis mittelschwerer Arbeit ohne Zwangshaltung des Handgelenks, ohne Vibrationen, ohne Schläge auf die rechte Hand, ohne Tätigkeit auf

Leitern und Gerüsten bestehe 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Selbst sehr leichte Arbeiten, ausschliesslich einhändig links (adominante Seite), wären nur aufgrund eines sehr bemessenen Arbeitsprofils begrenzt zumutbar; der Integritätsschaden betrage 50 % (E. 4.11 hievor). Demgegenüber folgte die Vorinstanz der Einschätzung der Klinik C. _____ und der Dres. med. W. _____ sowie V. _____ (E. 4.5, 4.7, 4.9 und 4.12 hievor), wonach der Versicherte in leichter bis mittelschwerer Tätigkeit ohne Arbeiten, die rechts zwingend Handgelenkbewegungen oder Zwangshaltungen des Handgelenks erforderten und ohne Tätigkeiten mit Vibrationen/Schlägen in Bezug auf die rechte Hand sowie ohne Tätigkeiten auf Leitern/Gerüsten zu 100 % arbeitsfähig sei; gemäss Dr. med. W. _____ betrage der Integritätsschaden 10 %.

E. 5.3

Massgebend für die Beurteilung sind die Verhältnisse bis zum Einspracheentscheid der SUVA vom 28. Januar 2008 (BGE 129 V 167 E. 1 S. 169). Eine orthopädische Untersuchung des Versicherten - die sich aufgrund seines Beschwerdebildes am rechten Handgelenk und Arm aufdrängt - fand aufgrund der Akten zuletzt durch Dr. med. E. _____ am 14. September 2005 statt (E. 4.3 hievor) und ist damit nicht aktuell. Gleiches gilt für die von der Vorinstanz als entscheidungswesentlich angesehenen Berichte der Klinik C. _____ vom 7. Februar 2006 und des Dr. med. W. _____ vom 20./25. April 2006 (E. 4.5 und 4.7 hievor). Es ist nicht auszuschliessen, dass sich - unbesehen der zu stellenden Diagnose - die unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit und Integritätseinbusse des Versicherten seit diesen Berichten verschlechtert hat, zumal Dr. med. W. _____ am 25. April 2006 von "zunehmenden" Beschwerden sprach (E. 4.7 hievor) und die Dres. med. T. _____ und B. _____ im Bericht vom 29. Januar 2007 bzw. im Gutachten vom 11. Juni 2007 aufgrund von aktuelleren Untersuchungen des Versicherten von einer grösseren Einschränkung seiner Arbeitsfähigkeit ausgingen (E. 4.10 f. hievor). Weiter ist zu bemängeln, dass die SUVA weder eine neurologische noch eine rheumatologische Abklärung veranlasste. Unter diesen Umständen kann auf die blossen Akten-Beurteilungen des Dr. med. V. _____ (E. 4.9 und 4.12 hievor) nicht abgestellt werden (zum Beweiswert von Aktenberichten vgl. RKUV 1993 Nr. U 167 S. 95 E. 5d; Urteil 8C_833/2009 vom 26. Januar 2010 E. 5.1). Bei dieser insgesamt widersprüchlichen und unvollständigen Aktenlage lässt sich der unfallbedingte Gesundheitsschaden und die Schmerzproblematik in somatischer Hinsicht sowie die dadurch bedingte allfällige Behandlungsbedürftigkeit, Arbeitsunfähigkeit und Integritätseinbusse des Versicherten nicht rechtsgenügend beurteilen. Die Sache ist demnach in Nachachtung des Untersuchungsgrundsatzes als wesentlicher Verfahrensvorschrift an die SUVA zurückzuweisen, damit sie eine interdisziplinäre medizinische Begutachtung durchführe und hernach über den Leistungsanspruch des Versicherten neu verfüge (vgl. auch Urteil 8C_955/2008 E. 7.1 f.; zum Zeitpunkt des Fallabschlusses unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen und Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung vgl. BGE 134 V 109 E. 4 S. 113 ff.).

E. 6

Streitig und zu prüfen ist weiter die psychische Problematik des Versicherten (vgl. E. 4.5 und 5.3 hievor).

E. 6.1

Die Vorinstanz hat erwogen, was die massive Symptomausweitung betreffe, habe die Klinik C. _____ im Bericht vom 7. Februar 2006 keine psychiatrische Diagnose mit Krankheitswert stellen können. Sie sei davon ausgegangen, dass am ehesten eine Anpassungsstörung mit gemischter Störung von Gefühlen und Sozialverhalten (ICD-10: F43.25), was auch ein deutliches Symptomausweitungsverhalten mit einschliesse, vorliege (vgl. E. 4.5 hievor). Weiter hat die Vorinstanz ausgeführt, der Unfall vom 30. Mai 2005 sei nicht geeignet gewesen, zu relevanten und bleibenden psychischen Beschwerden zu führen, da bei banalen und leichten Unfällen der adäquate Kausalzusammenhang mit psychischen Gesundheitsstörungen in der Regel ohne Weiteres zu verneinen sei.

E. 6.2

Gemäss der Unfallmeldung vom 6. Juni 2005 und dem Bericht der Klinik C. _____ vom 10. November 2005 klemmte sich der Versicherte am 30. Mai 2005 die Hand zwischen Armierungseisen ein. Dr. med. H. _____ legte im Bericht vom 19. Juni 2005 dar, dem Versicherten sei bei diesem Unfall eine Metallstange ans rechte Handgelenk gespickt. Dr. med. E. _____ führte im Bericht vom 14. September 2005 aus, am 30. Mai 2005 habe sich der Versicherte eine direkte Kontusion des rechten Handgelenks durch ein herunterfallendes Eisen zugezogen. Aufgrund der Besprechung mit dem Versicherten vom 20. Oktober 2005 gab der Case Manager im Bericht vom 24. Oktober 2005 an, am 30. Mai 2005 habe der Kran eine Ladung Eisen an eine falsche Stelle gebracht; als der Krankführer die Ladung wieder hinaufgezogen habe, habe diese eingehängt und den Versicherten an der rechten Hand verletzt. Letztinstanzlich bringt der Versicherte vor, beim Unfall habe ein 10 mm dickes, ca. 8 m langes Armierungseisen mit starker Federnwirkung und entsprechend heftiger Kraftentwicklung gegen sein Handgelenk gepeitscht. Es handle sich um ein mittelschweres Ereignis. Selbst wenn von einem leichten Unfall auszugehen wäre, liege eine Vielzahl unmittelbarer Unfallkomplikationen vor, die eine psychische Fehlentwicklung nicht als offensichtlich unfallunabhängig erscheinen liessen (ausserordentliche Komplikationen und dauerhafte Gebrauchsuntauglichkeit der dominanten rechten Hand, verzögerter Heilungsverlauf, dauerhafte volle Arbeitsunfähigkeit im seit 30 Jahren ausgeübten Beruf als Bauvorarbeiter).

E. 6.3

Wie die folgenden Erwägungen zeigen, kann offen bleiben, ob beim Versicherten überhaupt eine psychische Erkrankung vorliegt, die eine arbeitsrelevante Leistungsminderung begründet. Die Unfallschwere ist objektiv aufgrund des augenfälligen Geschehensablaufs mit den sich dabei entwickelnden Kräften zu beurteilen. Nicht relevant sind die vom Versicherten ins Feld geführten Kriterien, die bei der Prüfung der Adäquanz bei mittelschweren Unfällen Beachtung finden (SVR 2008 UV Nr. 8 S. 26 E. 5.3.1 [U 2/07]; Urteil 8C_744/2009 vom 8. Januar 2010 E. 10). Unabhängig davon, welche der obigen Angaben zum Hergang des Unfalls vom 30. Mai 2005 zutrifft, ist dieser als leicht einzustufen. Ein Grund, die Adäquanzbeurteilung in Anwendung der von der Rechtsprechung für mittelschwere Unfälle entwickelten Kriterien vorzunehmen, ist nicht gegeben. Denn ein Ausnahmefall in dem Sinne, dass die unmittelbaren körperlichen Unfallfolgen die psychische Fehlentwicklung nicht mehr als offensichtlich unfallunabhängig erscheinen lassen, liegt nicht vor (vgl. BGE 115 V 133 E. 6a und 6c/aa S. 140 f.; RKUV 1998 Nr. U 297 S. 243; Urteil 8C_887/2009 vom 21. Januar 2010 E. 5.2). Demnach hat die Vorinstanz zu Recht erkannt, dass die SUVA für die psychischen Beschwerden des Versicherten nicht leistungspflichtig ist. Seine Einwände vermögen zu

keinem anderen Ergebnis zu führen. In diesem Lichte erübrigen sich weitere Erhebungen zur Frage der natürlichen Kausalität (SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67 E. 3c; Urteil 8C 605/2007 vom 4. November 2008 E. 4.2).

E. 7.1

Erwerblicherseits führte die Vorinstanz bezüglich des Valideneinkommens aus, laut Arbeitgeberbericht zu Handen der Invalidenversicherung vom 29. März 2006 habe der Versicherte im Jahre 2005 (Unfallzeitpunkt) ein Jahreseinkommen von Fr. 79'053.- (Fr. 6'081.- x 13) erzielt. Unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung für Männer von 57 Punkten (2005: 1992 Punkte, 2007: 2049 Punkte) ergebe dies im Jahre 2007 (Rentenbeginn) ein Valideneinkommen von Fr. 81'315.05. Ein Überstundenarbeit-Zuschlag sei nicht gerechtfertigt. Der Versicherte macht zu Recht geltend, das er gemäss obigem Arbeitgeberbericht vom 29. März 2006 im Jahre 2006 ein Einkommen von Fr. 80'418.- (Fr. 6'186.- x 13) erzielt hätte. Die massgebende Nominallohnentwicklung für Männer im Baugewerbe betrug zwischen den Jahren 2006 und 2007 1,6 % (vgl. BGE 129 V 408 ; Bundesamt für Statistik, Nominallohnindex, Männer, 2006-2008, T1.1.05). Der Validenlohn für das Jahr 2007 ist somit auf Fr. 81'704.70 festzusetzen.

E. 7.2

Über das Invalideneinkommen und damit auch über die Höhe des leidensbedingten Abzugs kann erst nach rechtsgenügender Ermittlung der Arbeits(un)fähigkeit des Versicherten befunden werden.

E. 8.1

Der Versicherte beantragt, die SUVA habe ihm die Kosten für das im Verwaltungsverfahren eingereichte Privatgutachten des Dr. med. B. _____ vom 11. Juni 2007 von Fr. 12'000.- sowie für die im vorinstanzlichen Verfahren aufgelegten Stellungnahmen desselben vom 6. Juli 2008 von Fr. 7'050.- und vom 19. Februar 2009 von Fr. 5'700.- (E. 4.11 hievore), total Fr. 24'750.-, zu ersetzen.

E. 8.2

Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. Nach der Rechtsprechung sind unter dem Titel Parteienschädigung auch die notwendigen Kosten privat eingeholter Gutachten zu vergüten, soweit die Parteiexpertise für die Entscheidungsfindung unerlässlich war (BGE 115 V 62 E. 5c S. 63; RKUV 2000 Nr. U 362 S. 41 E. 3b [U 360/98], Nr. U 395 S. 316 E. 7a [U 160/98]). Dieser Grundsatz ist für das Verwaltungsverfahren ausdrücklich in Art. 45 Abs. 1 ATSG festgehalten (Urteil I 1008/06 vom 24. April 2007 E. 3.1 mit Hinweis).

E. 8.3.1

Die Vorinstanz hat erwogen, der Sachverhalt sei seitens der SUVA genügend abgeklärt worden; die von Dr. med. B. _____ postulierte Diagnose eines CRPS Typ II habe nicht bestätigt werden können. Die SUVA habe daher die Kosten der Parteigutachten nicht zu übernehmen.

E. 8.3.2

Dem Privatgutachten und den Stellungnahmen des Dr. med. B._____ kommt massgebende Bedeutung dafür zu, dass die Sache an die SUVA zur Durchführung einer medizinischen Begutachtung zurückgewiesen wird (vgl. E. 5.2 f. hievor). Die entsprechenden Kosten gehören mithin grundsätzlich zu den notwendigen Expertenkosten des Versicherten gemäss BGE 115 V 62 (vgl. auch Urteil I 1008/06 E. 3.3). Nach allgemeinen auftragsrechtlichen Grundsätzen bei Fehlen einer Vereinbarung oder Verkehrssitte gemäss Art. 394 Abs. 3 OR hat die Vergütung den geleisteten Diensten zu entsprechen, ihnen objektiv angemessen zu sein. Nach welchen Gesichtspunkten sie im Übrigen zu ermitteln und was bei ihrer Bemessung berücksichtigt werden darf, entscheidet sich nicht allgemein, sondern nach den Umständen des Einzelfalles, namentlich nach der Art und Dauer des Auftrages, der übernommenen Verantwortung sowie der beruflichen Tätigkeit und Stellung des Beauftragten. Bei der Festsetzung des Honorars können die Schwierigkeiten und die Wichtigkeit der Streitsache, der Umfang der Arbeitsleistung und der Zeitaufwand berücksichtigt werden, insbesondere spezielle Anstrengungen, die der Klient vom Beauftragten verlangen durfte (RKUV 2000 Nr. U 395 S. 316 E. 7c; Urteil U 5/97 vom 1. Februar 1999 E. 7 mit Hinweisen, zitiert in SZS 1999 S. 253). Die Kosten für das Gutachten vom 11. Juni 2007 von Fr. 12'000.- spezifizierte Dr. med. B._____ als "Gesamt-Aufwand inkl. Röntgenaufnahmen und BV". Die Kosten für die Stellungnahme vom 6. Juli 2008 von Fr. 7'050.- konkretisierte er nicht. Hinsichtlich der Kosten für die Stellungnahme vom 19. Februar 2009 von Fr. 5'700.- machte er 18 Stunden à Fr. 300.- und einen Sekretariatsaufwand von Fr. 300.- geltend. Im Lichte der dargelegten Bemessungsgrundsätze fällt die volle Abgeltung des von ihm in Rechnung gestellten Honorars von total Fr. 24'750.- ausser Betracht. Gründe zur Rechtfertigung dieses hohen Aufwandes werden nicht vorgebracht und sind auch nicht ersichtlich. In Würdigung aller Umstände erscheint der Betrag von Fr. 9'000.- zur Abgeltung der Aufwendungen des Dr. med. B._____ als angemessen.

E. 9

Die Rückweisung der Sache an die SUVA zu neuem Entscheid (mit noch offenem Ausgang) gilt für die Auferlegung der Gerichtskosten und der Parteientschädigung als volles Obsiegen des Beschwerdeführers (Art. 66 Abs. 1, Art. 68 Abs. 2 BGG ; BGE 132 V 215 E. 6.1 S. 235; Urteil 8C_833/2009 E. 8). Hingegen unterliegt er teilweise bezüglich der Vergütung der Kosten für die Aufwendungen des Dr. med. B._____.

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