

SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2009/10 vom 18. Mai 2010

Sg Versicherungsgericht, 2010-05-18, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2009_10

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2009/10 du 18 mai 2010

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2009/10 del 18 maggio 2010

Regeste

Art. 18 Abs. 1 UVG: Sturz aus 1,5 Metern Höhe. Fehlende Kausalität zwischen Unfall und erstmals sechs Monate nach Unfallereignis geklagter nichtobjektivierbarer (Kopf-, Nacken- und Rückenschmerzen) und psychischer Beschwerden (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 18. Mai 2010, UV 2009/10).

Erwägungen

E. 1

1.1 Unmittelbar nach dem Unfall am 29. Juni 2006 wurde der Beschwerdeführer im Spital Linth hospitalisiert. Die behandelnden Ärzte diagnostizierten eine Rissquetschwunde am rechten Unterarm ulnar-dorsal mit Beteiligung der Extensorenmuskelgruppe und eine Abdomenkontusion. Anderweitige Beschwerden wurden nicht erwähnt (Suva-act. 3). Im Verlaufsbericht vom 29. August 2006 vermutete der Hausarzt, Dr. med. C.____, Facharzt für Innere Medizin FMH, zudem eine posttraumatische Periarthropathia humeroscapularis rechts und erwähnte, dass der Beschwerdeführer bereits anlässlich der ersten Wundkontrolle über Schmerzen im Schulterbereich seit dem Unfall geklagt habe. Unter physiotherapeutischer Behandlung hätten sich die Schmerzen im Vorderarm wie auch die Beweglichkeit und Belastbarkeit des rechten Armes insgesamt deutlich verbessert. Der Beschwerdeführer klage aber über belastungsabhängige Schmerzen sowie Auftreten von Parästhesien bei bestimmten Bewegungen im rechten Ellbogen (Suva-act. 7). 1.2 Am 7. September 2006 wurde der Beschwerdeführer von Dr. med. D.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, untersucht. Dieser diagnostizierte eine Bursitis subacromialis rechts und eine Reizung des Nervus medianus rechts, wobei er im Sinne einer Differentialdiagnose auch das Vorliegen eines Carpaltunnel-Syndroms (CTS) für möglich hielt (Suva-act. 8). Tatsächlich stellte Dr. med. E.____, Fachärztin für Neurologie FMH, am 13. September 2006 ein Carpaltunnel-Syndrom rechts mehr als links fest. Darüber hinaus erwähnte sie, dass die HWS-Beweglichkeit beim Beschwerdeführer frei sei, wobei bei einer Linksdrehung des Kopfes Schmerzen rechts angegeben würden. Es bestünde eine Druckdolenz über dem oberen Abschnitt der HWS. Zudem sei die Schultergelenksbeweglichkeit rechts leicht eingeschränkt und werde als schmerzhaft angegeben. Sie habe aber aus rein neurologischer Sicht keine Erklärung für die geklagten Schmerzen in Nacken, Schulter und Oberarm und vermute eine primär muskuläre oder arthrogene Ätiologie. Aufgrund der schon vorhandenen Atrophie gehe sie zudem davon aus, dass das Carpaltunnel-Syndrom keine alleinige Unfallfolge darstelle. Es sei vielmehr wahrscheinlich, dass ein vorbestehendes Carpaltunnel-Syndrom durch das Trauma und die nachfolgende Ruhigstellung mittels Oberarmgips demaskiert worden sei (Suva-act. 10). 1.3 Auf Antrag von Dr. C.____ wurde der Versicherte am 22. Dezember 2006

kreisärztlich untersucht (Suva-act. 14). Im Untersuchungsbericht stellte Dr. med. F.____, Facharzt FMH für Chirurgie, Kreisarzt Suva St. Gallen, fest, dass der Beschwerdeführer trotz einer am 30. Oktober 2006 durchgeführten Operation zur Behandlung des Carpal tunnel-Syndroms noch immer über Beschwerden in den Fingern II bis IV rechts, ausstrahlend über den Ellbogen bis in den Schulter- und Nackenbereich rechts klagt. Zudem bestehe eine Berührungsempfindlichkeit der Finger. Trotzdem sei der Beschwerdeführer seines Erachtens für leichte Tätigkeiten ohne Aussetzen an Vibrationen und hämmernden Einflüssen einsetzbar (Suva-act. 19). Ähnlich berichtete Dr. med. G.____, Leitender Arzt Chirurgie am Spital Wattwil, am 18. Januar 2007, dass der Beschwerdeführer ein Kribbeln von den Fingerspitzen zur Schulter und dann über den Nacken zur Stirn und wieder zurück verspüre. Eine weitere Intervention oder Massnahme in Bezug auf das Carpal tunnel-Syndrom sei aber nicht notwendig. Schlimmer seien für den Beschwerdeführer die Schulterschmerzen, die noch separat abgeklärt würden (Suva-act. 22).

1.4 Am 19. Januar 2007 wurde der Beschwerdeführer von Dr. med. H.____, Orthopädie SRFT am Spital Wattwil, untersucht. Bei der Schilderung des Unfallhergangs vom 29. Juni 2006 gegenüber Dr. H.____ erwähnte der Beschwerdeführer offenbar, dass er den Kopf angeschlagen und eine Rückwärtsbeschleunigung des Kopfes gegenüber der HWS erfahren habe. Zudem berichtete er über elektrisierende Schmerzen an der Hand, den ganzen Arm hoch über den Nacken bis in die Stirn ziehend. In der Folge diagnostizierte Dr. H.____ ein subacromiales Impingement und eine Läsion der Rotatorenmanschette der rechten Schulter mit posttraumatischer Exazerbation sowie ein chronifiziertes Beschleunigungstrauma der HWS als Folge des Unfalls vom 29. Juni 2006. Dabei räumte der Arzt ein, dass sicherlich auch ein Teil der Beschwerdesymptomatik von der rechten Schulter herrühren möge; ein Teil der Beschwerden sei aber wohl auch bedingt durch eine Beteiligung der HWS und der HWS-Muskulatur, wobei zur besseren Beurteilung eine MRI-Diagnostik wünschenswert wäre, was aber aufgrund von Ängsten beim Beschwerdeführer nicht möglich sei (Suva-act. 23).

1.5 Auf Anweisung von Dr. C.____ und Dr. F.____ trat der Beschwerdeführer am 14. März 2007 eine rund einmonatige stationäre Intensivrehabilitation in der Rehaklinik Bellikon an. Als aktuelle Probleme erwähnten die behandelnden Ärzte im Austrittsbericht vom 26. April 2006 Dauerschmerzen und "Ameisenlaufen" der Finger II bis IV rechts durch Hand, Arm, Schulter und rechte Nackenhälfte bis rechte Kopfhälfte, verstärkt bei Aktivität, Schmerzen bis zum Kopf bei Anschlagen der Hand oder Finger, eine leicht unvollständige Fingerbeweglichkeit rechts, eine eingeschränkte Handgelenksflexion rechts, ein Kraftdefizit der rechten Hand, eine schmerzhaft, leicht eingeschränkte Schulterbeweglichkeit rechts, zervikothorakale Rückenschmerzen bei langem Sitzen oder Stehen und eine leicht eingeschränkte Wirbelsäulenbeweglichkeit in allen Abschnitten. Eine konventionell-radiologische Untersuchung der HWS zeige keine Auffälligkeit, insbesondere seien keine degenerativen oder posttraumatischen Veränderungen festgestellt worden. Im Rahmen einer psychosomatischen Untersuchung wurde eine leichte Klaustrophobie, ansonsten aber keine wesentliche psychische Störung mit Krankheitswert festgestellt. Während die Ärzte die bisherige Tätigkeit als Bauarbeiter als unzumutbar qualifizierten, erachteten sie unter Berücksichtigung der im Rahmen der Testverfahren gezeigte Selbstlimitierung und Inkonsistenz eine leichte bis mittelschwere Arbeit als ganztags zumutbar, wobei Arbeiten über Schulterhöhe rechts nur vereinzelt, kurzzeitig und ohne grösseren Kraftaufwand, Tätigkeiten mit Vibrationen oder Schlägen in Bezug auf die rechte obere Extremität oder auf Leitern oder Gerüsten überhaupt nicht möglich seien (Suva-act. 37).

1.6 Am 23. Mai

2007 wurde im Spital Stephanshorn eine cervicale vertebrospinale Kernspintomographie durchgeführt. Dabei stellte Dr. med. I. ___ eine minimale mediane Diskusprotrusion C3/4 ohne neurale Beeinträchtigung, eine leichte Spondylose und initiale Osteochondrose der hochthoracalen Bewegungssegmente Th2-Th5 fest, qualifizierte das Kernspintogramm im Übrigen aber als regulär, wobei insbesondere keine tiefcervicale Diskushernie oder ein anderweitiger neural kompromittierender Prozess festgestellt werden könne (Suva-act. 40).

1.7 Am 23. August 2007 fand die ärztliche Abschlussuntersuchung durch Dr. F. ___ statt. Dabei erkannte dieser eine funktionell verbliebene Belastungseinschränkung des rechten Armes, eine leichte Bewegungseinschränkung der Endphalangen und Sensibilitätsstörungen der Finger II bis IV sowie eine Bewegungs- und Belastungsbeschränkung der rechten Schulter bei sehr kleiner transmuraler Läsion der Supraspinatussehne. Objektiv bestünden im Vergleich zur Untersuchung im Dezember 2006 deutliche Inkonsistenzen. Unfallfremd sei die Nackenproblematik (Suva-act. 45). Der Integritätsschaden betrage 10%, 5% für die organisch strukturellen Folgen der eingeschränkten Schulterbeweglichkeit, 5% für die Problematik an der rechten Hand in Analogie zu einem Dreigliederverlust (Suva-act. 46).

1.8 Am 28. April 2008 legte der Beschwerdeführer einen im Rahmen des laufenden IV-Verfahrens eingeholten Arztbericht der Psychiaterin Dr. med. J. ___ ins Recht. Diese diagnostizierte beim Beschwerdeführer eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11), eine schmerzhafte Funktionsstörung der ganzen rechten oberen Extremitäten sowie Asthma Bronchiale seit 1994. Bei der Darstellung des psychopathologischen Status beschreibt die Ärztin Auffassung, Aufmerksamkeit und Konzentration des Beschwerdeführers als deutlich herabgesetzt. Er sei auf seine Schmerzen eingeeengt, grübelnd, misstrauisch. Es bestünden Hinweise für hypochondrische Überlagerung. Er leide unter Ein- und Durchschlafstörungen, starken Kopf- und Rückenschmerzen sowie Schmerzen im rechten Arm und in beiden Knien (act. G 7.1).

E. 2

2.1 Die Beschwerdegegnerin anerkennt die Unfallkausalität der bleibenden physischen Einschränkungen des Beschwerdeführers an der rechten oberen Extremität inklusive Schulter (Belastungs- und Bewegungseinschränkungen, Sensibilitätsstörungen der Finger II – IV, sehr kleine transmurale Läsion der Supraspinatussehne). Umstritten ist lediglich die Unfallkausalität der vom Beschwerdeführer geklagten Nacken- und Kopfschmerzen resp. der daraus resultierenden Konzentrationsschwäche, der Schmerzen im BWS- und LWS-Bereich sowie der vom Beschwerdeführer geltend gemachten psychischen Probleme (act. G 9).

2.2 Nach ständiger Praxis des Eidgenössischen Versicherungsgerichts (EVG; seit 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts) kann ein nach einem versicherten Unfall aufgetretenes Leiden nur dann als dessen Folge betrachtet werden, wenn und soweit es sicher oder doch zumindest überwiegend wahrscheinlich von jenem Unfall herrührt (natürliche Kausalität; BGE 115 V 133 sowie 117 V 359 und 134 V 109). Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung des Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 181 E. 3.1; BGE 119 V 338 E. 1 und 118 V 289 E. 1b je mit Hinweisen). Der Unfallversicherer haftet sodann nur für jene Folgen, die mit dem Unfall adäquat-kausal zusammenhängen (SVR 2000 UV Nr. 14 S. 45). Während es Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist, den natürlichen Kausalzusammenhang zu beurteilen, obliegt es dem Gericht, die Fragen nach dem adäquaten Kausalzusammenhang zu beurteilen (BGE 123 III 110 E. 3a). Im Bereich klar ausgewiesener organischer Unfallfolgen im Sinn von nachweisbaren strukturellen Veränderungen (ein organisches Substrat konnte mit bildgebenden Untersuchungsmethoden [Röntgen,

Computertomogramm, EEG] nachgewiesen werden) 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, ist eine eigenständige Adäquanzbeurteilung durchzuführen, bei welcher wie folgt zu differenzieren ist: Hat die versicherte Person beim Unfall kein Schleudertrauma bzw. keine schleudertraumaähnliche Verletzung erlitten, gelangt die Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 140 E. 6c/aa zur Anwendung. Ergeben die Abklärungen indessen das Vorliegen einer Schleudertraumaverletzung, muss geprüft werden, ob die zum typischen Beschwerdebild einer solchen Verletzung gehörenden Beeinträchtigungen zwar teilweise vorliegen, im Vergleich zur psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund treten. Trifft dies zu, sind für die Adäquanzbeurteilung ebenfalls die in BGE 115 V 140 E. 6c/aa für Unfälle mit psychischen Unfallfolgen aufgestellten Grundsätze massgebend (BGE 123 V 99 E. 2a). Andernfalls erfolgt die Beurteilung der Adäquanz gemäss den in BGE 117 V 359 festgelegten und in BGE 134 V 109 präzisierten Kriterien.

2.3 Von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen kann nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt werden (vgl. BGE 134 V 109 E. 9, 117 V 359 E. 5d/aa; SVR 2007 UV Nr. 25 S. 81 E. 5.4 mit Hinweisen [U 479/05]). Diese Untersuchungsmethoden müssen zudem wissenschaftlich anerkannt sein (BGE 134 V 231 E. 5.1 mit Hinweisen). So können beispielsweise Verhärtungen und Verspannungen der Muskulatur, Druckdolenzen im Nacken sowie Einschränkungen der HWS-Beweglichkeit für sich allein nicht als klar ausgewiesenes organisches Substrat der Beschwerden qualifiziert werden. Gleiches gilt für Nackenverspannungen bei Streckhaltung der HWS mit Retrohaltung (Urteil des Bundesgerichts vom 17. Oktober 2008, 8C_124/2008, mit Hinweisen, sowie vom 7. Februar 2008, U13/07, E. 3.2 und 3.3). Im vorliegenden Fall ergab weder die durch die Ärzte der Rehaklinik Bellikon vorgenommene, konventionell-radiologische Untersuchung der HWS noch die am 23. Mai 2007 durchgeführte cervicale vertebrospinale Kernspintomographie unfallbedingte organisch-strukturelle Befunde, welche die vom Beschwerdeführer geklagten Kopf-, Nacken- und Rückenschmerzen zu erklären vermöchten. Vielmehr hielten die beurteilenden Ärzte fest, dass die HWS keine Auffälligkeiten, insbesondere keine degenerativen oder posttraumatischen Veränderungen aufweise und dass auch kein neural kompromittierender Prozess habe festgestellt werden können (Suva-act. 37, 40). Nach Ansicht von Dr. E. ___ sind die vom Beschwerdeführer geklagten Nacken-, Schulter- und Oberarmschmerzen zudem auch aus neurologischer Sicht nicht erklärbar (Suva-act. 10).

E. 3

3.1 Nach den Ergebnissen der medizinischen Forschung ist nun aber bekannt, dass bei Schleuderverletzungen sowie bei äquivalenten Verletzungen auch ohne nachweisbare pathologische bzw. organische Befunde noch Jahre nach dem Unfall funktionelle Ausfälle verschiedenster Art auftreten können. Der Umstand, dass die für ein Schleudertrauma, eine Distorsion der HWS oder ein Schädel-Hirntrauma typischen Beschwerden nicht mit entsprechenden Untersuchungsmethoden (Röntgen, Computertomogramm, EEG) objektivierbar sind, rechtfertigt für sich allein nicht, die diesbezüglichen Beschwerden in Abrede zu stellen (BGE 117 V 359 E. 5d/aa). Ist ein Schleudertrauma oder eine dem Schleudertrauma äquivalente Verletzung diagnostiziert und liegt ein für diese Verletzung

typisches Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Übelkeit, rasche Ermüdbarkeit und Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung usw. vor, so ist der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und der danach eingetretenen Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit in der Regel anzunehmen (BGE 117 V 359 Erw. 4b; vgl. auch BGE 117 V 369 Erw. 3e). Nach der aktuellen Rechtsprechung des Bundesgerichts (Urteile vom 30. Januar 2007 [U 215/05] i/S T. und vom 15. März 2007 [U 258/06] i/S G.) muss bei einer HWS-Verletzung das typische Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden nicht in seiner umfassenden Ausprägung innerhalb von 24 bis höchstens 72 Stunden nach dem Unfall auftreten. Vielmehr genügt es, wenn sich in diesem Zeitraum Beschwerden in der Halsregion oder an der HWS manifestieren. Die andern im Rahmen eines Schleudertraumas oder einer HWS-Distorsion typischerweise auftretenden Beschwerden müssen sich jedoch immerhin in einem Zeitraum manifestieren, der es erlaubt, vom Vorhandensein eines natürlichen Kausalzusammenhangs auszugehen.

3.2 Weder dem im Rahmen der Erstbehandlung durch das Spital Linth erstellten medizinischen Bericht vom 5. Juli 2006 noch dem Verlaufsbericht von Dr. C. ___ vom 29. August 2006 lässt sich entnehmen, dass der Beschwerdeführer nach dem Unfall über für ein Schleudertrauma typische Beschwerden geklagt hätte. Insbesondere scheint er mit keinem Wort Beschwerden in der Halsregion oder an der HWS, wie sie bei einem Schleudertrauma typischerweise innert 24 bis 72 Stunden auftreten, erwähnt zu haben. Erste Klagen über mit einem Kopfanprall zusammenhängende Kopf-, Nacken-, und Rückenbeschwerden äusserte der Beschwerdeführer vielmehr erst am 19. Januar 2007 und damit fast ein halbes Jahr nach dem Unfallereignis. Weder die behandelnden Ärzte des Spitals Linth noch Dr. C. ___ stellten zudem trotz eingehender Untersuchung des Beschwerdeführers Anzeichen für einen heftigen Anprall des Kopfes auf dem Boden (z.B. ein Hämatom) fest. Damit ist ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom 29. Juni 2006 und den geklagten Beschwerden als Folgen einer schleudertraumaähnlichen Verletzung nicht mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt und die Adäquanzbeurteilung daher nach der in BGE 115 V 133 ff. eingeführten Praxis vorzunehmen.

E. 3.3

3.3.1 Nach der höchstrichterlichen Praxis zur Adäquanzprüfung bei Unfällen mit psychischen Unfallfolgen (BGE 115 V 133 ff.) ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen einem Unfall und einer psychisch bedingten Erwerbsunfähigkeit bei leichten Unfällen in der Regel ohne Weiteres zu verneinen, bei schweren Unfällen grundsätzlich zu bejahen. Im Bereich der mittelschweren Unfälle hingegen kann die Adäquanz nicht allein aufgrund des Unfalles beurteilt werden. Es sind vielmehr weitere, objektiv erfassbare Umstände, die unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte oder indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Solche Umstände können als Beurteilungskriterien dienen, weil sie ihrerseits nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und der allgemeinen Lebenserfahrung geeignet sind, in Verbindung mit dem Unfall zu einer psychisch bedingten Erwerbsunfähigkeit zu führen oder diese zu verstärken. Wichtigste von der bundesgerichtlichen Rechtsprechung aufgestellte Kriterien sind besonders dramatische Begleitumstände oder eine besondere Eindrücklichkeit des Unfalls, die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen,

eine ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung, körperliche Dauerschmerzen, eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert, ein schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen und schliesslich Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit. 3.3.2 Die Qualifikation eines Ereignisses als schwerer, mittelschwerer oder leichter Unfall stellt eine reine Rechtsfrage dar, die nicht durch einen Unfallanalytiker, sondern durch die rechtsanwendende Unfallversicherung oder gegebenenfalls durch das Gericht vorzunehmen ist (Urteil des Bundesgerichts vom 9. August 2007, U 515/06, E. 4.2.1). Da durch eine Unfallanalyse höchstens festgestellt werden kann, ob ein Unfallmechanismus geeignet war, eine bestimmte somatische Verletzung hervorzurufen, die Kopf-, Nacken- und Rückenbeschwerden des Beschwerdeführers im vorliegenden Fall aber – wie in E. 3.1 festgestellt – somatisch nicht fassbar sind, kann auf die Einholung eines unfallanalytischen Gutachtens verzichtet werden. 3.3.3 Bei der Einordnung eines Ereignisses als schwerer, mittelschwerer oder leichter Unfall spielt bei Stürzen die Fallhöhe eine zentrale Rolle (vgl. RKUV 1998 Nr. U 307 S. 449 Erw. 3a mit Hinweisen). So qualifizierte das EVG einen Unfall, bei dem ein Montagearbeiter von einem Rohr am Kopf getroffen aus zwei Metern Höhe auf den Boden stürzte und sich dabei eine Commotio cerebri, eine Querfortsatzfraktur bei LWK-1 sowie einen Bruch der linken Hand zuzog, als mittelschwer, ohne ihn an der Grenze zu den schweren oder leichten Unfällen anzusiedeln (Urteil vom 6. September 2002, U 43/02, E. 3a). Nachdem Unfallhergang und Unfallfolgen des vorliegend zu beurteilenden Unfallereignisses mit dem eben geschilderten Fall durchaus vergleichbar sind, ist auch die vom Bundesgericht im genannten Urteil vorgenommene Qualifikation als mittelschwerer Unfall, der weder an der Grenze zu den leichten noch zu den schweren Unfällen liegt, zu übernehmen. Um im vorliegenden Fall einen adäquaten Kausalzusammenhang zwischen Unfallereignis und der psychisch bedingten Erwerbsunfähigkeit bejahen zu können, müssen die in E. 3.3.1 erläuterten Kriterien gemäss BGE 115 V 133 E. 6c/aa (mit der ihnen inhärenten Differenzierung zwischen physischen und psychischen Beschwerdekomponten; BGE 117 V 359 E. 6a) damit gehäuft gegeben sein oder eines der Kriterien in besonders ausgeprägter Weise vorliegen. 3.3.4 Sieht man davon ab, dass kein Unfall, der nicht zum Vornherein als Bagatellunfall oder als leichter Unfall einzustufen ist, einer gewissen Eindrücklichkeit entbehrt, kann vorliegend jedenfalls nicht von einer besonderen Eindrücklichkeit oder von besonders dramatischen Begleitumständen des Unfalls gesprochen werden. Diese Ansicht teilt offenbar auch der Beschwerdeführer, bezeichnete er den Unfallhergang im Rahmen der psychosomatischen Abklärung durch die Rehaklinik Bellikon doch selber als "nicht dramatisch" (Suva-act. 37). Die vom Beschwerdeführer erlittenen Arm- und Schulterverletzungen können im Hinblick darauf, dass der Beschwerdeführer das Spital bereits einen Tag nach dem Unfall wieder verlassen konnte, auch nicht als schwer bezeichnet werden. Eine ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung liegt ebenfalls nicht vor, zumal Abklärungsmassnahmen und blosser ärztliche Kontrollen nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung nicht die Qualität einer regelmässigen, zielgerichteten Behandlung zukommt und sie dementsprechend bei der Prüfung dieses Adäquanzkriteriums nicht zu beachten sind (Urteil des Bundesgerichts vom 22. Februar 2007, U 37/06, E. 7.3). Eine ärztliche Fehlbehandlung, ein schwieriger Heilungsverlauf oder erhebliche Komplikationen sind aus den Akten nicht ersichtlich. Da sich das Kriterium des Grades und der Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit nicht allein auf das Leistungsvermögen im angestammten Beruf bezieht (Urteil des Bundesgerichts vom 6. Februar 2007, U 479/05, E. 8.6.1 mit Hinweisen), der

Beschwerdeführer in einer leidensadaptierten Tätigkeit aber spätestens seit Abschluss der Rehabilitation Mitte April 2007 wieder voll arbeitsfähig war (vgl. dazu nachstehend E. 4), ist auch dieses Kriterium im Hinblick auf die in RKUV 2001 Nr. U 442, S. 544 (U 56/00) zusammenfassend dargestellte Kasuistik des Bundesgerichts nicht erfüllt. Nachdem bislang keines der übrigen Kriterien erfüllt ist, kann vorliegend offen bleiben, ob in Bezug auf die anerkannten Unfallrestfolgen im Bereich der rechten Extremität und Schulter von körperlichen Dauerschmerzen gesprochen werden kann oder ob es sich dabei vor allem um Bewegungs- und Belastungsschmerzen handelt. Denn selbst wenn das Kriterium der Dauerschmerzen als erfüllt betrachtet würde, wäre es vorliegend nicht in derart ausgeprägter Weise erfüllt, dass es für sich alleine einen adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und einer psychisch bedingten Erwerbsunfähigkeit zu erstellen vermöchte. 3.4 Zusammenfassend steht somit fest, dass die vom Beschwerdeführer geltend gemachten, nicht objektivierbaren Beschwerden, namentlich die Kopf-, Nacken- und Rückenschmerzen sowie die psychischen Beschwerden nicht unfallkausal sind und die Beschwerdegegnerin deshalb dafür nicht einzustehen hat. Besteht bereits mangels adäquatem Kausalzusammenhang keine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin für die nicht objektivierbaren Beschwerden, kann auf eine eingehende medizinische Untersuchung derselben im Rahmen eines polydisziplinären Gutachtens verzichtet werden, zumal die objektivierbaren und von der Beschwerdegegnerin als unfallkausal anerkannten Beschwerden in der rechten oberen Extremität und der rechten Schulter aktenmässig hinreichend ausgewiesen sind.

E. 4

4.1 Die Ärzte der Rehaklinik Bellikon erachten dem Beschwerdeführer eine ganztägige mindestens leichte bis mittelschwere Arbeit als zumutbar, wobei Arbeiten über Schulterhöhe rechts nur vereinzelt, kurzzeitig und ohne grösseren Kraftaufwand möglich seien. Tätigkeiten mit Vibrationen oder Schlägen in Bezug auf die rechte obere Extremität sowie Tätigkeiten auf Leitern oder Gerüsten seien zu vermeiden. Dabei berücksichtigen sie, dass die Resultate der durchgeführten funktionellen Leistungsfähigkeitstests für die Beurteilung der zumutbaren Belastbarkeit aufgrund von Symptomausweitung, Selbstlimitierung und Inkonsistenz nur teilweise herangezogen werden können. So sei es dem Beschwerdeführer beim Auftrag, die Fäuste in Richtung Decke zu strecken, möglich gewesen, bis endgradig in die Schulterflexion zu gehen, während bei isolierter Flexionstestung lediglich eine Bewegung bis 140° möglich gewesen sei. Weiter habe der Beschwerdeführer im Rahmen der Testung der Handkraft rechts Inkonsistenzen gezeigt. So habe er in der ärztlichen Eintrittsuntersuchung mit der rechten Hand durchschnittlich mit einer Kraft von 15,3 kp gedrückt. Im ersten Test während der Therapie durchschnittlich noch mit lediglich 7,1 kp, bei späteren Wiederholungen zunehmend mehr, maximal 15,6 kp. Bei den Tests mit raschem Griffwechsel zwischen rechter und linker Hand, bei denen der getätigte Kraftaufwand nicht mehr kontrolliert werden könne, habe der Beschwerdeführer jedes Mal höhere Werte als in der Einzeltestung erreicht, nämlich meistens zwischen 15 und 20 kp, wobei die gemessene Kraft beim letzten Test in sechs von acht Durchgängen zwischen 28 und 36 kp gelegen habe (Suva-act. 37). 4.2 Durch die Einschränkungen im Bereich der Überkopfarbeiten berücksichtigen die Ärzte der Rehaklinik Bellikon die Bewegungseinschränkung der rechten Schulter des Beschwerdeführers, durch die Unzumutbarkeit einer Tätigkeit mit Vibrationen oder Schlägen auf die rechte obere Extremität die vom Beschwerdeführer geklagten Schmerzen beim Anschlagen der Finger II – IV der rechten Hand. Die Leistungsfähigkeitsschätzung ist in sich schlüssig und

nachvollziehbar. Darauf kann ohne Weiteres abgestellt werden.

E. 5

5.1 Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird nach Art. 16 ATSG 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). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt. Sofern die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen (BGE 128 V 29 E. 1; Urteil 8C_423/2007 vom 18. März 2008, E. 3.4).

E. 5.2

5.2.1 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, weil es der Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 129 V 222 E. 4.3.1; Urteil 8C_423/2007 vom 18. März 2008, E. 3.5 mit Hinweisen).

5.2.2 Der Beschwerdeführer arbeitete seit 15. Mai 2006 für die A.____ als Temporärarbeitnehmer. Diese hätte ihn aufgrund seiner guten Arbeitsleistung weiterbeschäftigt (Suva-act. 50). Ein geplanter Arbeitsstellenwechsel wird auch vom Beschwerdeführer nicht behauptet. Mangels konkreter gegenteiliger Anhaltspunkte ist deshalb davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer weiterhin von der A.____ für Arbeitseinsätze bei Einsatzbetrieben vermittelt worden wäre. Damit ist das Valideneinkommen konkret zu ermitteln. Es beträgt jährlich Fr. 57'686.--. Für die diesbezüglichen Einzelheiten kann auf den Einspracheentscheid vom 19. Dezember 2008 verwiesen werden (E. 4a). Ein Vergleich mit den in bisherigen Tätigkeiten, teilweise ebenfalls als Temporärarbeitnehmer erzielten Erwerbseinkommen (vgl. IK-Auszüge in Suva-act. 52) zeigt, dass die Aufrechnung der Bezüge auf ein Jahreseinkommen auf Grundlage der 2112 Stunden gemäss dem Gesamtarbeitsvertrag für das Baugewerbe zu einem für den Beschwerdeführer sehr vorteilhaften Ergebnis führt. Zwar liegt es nach wie vor unter dem massgeblichen statistischen Durchschnittslohn. Bei dieser Ausgangslage erscheint es aber nicht als gerechtfertigt, die Vergleichseinkommen auch noch zu parallelisieren (vgl. dazu BGE 135 V 297 E. 6.1.2).

E. 5.3

5.3.1 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist nach der Rechtsprechung primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Übt sie nach Eintritt der Invalidität eine Erwerbstätigkeit aus, bei der – kumulativ – besonders stabile Arbeitsverhältnisse gegeben sind und anzunehmen ist, dass

sie die ihr verbleibende Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausschöpft, und erscheint zudem das Einkommen aus der Arbeitsleistung als angemessen und nicht als Soziallohn, gilt grundsätzlich der tatsächlich erzielte Verdienst als Invalidenlohn. Ist kein solches tatsächlich erzielttes 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 entweder Tabellenlöhne gemäss LSE oder DAP-Zahlen herangezogen werden (BGE 129 V 472 E. 4.2.1).

5.3.2 Im Hinblick auf die geforderte Repräsentativität der DAP-Profile und der daraus abgeleiteten Lohnangaben hat die Beschwerdegegnerin nach der Rechtsprechung zusätzlich zur Auflage von mindestens fünf DAP-Blättern Angaben zu machen über die Gesamtzahl der aufgrund der gegebenen Behinderung in Frage kommenden dokumentierten Arbeitsplätze, über den Höchst- und den Tiefstlohn sowie über den Durchschnittslohn der dem jeweils verwendeten Behinderungsprofil entsprechenden Gruppe. Im Beschwerdeverfahren ist es Sache des angerufenen Gerichts, die Rechtskonformität der DAP-Invaliditätsbemessung zu prüfen, gegebenenfalls die Sache an den Versicherer zurückzuweisen oder an Stelle des DAP-Lohnvergleichs einen Tabellenlohnvergleich gestützt auf die LSE vorzunehmen (Urteil des EVG vom 28. August 2003, U 35/00, E. 4.2.2). Die erforderlichen Angaben sind den Akten zu entnehmen (Suva-act. 56). Im vorliegenden Fall beträgt die Gesamtzahl der aufgrund der gegebenen Behinderung in Frage kommenden dokumentierten Arbeitsplätze 84 mit einem Durchschnittslohn von Fr. 50'658.--. Der von der Rechtsprechung geforderten Repräsentativität der DAP-Profile ist somit Genüge getan.

5.3.3 Im Einspracheverfahren rügte der Beschwerdeführer die fünf von der Beschwerdegegnerin konkret ausgewählten DAP-Stellen (Nr. 1071, 4222, 5489, 7532 und 9050) als unzumutbar. So sei es ihm im Rahmen der vorgeschlagenen Fließbandtätigkeiten bei der K.____ und der L.____ nicht möglich, im Falle plötzlich auftretender Schmerzen im rechten Arm eine Pause zu machen. Fast sämtliche vorgeschlagenen Arbeiten benötigten zudem ein gewisses Mass an Konzentration, das er aufgrund seiner andauernden Kopfschmerzen und Schlafstörungen nicht aufzubringen vermöge. Aufgrund der Beweglichkeitseinschränkungen der Finger seien ihm schliesslich feinmotorische Tätigkeiten nicht zumutbar, weshalb auch die vorgeschlagene Tätigkeit bei der M.____ nicht in Frage komme.

5.3.4 Die geltend gemachte Konzentrationsschwäche als Folge der geklagten Kopfschmerzen und Schlafstörungen kann mangels Unfallkausalität (vgl. E. 3) nicht berücksichtigt werden. Im Hinblick auf die vorliegend massgeblichen Zumutbarkeitskriterien nicht nachvollziehbar ist auch, weshalb es dem Beschwerdeführer aus medizinischen Gründen nicht zumutbar sein soll, Druckschablonen mit einem Maximalgewicht von 7 kg zu säubern und bei den Druckmaschinen hin und wieder Farbe nachzufüllen (K.____), Schwammstreifen auf ein Förderband zu legen (L.____), eine Mühle für die Zerkleinerung von Spritzgussausgüssen zu bedienen und das dabei entstehende Granulat abzutransportieren (N.____) oder einen vollautomatischen Schweissroboter mit Metallteilen mit einem Gewicht zwischen einem und drei Kilogramm zu bestücken resp. zu entladen (O.____). Recht zu geben ist dem Beschwerdeführer darin, dass er im Hinblick auf die medizinisch ausgewiesene, leicht unvollständige Fingerbeweglichkeit rechts und die Gefühlsstörungen in den Fingern II bis IV wohl nicht im Stande sein dürfte, mit der rechten Hand feinmotorisch zu arbeiten. Ob es sich bei dem im Beschrieb der Tätigkeit bei der M.____ erwähnten Arbeitsschritt "Plastiksäcklein über Vorrichtung stülpen" aber tatsächlich um eine feinmotorische Tätigkeit handelt, die zudem zwingend mit der rechten Hand auszuführen ist, ist allerdings

fraglich. Wenn im DAP-Profil Nr. 1071 die häufige Notwendigkeit eines leichten resp. feinmotorischen Hantierens mit Werkzeugen angegeben wird, dürfte dadurch nicht die feinmotorische Arbeitsweise, sondern vielmehr der körperlich nicht anstrengende Umgang mit der Verpackungsmaschine angesprochen sein. Nachdem auch nur in einer der ausgewählten Tätigkeiten das Heben und Tragen einer mittleren Last vereinzelt notwendig, bei sämtlichen übrigen Tätigkeiten lediglich leichte bis sehr leichte Lasten zu heben und zu tragen sind, entsprechen die von der Beschwerdegegnerin ausgewählten DAP-Profile insgesamt den von der Rehaklinik Bellikon aufgestellten, vorliegend massgeblichen Zumutbarkeitskriterien. Im Hinblick auf ihre Aktualität stellen sie eine geeignete Grundlage für die Berechnung des Invalideneinkommens dar. 5.4 Eine Gegenüberstellung des Valideneinkommens von Fr. 57'686.-- und des Invalideneinkommens von Fr. 50'658.-- ergibt eine Erwerbseinbusse von Fr. 7'028.-- und damit einen Invaliditätsgrad von gerundet 12%. In dieser Hinsicht ist der angefochtene Einspracheentscheid korrekt und die Beschwerde damit abzuweisen.

E. 6

6.1 Erleidet eine versicherte Person durch einen Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität, so hat sie Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung (Art. 24 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [UVG; SR 832.20]). Als dauernd gilt ein Integritätsschaden, wenn er voraussichtlich während des ganzen Lebens mindestens in gleichem Umfang besteht, als erheblich, wenn die körperliche oder geistige Integrität unabhängig von der Erwerbsfähigkeit augenfällig oder stark beeinträchtigt ist (Art. 36 der Verordnung über die Unfallversicherung [UVV; SR 832.202]; vgl. RKUV 1998 Nr. U 303 S. 354). Die Integritätsentschädigung wird in Form einer Kapitalleistung gewährt. Sie darf den am Unfalltag geltenden Höchstbetrag des versicherten Jahresverdienstes nicht übersteigen und wird entsprechend der Schwere des Integritätsschadens abgestuft (Art. 25 Abs. 1 UVV). Für die Bemessung der Integritätsentschädigung gelten nach Art. 36 Abs. 2 UVV die Richtlinien des Anhangs 3 zur UVV, der eine Skala der Integritätsschäden enthält. Die Skala ist verbindlich, als Grobraster indessen nicht abschliessend. Sie enthält lediglich richtunggebende, in der Praxis häufig vorkommende Schäden mit den entsprechenden Werten. Teilschäden, andere Schäden oder Kombinationen derartiger Ganz- oder Teilschäden müssen mit den Listenfällen verglichen und nach der Schwere der durchschnittlichen Auswirkungen taxiert werden (Art. 36 Abs. 3 UVV; Ziff. 1 Abs. 2 der Richtlinien im Anhang 3 zur UVV). Die Schätzung des Integritätsschadens ist eine ausschliesslich ärztliche Angelegenheit. Die Skala der Integritätsschäden im Anhang 3 zur UVV erlaubt es dem Arzt, grundsätzlich jede Integritätsentschädigung annähernd vergleichbaren Integritätsschäden der Skala zuzuordnen. Trotzdem hat sich in der Praxis ein Bedürfnis zur differenzierten listenmässigen Erfassung der Integritätsschäden manifestiert. Der ärztliche Dienst der Suva hat in der Folge, basierend auf der erwähnten Skala und unter Berücksichtigung dieser absolut verbindlichen Werte, weitere Schätzungsgrundlagen in tabellarischer Form erarbeitet (Mitteilungen der Medizinischen Abteilung der Suva Nr. 57 bis 59, Tabellen 1 bis 16). Diese von der Verwaltung herausgegebenen Tabellen stellen zwar keine Rechtssätze dar und sind für die Parteien nicht verbindlich, umso mehr als Ziffer 1 der Richtlinien im Anhang 3 zur UVV bestimmt, dass der in der Skala angegebene Prozentsatz des Integritätsschadens für den Regelfall gilt, welcher im Einzelfall Abweichungen nach unten wie nach oben ermöglicht. Soweit sie jedoch lediglich als Richtwerte angesehen werden, mit denen die Gleichbehandlung aller versicherten Personen

gewährleistet werden soll, sind sie mit dem Anhang 3 zur UVV vereinbar (BGE 113 V 218; RKUV 1987 Nr. U 21 S. 328 und Nr. U 31 S. 438). 6.2 Die Beschwerdegegnerin stützt sich auf die kreisärztliche Beurteilung des Integritätsschadens durch Dr. F.____ vom 23. August 2007. Darin gewichtet Dr. F.____ die Problematik an der rechten Hand in Analogie zu einem Dreigliederverlust mit 5%, dies obwohl ein Dreigliederverlust grundsätzlich einen Integritätsschaden von 7,5% zur Folge hat (Tabelle 3, Nr. 30). Wie die Beschwerdegegnerin aber zu Recht vorbringt, kann der tatsächliche Verlust der Endphalangen der Finger II bis IV nicht gleichgestellt werden mit leichten Bewegungseinschränkung und Sensibilitätsstörungen daselbst. Wenn Dr. F.____ daher für die Problematik an der rechten Hand lediglich einen reduzierten Integritätsschaden von 5% festlegt, ist dies nicht zu beanstanden. 6.3 Bei der kreisärztlichen Untersuchung vom 22. Dezember 2006 zeigte der Beschwerdeführer eine Schulterabduktion von 155° (Suva-act. 19). Im Rahmen der orthopädischen Untersuchung durch Dr. H.____ vom 17. Januar 2007 war ihm demgegenüber nur noch eine Schulterabduktion bis 90° möglich (Suva-act. 23). In Eintrittsuntersuchung durch die Ärzte der Rehaklinik Bellikon im März 2007 wurde eine Schulterabduktion bis 120° (Suva-act. 37), in der Austrittsuntersuchung eines solche bis 150° festgestellt. In der kreisärztlichen Abschlussuntersuchung vom 23. August 2007 schliesslich betrug die mögliche Abduktion wiederum nur 90° (Suva-act. 45). Diese Inkonsistenz bildet offensichtlich auch die Ursache dafür, dass Dr. F.____ den Integritätsschaden in Bezug auf die eingeschränkte Schulterbeweglichkeit "aus organisch strukturellen Folgen" lediglich auf 5% anstelle der üblichen 10% (Tabelle 1, Schulter bis 30 Grad über Horizontale beweglich) festlegt. Tatsächlich ist es so, dass eine abschliessende Beurteilung des Integritätsschadens aufgrund der in Bezug auf die Schulterbeweglichkeit gezeigten Inkonsistenz eigentlich nicht möglich ist. Nachdem aber – wiederum im Hinblick auf die gezeigte Inkonsistenz – von weiteren Tests keine verlässlicheren Resultate zu erwarten sind, bleibt letztlich nichts anderes übrig, als den aus eingeschränkter Schulterbeweglichkeit resultierende Integritätsschaden schätzungsweise festzulegen. Die von Dr. F.____ vorgenommene Reduktion des tabellarisch vorgesehenen Integritätsschadens von 10% auf 5% erscheint dabei ohne Weiteres als angemessen. 6.4 Damit steht fest, dass die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer zu Recht eine Integritätsentschädigung von 10% zugesprochen hat. Auch in dieser Hinsicht ist die Beschwerde abzuweisen.

E. 7

Nach dem Gesagten ist die Beschwerde abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG entschieden:

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