

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2006.00363 vom 17. März 2008

ZH Sozialversicherungsgericht, 2008-03-17, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2006.00363

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2006.00363 du 17 mars 2008

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2006.00363 del 17 marzo 2008

Erwägungen

E. 1

1.1 Nach Art. 10 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG), so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 Prozent invalid (Art. 8 ATSG), so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG).

1.2 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 129 V 181 Erw. 3.1, 406 Erw. 4.3.1, 123 V 45 Erw. 2b, 119 V 337 Erw. 1, 118 V 289 Erw. 1b, je mit Hinweisen).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosses Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 181 Erw. 3.1, 119 V 338 Erw. 1, 118 V 289 Erw. 1b, je mit Hinweisen).

E. 1.3

1.3.1.1. Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 125 V 461 Erw. 5a, 123 V 103 Erw. 3d, 139 Erw. 3c, 122 V 416 Erw. 2a, 121 V 49 Erw. 3a mit Hinweisen; RKUV 1997 Nr. U 272 S. 172 Erw. 3a).

1.3.2. Für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhanges zwischen dem Unfall und psychischen Gesundheitsschädigungen ist im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall für die Entstehung der Arbeits- beziehungsweise Erwerbsunfähigkeit eine massgebende Bedeutung zukommt. Dies trifft dann zu, wenn er objektiv eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt (vgl. RKUV 1996 Nr. U 264 S. 288 Erw. 3b; BGE 115 V 141 Erw. 7 mit Hinweisen). Für die Beurteilung dieser Frage ist an das Unfallereignis anzuknüpfen, wobei - ausgehend vom augenfalligen Geschehensablauf - von der Rechtsprechung folgende Einteilung vorgenommen wurde: banale beziehungsweise leichte Unfälle einerseits, schwere Unfälle andererseits und schliesslich der dazwischen liegende mittlere Bereich (BGE 115 V 139 Erw. 6; vgl. auch BGE 120 V 355 Erw. 5b/aa; SVR 1999 UV Nr. 10 Erw. 2).

1.3.3. Bei Unfällen aus dem mittleren Bereich lässt sich die Frage, ob zwischen Unfall und Folgen ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht aufgrund des Unfalles allein schlüssig beantworten. Es sind daher weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte beziehungsweise indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Als wichtigste Kriterien sind zu nennen:

- besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls;
- die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen;
- ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung;
- körperliche Dauerschmerzen;
- ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert;
- schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen;
- Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit (BGE 115 V 140 Erw. 6c/aa).

Der Einbezug sämtlicher objektiver Kriterien in die Gesamtwürdigung ist nicht in jedem Fall erforderlich. Je nach den konkreten Umständen kann für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhanges ein einziges Kriterium genügen. Dies trifft einerseits dann zu, wenn es sich um einen Unfall handelt, welcher zu den schwereren Fällen im mittleren Bereich zu zählen oder sogar als Grenzfall zu einem schweren Unfall zu qualifizieren ist (vgl. RKUV 1999 Nr. U 346 S. 428, 1999 Nr. U 335 S. 207 ff.; 1999 Nr. U 330 S. 122 ff.; SVR 1996 UV Nr. 58). Andererseits kann im gesamten mittleren Bereich ein einziges Kriterium genügen, wenn es in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist, wie

z.B. eine auffallend lange Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit infolge schwierigen Heilungsverlaufes. Kommt keinem Einzelkriterium besonderes beziehungsweise ausschlaggebendes Gewicht zu, so müssen mehrere unfallbezogene Kriterien herangezogen werden. Dies gilt umso mehr, je leichter der Unfall ist. Handelt es sich beispielsweise um einen Unfall im mittleren Bereich, der aber dem Grenzbereich zu den leichten Unfällen zuzuordnen ist, müssen die weiteren zu berücksichtigenden Kriterien in gehäuft oder auffallender Weise erfüllt sein, damit die Adäquanz bejaht werden kann. Diese Würdigung des Unfalles zusammen mit den objektiven Kriterien führt zur Bejahung oder Verneinung der Adäquanz. Damit entfällt die Notwendigkeit, nach anderen Ursachen zu forschen, die möglicherweise die psychisch bedingte Erwerbsunfähigkeit mitbestimmen könnten (BGE 115 V 140 Erw. 6c/bb, vgl. auch BGE 120 V 355 Erw. 5b/aa; RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff., Nr. U 449 S. 53 ff., 1998 Nr. U 307 S. 448 ff., 1996 Nr. U 256 S. 215 ff.; SVR 1999 UV Nr. 10 Erw. 2).

1.4 Für die Beurteilung des Gesundheitszustandes und der rechtlichen Folgen sind Versicherungsärger und Gerichte auf Angaben ärztlicher Expertinnen und Experten angewiesen. Diese Angaben bilden die ausschlaggebenden Beweismittel. Nach dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung haben Versicherungsärger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an formale Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die vorliegenden Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten.

Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte und Ärztinnen kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt oder die befragte Ärztin in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsärger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters oder der Gutachterin allerdings ein strenger Massstab anzulegen (RKUV 1999 Nr. U 356 S. 572; BGE 122 V 161/2 Erw. 1c; vgl. auch 123 V 334 Erw. 1c).

E. 2

2.1 Die Ärzte des C.____ diagnostizierten in ihrem Bericht vom 16. April 2002 (Urk. 12/17) ein chronisches Schmerzsyndrom an der rechten Hand mit Zustand nach Verbrennung II. bis III. Grades im Bereich des distalen Vorderarmes rechts zirkulär, bzw. Handrücken-/Langfingerbereich am 6. September 2001 bei Status nach tangentialer Exzision im distalen Vorderarm-, Handrücken- und Langfingerbereich sowie Defektdeckung mit Spalthauttransplantation (Entnahme Oberschenkel rechts) am 7. September 2001 sowie bei Status nach tangentialer Exzision und Spalthauttransplantation (Entnahme Unterschenkel rechts) der Restdefekte am 17. September 2001. Die Ärzte verwiesen auf die anfangs Oktober 2001 erstmals aufgetretenen stechenden Schmerzen in der ganzen oberen Extremität bis zur Schulter und zum Nacken sowie in die Flanke, den rechten Hemithorax und teilweise auch in die rechte untere Extremität mit Verstärkung

bei kaltem und feuchtem Wetter, durch Einwirkung von kaltem Wasser und Heben von 1 kg schweren Flaschen mit der rechten Hand. Die Schmerzen im Nacken sowie in der oberen Extremität seien unabhängig von der Halswirbelsäulenbewegung. Nach 30 Minuten Gehen stellten sich Schmerzen in der rechten unteren Extremität ein, bei Sitzen bestanden deutlich weniger Schmerzen. Eine Abhängigkeit der Beschwerden von der Lendenwirbelsäulenbewegung sei vom Beschwerdeführer nicht beobachtet worden. Beim Husten, Niesen oder beim Tiefatmen trete ein Schmerz "wie ein Stromschlag" im Vorderarm bis zum ersten und vierten Finger rechts auf. Eine Linderung trete durch Ruhigstellung oder unregelmäßig eingenommenes Dafalgan oder Mephenazid ein. Die bis heute absolvierte ambulante Physiotherapie (zwei mal pro Woche) habe insgesamt eine ca. 20%ige Beschwerdeverbesserung gebracht.

Die Ärzte führten aus, im Rahmen der Teilevaluation der arbeitsbezogenen funktionellen Leistungsfähigkeit hätten das arbeitsbezogene relevante Problem sowie die funktionelle körperliche Belastbarkeit nicht beurteilt werden können. Die rechte Hand sei bei den Hebetests kaum eingesetzt worden. Den Versuch "Heben horizontal" habe der Beschwerdeführer bei 5 kg wegen Schwindel abgebrochen. In den Handkoordinationstests habe er auch mit der linken Hand einen ungenügenden Einsatz gezeigt und mitten im Test aufgehört. Am zweiten Testtag sei er nur kurz vorbei gekommen, um mitzuteilen, dass er diese Tests nicht weitermachen werde. Zudem habe er über unerträgliche Schmerzen in der rechten Hand geklagt. Eine von der Physiotherapeutin angebotene, auch ärztliche Untersuchung, habe er abgelehnt und die Therapie verlassen, ohne jemandem die Hand zu zeigen.

Zusammengefasst hielten die Ärzte fest, die Zumutbarkeit in der angestammten beruflichen Tätigkeit als Isoleur sowie für eine andere berufliche Tätigkeit könne nicht beurteilt werden. Medizinisch-theoretisch bestehe auf Grund der fehlenden Bereitschaft des Beschwerdeführers, sich "auszubelasten", aktuell keine Indikation für die Einleitung intensiverer physiotherapeutischer Massnahmen wie zum Beispiel im Rahmen einer arbeitsbezogenen Rehabilitation im Hause. Eine solche Massnahme würde nur bei entsprechender Motivation des Beschwerdeführers in Frage kommen. Sie empfahlen eine Begutachtung durch den Kreisarzt der Beschwerdegegnerin.

Kreisarzt Dr. med. I. ____, FMH für Chirurgie, verwies anlässlich der Untersuchung vom 24. Mai 2002 (Bericht vom 27. Mai 2002, Urk. 12/23) ergänzend auf die am 17. Januar 2002 erfolgte Narbenkorrektur und hielt fest, das heutige Behandlungsergebnis sei objektiv erfreulich. Der Beschwerdeführer trage korrekterweise nach wie vor einen Kompressions-Handschuh, wobei die Beweglichkeit ordentlich und der Faustschluss annähernd vollständig seien; hingegen sei die Kraft noch deutlich vermindert.

Dr. I. ____, führte aus, offenbar wiesen die relativ bescheidenen Rehabilitationsfortschritte trotz schlechtem Behandlungsergebnis auf eine ungenügende Kooperation des Beschwerdeführers hin, woran auch die ungewöhnlich häufigen, wöchentlichen Konsultationen beim Hausarzt nichts zu ändern vermöchten. Er sah die Problematik des weiteren Verlaufs vor allem auf dem Gebiet der Kooperation, weshalb er eine stationäre Rehabilitation empfahl.

Die Ärzte der D. ____, hielten in ihrem Austrittsbericht vom 24. Oktober 2002 (Hospitalisation vom 21. August bis 2. Oktober 2002) fest, es bestehe ein

therapieresistentes chronisches Schmerzsyndrom der rechten oberen Extremität bei objektiv günstigen Befunden. Es bestanden keine instabilen Narben, die Beweglichkeit sei zumindest passiv erhalten. Ein CRPS (Complex Regional Pain Syndrome) bestehe nicht. Die subsyndromale posttraumatische Belastungsstörung könne die offensichtlich mangelnde Motivation kaum ganz erklären. Die somatisch nicht erklärbare Schmerzausweitung auf die ganze rechte Körperhälfte und der nahezu fehlende Einsatz der rechten Hand wiesen doch auf eine zusätzliche Symptomausweitung hin. Aus rein handchirurgischer Sicht wäre die Hand für mittelschwere Arbeiten ganztags einsetzbar. Die vom Beschwerdeführer angegebenen Schmerzen könnten durch längeren Nichtgebrauch zu einem geringen Teil erklärt werden. Die Intensität und die daraus folgende Unbrauchbarkeit ständen aber in keiner Relation zu den objektivierbaren Befunden. Sodann liessen sich die vom Beschwerdeführer angegebenen Schmerzen in der rechten Schulter bei klinisch vollem Bewegungsumfang, inkonstanten Schmerzangaben und völlig weicher Schulter-Nacken-Muskulatur nicht erklären (Urk. 12/35 S. 3).

Im Rahmen des psychosomatischen Konsiliarberichtes vom 6. September 2002 hielten die Ärzte fest, vom ersten Eindruck her wirke der Beschwerdeführer psychisch unauffällig, in den Unterlagen fänden sich keine Angaben, die auf vorbestehende oder nach dem Unfall auffällige psychische Befunde hinwiesen. Bei genauer Exploration erfahre man neben der medizinisch unklaren Halbseitenschmerzsymptomatik noch von anhaltenden Ängsten, die getriggert würden durch Wiedererinnerungen an den Unfallablauf, ausserdem gebe es Hinweise auf eine vermehrte innere Nervosität und Reizbarkeit in Verbindung mit Schlafstörungen. Diese Symptome seien typisch für posttraumatische Belastungsstörungen, hier in der Ausprägung subsyndromal vorliegend (Urk. 12/35.1 S. 3).

Die Ärzte der Psychiatrischen Poliklinik des C.____ berichteten am 4. Dezember 2002 (Urk. 12/42) über die Konsultationen vom 22. November und 3. Dezember 2002. Sie hielten fest, im Vordergrund ständen chronische Schmerzen in der gesamten rechten Körperhälfte, betont in der oberen Extremität (differentialdiagnostisch: anhaltende somatoforme Schmerzstörung). Weiter äusserten sie den Verdacht auf eine posttraumatische Belastungsstörung mit wiederkehrenden Träumen vom Unfall, Vermeidungsverhalten und Hyperarousal. Sie führten aus, der Beschwerdeführer lehne eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung klar ab. Er lehne insbesondere ab, über die Erinnerung im Zusammenhang mit dem Unfall sprechen zu lassen. Im Vordergrund ständen die chronischen Schmerzen, mit welchen auch Schlafstörungen im Zusammenhang ständen.

E. 2.5

2.5.1 Kreisarzt Dr. E.____ führte am 12. März 2003 (Urk. 12/47) über die Untersuchung des Beschwerdeführers vom gleichen Tag aus, an der Situation habe sich seit der Behandlung in der D.____ kaum etwas geändert, im Gegenteil sei die Schmerzsymptomatik in der ganzen rechten Körperseite offenbar eher noch ausgeprägter geworden als vor einigen Monaten. Dem klinisch günstigen Ergebnis der Behandlung bezüglich Ästhetik und objektiv auch der Funktionen stehe der völlig fehlende Einsatz der rechten Hand mindestens während der Zeit der aktuellen Untersuchung gegenüber. Obwohl man normalerweise an der dominanten oberen Extremität eine bessere Muskulatur erwarten würde, sei bereits der aktuell festgestellte symmetrische Umfang von Oberarm und Unterarm ein Hinweis darauf, dass

möglicherweise ausserhalb der Untersuchungssituation die Hand sehr viel besser eingesetzt werde, als demonstriert.

Dr. E.____ schlug vor, den Fall nach dem Zumutbarkeitsprinzip abzuschliessen, und hielt fest, die dominante rechte Hand könne für leichte bis höchstens mittelschwere Arbeit eingesetzt werden, nicht aber für Schwerarbeit, wie dies als Bauisoleur notwendig gewesen sei. Objektiv sei das Tragen eines Kompressionshandschuhs nicht mehr notwendig. Bezüglich Integritätsentschädigung befand er, dass der aktuelle Zustand die Erheblichkeitsgrenze nicht erreiche.

2.5.2. SUVA-Arzt Dr. med. J.____, Facharzt FMH für Chirurgie, berichtete am 23. Februar 2004 (Urk. 12/71) zur Frage, ob Verbrennungen und der vorliegende Heilungsprozess geeignet seien, Dauerschmerzen herbeizuführen, und ob von somatischer Seite her weiterer Abklärungsbedarf bestehe. Er hielt fest, beim Beschwerdeführer falle auf, dass seine Schmerzen im Langzeitverlauf nicht abklängen, sondern im Gegenteil immer zunehmen und dass bei ihm - eher unerwartet - nicht Ameisenlaufen oder Juckreiz im Vordergrund ständen, sondern nicht näher quantifizierbare Schmerzen. Im Verlauf der Zeit sei es zu einer fortschreitenden Symptomausweitung gekommen, die nur im Rahmen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung verstanden werden könne. Alle ausserhalb der Verbrennungsnarben angegebenen Schmerzen seien somatisch nicht erklärbar. Paradox sei die Angabe von zunehmenden Schmerzen nach Ausziehung des Kompressionshandschuhs, weswegen auch die im Narbenbereich angegebenen Schmerzen mindestens von ihrer Intensität her nur teilweise auf organischer Basis erklärbar seien.

Dr. J.____ verwies weiter darauf, dass die Verbrennungen rasch, kompetent und effizient behandelt worden seien. Die Anzahl der notwendig gewordenen plastischen Eingriffe bewegten sich im für eine solche Verletzung üblichen Rahmen. Der Heilungsprozess der Narben sei nicht verzögert gewesen. So sei es zu keiner objektivierbaren Funktionseinschränkung der rechten Hand gekommen. Der vom Beschwerdeführer vordemonstrierte vollständige funktionelle Ausschluss der rechten Hand kontrastiere grell mit dem objektivierbaren Befund. In der Regel erreichten Verbrennungsnarben nach spätestens zwei Jahren einen stabilen Endzustand, was anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung vom 12. März 2003 bereits klar der Fall gewesen sei. Demgemäss sei von weiteren somatischen Abklärungen bzw. von einer neurologischen Untersuchung keine Besserung zu erwarten.

2.6. Im Rahmen des Verfahrens der Invalidenversicherung berichtete am 7. August 2004 (Urk. 12/78) Dr. med. K.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie. Er führte aus, seit dem Unfall habe sich die Lebenssituation des Beschwerdeführers in gravierendem Ausmass verschlechtert. So leide er unter zunehmenden Störungen wie Nervosität, Gereiztheit, Misstrauen, Zueknüpfung, intensiven Schmerzen, Ohrgeräuschen, Ängsten, Libidoverlust und mangelnder Lebensfreude. Auch sei die Stimmung in der Familie gedrückt, und litten die Ehefrau und auch die Kinder unter dem Zustand des Beschwerdeführers und der prekären finanziellen Situation (S. 6/7).

Dr. K.____ diagnostizierte eine Anpassungsstörung sowie differentialdiagnostisch eine Persönlichkeitsänderung nach subjektiver Extremlastung und hielt fest, aus ärztlich-psychiatrischer Sicht sei - in Anbetracht der Gesamtsituation - die fehlende Motivation des Beschwerdeführers zur Wiederaufnahme einer Arbeit oder

zu einer allfälligen Umschulung auf psychische krankheitsbedingte Gründe zurücksuführen. Er attestierte eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit, wobei eine psychotherapeutische Behandlung aufgrund mangelnder Introspektions- und Reflexionsfähigkeit nicht möglich sei (S. 8).

2.7 Dr. G. von der Klinik H. diagnostizierte in seinem Gutachten vom 31. Mai 2006, das vom Ärztlichen Direktor Prof. Dr. med. L. mitunterzeichnet wurde (Urk. 12/101/3), eine posttraumatische Belastungsstörung, eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung sowie eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwer ausgeprägt. Demgegenüber verwarf er die von Dr. K. gestellte Diagnose einer Anpassungsstörung, da die Symptome nicht länger als sechs Monate nach Ende der Belastung andauerten.

In Anbetracht der gestellten Diagnosen erachtete der Experte therapeutische Sitzungen in 3-wöchigem Rhythmus als kaum ausreichend, um eine signifikante Veränderung beizubringen, auch nicht, wenn gleichzeitig eine psychopharmakologische Behandlung stattfindet. Der Schmerzmittelkonsum grenze an einen Analgetikamissbrauch, der das psychische Krankheitsgeschehen mitunterhalte. Bei diesem seien alle relevanten Erlebens- und Verhaltensebenen involviert: die kognitiv-emotionale Ebene, die behaviorale Ebene, die soziale sowie die organisch-physiologische Ebene. Der dabei gewonnene primäre und sekundäre Krankheitsgewinn sei nicht unerheblich. Unter psychodynamischem Aspekt seien die Depression wie die somatoforme Schmerzstörung als Resultanten einer missglückten Verarbeitung des Unfalls, d.h. letztlich im Sinne einer erlittenen narzisstischen Kränkung zu interpretieren. Hinsichtlich der allfälligen Frage von Aggravation und Simulation habe die Begutachtung keine bewusste Motivation und Symptombildung, mithin keine bewusstseinsnahe Symptomdarstellung auf Seiten des Beschwerdeführers zutage treten lassen (S. 20/21).

Der Gutachter schlug angesichts einer ungünstigen Prognose eine intensive stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung vor, da im gewohnten psychosozialen Konfliktfeld von jedweder ambulanten Massnahme vermutlich kaum ein Nutzen gezogen werden könne. Dies nicht zuletzt deshalb, weil der Beschwerdeführer weiterhin in seiner Opferhaltung verharren und darin von seiner Ehefrau kräftig bestärkt werde (S. 21).

Dr. G. hielt fest, der Beschwerdeführer habe den Unfall als dramatisch und infolge der wiederholten Operationen als existenzvernichtend erlebt und verarbeitet. Vor dem ethnischen sowie soziokulturellen Hintergrund habe dabei eine narzisstische Kränkung mit Scham- und Schuldgefühlen eine erhebliche Rolle gespielt. Unbewusster primärer wie sekundärer Krankheitsgewinn sowie fehlende Copingstrategien hätten es dem Beschwerdeführer bis anhin verunmöglicht, geeignete Zukunftsperspektiven zu entwickeln (S. 22). Die psychischen Störungen seien insgesamt Folge des Unfallereignisses. Aus der Begutachtung könne auf keine unfallfremden Faktoren geschlossen werden (S. 25).

E. 3

3.1 Aufgrund der medizinischen Aktenlage steht fest, dass die somatischen Unfallfolgen im Wesentlichen abheilen und ein gutes Behandlungsergebnis erzielt werden konnte. Wohl musste nach den beiden Operationen unmittelbar nach dem

Unfall (am 7. und 17. September 2001) am 17. Januar 2002 eine Narbenkorrektur durchgeführt werden, doch sprach Kreisarzt Dr. I. ___ bereits am 24. Mai 2002 von einem objektiv erfreulichen Behandlungsergebnis mit ordentlicher Beweglichkeit und annähernd vollständigem Faustschluss (Urk. 12/23). In diesem Sinne gingen die Ärzte der D. ___ am 24. Oktober 2002 von einer Einsatzfähigkeit der verletzten rechten Hand für mittelschwere Arbeiten aus (Urk. 12/35 S. 3). Kreisarzt Dr. E. ___ sprach sodann am 12. März 2003 (Urk. 12/47) von einem klinisch günstigen Ergebnis der Behandlung bezüglich Ästhetik sowie objektiv der Funktionen und verwies auf einen symmetrischen Umfang von Ober- und Unterarm (links/rechts), woraus er schloss, dass die rechte obere Extremität nicht dermassen geschont werde, wie es der Beschwerdeführer demonstrierte (Urk. 12/47). SUVA-Arzt Dr. J. ___ schliesslich hielt fest, dass die Verbrennungen rasch, kompetent und effizient behandelt worden seien (Urk. 12/71).

3.2 Angesichts dieser Beurteilungen ist es nachvollziehbar, wenn die Dres. E. ___ und J. ___ den Behandlungsabschluss vorschlugen, da von einer weiteren Behandlung keine Verbesserung mehr erwartet werden konnte. Ebenso schlüssig erscheint die Einschätzung der Ärzte der D. ___, wonach die rechte Hand - aus handchirurgischer Sicht - für mittelschwere Arbeiten ganztags einsetzbar ist. Dies wurde denn seitens des Beschwerdeführers auch nicht bestritten.

3.3 Damit ist erstellt, dass die organisch erklärbaren Beschwerden des Beschwerdeführers - bis auf die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auf mittelschwere Tätigkeiten - nach dem Unfall abgeklungen waren. Bei diesem Ergebnis kann die nach dem Unfall aufgetretene psychische Symptomatik nur zu einer Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin führen, wenn der Kausalzusammenhang gegeben ist.

E. 4

4.1 Der natürliche Kausalzusammenhang kann als gegeben bezeichnet werden, verneinte doch keiner der Ärzte den Umstand, dass der Unfall die psychische Beeinträchtigung ausgelöst hat, und hielt der Gutachter Dr. G. ___ explizit fest, dass die psychische Störung Folge des Unfallereignisses sei (Urk. 12/101/3 S. 25).

4.2 Die Beschwerdegegnerin ordnete das Ereignis vom 6. September 2001 der Kategorie der mittelschweren Unfälle zu und verneinte den adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem psychischen Beschwerdebild und dem Unfall (Urk. 2 S. 8). Auch der Beschwerdeführer ging von einem Unfall im mittelschweren Bereich aus, siedelte diesen indes im schweren Teil des mittleren Bereiches an (Urk. 1 S. 6).

E. 4.3

4.3.1 Das Eidgenössische Versicherungsgericht (EVG) ordnet Verbrennungen praxisgemäss dem mittleren Bereich zu, so beispielsweise Verbrennungen zweiten und dritten Grades bei Gartenarbeiten sowie Verbrennungen zweiten Grades mit heissem Fett. Lediglich bei gleichzeitig zugezogenen schweren Quetschungen schloss es aufgrund der gravierenden Verletzungen auf einen Grenzfall zu einem schweren Unfall (Urteil des EVG in Sachen R. vom 4. Oktober 2004, U 212/04, Erw. 2.3.1). Solche zusätzlichen Verletzungen der rechten Hand sind vorliegend nicht aufgetreten, weshalb der Unfall klarerweise als mittelschwer zu qualifizieren ist. Damit müsste für die Bejahung der Adäquanz ein einzelnes Kriterium in besonders ausgeprägter Weise oder es müssten mehrere der massgebenden Kriterien erfüllt sein.

(Urk. 12/101/3). Das vom Beschwerdeführer ins Recht gelegte Zeugnis von Dr. med. M. ____, FMH Innere Medizin, vom 23. Juni 2004 (Urk. 3/3) ändert an dieser Einschätzung nichts. Dieser schilderte bloss die Schmerzklagen und legte nicht dar, inwiefern bei diesem guten Operationsresultat Jahre nach dem Unfall noch derartige Schmerzklagen zu begründen sind. Bei dieser Aktenlage steht fest, dass nicht die somatischen Verletzungen für das Schmerzempfinden verantwortlich sind, sondern im Gegenteil die psychischen Störungen des Beschwerdeführers. Dies ist auch angesichts des Umstandes ohne weiteres einleuchtend, dass der Beschwerdeführer an Stellen über Schmerzen klagte, welche vom Unfall gar nicht betroffen waren. Demnach steht fest, dass die vom Beschwerdeführer geltend gemachten Dauerbeschwerden Folge seiner psychischen Störung und nicht etwa somatischen Ursprungs sind. Damit aber ist auch dieses Kriterium nicht erfüllt, müssen doch die Schmerzen von den körperlichen Verletzungen des Unfalls herrühren und können nicht die als Folge einer psychischen Störung aufgetretenen Schmerzen die Adäquanz der Erkrankung zum Unfall begründen.

Das der Beschwerdeführer während einer längeren Dauer arbeitsunfähig geschrieben wurde, lag sodann nur in der Anfangsphase nach dem Unfall in seiner körperlichen Verfassung begründet. Die lange Dauer seiner Arbeitsabstinenz war darauf vielmehr im Umstand begründet, dass die Ärzte zuweilen aufgrund der Schmerzklagen Arbeitsunfähigkeiten attestierten und damit den subjektiven Klagen Rechnung trugen, welche indes hauptsächlich psychischer Natur waren.

4.3.3 Damit kann keines der praxisgemässen Kriterien als erfüllt betrachtet werden. Demnach fehlt es am adäquaten Kausalzusammenhang zwischen den psychischen Beschwerden und dem Unfall.

4.4 Zusammenfassend ergibt sich, dass im Zeitpunkt der Einstellung der Heilbehandlung und Taggeldleistungen per 30. Juni 2003 keine - über die Beschränkung auf eine mittelschwere Tätigkeit hinausgehenden - mit dem Unfall in natürlichem Kausalzusammenhang stehenden somatischen Beschwerden mehr bestanden und dass die psychischen Beschwerden mangels Adäquanz nicht in einem rechtsgemässigen Kausalzusammenhang mit dem erlittenen Unfall stehen.

E. 5

5.1 Ist die versicherte Person infolge des Unfalles zu mindestens 10 Prozent invalid (Art. 8 ATSG), so hat sie gemäss Art. 18 Abs. 1 UVG Anspruch auf eine Invalidenrente. Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 ATSG). Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen konnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen konnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG; vgl. BGE 130 V 121).

5.2 Aufgrund der Einschränkung des Beschwerdeführers auf eine bloss noch mittelschwere Tätigkeit errechnete die Beschwerdegegnerin eine Einschränkung in der Erwerbsfähigkeit von 15 %, was vom Beschwerdeführer nicht beanstandet wurde.

5.3.3 Das Valideneinkommen erweist sich mit Fr. 61'880.-- (Fr. 4'760.-- x 13, vgl. Urk. 12/57 und Urk. 2 S. 4) als korrekt. Die ehemalige Arbeitgeberin bestätigte am 6. Juni 2003 einen Lohn von Fr. 4'620.-- (Wert: 2001) pro Monat, wobei jährlich mit einer Lohnerhöhung von mutmasslich Fr. 70.-- pro Monat zu rechnen gewesen wäre (Urk. 12/50).

5.4.4 Bezüglich des trotz der gesundheitsbedingten Behinderung in einer leidensangepassten Tätigkeit zumutbarerweise noch erzielbaren Verdienstes hat die Beschwerdegegnerin vorab auf die Dokumentation über Arbeitsplätze (DAP; vgl. hiezu RKUV 1999 Nr. U 343 S. 412) abgestellt. Sie ermittelte das Invalideneinkommen, indem sie auf Grund von fünf DAP-Unterlagen vom Durchschnitt der Löhne von Fr. 52'600.-- ausging (richtig: Fr. 52'638.20 bei Annahme der Mittelwerte, Urk. 12/52-56). Bei diesen Werten ergibt sich ein Invaliditätsgrad von 14,9 %.

E. 5.5

5.5.1.1 Eine Überprüfung dieses Resultats anhand der statistischen Tabellenlöhne ergibt Folgendes: Da dem Beschwerdeführer nur Hilfsarbeitertätigkeiten offen stehen, ist die Rubrik  einfache und repetitive T tigkeiten  heranzuziehen. Laut der Tabelle TA1 der Lohnstrukturerhebung (LSE) 2002 belief sich der Zentralwert für einfache und repetitive Tätigkeiten im privaten Sektor bei einer w hentlichen Arbeitszeit von 40 Stunden auf Fr. 4'557.--, was unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung bis 2003 von 1,4 % (vgl. Die Volkswirtschaft 12-2007 S. 99 Tabelle B10.2) und bei Annahme einer betriebswhlichen durchschnittlichen Arbeitszeit von 41,7 Stunden (Die Volkswirtschaft 12-2004 S. 98 Tabelle B9.2) pro Woche ein Gehalt von monatlich Fr. 4'817.-- oder (x 12) von Fr. 57'804.-- pro Jahr ergibt.

5.5.2.2 Der Beschwerdeführer ist auf dem Arbeitsmarkt in Konkurrenz mit einem Mitbewerber ohne physische Einschränkungen dadurch benachteiligt, dass er auf eine Tätigkeit angewiesen ist, die bloss noch höchstens eine mittelschwere Belastung der rechten Hand erfordert. Dasselbe gilt - wenn auch in geringerem Masse - hinsichtlich des Umstandes, dass er (ohne entsprechende Erfahrung) in einem neuen Beruf (wieder) im ersten Dienstjahr starten muss. Die Tatsache, dass der Beschwerdeführer grundsätzlich vollzeitig arbeiten kann, lässt keinen Abzug zu. Auf Grund der genannten Umstände erscheint eine Herabsetzung um insgesamt höchstens 10 % als angemessen (vgl. zum Abzug lohnmindernder Faktoren: BGE 126 V 79 Erw. 5b/aa-cc).

5.5.3.3 Bei Abzug von 10 % resultiert ein Invalideneinkommen von Fr. 52'023.60 und im Vergleich mit dem Valideneinkommen von Fr. 61'880.-- eine Einbusse von Fr. 9'856.40 und damit ein Invaliditätsgrad von 15,9 %.

5.6.4 Aufgrund dieser minimalen Divergenz ist der von der Beschwerdegegnerin ermittelte Invaliditätsgrad von 15 % nicht zu beanstanden.

E. 6.1

6.1.1.1 Nach Art. 24 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung, wenn sie durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen oder geistigen Integrität erleidet. 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 Integrit tsschadens abgestuft (Art. 25 Abs. 1

UVG).

6.1.1 Gemäss Art. 25 Abs. 2 UVG regelt der Bundesrat die Bemessung der Entschädigung. Von dieser Befugnis hat er in Art. 36 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) Gebrauch gemacht. Abs. 1 dieser Vorschrift bestimmt, dass ein Integritätsschaden als dauernd gilt, wenn er voraussichtlich während des ganzen Lebens mindestens in gleichem Umfang besteht. Er ist erheblich, wenn die körperliche oder geistige Integrität, unabhängig von der Erwerbsfähigkeit, augenfällig oder stark beeinträchtigt wird. Gemäss Abs. 2 gelten für die Bemessung der Integritätsentschädigung die Richtlinien des Anhanges 3. Fallen mehrere körperliche oder geistige Integritätsschäden aus einem oder mehreren Unfällen zusammen, so wird die Integritätsentschädigung nach der gesamten Beeinträchtigung festgesetzt (Abs. 3).

6.1.2 Im Anhang 3 zur UVV hat der Bundesrat Richtlinien für die Bemessung der Integritätsschäden aufgestellt und in einer als gesetzlich anerkannten, nicht abschliessenden Skala (BGE 124 V 32 Erw. 1b mit Hinweisen) wichtige und typische Schäden prozentual gewichtet (RKUV 2004 Nr. U 514 S. 416). Für die darin genannten Integritätsschäden entspricht die Entschädigung im Regelfall dem angegebenen Prozentsatz des Höchstbetrages des versicherten Verdienstes (Ziff. 1 Abs. 1). Die Entschädigung für spezielle oder nicht aufgeführte Integritätsschäden wird nach dem Grad der Schwere vom Skalenwert abgeleitet (Ziff. 1 Abs. 2). Integritätsschäden, die gemäss der Skala 5 Prozent nicht erreichen, geben keinen Anspruch auf Entschädigung (Ziff. 1 Abs. 3). Die vorübergehende Gebrauchsunfähigkeit eines Organs wird dem Verlust gleichgestellt; bei teilweisem Verlust und teilweiser Gebrauchsunfähigkeit wird der Integritätsschaden entsprechend geringer, wobei die Entschädigung jedoch ganz entfällt, wenn der Integritätsschaden weniger als 5 Prozent des Höchstbetrages des versicherten Verdienstes ergäbe (Ziff. 2).

6.1.3 Die Medizinische Abteilung der SUVA hat in Weiterentwicklung der bundesweiten Skala weitere Bemessungsgrundlagen in tabellarischer Form (sog. Feinraster) erarbeitet. Diese von der Verwaltung herausgegebenen Tabellen stellen zwar keine Rechtssätze dar und sind für die Parteien nicht verbindlich, umso mehr als Ziff. 1 von 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 Richtwerte enthalten, mit denen die Gleichbehandlung aller Versicherten gewährleistet werden soll, sind sie mit dem Anhang 3 zur UVV vereinbar (BGE 124 V 32 Erw. 1c, 116 V 157 Erw. 3a).

6.2 Unberücksichtigt zu bleiben haben vorliegend (mangels adäquater Kausalität) die psychischen Schäden sowie die damit zusammenhängende Schmerzproblematik. Die kosmetische Beeinträchtigung erscheint aufgrund der Fotodokumentation (Bilder vom 25. April 2002, Beilage zu Urk. 12/23) nicht als besonders einschneidend. So findet sich auf der Handrückfläche ein etwas dunklerer kleiner Finger und auf der Handinnenfläche eine etwas aufgehellte Fläche samt geringen Vernarbungen an den Fingeransätzen. Am Unterarm sind sodann rötliche Vernarbungen zu sehen, welche indes nicht als erheblich erscheinen.

6.3 Bei diesen Umständen und in Anbetracht der Tabelle 18 der Übersicht "Integritätsentschädigung gemäss UVG" wäre die Zusprache einer Entschädigung

von 5 % wohl denkbar, wobei zu berücksichtigen bleibt, dass es sich nicht um Dermatosen, sondern bloss um Vernarbungen handelt. Indessen hat das kantonale Gericht nicht ohne Not in das Ermessen der Verwaltung einzugreifen (BGE 123 V 152 Erw. 2). Auch angesichts der Einschätzung von Dr. med. O. ____, Spezialarzt für Neurologie FMH, vom 24. März 2004 (Urk. 12/74), welcher das Resultat als kosmetisch optimal interpretierte, besteht keine Veranlassung, die Einschätzung der Beschwerdegegnerin abzuändern. Schliesslich ist zu bemerken, dass die verbleibenden Narben - vergleichsweise - auch nicht mit dem Verlust eines Fingers gleichzusetzen sind. Demgemäss ist dem Beschwerdeführer keine Integritätsentschädigung zuzusprechen.

7. Zusammenfassend hat die Beschwerdegegnerin die Invalidität des Beschwerdeführers zu Recht mit 15 % bemessen und die Ausrichtung einer Integritätsentschädigung abgelehnt. Damit ist die Beschwerde vollumfänglich abzuweisen.

8. Da die Voraussetzungen für die unentgeltliche Rechtsverteidigung erfüllt sind, ist dem Beschwerdeführer in Gutheissung des Gesuches vom 28. November 2006 (Urk. 1 S. 2) Rechtsanwalt Dr. André Largier als unentgeltlicher Rechtsbeistand für das vorliegende Verfahren zu bestellen. Dieser ist ausgangsgemäss aus der Gerichtskasse zu entschädigen. Nach Einsicht in die Kostennote vom 25. Februar 2008 (Urk. 16/2) und in Anwendung von Art. 34 Abs. 1 und 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht ist die Entschädigung auf Fr. 1'869.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen.

9. Der Beschwerdeführer ist auf Art. 92 der Zivilprozessordnung hinzuweisen, wonach er zur Nachzahlung der vom Gericht übernommenen Auslagen für die Vertretung verpflichtet werden kann, sofern er in günstige wirtschaftliche Verhältnisse kommt.

Das Gericht beschliesst:

10. In Bewilligung des Gesuches vom 28. November 2006 wird dem Beschwerdeführer Rechtsanwalt Dr. André Largier als unentgeltlicher Rechtsbeistand für das vorliegende Verfahren bestellt.

Sodann erkennt das Gericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Dr. André Largier, wird mit Fr. 1'869.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf Art. 92 ZPO hingewiesen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Dr. André Largier
- Rechtsanwalt Dr. Beat Frischkopf
- Bundesamt für Gesundheit

