

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00067 vom 29. Mai 2009

ZH Sozialversicherungsgericht, 2009-05-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2008.00067

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00067 du 29 mai 2009

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00067 del 29 maggio 2009

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 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).

Schliesslich hat die versicherte Person Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung, wenn sie durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen oder geistigen Integrität erleidet (Art. 24 Abs. 1 UVG).

E. 1.2

1.2.1 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

2.1.1. Zum Gesundheitszustand des Beschwerdeführers liegen folgende ärztliche Einschätzungen vor:

2.1.1.1. Der erstbehandelnde Arzt Dr. C. diagnostizierte im Bericht vom 19. Juni 2005 (Urk. 10/2) eine Handgelenksdistorsion rechts sowie eine Lunatummalazie rechts. Es lägen nicht ausschliesslich Unfallfolgen vor, da die Ätiologie der Lunatummalazie ungeklärt sei (vgl. auch Radiologie-Beurteilung der Klinik Hirslanden vom 8. Juni 2005, Urk. 10/3).

2.1.1.2. Dr. D. diagnostizierte im Arztbericht vom 8. Juli 2005 an Dr. E. (Urk. 10/4) eine schmerzhafte Lunatummalazie rechts Stadium III. Der Beschwerdeführer habe sich eine Handgelenkskontusion und -distorsion mit Hyperextensionstrauma zugezogen. In der Folge seien starke invalidisierende Schmerzen aufgetreten, die eine bis heute bestehende Arbeitsunfähigkeit zur Folge hätten. Die weiteren Abklärungen mit Röntgenbild und darauf folgendem MRI hätten das Vorliegen einer Lunatummalazie im Stadium III mit beginnender Radiocarpalarthrose und Kollaps des Lunatums gezeigt.

2.1.1.3. Die Situation sei mit dem Beschwerdeführer besprochen worden. Es sei ihm klar gemacht worden, dass sein Handgelenk schwer geschädigt sei und er nie mehr eine volle Rehabilitation erreichen könne. In der Handgelenksmanschette sei er indessen relativ beschwerdefrei. Es sei dem Beschwerdeführer folgendes Prozedere vorgeschlagen worden: Handgelenksarthroskopie zur Diagnosestellung des Knorpelschadens sowie zur Gelenkstoilette, eine STT-Arthrodeese zur Stabilisierung der sogenannten ersten Säule und eine Handgelenksdenervation.

2.1.1.4. Die Arbeitsunfähigkeit bestehe weiterhin zu 100 %.

2.3.1. Nachdem der Beschwerdeführer den Wunsch geäussert hatte, eine second opinion einzuholen, wurde er an Dr. F., Hand- und Fusszentrum der Schulthess Klinik Zürich, überwiesen (vgl. Urk. 10/6). Dieser bestätigte im Bericht vom 14. September 2005 (Urk. 10/10) die Diagnose einer Lunatummalazie des rechten Handgelenkes Stadium III b. Augenfällig sei die enorme Schmerzhaftigkeit des Handgelenks, welche sich auf die ganze Hand ausdehne und Bewegungen mit einschliesse, die eigentlich nicht direkt mit dem Handgelenk vergesellschaftet seien. Es scheine hier bereits eine enorme Symptomausweitung stattgefunden zu haben. Dies sei - neben der Operationsunwilligkeit - eine denkbar schlechte Voraussetzung für ein operatives Vorgehen.

2.3.2. So oder so müsse bereits jetzt festgehalten werden, dass wohl mit keiner der möglichen Behandlungsoptionen, sei es konservativer oder operativer Art, eine Restitutio erreicht werden könne und angezweifelt werden müsse, ob je ein Zurückkehren an den angestammten Arbeitsplatz möglich sein werde. Bezüglich der therapeutischen Optionen gebe es verschiedenste Möglichkeiten. Die von Dr. D. vorgeschlagene STT-Arthrodeese sei nur eine der Möglichkeiten. Er (Dr. F.) bevorzuge eher eine Niveau-Operation im Sinne einer Radiusverkrüchtungsosteotomie mit Absenken des Anstellwinkels am Radius mit der Idee, die Kräfte im Handgelenk umzuverteilen und das Lunatum zu entlasten. Da im Moment eine Operationsunwilligkeit bestehe, habe er vorgeschlagen, den Beschwerdeführer in eine Therapie einzuschleusen, mit dem Ziel, die Finger- und Daumenfunktion wieder zu normalisieren. Dies sei auch Voraussetzung, damit ein operativer Eingriff am Handgelenk überhaupt eine Chance habe.

2.4. Dr. G. diagnostizierte im Bericht vom 5. Dezember 2005 (Urk. 10/93 Beilage) einen "Status post contusionem traumatica articulationis radiocarpalis Dextri. Ortheoporus circumscripta ossea carpalis dex. Mb. Sudeck mani dextri post traumaticam." Der Beschwerdeführer sei mit starken Schmerzen im rechten Handgelenk und mit durch Schmerzen eingeschränkten Handbewegungen in die Sprechstunde gekommen. Der Zustand verschlechtere sich immer noch. Die Finger seien geschwollen und palpatorisch schmerzempfindlich, die Bewegungen des Handgelenks und der Finger seien schmerzhaft eingeschränkt, die Opposition sei unmöglich und die grobe Muskelstärke der rechten Hand sei reduziert. Die Schwellungen und auch die Schmerzen nahmen zu, wenn der Beschwerdeführer die Hand nach unten bewege.

2.5. Vom 4. bis 18. Januar 2006 hielt sich der Beschwerdeführer in der H. auf. Im Austrittsbericht vom 7. Februar 2006 (Urk. 10/46) bezeichneten die Ärzte als aktuelle Probleme (1) eine enorme Schmerzhaftigkeit des gesamten rechten Handgelenkes, auch bei Bewegungen, welche nicht direkt mit dem Handgelenk vergesellschaftet seien, (2) intermittierende Schmerzausstrahlung nach proximal bis zur Schulter-/Nackenregion, (3) massive Einschränkungen in den alltäglichen Tätigkeiten (Ehefrau muss zu Hause bleiben und ihn versorgen) sowie (4) eine massive Symptomausweitung.

Infolge Selbstlimitierung und ungenügender Kooperation im Behandlungsprogramm hätten die zu erwartenden Verbesserungen bezüglich Funktion und Belastbarkeit nicht erreicht werden können. Das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen lasse sich mit den objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung und bildgebenden Abklärung sowie der Diagnose aus somatischer Sicht nur ungenügend erklären. Die Beurteilung der Zumutbarkeit stütze sich deshalb wesentlich auf medizinisch-theoretische Überlegungen, ergänzt durch die Beobachtungen im Behandlungsprogramm. Eine weitergehende Einschränkung der Belastbarkeit lasse sich medizinisch-theoretisch nicht begründen. Es liege keine psychiatrische Störung mit Krankheitswert vor, welche eine arbeitsrelevante Leistungsminderung begründen könne.

Die Tätigkeit als angelernter Maurer-Vorarbeiter sei nicht mehr zumutbar. In leichten bis mittelschweren Tätigkeiten ohne Arbeiten, die zwingend Handgelenksbewegungen oder Zwangshaltungen des Handgelenks erforderten, ohne Tätigkeiten mit Vibrationen oder Schlägen in Bezug auf die rechte Hand sowie ohne Tätigkeiten auf Leitern und Gerüsten sei der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsfähig.

2.6. Im Arztbericht vom 8. März 2006 (Urk. 10/64) diagnostizierte Dr. I., an welchen sich der Beschwerdeführer nach Empfehlung durch seinen Hausarzt gewandt hatte, ein ausgeprägtes Complex Regionales Schmerzsyndrom (CRPS) Typ II rechts nach heftiger Kontusion dorsal über dem rechten Handgelenk am 30. Mai 2005, eine vorbestehende Lunatummalazie rechts, Stadium III bis IV nach Stahl, sowie eine limitierte Radio-Carpal-Arthrose.

Es lägen zwei Problemkreise vor, welche eindeutig voneinander unterschieden werden müssten: Ganz im Vordergrund liege das Schmerzsyndrom (CRPS II) mit ausgeprägter Schulter-Handproblematik im Sinne eines Schulter-Handsyndroms als konsekutive und alleinige Folge der vorliegenden pathologischen Schmerzentwicklung. Hintergrund seien traumatische Läsionen peripherer sensibler Nervenäste und

nocizeptiver Rezeptoren verursacht durch die heftige Kontusion dorsal am rechten Handgelenk. Charakteristisch sei auch die Entwicklung dieses Syndroms geprägt durch die initial anhaltenden, ausgeprägten Schmerzen auf Höhe der Kontusion und den frühen Anzeichen einer Ausbreitung am 3. bis 5. posttraumatischen Tag auf den ganzen rechten Arm. Die ebenfalls diagnostizierte Lunatummalazie mit bereits sichtbaren limitierten Arthrosezeichen sei ein Zufallsbefund und nicht Ursache dieser Beschwerden. Der Befund spreche für einen über Jahre zurückliegenden Prozess mit grosser Wahrscheinlichkeit im Zusammenhang mit der Schwerarbeit auf dem Bau. Diese, wenn auch frisch traumatisierte Arthrose am rechten Handgelenk spiele im vorliegenden Beschwerdebild höchstens eine untergeordnete Rolle. Überlagert würden die Handgelenksschmerzen von dem ausgeprägten CRPS II.

Er rate von chirurgischen Eingriffen ab, da diese niemals zu einer Schmerzfreiheit führen könnten. Im Gegenteil könne sich das Schmerzsyndrom noch weiter ausbreiten und intensivieren.

2.7 Kreisarzt Dr. J. ___ diagnostizierte im Bericht vom 25. April 2006 (Urk. 10/65) einen Vorzustand mit Lunatummalazie und radiocarpaler Arthrose, welcher durch das Distorsionstrauma im rechten Handgelenk symptomatisch geworden sei und durch keine Massnahmen habe verbessert werden können, sondern zunehmend eine desolante Entwicklung genommen habe. In der letzten handchirurgischen Beurteilung sei ein CRPS angegeben worden. Die Kriterien seien nicht vollständig nachzuweisen. Es bestehe eine ausgeprägte Schmerzhaftigkeit im Handgelenk und dadurch eine eingeschränkte Fingerbeweglichkeit, zudem eine Sensibilitätsverminderung im Bereich der rechten Hand, volar strumpfförmig, die ganze Fläche umfassend, dorsal radialbetont, welche nicht auf entsprechende Innervationsdermatome übertragen werden können.

Die natürliche Kausalität der Handgelenksbeschwerden sei in diesem Sinne als Verschlimmerung eines Vorzustandes einzuordnen. Die extreme Schmerzausweitung, Selbstlimitierung und Einschränkung der Kooperationsbereitschaft seien mit dem Unfallereignis nicht zu erklären. Eine psychiatrische Untersuchung habe keine Krankheitsdiagnosen, dagegen aber eine Anpassungsstörung ergeben.

In der angestammten Tätigkeit als Bauarbeiter-Polier sei eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit andauernd zu beständigen. Hingegen sei bezüglich somatischer Unfallfolgen betreffend das rechte Handgelenk eine berufliche Tätigkeit gemäss Zumutbarkeitsprofil der H. ___ denkbar. Es bestehe heute eine dominante Einarmigkeit, wobei der vollständige Ausschluss des rechten Armes nicht nur unfallbedingt begründet werden könne.

2.8 Im ärztlichen Zwischenbericht vom 26. September 2009 (Urk. 10/104) erklärte Dr. K. ___, dass er versucht habe, mit Medikamentenadaptionen eine Schmerzreduktion zu erreichen. Mit einem cervikalen epiduralen Neurostimulator könnte allenfalls die medikamentöse Dauerbehandlung reduziert oder sistiert werden. Der Beschwerdeführer habe diesen Vorschlag bis anhin jedoch vehement abgelehnt. Der gegenwärtige Zustand scheine relativ stabil und unter der jetzigen Medikation auch etwas gebessert. Eine Wiederaufnahme der Arbeit bei der derzeitigen Behinderung des rechten Armes sei nicht realistisch. Falls es eine Arbeit geben würde, welche dem ungelerten Arbeiter zugetraut werden könnte, wäre ein Wechsel sicher sinnvoll. Ein bleibender Nachteil sei zu erwarten.

2.9. Dr. L.____, Versicherungsmedizin der SUVA, legte in seiner ärztlichen Beurteilung vom 18. Januar 2007 (Urk. 10/122) dar, dass die Kriterien zur Diagnosestellung eines CRPS II nur teilweise erfüllt seien: Es fehlten die für ein CRPS charakteristischen trophischen Störungen wie Veränderung oder Seitenunterschiede der Schweissabsonderung, ein Seitenunterschied der Hautfarbe (zyanotische Verfärbung), ein gestörtes Wachstum der Haare oder der Fingernägel sowie eine Hautatrophie. Zudem fehle die grundlegende Voraussetzung einer nachweisbaren Verletzung eines Stammnervs. Auch entspreche der aktenkundige Verlauf nicht dem für ein CRPS II typischen Verlauf. Die beim Beschwerdeführer zu beobachtende Schmerzintensivierung mit der damit einhergehenden Symptomausweitung im Verlauf der Zeit stimme nicht mit dem aufgrund der medizinischen Erfahrung bzw. der Literatur zu erwartenden Verlauf überein. Zudem habe sich Dr. I.____ mit der zuvor gestellten Diagnose einer Anpassungsstörung nicht auseinandergesetzt, diese als Differentialdiagnose nicht diskutiert und nicht begründet, weshalb die Diagnose eines CRPS II zutreffender sei. Die eingehende Analyse des aktenkundigen Verlaufs, des klinischen Befundes und aller medizinischer Dokumente ergebe somit, dass die Diagnose einer Anpassungsstörung plausibler sei als die eines CRPS II und deshalb die naheliegendste Erklärung für die chronifizierten Schmerzen sei. Schliesslich spreche auch der nur teilweise Erfolg einer gezielten Schmerztherapie eher für eine Anpassungsstörung als für einen organisch begründbaren neuropathischen Schmerz.

2.10. Die Diagnosen im Gutachten von Dr. I.____ vom 11. Juni 2006 lauten folgendermassen (Urk. 10/141.3 S. 26):

"-Ä Neuropraxie Grad III-IV nach Sunderland bei

-Ä St. n. Kontusion des Handgelenkes und der dorsale Handwurzel durch Rundstab-Betoneisen mit direkter Läsion peripherer Nervenäste Ramus dorsalis nervi ulnaris und Äste des Ramus superficialis Nervi radialis.

-Ä Komplexes regionales Schmerzsyndrom Typ II (CRPS II) der rechten dominante Extremität mit der Charakteristik eines oberen Quadranten-Syndroms.

-Ä mit konsekutiver, schwerer Funktionsbeeinträchtigung der rechten oberen Extremität, Kopfschmerzen und Analgetikaabhängigkeit.

-Ä St. n. Lunatum-Malazie Stadium III-IV nach Stahl mit limitierter radiocarpaler Arthrose rechts (stationärer Zustand, unfallfremd)".

Es bestehe durchwegs eine kohärente Übereinstimmung der erhobenen Befunde mit den vorgebrachten Beschwerden. In beiden Untersuchungen, in derjenigen vom 7. März 2006 wie auch in der heutigen Untersuchung könne dies festgestellt werden. Bei beiden Untersuchungen sei weder eine Simulation noch eine Aggravation festzustellen, die Reaktionen des Untersuchten seien stets adäquat und spontan zu den einzeln durchgeführten Tests und Untersuchungstechniken und ebenso kohärent in der Beschreibung, dass kein Zweifel bestehen könne an der Echtheit der Aussagen. Ohne tiefreichende fachliche, insbesondere neurologische Kenntnisse habe der Beschwerdeführer die durchgeführten Tests weder imitieren noch überlisten können dadurch, dass die Tests mehrfach mit verschiedenen Techniken verdeckt (blind) und offen durchgeführt worden seien.

Die Befunde entsprechen in allen Aspekten den erforderlichen Kriterien, welche zur Definition eines CRPS Typ II gehören. Die Kardinalsymptome (Dauerschmerz und evozierter Schmerz, Hyperalgesie und Allodynie) seien vorhanden mit einer Reihe von zusätzlichen Symptomen, so genannte assoziierte Symptome wie Ödem, verstärkte Sudomotorik, Durchblutungsveränderungen, Temperaturschwankungen, Kälteintoleranz, motorische und sensible Störungen, welche die Diagnose nur unterstrichen. Die sensiblen Störungen folgten beim CRPS nicht oder nur selten den Dermatomen einzelner Nervenäste.

Das Kardinal-Symptom des CRPS sei der Dauerschmerz, welcher nie verschwindet, beim Beschwerdeführer seit dem Unfallereignis vorhanden sei und sich in Wellen massiv spontan und evoziert verstärken könne. Der Verlauf der Schmerzentwicklung und seine weitgehende Therapieresistenz seien beim Beschwerdeführer ebenfalls typisch für ein CRPS mit ständiger Progredienz bezüglich Intensität und bezüglich Ausbreitung.

Die festgestellten Beeinträchtigungen seien sicher und ausschliesslich auf den Unfall zurückzuführen.

Für die Tätigkeit als Vorarbeiter im Baugewerbe in Funktion als Maurer/ Schaler/Eisenleger bestehe eine bleibende 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Selbst sehr leichte Tätigkeiten, ausschliesslich einhändig links (adominante Seite) seien nur aufgrund eines sehr bemessenen Arbeitsprofils begrenzt zumutbar. Die Einschränkung durch den rechten Arm, respektive durch das Vollbild eines oberen Quadrantensyndroms beeinträchtige zusätzlich die gesamte Körperhaltung im Stehen, im Sitzen, bei der Beugung nach vorne und beim Knien und wirke sich ebenfalls auf die linke Seite aus.

E. 3

3.1 Fest steht und durch die medizinischen Akten ausgewiesen ist, dass der Beschwerdeführer an einer vorbestehenden Lunatummalazie rechts, Stadium III bis IV nach Stahl, welches durch den Unfall symptomatisch geworden ist, sowie an einer limitierten Radio-Carpal Arthrose leidet. Dadurch ist der Beschwerdeführer in der angestammten Tätigkeit als angelernter Bauvorarbeiter unfallbedingt nicht mehr arbeitsfähig ist. Streitig ist dagegen, ob zusätzlich ein durch den Unfall verursachtes ausgeprägtes Complex Regionales Schmerzsyndrom (CRPS) Typ II rechts vorliegt, welches die Lunatummalazie überlagert.

3.2 Erstmals wurde ein CRPS II im Arztbericht von Dr. I. ___ vom 8. März 2006 (Urk. 10/64) und damit neun Monate nach dem Unfall diagnostiziert, nachdem die beiden Handchirurgen Dr. D. ___ im Bericht vom 8. Juli 2005 (Urk. 10/4) und Dr. F. ___ im Bericht vom 14. September 2005 (Urk. 10/10) eine Lunatummalazie festgestellt hatten. Dr. I. ___ stellte seine Diagnose im Bericht vom 8. März 2006 (Urk. 10/64) auf dem Hintergrund von traumatischen Läsionen peripherer sensibler Nervenäste und nocizeptiver Rezeptoren, verursacht durch die heftige Kontusion dorsal am rechten Handgelenk. Charakteristisch sei auch die Entwicklung dieses Syndroms, geprägt durch die initial anhaltenden, ausgeprägten Schmerzen auf Höhe der Kontusion und den frühen Anzeichen einer Ausbreitung am 3. bis 5. posttraumatischen Tag auf den ganzen rechten Arm.

Anzeichen einer Ausbreitung der Schmerzen auf den ganzen rechten Arm am 3. bis 5. Tag nach dem Unfall sind indessen in den früheren Arztberichten,

insbesondere in denjenigen von Dr. D.____ und Dr. F.____ nicht erwähnt. Dr. D.____ schrieb in seinem Bericht vom 8. Juli 2005 (Urk. 10/4), dass der Beschwerdeführer in der Handgelenksmanschette relativ beschwerdefrei sei. Dr. F.____ berichtete am 10. September 2005 (Urk. 10/10), dass eine enorme Schmerzhaftigkeit des rechten Handgelenks, welche sich auf die ganze Hand ausdehne und Bewegungen mit einschliesse, augenfällig sei. Bei der klinischen Untersuchung seien sämtliche Bewegungen der ganzen Hand inkl. des Vorderarmes schmerzhaft gewesen. Schmerzen im ganzen rechten Arm wurden in seinem Bericht nicht beschrieben. Auch der Hausarzt Dr. E.____ erwähnte weder im Überweisungsschreiben vom 16. August 2005 (Urk. 10/6) an die S.____ noch im ärztlichen Zwischenbericht vom 8. September 2005 Schmerzen im rechten Arm, sondern lediglich eine schmerzhaft Lunatummalazie und eine schmerzhaft Handgelenksarthrose. Auch Dr. G.____ bemerkte lediglich, dass der Beschwerdeführer über starke Schmerzen im Handgelenk und schmerzhaft Handgelenksbewegungen geklagt habe. Im Austrittsbericht der H.____ vom 7. Februar 2006 (Urk. 10/46) ist erstmals von intermittierender Schmerzausstrahlung die Rede.

Die Anzeichen einer Schmerzausbreitung auf den ganzen Arm ab dem 3. bis 5. posttraumatischen Tag sind somit in den Arztberichten nicht dokumentiert.

3.3 Wenn Dr. L.____ aufgrund des aktenkundigen Verlaufs zum Schluss kommt, dieser entspreche nicht dem für ein CRPS II typischen Verlauf, bei welchem die Krankheit häufig schon Stunden nach der Verletzung auftrete und durch heftige Schmerzwellen von brennendem Charakter bestimmt werde, die den distalen Extremitätenabschnitt betreffen und durch äussere Reize ausgelöst werden, kann dem nichts entgegengehalten werden. Wie bereits dargelegt, beschrieb der Beschwerdeführer solche Schmerzen erst anlässlich der Untersuchung durch Dr. I.____. Wären die gegenüber Dr. I.____ geschilderten Schmerzen schon Stunden nach dem Unfall aufgetreten, hätte der Beschwerdeführer nicht weitergearbeitet - auch wenn er dabei die rechte Hand schonte - und wäre nicht erst drei Tage nach dem Unfallereignis in ärztliche Behandlung gegangen. Aber auch die typischerweise bei einem CRPS II vorliegenden charakteristischen trophischen Störungen wurden von keinem Arzt erwähnt. Im Austrittsbericht der H.____ vom 7. Februar 2006 (Urk. 10/46) stellten die Ärzte fest, dass Temperatur sowie Trophik (Kolorit, Sudation) beidseits seitengleich normal waren. Kreisarzt Dr. J.____ erwähnte in seinem Bericht vom 25. April 2006 (Urk. 10/65), dass die Haut unter der Ledermanschette rechtsseitig etwas feucht sei, jedoch nach Abdampfen kein wesentlicher Unterschied zur Gegenseite feststellbar sei. Selbst Dr. I.____ beschrieb im Bericht vom 8. März 2006 (Urk. 10/64) keine trophischen Störungen. Im Gutachten vom 11. Juni 2006 (Urk. 10/141) tat er diese sodann als nebensächlich ab.

3.4 Zusammenfassend ist somit das Vorliegen eines CRPS Typ II nicht ausgewiesen, und es muss mit Kreisarzt Dr. J.____ und den Ärzten der H.____ davon ausgegangen werden, dass der Unfall zu einer Verschlimmerung des Vorzustandes mit Lunatummalazie und radiocarpaler Arthrose geführt hat und sich das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen mit den objektivierbaren pathologischen Befunden nicht genügend erklären lässt. In somatischer Hinsicht ist der Beschwerdeführer in einer leichten bis mittelschweren Tätigkeit ohne Arbeiten, die rechts zwingend Handgelenksbewegungen oder Zwangshaltungen des Handgelenks erfordern und ohne Tätigkeiten mit Vibrationen oder Schlägen in Bezug auf die rechte Hand sowie ohne Tätigkeiten auf Leitern und Gerüsten zu 100 % arbeitsfähig.

3.5. Was die massive Symptomausweitung betrifft, konnten die Ärzte der H. ___ im Bericht vom 7. Februar 2006 (Urk. 10/46) keine psychiatrische Diagnose mit Krankheitswert stellen, sondern sie gingen davon aus, dass beim Beschwerdeführer am ehesten eine Anpassungsstörung mit gemischter Störung von Gefühlen und Sozialverhalten, was auch ein deutliches Symptomausweitungsverhalten mit einschliesst, vorliegt. Selbst wenn aber eine psychische Krankheit vorliegen würde, ist der Unfall vom 30. Mai 2005 nicht geeignet gewesen, nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge zu relevanten und bleibenden Beschwerden zu führen, da bei banalen Unfällen wie z.B. bei geringfügigem Anschlagen des Kopfes oder Äbtreten des Fusses und bei leichten Unfällen wie z.B. einem gewöhnlichen Sturz oder Ausrutschen der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychischen Gesundheitsstörungen in der Regel ohne weiteres verneint werden kann, weil aufgrund der allgemeinen Lebenserfahrung, aber auch unter Einbezug unfallmedizinischer Erkenntnisse davon ausgegangen werden darf, dass ein solcher Unfall nicht geeignet ist, einen erheblichen Gesundheitsschaden zu verursachen (BGE 120 V 355 Erw. 5b/aa, 115 V 139 Erw. 6a). Aus diesem Grund kann auch auf weitergehende medizinische Untersuchungen verzichtet werden.

E. 4.1

4.1.1. Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu 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 könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. 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 (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 349 Erw. 3.4.2 mit Hinweisen).

4.1.2. Laut Arbeitgeberbericht zu Händen der Eidgenössischen Invalidenversicherung vom 29. März 2006 (Urk. 10/136) erzielte der Beschwerdeführer im Zeitpunkt des Unfalls (im Jahre 2005) einen Monatslohn von Fr. 6'081.-- beziehungsweise (x 13) ein Jahreseinkommen von Fr. 79'053.--. Unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung für Männer von 57 Punkten (2005: 1992 Punkte; 2007: 2049 Punkte; Die Volkswirtschaft 5-2009, Tabelle B10.3 S. 95) ergibt dies ein Valideneinkommen im Jahre 2007 von Fr. 81'315.05.

Es ergeben sich aus den Akten keine Hinweise, dass der Beschwerdeführer regelmässig für Überstundenarbeit entschädigt wurde. Aus dem Arbeitgeberbericht zu Händen der Eidgenössischen Invalidenversicherung (Urk. 10/136) ist ersichtlich, dass dem Beschwerdeführer im Jahr vor dem Unfall, mithin im Jahre 2004, nie Überstunden entschädigt wurden. Im Gegenteil wurde ihm im Jahre 2004 sogar ein unbezahlter Urlaub gewährt. Ein pauschaler Zuschlag von 10 % für Überstundenarbeit, wie beschwerdeweise geltend gemacht (Urk. 1 S. 24), ist daher nicht gerechtfertigt.

E. 4.2

4.2.1.1. Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein solches tatsächlich erzieltetes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 126 V 76 f. Erw. 3b/aa und bb, vgl. auch BGE 129 V 475 Erw. 4.2.1). Für die Invaliditätsbemessung wird praxisgemäss auf die standardisierten Bruttolöhne (Tabellengruppe A) abgestellt (BGE 129 V 476 Erw. 4.2.1 mit Hinweis), wobei jeweils vom so genannten Zentralwert (Median) auszugehen ist. Bei der Anwendung der Tabellengruppe A gilt es ausserdem zu berücksichtigen, dass ihr generell eine Arbeitszeit von 40 Wochenstunden zugrunde liegt, welcher Wert etwas tiefer ist als die bis 1998 betriebsübliche durchschnittliche Arbeitszeit von wöchentlich 41,9 Stunden, seit 1999 von 41,8 Stunden, seit 2001 von 41,7, seit 2004 von 41,6 und seit 2006 von 41,7 Stunden (Die Volkswirtschaft 3-2009 S. 98 Tabelle B9.2; BGE 129 V 484 Erw. 4.3.2, 126 V 77 f. Erw. 3b/bb, 124 V 322 Erw. 3b/aa; AHI 2000 S. 81 Erw. 2a).

4.2.2.1. Lässt sich das Invalideneinkommen nicht konkret ermitteln, weil der Versicherte die restliche Arbeits- bzw. Erwerbstätigkeit - obwohl zumutbar - nicht oder nicht voll ausnutzt, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne herangezogen werden.

4.2.2.2. Wird im vorliegenden Fall auf die Schweizerische Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik abgestellt, ist jeweils vom Zentralwert (Median) der standardisierten Bruttolöhne (Tabellengruppe A) auszugehen (BGE 126 V 76 Erw. 3b/bb). Zum Ausgleich lohnmindernder Faktoren kann vom Tabellenlohn ein Abzug vorgenommen werden, welcher unter Berücksichtigung sämtlicher persönlicher und beruflicher Umstände (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad) nach pflichtgemäßem Ermessen zu schätzen ist, wobei der Abzug höchstens 25 % beträgt (BGE 126 V 79 Erw. 5b/aa-cc).

4.2.3.1. Da dem Beschwerdeführer nur Hilfsarbeitertätigkeiten offen stehen, ist die Rubrik «einfache und repetitive Tätigkeiten» heranzuziehen. Laut der Tabelle TA1 der LSE 2006 belief sich der Zentralwert für einfache und repetitive Tätigkeiten im privaten Sektor bei einer wöchentlichen Arbeitszeit von 40 Stunden auf Fr. 4'732.--, was bei Annahme einer betriebsüblichen durchschnittlichen Arbeitszeit von 41,7 Stunden pro Woche (Die Volkswirtschaft 5-2009 S. 94 Tabelle B 9.2) ein Gehalt von monatlich Fr. 4'933.10 oder (x 12) von Fr. 59'197.20 pro Jahr ergibt. Unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung für Männer von 35 Punkten (2006: 2014 Punkte; 2007: 2049 Punkte; Die Volkswirtschaft 5-2009, Tabelle B10.3 S. 95) ergibt dies ein Einkommen im Jahre 2007 von Fr. 60'225.95.

4.2.4.1. Der Beschwerdeführer ist auf dem Arbeitsmarkt in Konkurrenz mit einem Mitbewerber ohne Einschränkungen dadurch benachteiligt, dass er nur noch Tätigkeiten ausüben kann, bei welcher er den rechten Arm kaum oder gar nicht einsetzen kann. Dasselbe gilt - wenn auch in geringerer Masse - hinsichtlich des Umstandes, dass er (ohne entsprechende Erfahrung) in einem neuen Beruf (wieder) im ersten Dienstjahr starten muss. Der von der Beschwerdegegnerin gewährte Abzug vom Tabellenlohn von 10 % erscheint

daher als angemessen. Das Valideneinkommen beträgt somit Fr. 54'203.35.

Ein Tabellenlohnabzug von 25 %, wie er vom Beschwerdeführer beantragt wird (Urk. 1 S. 24), erscheint unter den gegebenen Umständen als überhöht. Es ist unwahrscheinlich, dass der Beschwerdeführer nach einer Betriebszugehörigkeit von fast 30 Jahren und als angelernter Bauvorarbeiter nicht über die notwendigen Sprachkenntnisse für die Ausübung einer Hilfsarbeitertatigkeit verfügt. Ausserdem sind Sprachprobleme invaliditatsfremd und daher beim Abzug vom Tabellenlohn nicht zu berücksichtigen. Die lange Betriebszugehörigkeit beim gleichen Arbeitgeber ist unter Hinweis, dass der Beschwerdeführer in einem neuen Beruf im ersten Dienstjahr starten muss, bereits im Tabellenlohnabzug von 10 % berücksichtigt. Auch das Argument, er sei mit 49 Jahren bereits in einem fortgeschrittenen Alter, verfängt nicht, liegen bis zu seiner Pensionierung immerhin noch 16 Erwerbsjahre vor ihm.

4.3  Der Vergleich des Valideneinkommens von Fr. 81'315.05 mit dem Invalideneinkommen von Fr. 54'203.35 ergibt eine Einbusse von Fr. 27'111.70 und damit einen Invaliditätsgrad von 33,3 %. Damit ist der von der Beschwerdegegnerin ermittelte Invaliditätsgrad von 35 % (zugunsten des Beschwerdeführers) nicht zu beanstanden.

4.4  Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers erzielte dieser von Juni 2004 bis Mai 2005 nicht Lohnzahlungen von Fr. 67'711.30, sondern lediglich von Fr. 62'870.85, denn die in der Arbeitgeberbescheinigung zu Händen der Invalidenversicherung (Urk. 7/136) unter Rubrik "13. Monatslohn" aufgeführten Fr. 4'839.85 sind bereits im Dezemberlohn von Fr. 10'839.85 enthalten und somit nicht mehr separat zum Einkommen hinzuzuzählen. Unter Berücksichtigung, dass der Beschwerdeführer in den Monaten August und September 2004 unbezahlten Urlaub bezog, ergibt die Lohnzahlung von Juni 2004 bis Mai 2005 aufgerechnet auf 12 Monate ein Jahreseinkommen von Fr. 75'445.--. Wenn die Beschwerdegegnerin von einem versicherten Verdienst von Fr. 80'988.-- ausgeht (vgl. Urk. 8 S. Ziff. 5.5.1), ist dies zu Gunsten des Beschwerdeführers und nicht zu beanstanden.

E. 5

5.1  Die Bemessung der Integritätsentschädigung richtet sich laut Art. 25 Abs. 1 UVG nach der Schwere des Integritätsschadens. Diese beurteilt sich nach dem medizinischen Befund. Bei gleichem medizinischen Befund ist der Integritätsschaden für alle Versicherten gleich; er wird abstrakt und egalitär bemessen. Die Integritätsentschädigung der Unfallversicherung unterscheidet sich daher von der privatrechtlichen Genugtuung, mit welcher der immaterielle Nachteil individuell unter Würdigung der besonderen Umstände bemessen wird. Es lassen sich im Gegensatz zur Bemessung der Genugtuungssumme im Zivilrecht (vgl. BGE 112 II 133 Erw. 2) ähnliche Unfallfolgen miteinander vergleichen und auf medizinischer Grundlage allgemein galtige Regeln zur Bemessung des Integritätsschadens aufstellen; spezielle Behinderungen der Betroffenen durch den Integritätsschaden bleiben dabei unberücksichtigt. Die Bemessung des Integritätsschadens hängt somit nicht von den besonderen Umständen des Einzelfalles ab; auch geht es bei ihr nicht um die Schätzung erlittener Unbill, sondern um die medizinisch-theoretische Ermittlung der Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Integrität, wobei subjektive Faktoren ausser Acht zu lassen sind (BGE 115 V 147 Erw. 1, 113 V 221 Erw. 4b mit Hinweisen; RKUV 2001 Nr. U 445 S. 555 ff.).

5.2. 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 ergibt (Ziff. 2).

5.3. Die Medizinische Abteilung der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) hat in Weiterentwicklung der bundesrechtlichen Skala weitere Bemessungsgrundlagen in tabellarischer Form (sog. Feinraster) erarbeitet. Diese von der Verwaltung herausgegebenen Tabellen stellen zwar keine Rechtsätze 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).

5.4. Fallen mehrere körperliche oder geistige Integritätsschäden aus einem oder mehreren Unfällen zusammen, so wird die Integritätsentschädigung nach der gesamten Beeinträchtigung festgesetzt (Art. 36 Abs. 3 Satz 1 UVV). Dabei werden die einzelnen Prozentzahlen zusammengezählt, selbst wenn keine Schädigung den Grenzwert von 5 Prozent erreicht. Die Entschädigung ist geschuldet, sobald die Summe der addierten Prozentzahlen den Wert von 5 Prozent oder mehr ergibt (RKUV 1989 Nr. U 78 S. 361). Die Bestimmung regelt grundsätzlich nur das Zusammentreffen von Integritätsschäden, die nach dem UVG als solche versichert sind (BGE 113 V 58).

E. 6

6.1. Die Beschwerdeführerin stützte sich bei der Beurteilung des Integritätsschadens auf die Einschätzung von Kreisarzt Dr. Weber vom 20. April 2006 (Urk. 10/68). Dieser verwies in seinem Bericht vorweg auf die bekannten verbleibenden Restfolgen: ausgeprägte Belastungsintoleranz bei Unbeweglichkeit und Ausschluss der Hand- und Handgelenksfunktion und zunehmender Einschränkung der Ellbogen- und Schulterfunktionen mit leichter Muskelatrophie sowie massives Schmerzsyndrom, sich zunehmend ausbreitend vom Handgelenk über die Hand, Vorderarm bis zur Schulter ohne entsprechende Dermatome-Zugehörigkeit bei einer Lunatummalazie und radiocarpaler Arthrose als Vorzustand.

Dr. Weber ermittelte einen Integritätsschaden von 10 % und führte aus, dass die Schädigung auf Tabelle 1 und Tabelle 5 der einschlägigen Publikation der SUVA basiere. Der Zustand sei dauernd, nachvollzieh- und reproduzierbar, was die

somatischen Einschränkungen betreffe, sodass eine Einordnung bei 20 % gerechtfertigt sei. Allerdings bestehe ein Vorzustand, welcher an der Situation mindestens mit der Hälfte beteiligt sei, sodass eine Reduktion auf 10 % erfolgen müsse.

6.2 Wie oben dargelegt, ist davon auszugehen, dass ein Vorzustand vorliegt, der erheblich an den Beschwerden des Beschwerdeführers mitbeteiligt ist. Die Bemessung der Integritätsentschädigung auf 10 % ist daher nicht zu beanstanden.

7. Der Beschwerdeführer verlangte schliesslich, es seien ihm die Kosten für die Gutachten von Dr. I. ___ zu ersetzen (Fr. 12'000.--, Urk. 3/10, und Fr. 7'050.--, Urk. 17/2). Wie aufgezeigt, wurde der Sachverhalt seitens der Beschwerdegegnerin genügend abgeklärt und konnte die von Dr. I. ___ postulierte Diagnose eines CRPS Typ II nicht bestätigt werden. Die Kosten für die Parteigutachten hat die Beschwerdegegnerin daher nicht zu übernehmen.

8. Nach dem Dargelegten erweist sich die Beschwerde in jeder Hinsicht als unbegründet.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Verfahren ist kostenlos.
3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Reto Zanotelli
- Schweizerische Unfallversicherungsanstalt
- Bundesamt für Gesundheit

4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

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