

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00392 vom 29. Oktober 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-10-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2008.00392

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00392 du 29 octobre 2010

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00392 del 29 ottobre 2010

Erwägungen

E. 1

1.1. Gemäss Art. 6 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) werden - soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt - die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Abs. 1). Der Bundesrat kann Körpererschädigungen, die den Folgen eines Unfalles ähnlich sind, in die Versicherung einbeziehen (Abs. 2). Ausserdem erbringt die Versicherung ihre Leistungen bei Schädigungen, die den Verunfallten bei der Heilbehandlung zugeführt werden (Abs. 3).

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 blosser 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).

1.3. 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 129 V 181 Erw. 3.2, 405 Erw. 2.2, 125 V 461 Erw. 5a). Bei objektiv ausgewiesenen organischen Unfallfolgen deckt sich die adäquate, d.h. rechtserhebliche Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung (BGE 134 V 112 Erw. 2.1).

1.4 Für die Beurteilung der Frage, ob ein Unfall nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und der allgemeinen Lebenserfahrung geeignet ist, eine psychische Gesundheitsschädigung herbeizuführen, ist nach der in BGE 115 V 133 ergangenen Rechtsprechung auf eine weite Bandbreite von Versicherten abzustellen. Dazu gehören auch jene Versicherten, die aufgrund ihrer Veranlagung für psychische Störungen anfälliger sind und einen Unfall seelisch weniger gut verkraften als Gesunde, somit im Hinblick auf die erlebnismässige Verarbeitung des Unfalles zu einer Gruppe mit erhöhtem Risiko gehören, weil sie aus versicherungsmässiger Sicht auf einen Unfall nicht optimal reagieren (BGE 115 V 135 Erw. 4b).

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 augenfälligen Geschehensablauf - 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 134 V 116 Erw. 6.1, 120 V 355 Erw. 5b/aa; SVR 1999 UV Nr. 10 Erw. 2).

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 Eindringlichkeit 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 134 V 116 Erw. 6.1, 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 andern 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).

1.5 Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c). 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 Versicherungsträger 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).

1.6 Ist die versicherte Person infolge des Unfalles zu mindestens 10 Prozent invalid (Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [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 könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG; vgl. BGE 130 V 121).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin stellte fest, der Beschwerdeführer könne gemäss dem Zumutbarkeitsprofil von Kreisarzt Dr. C. ___ aufgrund der somatischen Unfallfolgen einer mindestens leichten Erwerbstätigkeit ganztags vollumfänglich nachgehen (Urk. 2 S. 9 Ziff. 6 lit. a Abs. 3); entsprechend habe er Anspruch auf eine Invalidenrente basierend auf einem Invaliditätsgrad von 21 %. Daneben stehe dem Beschwerdeführer eine Integritätsentschädigung gestützt auf eine Integritätseinbusse von 17 % zu. Die Beschwerdegegnerin führte aus, die Zumutbarkeitsbeurteilung von Dr. C. ___ berücksichtige auch Residuen des CRPS, ansonsten wäre die festgehaltene Beschränkung auf sehr leichte Arbeiten nicht erklärbar (Urk. 7 S. 4). Für das anhaltende Schmerzsyndrom (Ärger Schmerzen in den Fingern mit Ausstrahlungen in die Hand und in den Arm) bestanden keine pathologischen Befunde; es sei anzunehmen, das Schmerzsyndrom sei vorwiegend psychisch bedingt (Urk. 2 S. 5 Abs. 4), jedoch sei der adäquate Kausalzusammenhang zwischen psychischen Beschwerden und dem Unfall vom 19. Dezember 2005 zu verneinen.

E. 2.2

Der Beschwerdeführer macht erhebliche somatische Beschwerden an der rechten Hand und am rechten Arm mit Schmerzchronifizierung geltend (Urk. 1 S. 4) und beantragt eine Rente aufgrund eines Erwerbsunfähigkeitgrades von mindestens 50 %. Die Beurteilung von Dr. C. ___, wonach keine relevanten Residuen des CRPS mehr vorliegen würden, sei unrichtig (Urk. 1 S. 6 Ziff. 4). Ebenso bestehe keine psychische Fehlentwicklung (Urk. 1 S. 5 Abs. 1). Der Beschwerdeführer beantragt eine Integritätsentschädigung gestützt auf einen Integritätsschaden von 25 % - entsprechend der Hälfte eines Armes -, welche zusätzlich das CRPS und das Hand-Schulter-Schmerzsyndrom sowie die Tatsache, dass er Rechtshänder sei, berücksichtige (Urk. 1 S. 8 f. Ziff. 4).

E. 2.3

Unstreitig sind der natürliche und adäquate Kausalzusammenhang zwischen der subtotalen Amputation des rechten Kleinfingers des Beschwerdeführers und dem Unfallereignis vom 19. Dezember 2005 sowie die Tatsache, dass dem Beschwerdeführer die bisherige Tätigkeit als Gerüstbauer nicht mehr zumutbar ist. Streitig ist das (Weiter-)bestehen zusätzlicher unfallbedingter Einschränkungen, insbesondere aufgrund eines Hand-Schulter-Schmerzsyndroms, der Umfang der Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit und die Berechnung des Invaliditätsgrades, namentlich des Invalideneinkommens, sowie die Höhe der Integritätsentschädigung.

E. 3

3.1 Mit erstem ärztlichen Bericht hielten die Ärzte der Notfallstation des Kantospitals Z. ___ am Unfalltag eine Endgliedamputation Dig. V rechte Hand fest und gaben ein subunguales Hämatom Dig. IV rechte Hand an (Urk. 8/5a).

Mit Bericht vom 17. Januar 2006 informierte Dr. med. D. ___, Spezialarzt FMH für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Kantonsspital Z. ___, über einen Status nach Amputation des Endgliedes Dig. V rechts mit Quetschungen der Finger III bis V rechts und hielt einen beginnenden Sudeck für möglich (Urk. 8/7).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Vom 1. Juni bis 12. Juli 2006 fand ein erster Rehabilitationsaufenthalt in der Rehaklinik B.____ statt. Hier wurde die Diagnose eines CRPS Hand rechts bestätigt, jedoch ausgeführt, das CRPS habe leicht an Aktivität verloren (Austrittsbericht vom 27. Juli 2006 [Urk. 8/12 S. 2]). Bei Austritt aus der Klinik attestierten die Ärzte dem Beschwerdeführer schliesslich eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für die bisherige Tätigkeit und eine vollständige Arbeitsfähigkeit für eine leichte Arbeit, bei welcher die rechte Hand als leichte Hilfs hand eingesetzt werden könne.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Vom 14. März bis 11. April 2007 wurde der Beschwerdeführer erneut in der Rehaklinik B.____ stationär behandelt. Dr. med. E.____, Spezialarzt FMH Psychiatrie und Psychotherapie, und med. pract. F.____, Spezialarzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierten im psychosomatischen Konsilium vom 21. März 2007 (Urk. 3/6 = Urk. 8/28) eine erhebliche ängstlich-depressiv-dysphorische Anpassungsstörung nach schwerer Handquetschung und kompliziertem, bisher nicht erfolgreichem Heilungsverlauf. Sie führten aus, ihre Diagnose schliesse die erhöhte Reizbarkeit und die Fixierung auf den Schmerz ein, doch würden die Kriterien für eine posttraumatische Belastungsstörung nicht ausreichend erfüllt (ICD-10: F43.22). Die dysphorische Gereiztheit gehöre zum Krankheitsbild und sei nicht als mangelnde Kooperation auszulegen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Mit handchirurgischem Konsilium vom 28. März 2007 (Urk. 3/8 = Urk. 8/29) berichtete Dr. A.____ über ein residuelles Schmerzsyndrom nach Quetschverletzung der rechten Hand mit CRPS Typ I und führte aus, es finde sich keine Vernarbung im Bereich der Beuge- und Strecksehnen, welche eine Bewegungseinschränkung erklären könne, und das Integument weise auf ein abklingendes CRPS hin. Die Beschwerden würden im Verlauf des kommenden Jahres sicherlich deutlich besser, doch müsse der Beschwerdeführer die dominante rechte Hand in das Alltagsleben integrieren und für Arbeiten einsetzen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Im Austrittsbericht der Rehaklinik B.____ vom 24. April 2007 (Urk. 3/7 = Urk. 8/30) diagnostizierten schliesslich Dres. med. G.____ und H.____, Spezialarzt FMH für physikalische Medizin und Rehabilitation, ein persistierendes Schmerzsyndrom von den Fingern bis zum Nacken rechts mit Dauerschmerzen bei aktivitätsabhängiger Verstärkung nach Quetschtrauma der rechten Hand mit Amputation des Endgliedes Dig. V. CRPS-spezifische Veränderungen bestanden nur noch bescheiden im Sinne einer leicht vermehrten Behaarung, Hyperhidrosis und leichten Koloritveränderungen der rechten Hand. Radiologisch habe sich keine fleckige Demineralisation finden lassen. Jegliche Handgelenksbewegungen führten zu einer Schmerzzunahme in der ganzen Hand. Zur Arbeitsfähigkeit/Zumutbarkeit und Eingliederungsperspektive wurde hier aus unfallkausaler funktionell-somatischer Sicht - bei festgestellter Selbstlimitierung und Inkonsistenz - festgehalten, die bisherige Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar, da die Tätigkeit als Gerüstbauer eine vollständige Einsatzfähigkeit beider Hände und Arme erfordere. Aus unfallkausaler Sicht sei mindestens eine sehr leichte, vorwiegend sitzende Arbeit - vorläufig halbtags - zumutbar. Die zeitliche Begrenzung sollte ein Wiederaufflackern des CRPS verhindern; es wurde ein weiterer Rückgang des residuellen CRPS in den nächsten Monaten mit einer Erhöhung der Zumutbarkeit erwartet. Hinsichtlich der rechten Hand wurden folgende Einschränkungen angegeben: kein kraftvoller Einsatz, keine hohen Anforderungen an die Feinmotorik, keine Tätigkeiten mit Vibrationen oder Schlägen, keine Arbeit über Schulterhöhe rechts

sowie auf Leitern oder GerÄ¼sten und zudem keine KÄ¼lteexposition. Es wurde ergÄ¼nzt, aus psychiatrischen GrÄ¼nden bestehe keine Leistungsminderung Ä¼ber die somatisch bedingten EinschrÄ¼nkungen hinaus (Ä¼halbtdÄ¼rger Arbeitseinsatz zumutbarÄ¼). Unter Einbezug der psychiatrischen Diagnose seien jedoch aktuell nur rein einhÄ¼ndig links ausfÄ¼hrbare TÄ¼tigkeiten zumutbar. Die Ä¼rzte erwarteten ein weiteres Abklingen des residuellen CRPS innert vier bis sechs Monaten, anschliessend sei die Zumutbarkeit neu zu beurteilen.

Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Am 20. November 2007 fand eine kreisÄ¼rztliche Untersuchung durch Dr. C. ___ statt (Urk. 3/10 = Urk. 8/40). Der BeschwerdefÄ¼hrer klagte Ä¼ber Ruheschmerzen unterschiedlicher IntensitÄ¼t und gab regelmÄ¼ssige ergotherapeutische und psychiatrische Behandlungen an. Nach AbklÄ¼rungen bei der behandelnden Ergotherapeutin hielt Dr. C. ___ fest, das entsprechende Rehabilitationspotenzial sei erschÄ¼pft; die Ergotherapie kÄ¼nne abgeschlossen werden. Es lÄ¼ssen keine relevanten Residuen des CRPS vor, weshalb eine sehr leichte TÄ¼tigkeit ganztags zumutbar sei. Ein kraftvoller Einsatz mit der rechten, dominanten Hand sei nicht mehr mÄ¼glich und TÄ¼tigkeiten, die hohe Anforderungen an die Feinmotorik stellten, seien nicht mehr durchfÄ¼hrbar. Ebenso seien TÄ¼tigkeiten, die mit Vibrationen oder SchlÄ¼gen verbunden seien, zu vermeiden. Ä¼berkopfarbeiten mit der rechten oberen ExtremitÄ¼t seien ebenfalls nicht mehr mÄ¼glich.

Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Am 22. November 2007 (Urk. 3/11 = Urk. 8/44) schÄ¼tzte Dr. C. ___ den IntegritÄ¼tsschaden im Rahmen des Funktionsverlustes gestÄ¼tzt auf die Feinrastertabelle 1.2 auf 17 %. Dr. C. ___ fÄ¼hrte aus, bei vÄ¼lliger GebrauchsunfÄ¼higkeit einer oberen ExtremitÄ¼t liege der Referenzwert bei 50 %. Der Funktionsverlust betrage ungefÄ¼hr ein Drittel, was einen IntegritÄ¼tsschaden von 17 % ergÄ¼be. Mit dieser EinschÄ¼tzung sei die Relation zu einer mÄ¼ssig bis schweren Periarthrosis humeroscapularis (Referenzwerte 10 % bis 25 %), bzw. zu einer schweren Handgelenksarthrose (Referenzwerte 10 % bis 25 %), gewahrt.

Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Am 24. September 2008 (Urk. 3/9 = Urk. 8/67) nannte Dr. med. I. ___, Spezialarzt fÄ¼r Psychiatrie und Psychotherapie und behandelnder Arzt des BeschwerdefÄ¼hrers, folgende Diagnosen: AnpassungsstÄ¼rung mit gemischter StÄ¼rung von GefÄ¼hlen und Sozialverhalten (ICD-10: F43.25) nach einem schweren Arbeitsunfall mit schwerer Verletzung der rechten Hand sowie ein chronifiziertes Schmerzsyndrom nach Verletzung der rechten Hand. Er erachtete eine weitere psychiatrische Behandlung fÄ¼r notwendig und erklÄ¼rte, wegen der HartnÄ¼ckigkeit der Symptome sei in Zukunft eine Hospitalisation oder Behandlung in einer Tagesklinik nicht auszuschliessen. Der BeschwerdefÄ¼hrer sei nach wie vor aus psychischen GrÄ¼nden zu 100 % arbeitsunfÄ¼hig.

3.2Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Beim CRPS (ICD-10: M89.0) handelt es sich um eine zusammenfassende Bezeichnung fÄ¼r Krankheitsbilder, welche die ExtremitÄ¼ten betreffen, sich nach einem schÄ¼digenden Ereignis entwickeln und durch anhaltenden Schmerz mit StÄ¼rungen des vegetativen Nervensystems, der SensibilitÄ¼t und der Motorik gekennzeichnet sind. Das CRPS I (sympathische Algodystrophie, Sudeck-Syndrom) stellt eine Erkrankung der ExtremitÄ¼t dar, die ohne definierte NervenlÄ¼sion nach relativ geringfÄ¼rigem Trauma ohne Bezug zum Innervationsgebiet eines Nervs auftritt. Es kommt am hÄ¼ufigsten nach distaler Radiusfraktur bei wiederholten RepositionsmanÄ¼vern, einengenden GipsverbÄ¼nden oder ohne nachvollziehbare Ursache vor. Eingeteilt wird es in drei

Stadien: I: Entzündungsstadium; II: Dystrophie; III: Atrophie (irreversibel). Klinische Zeichen bzw. Symptome des CRPS sind schwer lokalisierbare brennende Schmerzen (z.B. Allodynie, Hyperalgesie) zusammen mit autonomen (Ödeme, Temperatur- und Schweisssekretionsstörung, eventuell trophische Störung der Haut, Nagelveränderungen, lokal vermehrtes Haarwachstum), sensiblen und motorischen Störungen. Im weiteren Verlauf kann es zu Knochenabbau (Demineralisation), Ankylose und Funktionsverlust kommen. Das CRPS gehört zu den neurologisch-orthopädisch-traumatologischen Erkrankungen und stellt mithin einen organischen bzw. körperlichen Gesundheitsschaden dar (Urteil des Bundesgerichts in Sachen Y. vom 29. April 2009, 8C_955/2008, Erw. 6, mit Hinweisen).

3.3.3 Gestützt auf die medizinische Aktenlage ist der medizinische Sachverhalt als erstellt zu betrachten. Der kreisärztliche Abschlussbericht vom 20. November 2007 ist für die somatischen Beschwerden als umfassend zu beurteilen. Er wurde in Kenntnis der Vorakten - welche unter anderem ein handchirurgisches Konsilium beinhalten (vgl. Urk. 3/8 = Urk. 8/29) - abgegeben, leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge ein und die darin enthaltenen Schlussfolgerungen sind nachvollziehbar und klar begründet. Somit stellt der Bericht von Dr. C. eine beweistaugliche versicherungsinterne medizinische Beurteilung dar, welche mit der früheren Beurteilung von den Ärzten der Rehaklinik B., namentlich dem zusammenfassenden Austrittsbericht vom 24. April 2007 (Urk. 3/7 = Urk. 8/30), im Wesentlichen übereinstimmt. Dementsprechend darf für den Fallabschluss und die Leistungsprüfung auf den Kreisarztbericht von Dr. C., nach welchem keine relevanten Residuen des CRPS vorliegen, abgestellt werden. Es ist demnach von folgender - vom Beschwerdeführer übrigens nicht grundsätzlich beanstandeter (vgl. Urk. 1 S. 6 Ziff. 4 Abs. 4) - unfallbedingten somatischen Zumutbarkeit auszugehen: Möglich ist eine sehr leichte Tätigkeit ganztags ohne kraftvollen Einsatz der dominanten rechten Hand und ohne Tätigkeiten, die hohe Anforderungen an die Feinmotorik stellen, wobei mit Vibrationen oder Schlägen verbundene Tätigkeiten zu vermeiden sind. Nicht möglich sind zudem Werkkopfarbeiten mit der rechten oberen Extremität.

4.1.1.1 Obschon der Kreisarzt unter Berücksichtigung dieser Einschränkungen sich nicht explizit zum Grad der Arbeitsfähigkeit äusserte, ist anzunehmen, dass der Kreisarzt von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in leidensangepasster Tätigkeit ausging. Die vom Beschwerdeführer geltend gemachten weitergehenden somatisch bedingten Einschränkungen der Leistungsfähigkeit aufgrund relevanter Residuen des CRPS bzw. der Sudeck'schen Dystrophie, dem Hand-Schulter-Schmerzsyndrom und der Schmerzchronifizierung (vgl. Urk. 1 S. 7 f.) sind nach übereinstimmender medizinischer Beurteilung nicht zusätzlich zu berücksichtigen. Zu prüfen bleibt daher, ob die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers zusätzlich durch psychische Unfallfolgen beeinträchtigt ist.

4.2.1.1

4.1.1.2 Die Frage, ob zwischen dem Unfall und dem psychischen Gesundheitsschaden ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht - einerseits implizit verneint von den Ärzten der Rehaklinik B., welche zwischen einer Zumutbarkeit aus unfallkausaler Sicht und einer Zumutbarkeit unter Einbezug der psychiatrischen Diagnose unterschieden haben (Urk. 8/30 S. 2) und andererseits möglicherweise bejaht von Dr. I., welcher eine Anpassungsstörung nach Verletzung der rechten Hand diagnostiziert

hat (Urk. 8/67) - bedarf keiner abschliessenden Beantwortung. Denn selbst wenn die natürliche Kausalität zu bejahen wäre, fehlt es - wie die nachstehenden Erwägungen zeigen - an der für die Leistungspflicht des Unfallversicherers erforderlichen Adäquanz des Kausalzusammenhangs.

4.2. Ein Fallabschluss - und damit die Adäquanzprüfung - darf vorgenommen werden, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden kann. Die namhafte Besserung bemisst sich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit diese unfallbedingt beeinträchtigt ist (BGE 134 V 109, Erw. 4.1 ff.). Aus somatischer Sicht war der medizinische Endzustand am 20. November 2007 erreicht (vgl. Kreisarztbericht [Urk. 3/10 = Urk. 8/40, S. 3 unten). Zur psychischen Problematik stellten die vorerwähnten Psychiater zwar keine entsprechende Prognose, da jedoch die psychischen Beschwerden - dazu nachstehend Ziffer 5 - als unfallfremd anzusehen sind, bedarf es im vorliegenden Fall keiner solchen Bestätigung, weshalb die von der Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 17. April 2008 vorgenommene Adäquanzbeurteilung zulässig war.

E. 5

5.1. Für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfall und den psychischen Beschwerden ist zu verlangen, dass dem Unfall für die Entstehung der Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit eine massgebende Bedeutung zukommt (BGE 115 V 133). Den Ausgangspunkt der Adäquanzprüfung bildet dabei das objektiv erfassbare Unfallereignis. Abhängig von der Unfallschwere sind je nachdem weitere Kriterien in die Beurteilung einzubeziehen. Der Beschwerdeführer erlitt eine Quetschung der rechten Hand mit subtotaler Endgliedamputation des rechten Kleinfingers. Er macht geltend, es liege ein schwerer Unfall vor, da die Funktionstauglichkeit der rechten Hand und des rechten Arms stark eingeschränkt seien (Urk. 1 S. 5 Abs. 3), während die Beschwerdegegnerin den Unfall höchstens als mittelschwer (Urk. 2 S. 4 Ziff. 3 lit. b) an der Grenze zu leicht liegend (Urk. 7 S. 4 Ziff. 7.1) beurteilt. Bei Amputationen bejahte das Bundesgericht einen schweren Unfall bei einem Zusammenstoss einer Autofahrerin mit einem Zug, bei dem sie den Unterschenkel verlor und nahm einen schweren Fall der mittleren Gruppe an, als eine versicherte Person beim Kehlen mit der rechten Hand in die Kehlmaschine geriet und sich dabei die Finger I-III total und die Finger IV-V subtotal amputierte (vgl. auch Rumo-Jungo, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 3. Auflage, Zürich, Basel, Genf 2003, S. 55 und S. 57 unten, mit Hinweisen) und ebenso als eine versicherte Person beim Schneiden von Holz mit den Fingern III-V unter das laufende Fräsblatt geriet und an diesen Fingern Amputationen erlitt (RKUV 1999 Nr. U 346 S. 428 f. Erw. 2b bb). Auf Grund des Herganges und den dabei erlittenen Verletzungen rechtfertigt sich die Einreihung des Unfalles im Bereich der mittelschweren Unfällen, wobei ein schwerer Fall der mittleren Gruppe - obschon die Verletzung die dominante rechte Hand betrifft - zu verneinen ist, da der Beschwerdeführer eine nicht totale Endgliedamputation eines einzelnen, im Vergleich weniger wichtigen Fingers erlitt. Von den weiteren massgeblichen Kriterien müssten bei der gegebenen Unfallschwere für eine Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs entweder ein einzelnes in besonders ausgeprägter Weise oder aber mehrere in gehäuft oder auffallender Weise gegeben sein (vgl. BGE 115 V 140, Erw. 6 c) bb) sowie auch Urteil des Bundesgerichts in Sachen S. vom 3.

September 2008, 8C_720/2007, Erw. 9.2), wobei die psychischen Aspekte nicht, sondern einzig die physischen Komponenten zu berücksichtigen sind (BGE 134 V 109 Erw. 2.1 und 6.1 mit Hinweisen).

5.2.2.2.2 Dem Unfall ist eine gewisse Eindringlichkeit nicht abzusprechen. Der Beschwerdeführer wurde von einer 30 kg schweren Platte, die aus 14 Metern Höhe hinuntersegelte, getroffen. Der Beschwerdeführer gab an, Blut sei aus dem Handschuh gequollen, zunächst habe er noch keine sehr heftigen Schmerzen gespürt, habe aber gemerkt, dass der rechte Kleinfinger abgeschlagen gewesen sei. Unter Schwanken habe er die Treppe hinuntersteigen können, dann sei er von einem Mitarbeiter ins nahegelegene Spital Z.____ gefahren worden (Urk. 8/28 S. 2). Da die subtotale Endgliedamputation am rechten Kleinfinger zum Einen unerwartet (plötzlich und ohne Vorwarnung) eintrat und zum Anderen nicht lebensbedrohend war, sind insbesondere dramatische Begleitumstände oder eine besondere Eindringlichkeit aber zu verneinen.

2.2.2.2.2 Was die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzung, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen, anbelangt, ist festzustellen, dass die erlittene Verletzung zwar die Hand und damit ein für einen Handwerker wichtiges Organ betrifft, jedoch im vorliegenden Fall kein praktischer Verlust der Hand besteht, weshalb das Kriterium nicht gegeben ist.

2.2.2.2.2 Das Kriterium der ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung kann hingegen als erfüllt betrachtet werden. In besonders ausgeprägtem Masse liegt es jedoch nicht vor, denn die ärztliche Behandlung der somatischen Unfallfolgen war bei Austritt aus der Rehaklinik B.____ am 11. April 2007 im Wesentlichen abgeschlossen; es folgten noch ergotherapeutische und physiotherapeutische Behandlungen. Die Ärzte der Rehaklinik B.____ gaben zudem an, ihre Behandlung der somatischen Beschwerden sei durch die psychiatrische Problematik beeinträchtigt gewesen (Urk. 3/7 = Urk. 8/30, S. 3 unten).

2.2.2.2.2 Das Kriterium der körperlichen Dauerschmerzen kann zu Gunsten des Beschwerdeführers ebenfalls als erfüllt betrachtet werden (persistierendes Schmerzsyndrom von den Fingern bis zum Nacken rechts in Form von Dauerschmerzen mit aktivitätsabhängiger Verstärkung [vgl. Austrittsbericht von Dres. G.____ und H.____; Urk. 3/7 = Urk. 8/30, S. 2 unten]). In ausgeprägter Weise liegt es jedoch nicht vor, spielen doch unfallfremde psychische Faktoren eine nicht unerhebliche Rolle (vgl. S. 3 unten).

2.2.2.2.2 Eine die Unfallfolgen verschlimmernde ärztliche Fehlbehandlung wird zu Recht nicht behauptet. Das sich an der rechten Hand entwickelte CRPS Typ I allein genügt nicht für die Bejahung eines schwierigen Heilungsverlaufs; die Entwicklung des CRPS wird ausserdem bereits beim Kriterium der ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung, das bejaht wird, berücksichtigt.

2.2.2.2.2 Das Kriterium des Grades und der Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit bezieht sich nicht allein auf das Leistungsvermögen im angestammten Beruf (vgl. Urteil des Bundesgerichts in Sachen S. vom 3. September 2008, 8C_720/2007, Erw. 10.5). Im Austrittsbericht vom 27. Juli 2006 (Urk. 8/12), in welchem die Ärzte der Rehaklinik B.____ auch die Diagnose eines CRPS bestätigten, wurde dem Beschwerdeführer eine ganzständige Arbeitsunfähigkeit für leichte

Arbeit, bei welcher die rechte Hand als leichte Hilfs- hand eingesetzt werden konnte, attestiert. Dres. G. ___ und H. ___ erachteten später - einviertel Jahre nach dem Unfall - im Austrittsbericht vom 24. Juli 2007 aus unfallkausaler Sicht mindestens eine sehr leichte, vorwiegend sitzende Arbeit, vorläufig halbtags als zumutbar, wobei sie hinzufügten, mit der zeitlichen Begrenzung solle ein Wiederaufflackern des CRPS vermieden werden und sie erwarteten in den nächsten Monaten einen weiteren Rückgang des residuellen CRPS und eine Erhöhung der Zumutbarkeit (Urk. 3/7 = Urk. 8/30, S. 2 und 4). Die von Dr. I. ___ attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit aus psychischen Gründen (Urk. 3/9) ist hier nicht zu berücksichtigen. Das Kriterium ist - auch wegen festgestellter Selbstlimitierung und Inkonsistenz (vgl. Urk. 3/7 = Urk. 8/30, S. 2 oben) - demnach nicht erfüllt. Zusammenfassend sind höchstens, und nicht in ausgeprägter oder auffälliger Weise, zwei Kriterien erfüllt (ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung, körperliche Dauerschmerzen). Dies genügt nicht, um den adäquaten Kausalzusammenhang der psychischen Beschwerden bejahen zu können (vgl. Urteil des Bundesgerichts in Sachen S. vom 3. September 2008, 8C_720/2007, Erw. 10.6).

E. 6

6.1 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 (BGE 130 V 349 Erw. 3.4.2). Massgebend für die Ermittlung des Valideneinkommens, also des Einkommens, welches die versicherte Person als Gesunde tatsächlich erzielen würde, ist, was sie aufgrund ihrer beruflichen Fähigkeiten und persönlichen Umstände zu erwarten gehabt hätte. Als Anknüpfungspunkt für die Bestimmung des Valideneinkommens wählte die Beschwerdegegnerin den zuletzt erzielten Verdienst, was nicht zu beanstanden ist. Das für die Invaliditätsbemessung massgebende Valideneinkommen für das Jahr 2008 setzte die Beschwerdegegnerin gestützt auf eine entsprechende Auskunft der Y. ___ vom 18. Januar 2008 (Urk. 8/48) auf Fr. 66'300.-- fest (Urk. 2 S. 9). Dieses Valideneinkommen wurde vom Beschwerdeführer für die Berechnung des Invaliditätsgrades übernommen (vgl. Urk. 1 S. 7), weshalb es als unbestritten gelten kann.

6.2 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Da der Beschwerdeführer nach dem Unfall nicht mehr an den bisherigen Arbeitsplatz zurückkehrte und er keine neue Tätigkeit aufgenommen hat, ist das Invalideneinkommen gestützt auf die Zumutbarkeitsbeurteilung von Kreisarzt Dr. C. ___ sowie auf die Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) zu bestimmen. Dabei ist bei Versicherten, welche nur leichte - bzw. sehr leichte (vgl. Urk. 3/10 = Urk. 8/40) - Tätigkeiten verrichten können, in der Regel vom im Durchschnitt aller Wirtschaftszweige (Total) der bei einfachen und repetitiven Tätigkeiten (Niveau 4) erzielten mittleren Einkommen auszugehen (vgl. etwa Mosimann, Praxis der Invaliditätsbemessung: Aktueller Stand der Rechtsprechung, SZS 2007 S. 1 ff.). Es darf davon ausgegangen werden, dass in dieser Kategorie durchaus reale Einsatzmöglichkeiten für den Beschwerdeführer bestehen, zum Beispiel in Form von Kontroll- oder Produktionsarbeiten. Im Jahr 2008 belief sich der Bruttolohn für Arbeitnehmer bei einfachen und repetitiven Tätigkeiten auf Fr. 4'935.--

im Monat. Unter Berücksichtigung der betriebsüblichen wöchentlichen Arbeitszeit von 41,6 Stunden im Jahr 2008 (Die Volkswirtschaft, 10-2010, S. 90 Tabelle B 9.2) ergibt sich ein Invalideneinkommen für das Jahr 2008 von Fr. 61'588.80.

6.3.3.3.3 Da der Beschwerdeführer aufgrund der gesundheitlichen Beeinträchtigungen im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern und Arbeitnehmerinnen lohnmassig benachteiligt sein dürfte, und deshalb mit einem unterdurchschnittlichen Lohnansatz rechnen muss, ist der ermittelte Tabellenlohn herabzusetzen. Ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, ist von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltsbewilligung und Beschäftigungsgrad) abhängig. Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf höchstens 25 % zu begrenzen ist (BGE 129 V 481 f., Erw. 4.2.3). Die Beschwerdegegnerin gewährte einen leidensbedingten Abzug von etwa 14,6 % vom Tabellenlohn (vgl. Urk. 2 S. 9). Dagegen beansprucht der Beschwerdeführer einen Abzug von 20 % bis 25 %, welcher seiner zusätzlich reduzierten Leistungsfähigkeit Rechnung trage (Urk. 11 S. 4). Aufgrund der gesamten Umstände ist der von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Abzug von gerundet 15 % vom Tabellenlohn im Rahmen des Ermessens zulässig, wenn auch beispielsweise die IV-Stelle von einem höheren Wert von 20 % ausgegangen ist (vgl. Urk. 8/50a). Dies führt zu einem Invalideneinkommen von Fr. 52'350.50 und im Vergleich zum Valideneinkommen von Fr. 66'300.-- zu einer Erwerbseinbusse von Fr. 13'949.50 bzw. einem Invaliditätsgrad von gerundet 21 %.

E. 7

7.1.3.3.3 Nach Art. 24 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 (Abs. 1). Im Anhang 3 zur UVV hat der Bundesrat Richtlinien für die Bemessung der Integritätsschäden aufgestellt und in einer als gesetzmässig erkannten, nicht abschliessenden Skala (BGE 124 V 32 Erw. 1b mit Hinweisen) wichtige und typische Schäden prozentual gewichtet. 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 völlige 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).

3.3.3.3.3 Die Medizinische Abteilung der SUVA hat in Weiterentwicklung der bundesrätlichen 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).

7.2. Der Einspracheentscheid ist auch bezüglich der Integritätsentschädigung nicht zu bemängeln. Es fehlt namentlich an triftigen Gründen, die eine abweichende Ermessensausübung als naheliegender erscheinen liessen. Gemäss der medizinischen Beurteilung des Integritätsschadens von Kreisarzt Dr. C. besteht ein Funktionsverlust der rechten dominanten Hand, bei unvollständigem Faustschluss Dig. IV (Urk. 3/11 = Urk. 8/44). Die Schätzung wurde im Rahmen der Integritätsschäden bei Funktionsstörungen an den oberen Extremitäten (Tabelle 1.2) bemessen und der festgestellte Prozentsatz ist im Lichte der beschriebenen Befunde nachvollziehbar und plausibel begründet, weshalb kein Anlass besteht, von der ärztlichen Beurteilung des Integritätsschadens von Dr. C. abzuweichen. Mit der Beschwerdegegnerin ist von einem Integritätsschaden von 17 % auszugehen.

8. Der Einspracheentscheid der SUVA vom 17. Oktober 2008, mit welchem dem Versicherten ab 1. Juni 2008 eine Rente aufgrund eines Invaliditätsgrades von 21 % und sowie eine Integritätsentschädigung auf der Basis einer Integritätseinbusse von 17 % zugesprochen wurde, ist demnach rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt.

9. Das Verfahren ist kostenlos (Art. 33 Gesetz über das Sozialversicherungsgericht [GSVGer] in Verbindung mit Art. 1 UVG und Art. 61 lit. a ATSG) und entschädigungsfrei (Art. 34 GSVGer in Verbindung mit Art. 1 UVG und Art. 61 lit. g ATSG).

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Verfahren ist kostenlos.
3. Zustellung gegen Empfangsschein an:
 - Rechtsanwalt Dr. Jörg Baur
 - 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.