

# **BL\_GERICHTE 725 21 220/12 vom 13. Januar 2022**

BL Gerichte, 2022-01-13, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl\\_gerichte\\_725\\_21\\_220\\_12](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_725_21_220_12)

FR: BL\_GERICHTE 725 21 220/12 du 13 janvier 2022

IT: BL\_GERICHTE 725 21 220/12 del 13 gennaio 2022

## **Regeste**

Leistungen

## **Erwägungen**

### **E. 2**

Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente und in diesem Zusammenhang insbesondere, ob der medizinische Sachverhalt genügend abgeklärt worden ist. Ferner ist der Anspruch auf eine Integritätsentschädigung umstritten. Grundsätzlich nicht umstritten ist der Zeitpunkt des Fallabschlusses. 3.1 Gemäss Art. 6 Abs. 1 UVG hat der Unfallversicherer in der obligatorischen Unfallversicherung, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt, die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten zu gewähren. Art. 10 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Heilbehandlung). Ist die versicherte Person infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat sie gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG Anspruch auf ein Taggeld. Der Anspruch entsteht gemäss Art. 16 Abs. 2 UVG am dritten Tag nach dem Unfalltag und erlischt mit der Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit, mit dem Beginn einer Rente oder mit dem Tod der versicherten Person. Art. 18 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf eine Invalidenrente, wenn sie infolge des Unfalles zu mindestens 10% invalid ist. Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustands der versicherten Person mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV) abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG). Erleidet die versicherte Person durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität, so hat sie nach Art. 24 Abs. 1 UVG Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung. Diese wird mit der Invalidenrente festgesetzt oder, falls kein Rentenanspruch besteht, bei der Beendigung der ärztlichen Behandlung gewährt (Art. 24 Abs. 2 UVG). 3.2 Für Leistungen nach UVG hat der Unfallversicherer grundsätzlich nur unter der Voraussetzung aufzukommen, dass zwischen dem versicherten Ereignis und dem eingetretenen Schaden (Unfall, Arbeitsunfähigkeit, Invalidität, Integritätsschädigung, Behandlungsbedürftigkeit) ein natürlicher und adäquater 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 bzw. 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, das Ereignis mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiere (BGE 129 V 177 E. 3.1 mit Hinweisen). Dabei erstreckt sich die Leistungspflicht des obligatorischen Unfallversicherers auch auf mittelbare bzw. indirekte Unfallfolgen (vgl. Urteils des Bundesgerichts vom 24. März 2016, 8C\_620/2015, E. 3.1). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer (andauernden) gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die rechtsanwendende Behörde - die Verwaltung oder im Streitfall das Gericht - im Rahmen der ihr 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 177 E. 3.1). Es ist vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die von allen möglichen Geschehensabläufen als die Wahrscheinlichste gewürdigt wird (BGE 126 V 353 E. 5b mit Hinweisen).

3.3 Bei der Beurteilung eines unfallversicherungsrechtlichen Rentenanspruchs ist jeweils als erstes zu prüfen, in welchem Ausmass die versicherte Person unfallbedingt arbeitsunfähig ist. Gemäss der Legaldefinition von Art. 6 ATSG ist Arbeitsunfähigkeit die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten (Satz 1). Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Satz 2).

3.4 Bei der Feststellung des Gesundheitszustands, bei der Beurteilung der natürlichen Kausalität und bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die medizinische Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 mit weiteren Hinweisen).

3.5 Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) - wie alle anderen Beweismittel - frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, weshalb es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also 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 der Expertin oder des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a, 122

V 157 E. 1c). 3.6 Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführliche Zusammenstellung dieser Richtlinien in BGE 125 V 351 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 465 E. 4.4 und 4.5). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen). Dagegen sind bei Entscheiden gestützt auf versicherungsinterne ärztliche Beurteilungen, die im Wesentlichen oder ausschliesslich aus dem Verfahren vor dem Sozialversicherungsträger stammen, an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen, ist eine versicherungsexterne medizinische Begutachtung im Verfahren nach Art. 44 ATSG oder ein Gerichtsgutachten anzuordnen (BGE 135 V 465 E. 4.7).

#### **E. 4**

Das Administrativverfahren und der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben die Verwaltung und das Sozialversicherungsgericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 6. Februar 2008, 8C\_163/2007, E. 3.2). Bleiben erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 6. Februar 2008, 8C\_163/2007, E. 3.3 und vom 19. November 2007, 8C\_364/2007, E. 3.2). Was zu beweisen ist, ergibt sich aus der Sach- und Rechtslage.

#### **E. 5**

Zur Beurteilung des medizinischen Sachverhalts liegen zahlreiche medizinische Unterlagen vor, welche vom Gericht gesamthaft gewürdigt wurden. Nachfolgend werden jedoch nur die für den vorliegenden Fall entscheiderelevanten Berichte aufgeführt.

##### **E. 5.1**

Nachdem der erstbehandelnde Arzt zunächst bloss eine Verdrehung bzw. Verstauchung des linken Oberarms diagnostiziert hatte (vgl. Schadensmeldung vom 23. Mai 2018), wurde bei der Beschwerdeführerin anlässlich einer Operation am 1. Juni 2018 die Diagnose einer symptomatischen, subtotalen distalen Bizepssehnenruptur (80%) rechts bestätigt und mittels Reinsertion behandelt. In der Folge wurde von der Ärzteschaft des Spitals D.\_\_\_\_\_ ein regelrechter postoperativer Heilungsverlauf dokumentiert.

##### **E. 5.2**

Aufgrund beklagter persistierender Beschwerden am linken Ellbogen und Handgelenk wurde bei Dr. med. E.\_\_\_\_\_, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates sowie Handchirurgie, eine Zweitmeinung eingeholt. Mit Bericht vom

19. Oktober 2018 diagnostizierte dieser Restbeschwerden bei Status nach distaler Bizepssehnen-Reinsertion am Ellbogen links nach subtotalem distalem Bizepssehnenabriss sowie Status nach Karpaltunnelspaltung beidseits vor rund 15 Jahren. Der Heilungsverlauf sei soweit suffizient und es sei kein Hinweis auf einen erneuten Abriss erkennbar. Bezüglich der Kraftentwicklung sei der Verlauf nicht ungewöhnlich, mit weiteren physiotherapeutischen Massnahmen würde eine weitgehende Normalisierung erreicht werden können. Die Patientin sei ermuntert worden, die Belastung nun rasch zu steigern. Die Schmerzproblematik des Handgelenks stehe nicht im Vordergrund. Da die Arbeit der Patientin regelmässig das auch repetitive Hantieren mit Lasten von über 25 kg umfasse und eine Reduktion auf leichte Arbeiten nicht möglich sei, sei weiterhin von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen.

### **E. 5.3**

Anlässlich einer MR-Arthrographie des linken Handgelenks am 19. November 2018 wurde eine ausgeprägte Synovialitis distal radioulnar sowie ein dorsaler Kapselschaden ohne subheath-Verletzung oder Dislokation der ECU-Sehne bei intratendinösen Signalalterationen wie von Degeneration oder Mikrorissen und radiusnah ein dehiszenter und ausgefranster Riss des Diskus articularis sowie benachbart eine Knorpeldefizienz und Zysten am Os lunatum wie bei ulnokarpaler Impaktion festgestellt.

### **E. 5.4**

Am 8. Januar 2019 wurde eine Arthroskopie des linken Handgelenks durchgeführt. Mit Operationsbericht vom selben Tag wurde von den behandelnden Chirurgen ein Sturz am 7. Mai 2018 mit fovealer TFCC-Verletzung am linken Handgelenk und Status nach Reinsertion der Bizepssehne nach Ruptur, sowie eine ulnolunäre Impaktion mit zentraler TFCC-Läsion, eine Madelung-ähnlichen Deformität des linken Handgelenks und eine SL-Band-Läsion Stadium III C diagnostiziert. Anlässlich der Operation wurde ein arthroskopisches Débridement der zentralen TFCC-Läsion, eine Ulnaverkürzungsosteotomie sowie eine offene foveale TFCC-Reinsertion vorgenommen.

### **E. 5.5**

In seiner versicherungsmedizinischen Stellungnahme vom 23. Januar 2019 bejahte der Kreisarzt Dr. med. F.\_\_\_\_, FHM Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, eine Teilkausalität der Handgelenksbeschwerden. Der Abriss des TFCC sei auf den Unfall zurückzuführen. Die zentrale TFCC-Läsion sei eher degenerativ.

### **E. 5.6**

Am 14. August 2019 fand eine kreisärztliche Untersuchung der Beschwerdeführerin statt. Dr. F.\_\_\_\_ kommt im dazugehörigen Bericht vom selben Tag zum Schluss, dass aktuell noch nicht von einem medizinischen Endzustand ausgegangen werden könne. Trotzdem seien der Versicherten mit dem linken Arm alle Tätigkeiten erlaubt, die keine oder wenige Beschwerden verursachten. Die Versicherte habe angegeben, im Alltag die linke Hand und den linken Arm normal einzusetzen, ein Hantieren mit Lasten über 8 kg sei jedoch nicht möglich. Dementsprechend sei auch die Zumutbarkeit einer Arbeitstätigkeit zu definieren: Arbeiten mit Lasten bis 8 kg seien ganztags möglich, sofern die schwereren Arbeiten nicht dauerhaft über die ganze Arbeitsschicht erfolgten. Bei Überkopfarbeiten mit zum Beispiel Abstützen von Gegenständen nach oben seien mit dem linken Arm und der linken Hand nur leichte Arbeiten möglich. Diese Zumutbarkeitsbeurteilung stelle eine Momentaufnahme dar, es sei allerdings nach dem bisherigen Verlauf mit dauerhaften Einschränkungen zu

rechnen.

### **E. 5.7**

Mit Sprechstundenbericht von Dr. med. G.\_\_\_\_, FMH Chirurgie und Handchirurgie, vom 12. November 2019 wurde - neben den bekannten Diagnosen - neu an der linken Hand eine unklare Sensibilitätsstörung Dig. V sowie eine leichte Kraftminderung intrinsisch und eine leichte Sensibilitätsstörung im Bereich des Nervus cutaneus antebrachii medialis unklarer Ätiologie diagnostiziert. Ein MRT der Halswirbelsäule (HWS) am 22. Oktober 2019 habe eine segmentale Degeneration auf Höhe der Halswirbelkörper (HWK) 5/6 mit akuter Osteochondrosis intervertebralis und Retrospondylose, eine osteodiskogen bedingte, leichte Einengung des Spinalkanals auf Höhe HWK 5/6 ohne Kompression des Myelons und ohne Myelopathie, eine mässiggradige Einengung der Nervenwurzel C 6 rechts und eine hochgradige Einengung der foraminale Nervenwurzel C 6 links ergeben. Zudem würden sich Zeichen einer aktivierten Facettengelenksarthrose HMK 3/4 links zeigen. Die Sonographie der linken Hand vom 22. Oktober 2019 habe keine suspekten Flüssigkeitskollektion, eine narbig verklumpte und etwas heterogene, aber intakte Rekonstruktion und Reinsertion der Bizepssehne, keinen Gelenkserguss, keine strukturelle Muskelschädigung oder Weichteilläsion subkutan ergeben.

### **E. 5.8**

Der Kreisarzt Dr. F.\_\_\_\_ nahm am 19. November 2019 zu den neuen Diagnosen aus versicherungsmedizinischer Sicht Stellung. Die Versicherte habe sich beim Unfall vom 7. Mai 2018 am linken Unterarm verletzt. Die Monate später aufgetretenen Beschwerden an der Halswirbelsäule bei in der Bildgebung erkennbaren erheblichen degenerativen Veränderungen seien nicht unfallkausal. Bezüglich des Handgelenks sei der Endzustand noch nicht erreicht. Eine Beurteilung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit und des unfallbedingten Integritätsschadens sei nach dem Stand des Dossiers nicht möglich.

### **E. 5.9**

Dr. med. H.\_\_\_\_, FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation, diagnostizierte mit Bericht vom 8. Januar 2020 (1) ein Unfallereignis vom 7. Mai 2018 mit Sturz mit fovealer TFCC-Verletzung palmar, einer ulnolunären Impaktation mit zentraler TFCC-Läsion palmar, einer Madelung-ähnlichen Deformität des Handgelenks linksseitig, einer SL-Bandläsion, einem Status nach Arthroskopie des linken Handgelenks mit Débridement der zentralen TFCC-Läsion, Ulnarverkürzungsosteotomie und offener fovealer TFCC-Reinsertion sowie einer unklaren Sensibilitätsstörung Dig. V sowie einer leichten intrinsischen Kraftminderung, Sensibilitätsminderung im Bereich des N. cutaneus antebrachii medialis unklarer Ätiologie; (2) eine radikuläre Reizsymptomatik Wurzel C 6 linksseitig mit zurzeit keinen lokal-nuchalen Beschwerden, gemäss MRT einer segmentalen Degeneration auf Höhe der HWK 5/6 mit akuter Osteochondrosis intervertebralis und Retrospondylose, eine osteodiskogen bedingte, leichte Einengung des Spinalkanals auf Höhe HWK 5/6 ohne Kompression des Myelons und ohne Myelopathie, eine mässiggradige Einengung der Nervenwurzel C 6 rechts und eine hochgradige Einengung der foraminale Nervenwurzel C 6 links, im Übrigen unauffälligen Nervenwurzeln insbesondere C 7 und C 8 mit Anzeichen einer aktivierten Facettengelenksarthrose HWK 3/4 links sowie eine deutliche muskuläre Dysbalance zervikothorakal linksbetont bei Linkshändigkeit mit multiplen Triggerpunkten im Bereich der Trapeziusmuskulatur, der Rhomboidei-Muskulatur, des Muskulus sternocleidomastoideus, der Scaleni-Muskulatur

und der Pektoralismuskulatur linksbetont; (3) am Ellbogen links ein Status nach Bizepssehnenreinsertion nach symptomatischer subtotaler Bizepssehnenruptur (80%) nach Trauma am 7. Mai 2018. Neben einer Fortsetzung der Physiotherapie würde die Patientin aktuell auf weitere Abklärungs- und Behandlungsmassnahmen verzichten wollen. In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit seien sicherlich körperlich leichte Tätigkeiten möglich, wobei Arbeiten am PC mit längerer Benützung des linken Handgelenks und der linken Finger auf längere Zeit nicht ganztägig möglich seien. Betreffend die HWS-Symptomatik sei eine Teilarbeitsfähigkeit mit der Möglichkeit von wechselnden Positionen wie Sitzen, Stehen und Gehen möglich unter Vermeidung von Überkopparbeiten, Tragen von Lasten höher als 5 kg, längeren PC-Arbeiten und repetitiven Tätigkeiten in gebückten rotierten Stellungen. Günstig wären beispielsweise Kontroll- und Überwachungsarbeiten.

#### **E. 5.10**

In ihrem Bericht vom 3. März 2020 äusserte sich Dr. H.\_\_\_\_ unter anderem auf Anfrage des Unfallversicherers zur Unfallkausalität der HWS-Beschwerden. Sie führte aus, dass die bekannten Diagnosen betreffend HWS mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht auf das Unfallereignis vom 7. Mai 2018 zurückzuführen seien. Zwar habe durch die Verletzung der linken Hand eine gewisse Überbelastung des zervikothorakalen Übergangs und der gesamten linken Armmuskulatur stattgefunden. Die Patientin habe sicherlich auch die linke Extremität über längere Zeit asymmetrisch belastet, was sich in der Muskelkette auch auf die HWS-Muskulatur ausgewirkt habe. Obwohl das Unfallereignis längere Zeit zurückliege, bestehe die muskuläre Dysbalance weiterhin. Hinzu kämen die degenerativen Veränderungen an der Wirbelsäule. Die Schmerzexazerbation stünde in einem gewissen, aber nicht überwiegend wahrscheinlichen Kausalzusammenhang mit dem Unfall.

#### **E. 5.11**

Im Rahmen der kreisärztlichen Untersuchung vom 13. Mai 2020 hielt Dr. F.\_\_\_\_ fest, dass weiterhin nicht von einem medizinischen Endzustand auszugehen sei und empfahl eine stationäre Rehabilitation in der Klinik Bellikon. Die Versicherte entschied sich in der Folge gegen einen stationären Rehabilitationsaufenthalt und für eine Weiterführung der ambulanten Physiotherapie.

#### **E. 5.12**

Im Auftrag des Unfallversicherers wurde am 14. und 15. Oktober 2020 in der Rehaklinik Bellikon eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) der Versicherten durchgeführt. Mit Bericht vom 10. November 2020 wurden bei der Versicherten folgende Diagnosen gestellt: (1) ein Unfall am 7. Mai 2018 mit Teilruptur der linken Bizepssehne und Status nach Reinsertion am 1. Juni 2018 sowie mit fovealer TFCC-Verletzung und SL-Bandläsion bei Status nach Arthroskopie am 8. Januar 2019; (2) ein zervikoradikuläres Reizsyndrom C 6 links mit segmentaler Degeneration und leichter Einengung des Spinalkanals auf Höhe HWK 5/6, mässiggradiger Einengung der foraminale Nervenwurzel C 6 linksseitig mit muskulärer Dysbalance zervikothorakal linksbetont sowie rezidivierenden Kribbelparästhesien Dig. I bis III Hand links. Gemäss Angaben der Explorandin stünden derzeit variierende, teilweise belastungsabhängige, teilweise spontan auftretende, teils stechende Schmerzen im Vordergrund, welche ausgehend vom Handgelenk links und ulnar nach proximal in den Vorderarm bis zur Ellenbeuge und über die Oberarminnenseite bis in die linke Schulter ausstrahlten. Bei wiederholten Kraftanstrengungen würde es zu einem raschen Kraft- und Ausdauerabfall im Bereich der

linken Hand und des linken Vorderarms kommen. Bei wiederholtem Krafteinsatz würden sich die Beschwerden im Tagesverlauf aufschaukeln. Da es sich um die dominante Seite handle, fühle sich die Explorandin in vielen Alltagsaktivitäten stark eingeschränkt. Hinzu kämen die Gefühlsstörungen in der linken Hand mit intermittierenden Kribbelparästhesien sowie Taubheitsgefühlen im Zeige- und in geringerem Ausmass im Mittelfinger links. Ferner beklage die Explorandin starke Schmerzen und bisweilen ein Schwellungsgefühl im Bereich der oberen Brustwirbelsäule und in der unteren Nackenpartie beidseits. Sie verspüre auch intermittierend Schmerzausstrahlungen bis in den Schultergürtel beidseits. Je nach Schmerzintensität komme es zu hinterhauptsbetonten, haubenförmig in den ganzen Kopf ausstrahlenden Kopfschmerzen. Die Explorandin zeige insgesamt ein hohes Ausmass an ungünstigen Überzeugungen und Rehabilitationshindernissen. Anlässlich des Unfallereignisses sei es zu den beschriebenen Verletzungen der Bizepssehne und des Handgelenks gekommen. Unabhängig vom Unfallereignis bestehe zusätzlich ein zervikoradikuläres Reizsyndrom. Aufgrund der Diagnosen und mit Blick auf die Testergebnisse der EFL sei der Explorandin die Aufnahme ihrer bisherigen, körperlich mittelschweren Tätigkeit als Geschäftsführerin nicht mehr möglich. Ganztags zumutbar sei der Explorandin eine leichte Arbeit ohne wiederholtem Krafteinsatz der linken Hand sowie ohne wiederholte Exposition des linken Arms gegenüber Schlägen, Erschütterungen und Vibrationen. Betreffend die HWS sei keine Tätigkeit mit länger dauernder Arbeit über Brusthöhe möglich.

#### **E. 5.13**

Mit ärztlicher Beurteilung vom 19. November 2020 nahm der Kreisarzt Dr. F.\_\_\_\_ erneut zum Fall Stellung. Er führte aus, dass die sich in Abklärung befindenden Beschwerden im Zusammenhang mit der Verdachtsdiagnose eines Thoracic-Outlet-Syndroms nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit im Zusammenhang mit dem Unfall vom 7. Mai 2018 stünden. Weder die nachgewiesenen unfallkausalen strukturellen Läsionen an der distalen Bizepssehne noch der zeitliche Verlauf (Erstauftreten der Symptomatik im November 2019) würden einen Kausalzusammenhang mit dem vermuteten Thoracic-Outlet-Syndrom begründen. Mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit sei das Thoracic-Outlet-Syndrom keine Unfallfolge. Nach zweieinhalbjähriger Behandlung und in den letzten Monaten bezüglich der strukturellen Unfallfolgen praktisch unveränderter Befundlage sei von einer weiteren Behandlung der Unfallfolgen keine Verbesserung des Gesundheitszustandes mehr zu erwarten. In Bezug auf die verbleibende Arbeitsfähigkeit könne vollumfänglich auf die Beurteilung der Rehaklinik Bellikon verwiesen werden, wobei zu beachten sei, dass die festgehaltenen Einschränkungen bezüglich der HWS krankheitsbedingt und nicht unfallkausal seien. Das Verweisprofil sei folglich ohne die Einschränkung «längerdauernde Überkopfarbeiten» zu übernehmen. Bei der Beurteilung eines Integritätsschadens sei eine gewisse Einschränkung der Funktion im Seitenvergleich zu berücksichtigen. Im Abgleich mit den Tabellen der Suva sei jedoch die Erheblichkeitsgrenze nicht erreicht, womit keine Integritätsentschädigung geschuldet sei.

#### **E. 5.14**

Im Rahmen des Einspracheverfahrens und Beschwerdeverfahrens reichte die Beschwerdeführerin einen weiteren Bericht von Dr. H.\_\_\_\_ vom 28. Mai 2021 ein. Darin führt diese aus, dass die Patientin bis zum Unfallereignis vom 7. Mai 2018 keinerlei Beschwerden im Bereich des Nackens, Schultergürtels und der linken oberen Extremität gehabt habe. Die bildgebend sichtbaren Segmentdegenerationen seien bis dahin vollständig

asymptomatisch gewesen. Durch das Unfallereignis, die längere Schienenbehandlung im Bereich der linken oberen Extremität und der somit auch entwickelten antalgischen Haltung mit Verspannung der Nacken- und Schultergürtelmuskulatur sei die Segmentdegeneration vor allem auf Höhe HWK 6/7 aktiviert und symptomatisch geworden. Zudem seien die Einengungen für die Nervenwurzeln C 6 beidseits und C 7 symptomatisch. Teilweise ungünstig auf die Beschwerdesymptomatik habe sich dann auch die zunehmende Verspannung der Nacken- und Schultergürtelmuskulatur linksbetont mit multiplen Triggerpunkten ausgewirkt. Die angestammte Tätigkeit als Kioskangestellte sei nicht mehr zumutbar. Für eine leichte körperlich Tätigkeit, leidensadaptiert unter Vermeiden von gebückten rotierten Rumpfstellungen und unter Vermeiden von Überkopfarbeiten, sei eine Arbeitsfähigkeit von 50% gegeben. Vermieden werden solle das Heben von Gewichten über 5 kg. Im weiteren Verlauf könne die Arbeitsfähigkeit je nach Beschwerdezustand weiterhin, jeweils um 10% gesteigert werden.

6.1 Die Beschwerdegegnerin stützte ihre Verfügung vom 21. Januar 2021 und den angefochtenen Einspracheentscheid vom 8. Juni 2021 in Bezug auf die medizinischen Fragen auf die Ausführungen ihres Kreisarztes Dr. F.\_\_\_\_ und die Ergebnisse der EFL der Rehaklinik Bellikon vom 10. November 2020. Die Beschwerdeführerin bringt demgegenüber vor, dass der medizinische Sachverhalt ungenügend abgeklärt sei und die Beschwerdegegnerin bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit und des Integritätsschadens nicht sämtliche unfallbedingten Beschwerden berücksichtigt habe. Letztlich ist unter den Parteien in erster Linie umstritten, ob die von der Beschwerdeführerin beklagten HWS-Beschwerden unfallkausal sind.

6.2 Wie in Erwägung 3.5 hiavor ausgeführt, prüft das Gericht frei, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Rechtsprechungsgemäss sind an versicherungsinterne Beurteilungen, wie die vorliegenden Berichte von Dr. F.\_\_\_\_ sowie die Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit durch die Rehaklinik Bellikon, strenge Anforderungen zu stellen und bereits bei geringen Zweifeln an deren Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit ergänzende Abklärungen vorzunehmen (vgl. E. 3.6 hiavor). Solche Zweifel liegen indessen nicht vor. Zur Frage der Unfallkausalität der HWS-Beschwerden führte Dr. F.\_\_\_\_ bereits mit versicherungsmedizinischer Stellungnahme vom 19. November 2019 - und damit kurz nach deren Auftreten - sowie in der kreisärztlichen Beurteilung vom 19. November 2020 aus, dass sich die Beschwerdeführerin am linken Unterarm und an der linken Hand verletzt habe. Eine Unfallkausalität der eineinhalb Jahre nach dem Unfallereignis aufgetretenen Beschwerden an der HWS sei mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nicht gegeben. Die HWS-Beschwerden seien durch die beim Unfall erlittenen Verletzungen nicht zu erklären, zumal degenerative Veränderungen bildgebend nachgewiesen seien. Diese Einschätzung ist nachvollziehbar und leuchtet auch mit Blick auf die übrigen medizinischen Akten ein. Auch in der Beurteilung der Rehaklinik Bellikon vom 10. November 2020 werden die HWS-Beschwerden als «vom Unfall unabhängig» bezeichnet. Demgegenüber sieht die behandelnde Ärztin Dr. H.\_\_\_\_ einen möglichen mittelbaren Zusammenhang zwischen dem Unfall und den HWS-Beschwerden aufgrund der nach dem Unfall eingenommenen Schonhaltung und Fehlbelastung. Hierbei ist indessen zu differenzieren: Diskutiert wird ein solcher Zusammenhang von Dr. H.\_\_\_\_ erstmals im Bericht vom 3. März 2020, wobei sie abschliessend feststellt, dass die Schmerzexazerbation an der HWS in einem gewissen, nicht aber überwiegend wahrscheinlichen Kausalzusammenhang zum Unfall vom 7. Mai 2018 stehe. Mit Bericht vom 28. Mai 2021 - der nach Erlass der angefochtenen Verfügung verfasst wurde - konstatiert Dr. H.\_\_\_\_ entgegen ihrer frühen Einschätzung nunmehr einen

Kausalzusammenhang im Wesentlichen mit der Begründung, die Beschwerdeführerin sei vor dem Unfallereignis in Bezug auf die degenerativen Veränderungen der HWS symptomfrei gewesen. Diese neue Einschätzung beruht jedoch im Ergebnis auf der unzulässigen Beweisformel "post hoc, ergo propter hoc", nach deren Bedeutung eine gesundheitliche Schädigung bereits deshalb als durch den Unfall verursacht gilt, weil sie nach diesem aufgetreten ist (BGE 119 V 341 f. E. 2b/bb). Eine solche Einschätzung ist beweisrechtlich nicht zu verwerten (Urteil des Bundesgerichts vom 29. Juni 2018, 8C\_355/2018, E. 3.2). Die divergierende Einschätzung der behandelnden Ärztin ist damit nicht geeignet, auch bloss geringe Zweifel an der Beurteilung der versicherungsinternen medizinischen Fachpersonen zu wecken. Vielmehr ist aufgrund der degenerativen Veränderungen an der Halswirbelsäule der Beschwerdeführerin und des doch deutlichen zeitlichen Abstandes zum Unfall nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass die entsprechenden Beschwerden nicht auch ohne das Unfallereignis zu dieser Zeit eingetreten wären. Ein natürlicher Kausalzusammenhang ist damit zu verneinen (vgl. E. 3.2 hiervor).

6.3 Nach dem soeben Ausgeführten sind die HWS-Beschwerden folglich auch nicht bei der Beschreibung eines zumutbaren Verweisprofils zu berücksichtigen. Die Beschwerdeführerin bringt indessen weiter vor, dass das Zumutbarkeitsprofil auch in Bezug auf die unbestrittenermassen unfallkausalen Einschränkungen nicht zu überzeugen vermöge. Das von Dr. F.\_\_\_\_ beschriebene Zumutbarkeitsprofil entspricht im Wesentlichen demjenigen der Rehaklinik Bellikon. Danach ist der Beschwerdeführerin aufgrund der Taubheitsgefühle im Mittel- und Zeigefinger sowie im Kleinfinger links, der fehlenden Kraftausdauer bei Arbeiten mit der dominanten linken Hand, den intermittierenden Schmerzen in der Hand und im Unterarm, teilweise ausstrahlend in die linke Schulter und in den Schultergürtel beidseits sowie der intermittierenden Nackenschmerzen eine leichte Tätigkeit ganztags zumutbar ohne Arbeiten mit wiederholtem Krafteinsatz der linken Hand sowie ohne wiederholte Exposition des linken Armes gegenüber Schlägen, Erschütterungen und Vibrationen. Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin erweist sich diese Einschätzung als schlüssig und nachvollziehbar. Sofern die Beschwerdeführerin vorbringt, das Zumutbarkeitsprofil berücksichtige die Taubheitsgefühle in den Fingern der linken Hand nicht, so ist ihr entgegenzuhalten, dass die EFL beidseitig eine Handkoordination im Normbereich ergeben hat. Die fehlende Kraftausdauer wird im Rahmen des Verweisprofils mit der Einschränkung, es seien Arbeiten mit wiederholtem Krafteinsatz der linken Hand zu vermeiden, genügend berücksichtigt. Ferner ist nicht ersichtlich, weshalb die Beschwerdeführerin aufgrund der intermittierenden Schmerzen nicht in der Lage sein sollte, ganztags in einer leidensadaptierten Tätigkeit zu arbeiten. Die medizinischen Unterlagen erweisen sich folglich auch in Bezug auf das Verweisprofil einer zumutbaren Tätigkeit als beweistauglich. Daran vermag auch die anderslautende Einschätzung von Dr. H.\_\_\_\_ nichts zu ändern, zumal diese zum grossen Teil die HWS-Beschwerden mitberücksichtigt und bloss ungenügend begründet ist.

6.4 Nach dem Ausgeführten kann bei der Beurteilung der medizinischen Fragen im vorliegenden Fall vollumfänglich auf die Einschätzungen des Kreisarztes Dr. F.\_\_\_\_ sowie den Ergebnissen der EFL der Rehaklinik Bellikon abgestellt werden. Lassen die vorhandenen medizinischen Unterlagen - wie hier - eine zuverlässige Beurteilung des aktuellen Gesundheitszustandes der Versicherten und den Einschränkungen im Erwerbsbereich zu, so kann auf die von ihr beantragte Anordnung eines Gerichtsgutachtens bzw. Rückweisung an die Vorinstanz zur Vornahme weiterer medizinischer Abklärungen verzichtet werden (sog. antizipierte Beweiswürdigung; vgl. dazu BGE 131 I 153 E. 3, 126 V 130 E. 2a, 124 V 94 E. 4b, 122 V 162 E. 1d, 119 V 344 E.

3c in fine mit Hinweisen).

## **E. 7**

Zu prüfen sind die erwerblichen Auswirkungen der gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Dabei ist in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich auf die Gegebenheiten im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns abzustellen (vgl. BGE 129 V 222, 128 V 174), welcher vorliegend unstreitig auf den 1. März 2021 zu liegen kommt.

### **E. 7.1**

Nach Art. 16 ATSG wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrades das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden. Aus der Einkommensdifferenz lässt sich der Invaliditätsgrad bestimmen (BGE 128 V 29 E. 1).

### **E. 7.2**

Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im massgebenden Zeitpunkt aufgrund ihrer beruflichen Fähigkeiten und persönlichen Umstände als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Da nach empirischer Feststellung in der Regel die bisherige Tätigkeit im Gesundheitsfall weitergeführt worden wäre, ist grundsätzlich vom letzten vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung erzielten, der Teuerung sowie der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst auszugehen. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (vgl. BGE 139 V 28 E. 3.3.2 mit Hinweis). Im angefochtenen Einspracheentscheid und der zugrundeliegenden Verfügung vom 21. Januar 2021 ermittelte die Beschwerdegegnerin das Valideneinkommen anhand der Angaben der ehemaligen Arbeitgeberin und ging davon aus, dass die Beschwerdeführerin im Jahr 2021 ein Einkommen von Fr. 55'905.-- (aufgerechnet auf ein 100%-Pensum) erzielt hätte, wäre sie nicht invalid geworden. Die Ermittlung des Valideneinkommens wird von der Beschwerdeführerin - zu Recht - nicht beanstandet.

### **E. 7.3**

Bei der Festsetzung des Invalideneinkommens ist nach der Rechtsprechung primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein tatsächlich erzieltes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so sind für die Bemessung des Invalideneinkommens die Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik (BFS) periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) heranzuziehen (BGE 143 V 295 E. 2.2).

#### **E. 7.3.1**

Die Parteien stimmen grundsätzlich darin überein, dass das Invalideneinkommen der Beschwerdeführerin anhand der LSE-Tabellen zu bestimmen ist. Zur Anwendung gelangt unbestrittenermassen der statistische Tabellenlohn gemäss der Tabelle TA1 (monatlicher

Bruttolohn [Zentralwert] nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht - Privater Sektor) der LSE 2018.

### **E. 7.3.2**

Die Beschwerdeführerin bringt jedoch vor, dass die Beschwerdegegnerin zu Unrecht vom Kompetenzniveau 2 ausgegangen sei. Es sei unzulässig, sie aufgrund ihrer früheren Tätigkeit als Betriebsassistentin bei der Post in dieses Kompetenzniveau einzustufen, zumal dies nicht die letzte Tätigkeit dargestellt habe. Vielmehr sei eine zumutbare Verweistätigkeit im Kompetenzniveau 1 einzuordnen. Gemäss Beschreibung in der LSE Tabelle TA1 umfasst das Kompetenzniveau 1 einfache Tätigkeiten körperlicher und handwerklicher Art. Das Kompetenzniveau 2 beinhaltet praktische Tätigkeiten wie Verkauf, Pflege, Datenverarbeitung sowie Administration, Bedienen von Maschinen und elektronischen Geräten sowie Sicherheits- und Fahrdienste. Entgegen der Argumentation der Beschwerdeführerin begründet die Beschwerdegegnerin die Einstufung in das Kompetenzniveau 2 bereits im angefochtenen Einspracheentscheid vom 8. Juni 2021 mit der gesamten Arbeitsbiografie der Beschwerdeführerin sowie der von ihr erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten, namentlich auch mit der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Geschäftsführerin. Sie ist demzufolge zu Recht davon ausgegangen, dass der Beschwerdeführerin verschiedene praktische Tätigkeiten im Kompetenzniveau 2 und nicht bloss Hilfsarbeiten möglich sind.

### **E. 7.3.3**

Basis der Berechnung bildet demnach der Referenzwert von Fr. 4'849.-- pro Monat. Multipliziert mit zwölf Monaten, umgerechnet auf die durchschnittliche Wochenarbeitszeit aller Wirtschaftszweige im Jahr 2020 von 41.7 Stunden (Tabelle T03.02.03.01.04.01 des BFS zur betriebsüblichen Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen in Stunden pro Woche, Total) und angepasst an die bis 2021 eingetretene Nominallohnentwicklung führt dies zu einem Invalideneinkommen von Fr. 62'190.--.

### **E. 7.3.4**

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage der LSE ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert allenfalls zu kürzen. Ohne für jedes zur Anwendung gelangende Merkmal separat quantifizierte Abzüge vorzunehmen, ist der Einfluss aller Merkmale auf das Invalideneinkommen (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthalts-kategorie und Beschäftigungsgrad) unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen. Der Abzug darf 25% nicht übersteigen. (BGE 135 V 297 E. 5.2, 134 V 322 E. 5.2). Ein Abzug soll aber nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer der genannten Merkmale ihre gesundheitlich bedingte (Rest-) Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann. Der gesamthaft vorzunehmende Abzug stellt eine Schätzung dar. Bei deren Überprüfung kann es nicht darum gehen, dass die kontrollierende richterliche Behörde ihr Ermessen an die Stelle desjenigen der Vorinstanz setzt (vgl. BGE 135 V 297 E. 6.2).

#### **E. 7.3.4.1**

Vorliegend hat die Beschwerdegegnerin in ihrer Berechnung des Invalideneinkommens einen Abzug von 10% vom Tabellenlohn vorgenommen. Die Beschwerdeführerin moniert, dass dieser Abzug zu gering ausgefallen sei und den gesundheitlichen Einschränkungen zu

wenig Rechnung trage.

#### **E. 7.3.4.2**

Die Beschwerdegegnerin hat bereits im angefochtenen Einspracheentscheid zu dieser Rüge der Beschwerdeführerin zutreffend ausgeführt, dass die bundesgerichtliche Rechtsprechung davon ausgehe, dass auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt selbst für funktionell Einarmige genügend realistische Einsatzmöglichkeiten bestünden (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 8. Juli 2016, 8C\_37/2016, E. 5.1.2 mit Hinweisen). Anzumerken ist, dass der Beschwerdeführerin gemäss des beweistauglich beschriebenen Verweisprofils grundsätzlich sämtliche körperlich leichten Tätigkeiten mit relativ geringen Einschränkungen betreffend wiederholtem Kraftaufwand und wiederholter Exposition des linken Armes ganztags zumutbar sind. Wie das Bundesgericht schon mehrfach betont hat, ist der Umstand, dass nur noch leichte Arbeiten zumutbar sind, kein Grund für einen zusätzlichen leidensbedingten Abzug, weil der Tabellenlohn im Kompetenzniveau 1 bereits eine Vielzahl von leichten Tätigkeiten umfasst (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 6. Oktober 2017, 8C\_439/2017, E. 5.5 mit Hinweisen). Dies gilt umso mehr für das Kompetenzniveau 2, welches gemäss der Beschreibung in den LSE tendenziell mehr körperlich leichte Tätigkeiten umfasst. Die qualitativen Einschränkungen im Verweisprofil der Beschwerdeführerin werden mit dem leidensbedingten Abzug von 10% genügend berücksichtigt. Weitere Faktoren, die einen höheren Abzug vom Tabellenlohn rechtfertigen würden, werden von der Beschwerdeführerin nicht geltend gemacht und sind auch nicht ersichtlich.

#### **E. 7.4**

Nach dem Gesagten ist somit von einem Valideneinkommen von Fr. 55'905.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 55'971.-- (Fr. 62'190.-- abzüglich 10%) auszugehen. Stellt man diese Zahlen im Einkommensvergleich einander gegenüber, so resultiert keine Einkommenseinbusse. Die Beschwerdegegnerin hat folglich einen Rentenanspruch der Versicherten mangels Invalidität zu Recht verneint.

#### **E. 8**

Es bleibt zu prüfen, ob die Suva zu Recht einen Anspruch auf eine Integritätsentschädigung ablehnte.

#### **E. 8.1**

Gemäss 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, geistigen oder psychischen Integrität erleidet. Nach Art. 36 Abs. 1 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) vom 20. Dezember 1982 gilt ein Integritätsschaden als dauernd, wenn er voraussichtlich während des ganzen Lebens mindestens in gleichem Umfang besteht (Satz 1); er ist erheblich, wenn die körperliche, geistige oder psychische Integrität, unabhängig von der Erwerbsfähigkeit, augenfällig oder stark beeinträchtigt wird (Satz 2). Die Beurteilung der einzelnen Integritätseinbussen obliegt den ärztlichen Sachverständigen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 6. März 2012, 8C\_659/2012, E. 3.3 mit Hinweisen).

#### **E. 8.2**

In der kreisärztlichen Beurteilung vom 19. November 2020 hielt Dr. F.\_\_\_\_ fest, dass sich aus den anlässlich seiner Untersuchung vom 13. Mai 2020 und in Rahmen der EFL durch

die Rehaklinik Bellikon erhobenen Befunde zwar eine gewisse Einschränkung der Funktion des linken Armes und der linken Hand im Seitenvergleich ableiten lasse, die Erheblichkeitsgrenze gemäss den Tabellen der Suva (vgl. Suva, Integritätsentschädigung gemäss UVG, Tabelle 1, Integritätsschaden bei Funktionsstörungen der oberen Extremitäten) jedoch nicht erreicht werde. Diese Beurteilung ist einleuchtend und es liegen auch keine anderslautenden ärztlichen Beurteilungen vor, die einen abweichenden Schluss nahelegen würden. Damit ist die Ablehnung des Anspruchs auf eine Integritätsentschädigung durch die Beschwerdegegnerin rechtmässig.

#### **E. 9**

Zusammenfassend ist als Ergebnis festzuhalten, dass der angefochtene Einspracheentscheid vom 8. Juni 2021 nicht zu beanstanden ist, was zur Abweisung der dagegen erhobenen Beschwerde führt.

#### **E. 10**

Art. 61 lit. a ATSG hält fest, dass das Verfahren vor dem kantonalen Gericht für die Parteien kostenlos zu sein hat. Es sind deshalb für das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben. Dem Prozessausgang entsprechend ist der Beschwerdeführerin keine Parteientschädigung zuzusprechen. Demgemäss wird erkannt: ://: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. 3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

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