

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2010/36 vom 28. April 2011**

Sg Versicherungsgericht, 2011-04-28, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_UV\\_2010\\_36](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2010_36)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2010/36 du 28 avril 2011

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2010/36 del 28 aprile 2011

## **Regeste**

Art. 6, 18 und 24 UVG: Unfallkausalität von psychischen Beschwerden nach Treppensturz. Bemessung der Rente und der Integritätsentschädigung (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 28. April 2011, UV 2010/36).

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Streitig ist vorliegend, ob die bei der Beschwerdeführerin bestehenden psychischen Beschwerden auf den Unfall vom 3. Juli 2005 zurückzuführen und als Folge davon bei der Bemessung der Rente und der Integritätsentschädigung zu berücksichtigen sind. Nicht Gegenstand des angefochtenen Entscheids bilden dagegen die Folgen des Knie-Unfalls vom 2. Oktober 2007. Entsprechend sind diese im vorliegenden Verfahren auch nicht abzuhandeln. - Gemäss ständiger Praxis kann ein nach einem versicherten Unfall neu aufgetretenes Leiden nur dann als dessen Folge betrachtet werden, wenn und soweit es sicher oder doch zumindest überwiegend wahrscheinlich von jenem Unfall herrührt (natürliche Kausalität; BGE 115 V 133 sowie 117 V 359 und 134 V 109). Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung des Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 181 Erw. 3.1; BGE 119 V 338 Erw. 1 und 118 V 289 Erw. 1b je mit Hinweisen). Der Unfallversicherer haftet sodann nur für jene Folgen, die mit dem Unfall adäquat-kausal zusammenhängen (SVR 2000 UV Nr. 14 S. 45). Während es Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist, den natürlichen Kausalzusammenhang zu beurteilen, obliegt es dem Gericht, die Fragen nach dem adäquaten Kausalzusammenhang zu beurteilen (BGE 123 III 110 Erw. 3a). Im Bereich klar ausgewiesener organischer Unfallfolgen im Sinn von nachweisbaren strukturellen Veränderungen (ein organisches Substrat konnte mit bildgebenden Untersuchungsmethoden [Röntgen, Computertomogramm, EEG] nachgewiesen werden) spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle. Sie ist bei ausgewiesener natürlicher Kausalität ohne weiteres zu bejahen (BGE 127 V 103 Erw. 5b/bb, 123 V 102 Erw. 3b, 118 V 291 Erw. 3a, 117 V 365 Erw. 5d/bb mit Hinweisen). Sind dagegen die Unfallfolgen organisch nicht (hinreichend) fassbar, ist eine eigenständige Adäquanzbeurteilung durchzuführen, bei welcher wie folgt zu differenzieren ist: Hat die versicherte Person beim Unfall kein Schleudertrauma bzw. keine schleudertraumaähnliche Verletzung erlitten, gelangt die Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 140 Erw. 6c/aa zur Anwendung. Ergeben die Abklärungen jedoch das Vorliegen einer Schleudertraumaverletzung, muss geprüft werden, ob die zum typischen Beschwerdebild einer solchen Verletzung gehörenden Beeinträchtigungen zwar teilweise vorliegen, im Vergleich zur psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund treten. Trifft dies zu,

sind für die Adäquanzbeurteilung ebenfalls die in BGE 115 V 140 Erw. 6c/aa für Unfälle mit psychischen Folgen aufgestellten Grundsätze massgebend (BGE 123 V 99 Erw. 2a). Andernfalls erfolgt die Beurteilung der Adäquanz gemäss den in BGE 117 V 359 festgelegten und in BGE 134 V 109 präzisierten Kriterien. Die Anwendung der Rechtsprechung zum adäquaten Kausalzusammenhang bei Schleudertraumen der HWS setzt voraus, dass die psychischen Beschwerden aus dem Unfall hervorgehen und zusammen mit den organischen Beschwerden, die ebenfalls auf das Unfallereignis zurückzuführen sind, ein komplexes Gesamtbild ergeben (RKUV 2000 Nr. U 397 S. 328 Erw. 3b).

## **E. 2**

2.1 In einer gutachterlichen Standortbestimmung vom 17. Februar 2006 kam Dr. med. D.\_\_\_\_, Orthopädische Chirurgie FMH, Schweizerisches Institut für Versicherungsmedizin, unter anderem zum Schluss, die keilförmige Deformierung des 6. Brustwirbelkörpers und die kleine Diskushernie L5/S1 rechts stünden mit hoher Wahrscheinlichkeit in Kausalzusammenhang mit dem Unfall vom 3. Juli 2005 (UV-act. 3/78). Ein Aufenthalt der Beschwerdeführerin in der Klinik Valens vom 14. August bis 12. September 2006 ergab gemäss Austrittsbericht vom 3. Oktober 2006 die Diagnosen eines chronischen Panvertebralsyndroms (Status nach Treppensturz vom Mai [richtig: Juli] 2005 mit Impressionsfraktur BWK 4, Kompressionsfraktur BWK 6 bei vorbestehendem Hämangiomwirbel, HWS-Distorsion, Contusio cerebri, mediolaterale Diskusprotrusionen), einer (unfallfremden) iatrogenen Medianusläsion rechts (Status nach Karpaltunnelsyndrom mit Schädigung des Nervus medianus mit Nerventransplantation anlässlich von Operationen im Jahr 2004) und einer leichten depressiven Episode mit Anpassungsstörung. Die Berichtersteller hielten unter anderem fest, die Spannungskopfschmerzen sowie die Schwindelsymptomatik könnten sicherlich bei deutlich verspannter Halsmuskulatur im Rahmen eines zervikozephalen Syndroms nach HWS-Distorsion teilweise erklärt werden. Dennoch dürften psychologische Faktoren bei leicht depressiver Episode im Rahmen einer Anpassungsstörung modulierend auf das Schmerzerleben und die Schmerzverarbeitung einwirken. Insgesamt habe die Beschwerdeführerin während des Aufenthalts jedoch eine gute Leistungsbereitschaft gezeigt. Im Zusammenhang mit der (unfallfremden) Verletzung des Nervus medianus wurde festgehalten, aktuell im Vordergrund stünden am ehesten neuropathische Schmerzen, vor allem im Handgelenksbereich mit Ausstrahlung entlang der gesamten Hand. Differentialdiagnostisch müsse von einem Complex Regional Pain Syndrom (CRPS Typ I) ausgegangen werden. Zur Zeit bestehe aus psychiatrischer Sicht eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für die nächsten 4-6 Wochen. Nach dieser Zeit sei, insbesondere auch aus rheumatologischer Sicht, mit einer 50%igen Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf als Pflegeassistentin zu rechnen (UV-act. 3/46ff).

2.2 Im Bericht vom 12. April 2007 diagnostizierten die Gutachter des ABI mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einen Status nach CTS-Operation im Jahr 2004, ein Zervikalsyndrom (mit vorwiegend tendomyogen bedingten Nacken-Schulter-Armschmerzen rechts, sowie rezidivierenden, wahrscheinlich zervikogen bedingten Kopfschmerzen mit zervikocephalem Syndrom, Status nach Treppensturz mit HWS-Distorsion und Commotio am 3. Juli 2005), ein Thorakovertebralsyndrom (Status nach Treppensturz am 3. Juli 2005 mit Impressionsfraktur BWK 4 und Kompressionsfraktur BWK 6), ein Lumbovertebralsyndrom, eine leichte depressive Episode und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung. Ab 3. Juli 2005 könne eine volle Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit und in anderen körperlich schwer bis mittelschwer belastenden Tätigkeiten

angenommen werden. Körperlich leichte Tätigkeiten ohne Einsatz der dominanten rechten Hand seien ihr mit einer 50 %igen Arbeits- und Leistungsfähigkeit zumutbar. Medizinische Massnahmen zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit könnten nicht vorgeschlagen werden (UV-act. 7/146-7/149). Dr. phil. E.\_\_\_\_, Psychotherapeut SPV, hielt am 28. August 2007 fest, es lägen eine posttraumatische Belastungsstörung (differentialdiagnostisch: psychisches Trauma mit Misstrauen nach misslungener Handoperation und Treppensturz) sowie eine Anpassungsstörung mit vorwiegender Beeinträchtigung von anderen Gefühlen (Angst, Depression, Sorge, Anspannung und Ärger, regressives Verhalten) mit der Differentialdiagnose einer leichten bis mittelgradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom vor. Er sei mit dem Therapieverlauf sehr zufrieden (UV-act. 3/33ff). Am 9. Juli 2008 hielten die Ärzte der Klinik Gais als Ergebnis eines stationären Aufenthalts der Beschwerdeführerin vom 13. Mai bis 14. Juni 2008 als Diagnose unter anderem eine mittelgradige depressive Episode bei Verdacht auf anhaltende somatoforme Schmerzstörung fest. Im angestammten Beruf sei sie bis auf weiteres zu 100 % arbeitsunfähig. Der Zeitpunkt des Beginns einer Umschulung oder Weiterbildung sei abhängig von einer Verbesserung der depressiven Symptomatik. Zum aktuellen Zeitpunkt werde davon abgeraten (UV-act. 3/12ff).

2.3 Die beratende Ärztin der Beschwerdegegnerin, Dr. med. F.\_\_\_\_, legte in der Stellungnahme vom 9. Oktober 2008 unter anderem dar, der von der Klinik Gais festgehaltene Gesamtzustand sei nicht überwiegend wahrscheinlich auf den Unfall (vom 3. Juli 2005) zurückzuführen, sondern auf die Leidensgeschichte wegen des Arms. Eine iatrogene Durchtrennung des Nervus medianus sei ein grober Behandlungsfehler. Die Folgen seien erheblich gewesen (objektiviertes CRPS), weshalb sie an der Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung zweifle. Diese Ausschlussdiagnose dürfe nur gestellt werden, wenn somatisch nichts gefunden werde. Die Beschwerdeführerin habe aber genügend handfeste Gründe, um Schmerzen zu haben. Dass sie sich zwei Wirbel gebrochen habe, sei nicht nur auf den (nicht gut abgeklärten) Sturz (vom 3. Juli 2005), sondern auch auf die vorbestehende Schwächung der Knochenstruktur durch das Hämangiom zurückzuführen. Ohne Sturz wäre keine der Frakturen in der vorliegenden Weise aufgetreten. Die Fraktur sei inzwischen abgeheilt, wengleich auch in Keilwirbelform, was noch Schmerzen verursachen könne (UV-act. 3/9f). Die Gutachter der MEDAS Ostschweiz diagnostizierten in ihrem Bericht vom 18. August 2009 ein zerviko-thorako-lumbales Schmerzsyndrom (bei Zustand nach Treppensturz am 3. Juli 2005 mit BWK 6-Fraktur, möglicherweise Deckplattenimpression BWK 4 [DD: Hämangiom], Stirnprellung [DD: Status nach Commotio cerebri] und HWS-Distorsion), ein fraglich lumboradikuläres Schmerzsyndrom rechts (S1), medio-laterale Diskusprotrusionen L5/S1, eine schmerzhafte Bewegungseinschränkung der Finger 2-5 rechtsseitig mit Sensibilitätsstörungen nach Karpaltunnel-Operation rechts (mit Schädigung des Nervus medianus und Re-Operation 2004 sowie anamnestisch Status nach Morbus Sudeck), eine schmerzhafte Bewegungseinschränkung des rechten Kniegelenks bei Status nach Meniskusoperation rechts im Februar 2008 (Distorsion des rechten Kniegelenks im Oktober 2007 und 2000), eine migräniforme Cephalaea und eine vordiagnostizierte substituierte Hypothyreose. Als psychiatrische Diagnosen wurden eine Belastungs- und Anpassungsstörung mit einer depressiven Reaktion diagnostiziert, inzwischen übergegangen in eine aktuell depressive Störung schweren Ausmasses, eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und psychogene Überlagerung der somatischen Leiden. Die Gutachter bejahten die natürliche Kausalität zum Unfall vom 3. Juli 2005 für das zerviko-thorako-lumbale Schmerzsyndrom

teilweise (ca. 50%). Der Status quo sine sei nicht erreichbar, da noch Unfallfolgen vorliegen würden. Aufgrund der Unfallfolgen seien der Beschwerdeführerin aus organmedizinischer Sicht leichte bis mittelschwere Tätigkeiten (wechselbelastend ohne regelmässiges Heben über 5 kg und ohne Zwangshaltungen) mit Einschränkung des Rendements von höchstens 20% zumutbar (die unfallunabhängigen Beeinträchtigungen seien dabei nicht berücksichtigt). Auch die psychiatrischen Diagnosen stünden im Sinn einer richtunggebenden Entwicklung der geäusserten Beschwerden teilweise im Zusammenhang mit dem Unfall. Körperlich adaptierte Tätigkeiten im Umfang von 30% seien aus psychiatrischer Sicht zumutbar. Unfallfremd seien die Beschwerden an Hand und Knie. Den Integritätsschaden beurteilten die Gutachter ohne Berücksichtigung der psychiatrischen Diagnosen mit 10%. Gemäss dem psychiatrischen Gutachter betrug der (psychisch bedingte) Integritätsschaden 50-80 %, wobei der Unfall nur eine richtunggebende Entwicklung ausgelöst habe (UV-act. 4/23f, 4/26-4/31).

### **E. 3**

3.1 Während der erstbehandelnde Arzt Dr. C.\_\_\_\_ nach dem Unfall vom 3. Juli 2005 eine Kontusion der HWS und der rechten Schulter diagnostizierte (UV-act. 3/102), wurde im Bericht des Spitals Grabs vom 7. Juli 2005 eine Distorsion/Kontusion der HWS festgehalten (UV-act. 3/103). Der von der Beschwerdegegnerin dem Spital Grabs hierauf zugestellte Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma blieb unausgefüllt (UV-act. 3/99, 3/91), und von Seiten des Spitals wurde am 28. September 2005 mitgeteilt, dass die Beschwerdeführerin am 3. Juli 2005 kein cranio-zervikales Beschleunigungstrauma erlitten habe (UV-act. 3/90). Am 7. Oktober und 20. Dezember 2005 bescheinigten die Ärzte des Spitals Grabs allerdings erneut eine HWS-Distorsion (UV-act. 3/85, 3/83). In einem Bericht der Radiologie Bad Ragaz vom 13. Dezember 2005 wurde der Treppensturz erstmals in Verbindung mit einer Schädelkontusion erwähnt (UV-act. 3/69, 7/251, 7/249). Die Ärzte des Kantonsspitals St. Gallen vermerkten am 8. Mai 2006 - neben der HWS-Distorsion - den Treppensturz am 3. Juli 2005 mit Schädelprellung (UV-act. 3/65). Die erstmals über ein halbes Jahr nach dem Unfall geltend gemachte Kopfbeteiligung erscheint angesichts des Unfallhergangs (Sturz auf der Kellertreppe im Schlafwandeln; vgl. UV-act. 4/71 S. 2) zwar grundsätzlich möglich, jedoch - da in den echtzeitlichen Akten nach dem Unfall nirgends erwähnt - nicht überwiegend wahrscheinlich. Sichtbare Kopfverletzungen wurden zu keinem Zeitpunkt festgestellt. Auch die Frage, ob bei dem Unfall effektiv von einer HWS-Distorsion auszugehen ist, lässt sich angesichts des geschilderten Hergangs nicht sicher beantworten, auch wenn diese Diagnose in den späteren Berichten immer wieder bestätigt und auf den Unfall vom 3. Juli 2005 bezogen wurde (UV-act. 3/46, 3/44, 3/31). Erstmals im Austrittsbericht der Klinik Valens vom 3. Oktober 2006 findet sich sodann - ebenfalls auf den Unfall vom 3. Juli 2005 bezogen - die Diagnose einer Contusio cerebri (UV-act. 3/46). Später wurde von den ABI-Gutachtern sowie den MEDAS-Gutachtern ein Status nach Treppensturz mit HWS-Distorsion und Commotio cerebri (als Differentialdiagnose; UV-act. 4/26) vermerkt. Die Beschwerdeführerin hatte den MEDAS-Gutachtern angegeben, es sei zu einer Stirnprellung ohne Bewusstlosigkeit gekommen (UV-act. 4/27). Ein solcher Sachverhalt erscheint möglich, jedoch nicht überwiegend wahrscheinlich, zumal in den Akten unmittelbar nach dem Unfall jegliche Anhaltspunkte für eine Kopfbeteiligung bzw. Stirnprellung als Voraussetzung für eine Commotio cerebri fehlen. Wie sich aus den nachstehenden Erwägungen ergibt, brauchen diese Umstände jedoch nicht weiter geklärt zu werden, da die Adäquanz selbst bei Annahme einer

schleudertraumaähnlichen Verletzung (HWS-Distorsion und/oder Commotio cerebri) zu verneinen wäre. 3.2 Ist ein Schleudertrauma oder eine äquivalente Verletzung der HWS diagnostiziert und liegt - wie dies konkret soweit ersichtlich der Fall ist - kein fassbarer organisch-struktureller (unfallbedingter) Befund an der HWS im erwähnten Sinn vor, muss für die Bejahung der natürlichen Kausalität ein typisches Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Übelkeit, rasche Ermüdbarkeit und Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung usw. vorliegen (BGE 117 V 359 Erw. 4b; vgl. auch BGE 117 V 369 Erw. 3e; Bestätigung in BGE 134 V 109 Erw. 9). Dieses Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden muss indessen nicht in seiner umfassenden Ausprägung innerhalb von 24 bis höchstens 72 Stunden nach dem Unfall auftreten. Vielmehr genügt es, wenn sich in diesem Zeitraum Beschwerden in der Halsregion oder an der HWS manifestieren (Urteile des Bundesgerichts vom 30. Januar 2007 [U 215/05] i/S T. und vom 15. März 2007 [U 258/06] i/S G.; RKUV 2000 Nr. 359 S. 29 Erw. 5e). Im Weiteren muss nach der Rechtsprechung (vgl. z.B. Urteil des Bundesgerichts [bis 31. Dezember 2006: Eidgenössisches Versicherungsgericht, EVG] vom 4. November 2005 i/S K. [U 312/05]) nicht der gesamte Beschwerdenkatalog vorliegen, damit von einer Unfallkausalität ausgegangen werden kann. - In der Zeit nach dem Unfall gab die Beschwerdeführerin Schmerzen im Nacken- und Schulterbereich sowie in der BWS und Kopfschmerzen an (UV-act. 3/102, 3/96, 2/108). Dr. D. \_\_\_ vermerkte im Bericht vom 17. Februar 2006 einen weiterhin bestehenden Schwindel, Gleichgewichtsstörungen und Kopfschmerzen (UV-act. 4/73). Die Berichterstatter der Klinik Valens erwähnten Spannungskopfschmerzen und eine Schwindelsymptomatik bei verspannter Halsmuskulatur im Rahmen eines zervikozephalen Syndroms nach HWS-Distorsion (UV-act. 3/46). Ein vergleichbares Beschwerdebild wurde auch im Abklärungsbericht Haushalt der IV angeführt (UV-act. 7/172). Bei dieser Aktenlage liesse sich des typischen Beschwerdebild nach schleudertraumaähnlicher Verletzung - auch wenn sein Auftreten in zeitlicher Hinsicht nicht sehr klar dokumentiert ist - nicht ohne weiteres verneinen. Ob die Adäquanzprüfung angesichts dieser Fakten nach der Schleudertrauma- oder der Psycho-Praxis durchzuführen ist, kann wie bereits erwähnt offen bleiben, da die Adäquanz auch bei Anwendung der für die Beschwerdeführerin günstigeren Schleudertrauma-Praxis (vgl. dazu SVR 2010 UV Nr. 3 S. 11; Urteil des Bundesgerichts vom 18. September 2009 i/S G. [8C\_283/2009]) zu verneinen ist, wie die nachfolgenden Erwägungen zeigen werden. 3.3 Hinsichtlich des von der Beschwerdeführerin beantragten Beizugs der IV-Akten (act. G 1 S. 2) ist vorab festzuhalten, dass diese - jedenfalls soweit den hier streitigen Sachverhalt betreffend - bereits Teil der Akten der Beschwerdegegnerin bilden (insbesondere UV-act. 7). Bereits im April 2007 kamen die ABI-Gutachter zum Schluss, dass medizinische Massnahmen zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit nicht vorgeschlagen werden könnten (UV-act. 7/148), und auch im MEDAS-Gutachten vom August 2009 wurde festgehalten, dass hinsichtlich der Verbesserung der Arbeitsfähigkeit und des Gesundheitszustands eine Weiterbehandlung der Unfallfolgen nicht erfolgversprechend sei (UV-act. 4/30). Somit ist davon auszugehen, dass spätestens Mitte 2009 keine unfallbedingte Behandlungsbedürftigkeit mit Aussicht auf eine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustands mehr gegeben war und die (psychiatrischen) Therapien - bei eher düsterer Prognose und damit lediglich möglich erscheinender Verbesserung der Arbeitsfähigkeit - im Wesentlichen zur Aufrechterhaltung der bestehenden teilweisen Arbeitsfähigkeit und des Gesundheitszustands vorgeschlagen wurden (UV-act. 4/24, 7/148). Die Beschwerdegegnerin nahm somit zu Recht den

Fallabschluss im Sinn von Art. 19 Abs. 1 UVG - als Voraussetzung für die Adäquanzprüfung (BGE 134 V 109) - an. Die Adäquanz beurteilt sich damit nach Massgabe der in BGE 117 V 359 Erw. 6 entwickelten und in BGE 134 V 109 Erw. 10 präzisierten Kriterien. Dabei kann auf eine Differenzierung zwischen psychischen und physischen Komponenten verzichtet werden, fehlt es doch - bei Vorliegen von somatischen Unfallfolgen und unfallfremden somatischen Gesundheitsschäden - nach Lage der Akten an einer eindeutigen Dominanz psychischer Probleme (vgl. BGE 123 V 98 Erw. 2a).

#### **E. 4**

4.1 Der in Frage stehende Unfall - die Beschwerdeführerin stürzte schlafwandelnd die Kellertreppe hinunter - kann nicht als ausserordentlich schweres, lebensbedrohliches Geschehen im Sinn der Praxis (dargestellt in RKUV 1995, 91) eingestuft werden (vgl. auch Urteil des Bundesgerichts vom 13. Juni 2005 [U 276/04] Erw. 2.3). Die Unterscheidung zwischen mittelschweren Unfällen im Grenzbereich zu den schweren Unfällen und solchen im mittleren Bereich ist insofern von Bedeutung, als bei Unfällen im mittelschweren Bereich nach der Praxis mehrere Zusatzkriterien erfüllt sein müssen, um die Adäquanz bejahen zu können, wobei die Zahl um so geringer sein kann, je näher das Ereignis bei den schweren Unfällen liegt (vgl. dazu BGE 115 V 133 Erw. 6c/bb). Es scheint konkret gerechtfertigt, von einem mittelschweren Unfall auszugehen, allerdings nicht im Grenzbereich zu den schweren Ereignissen (vgl. dazu etwa die Sachverhalte in den Urteilen des Bundesgerichts vom 14. April 2000 i/S S. [U 257/99]) und vom 24. August 2007 i/S K. [U 497/06] Erw. 4.2). Die Adäquanz des Kausalzusammenhangs ist somit zu bejahen, wenn ein einzelnes der in die Beurteilung einzubeziehenden Kriterien in besonders ausgeprägter Weise vorliegt oder die zu berücksichtigenden Kriterien in gehäufte oder auffallender Weise gegeben sind ( BGE 117 V 359 Erw. 6b). Von besonders dramatischen Begleitumständen oder einer besonderen Eindrücklichkeit des Unfalls kann nicht gesprochen werden. Solche Gegebenheiten lassen sich nicht aus dem Umstand ableiten, dass der Sturz im Schlafwandeln passierte und die Beschwerdeführerin sich daran nicht erinnern kann. Auch in der Tatsache des Aufwachens unter massiven Schmerzen an einem anderen Ort zeigt sich keine besondere Dramatik (act. G 1 S. 6). Nach dem Sturz konnte sie selbst die Treppe wieder hinaufgehen (UV-act. 4/71). Die unfallbedingten somatischen/körperlichen Gesundheitsschäden waren zweifellos erheblich, sodass in dieser Hinsicht von einer eher schweren Verletzung auszugehen ist. Das Kriterium ist daher, wenn auch nicht sehr ausgeprägt, als erfüllt zu erachten. Hingegen sind eine besondere Schwere der für Schädelhirn-Traumen typischen Beschwerden oder besondere Umstände, welche das (unfallbedingte) Beschwerdebild beeinflussen können, nicht ersichtlich.

4.2 Was das Kriterium der fortgesetzt spezifischen, belastenden ärztlichen Behandlung (vgl. BGE 134 V 109 Erw. 10.2.3) betrifft, ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin nach dem Unfall vom 3. Juli 2005 mit initialer Abklärung im Spital Grabs und anschliessender konservativer Therapie einen stationären Aufenthalt in der Klinik Valens absolvierte, diesen im Wesentlichen jedoch auch aus unfallfremden Gründen (Handschaden; vgl. Zusammenstellung in UV-act. 4/5-4/11 und UV-act. 3/46ff) abbrach. Zuvor hatten die Ärzte des Kantonsspitals St. Gallen am 8. Mai und 13. Juni 2006 ein chronifiziertes Panvertebralsyndrom bestätigt und festgehalten, von neurochirurgischer Seite ergäben sich keine Therapieoptionen. Zunächst sei die Optimierung der medikamentösen Schmerztherapie sinnvoll (UV-act. 3/65). Am 14. September 2006 berichtete Dr. C.\_\_\_\_, trotz verschiedenster Therapien, medikamentös sowie physiotherapeutisch, habe sich bisher die Schmerzsymptomatik nicht wesentlich verändert (UV-act. 3/54). Knapp zwei Jahre

nach dem Unfall, im April 2007, konnten die ABI-Gutachter keine zustandsverbessernden medizinischen Massnahmen mehr vorschlagen (UV-act. 7/148). Seither wurde eine psychiatrische und physiotherapeutische Behandlung soweit ersichtlich regelmässig durchgeführt, aber auch dies nur zum Teil als Folge des Unfalls vom 3. Juli 2005 (vgl. UV-act. 3/33, 3/37, 4/27). Die daneben durchgeführten Abklärungsmassnahmen und Kontrolluntersuchungen fallen nicht unter Behandlungsmassnahmen. In Anbetracht dieser Aktenlage kann eine (unfallbedingt) fortgesetzt spezifische, die Beschwerdeführerin belastende ärztliche Behandlung im Sinn der Rechtsprechung (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 13. Juni 2008 i/S S. [8C\_331/2007] nicht als belegt gelten. Adäquanzrelevant wären im Weiteren in der Zeit zwischen dem Unfall und dem Fallabschluss nach Art. 19 Abs. 1 UVG ohne wesentlichen Unterbruch bestehende erhebliche Beschwerden. Die Erheblichkeit beurteilt sich dabei nach den glaubhaften Schmerzen und nach der Beeinträchtigung, welche die verunfallte Person durch die Beschwerden im Lebensalltag erfährt (BGE 134 V 109 Erw. 10.2.4). Die Beschwerdeführerin leidet gemäss den anamnestischen Angaben im MEDAS-Gutachten an ständigen Schmerzen von der BWS ausstrahlend in den Nacken und über die LWS ins Bein. Das cerviko-thorako-lumbale Schmerzsyndrom wurde jedoch lediglich teilweise (50%) als unfallkausal beurteilt. Die Beschwerdeführerin gab den MEDAS-Gutachtern an, etwa alle zwei Monate eine Schmerztablette (Dafalgan) zu nehmen (UV-act. 4/5). Sodann berichtete sie dem im Zusammenhang mit dem nicht unfallbedingten Schaden an der Hand beigezogenen Gutachter Dr. med. G.\_\_\_\_ über Dauerschmerzen im Bereich der rechten Hand und des Arms (UV-act. 7/30). Damit lässt sich das Kriterium der ohne wesentlichen Unterbruch rein aus Unfallgründen bestehenden erheblichen Beschwerden nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bejahen. Im Weiteren können ein schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen angesichts der medizinischen Aktenlage (Erw. 2) nicht angenommen werden. Dieses Kriterium ist deshalb nicht erfüllt. Ebenso wenig steht eine die Unfallfolgen erheblich verschlimmernde ärztliche Fehlbehandlung zur Diskussion. 4.3 Was schliesslich das Kriterium der Arbeitsfähigkeit anbelangt, ist gemäss BGE 134 V 109 Erw. 10.2.7 dem Umstand Rechnung zu tragen, dass bei leichten bis mittelschweren Schleudertraumen der HWS und leichten Schädelhirntraumen ein längerer oder gar dauernder Ausstieg aus dem Arbeitsprozess vom medizinischen Standpunkt aus eher ungewöhnlich ist. Nicht die Dauer der Arbeitsunfähigkeit ist daher massgebend, sondern eine erhebliche Arbeitsunfähigkeit als solche, die zu überwinden die versicherte Person ernsthafte Anstrengungen unternimmt. Konkret muss ihr Wille erkennbar sein, sich durch aktive Mitwirkung raschmöglichst wieder in den Arbeitsprozess einzugliedern. Solche Anstrengungen der versicherten Person können sich insbesondere in ernsthaften Arbeitsversuchen trotz allfälliger persönlicher Unannehmlichkeiten manifestieren. Sodann können Bemühungen um alternative, der gesundheitlichen Einschränkung besser Rechnung tragende Tätigkeiten ins Gewicht fallen. Nur wer in der Zeit bis zum Fallabschluss nach Art. 19 Abs. 1 UVG in erheblichem Mass arbeitsunfähig ist und solche Anstrengungen auszuweisen vermag, kann das Kriterium erfüllen (BGE 134 V 109 Erw. 10.2.7). - Die ABI-Gutachter schätzten im April 2007 die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in einer körperlich leichten Tätigkeit (unter Einbezug von unfallfremden Diagnosen) auf 50% (UV-act. 7/148). Unter ausschliesslicher Beachtung der somatischen Unfallfolgen ergab sich gemäss MEDAS-Gutachten für eine adaptierte Tätigkeit eine Einschränkung von höchstens 20% (UV-act. 4/30). Der psychiatrische Konsiliararzt der MEDAS bescheinigte in seinem Fachgebiet eine 70%ige Arbeitsunfähigkeit, wobei er die psychiatrischen

Diagnosen im Sinn einer richtunggebenden Verschlimmerung der geäusserten Beschwerden als teilweise unfallkausal erachtete (UV-act. 4/23, 4/24). Selbst wenn als Folge davon das Kriterium der erheblichen Arbeitsunfähigkeit trotz Anstrengungen (vgl. dazu UV-act. 11/45, 11/61, 11/86f, 11/94ff) als gegeben zu erachten wäre, könnte dem Unfall vom 3. Juli 2005 - bei höchstens zwei erfüllten Kriterien (wovon eines eher geringgradig) - keine adäquanzrechtlich massgebende Bedeutung für die andauernden (psychischen) Beschwerden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zugemessen werden. Zu keinem anderen Ergebnis würde im Übrigen die Anwendung der Adäquanz-Rechtsprechung nach BGE 115 V 133 führen. Insbesondere liessen sich angesichts der geschilderten Umstände (Erw. 4.2, 4.3) die Kriterien einer ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung (von somatischen Unfallfolgen) und des Grades und der Dauer der (somatisch unfallbedingten) Arbeitsunfähigkeit nicht bejahen.

## **E. 5**

5.1 Für die Rentenbemessung (Art. 18 UVG in Verbindung mit Art. 16 ATSG) ging die Beschwerdegegnerin von der Einschätzung im MEDAS-Gutachten (Einschränkung des Rendements um höchstens 20 % aus unfallbedingten, organmedizinischen Gründen in einer leichten bis mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeit ohne regelmässiges Heben über 5 kg und ohne Zwangshaltungen) aus. Da das von ihr errechnete Valideneinkommen 2009 (Fr. 46'141.80) tiefer war als gestützt auf die LSE-Tabellen errechnete Invalideneinkommen (Fr. 52'758.50), nahm sie eine (vollständige) Einkommensparallelisierung vor mit der Folge, dass sich Arbeitsfähigkeit und Erwerbsfähigkeit entsprachen. Unter Berücksichtigung eines Leidensabzugs beim Invalideneinkommen von 10% - im Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 3. April 2009 (IV 2007/427) kam unter Berücksichtigung sämtlicher (auch unfallfremder) Diagnosen ein solcher von 15% zur Anwendung - ergab sich ein IV-Grad von 30 % (UV-act. 5/29). Anhaltspunkte für eine unrichtige Bemessung sind weder ersichtlich noch werden solche von der Beschwerdeführerin geltend gemacht (vgl. act. G 1 S. 9 Ziffer 11). Immerhin ist festzuhalten, dass die Invaliditätsbemessung im Ergebnis zugunsten der Beschwerdeführerin ausgefallen ist, weil die Beschwerdegegnerin den von der Rechtsprechung statuierten 5%-Abzug bei der Einkommensparallelisierung (vgl. BGE 135 V 297) ausser Acht liess. Für das Gericht besteht kein Anlass, hier eine Korrektur vorzunehmen, zumal die Beschwerdegegnerin diesbezüglich auch keinen reformatio in peius-Sachverhalt geltend machen lässt. Es bleibt damit beim verfügbaren Invaliditätsgrad von 30%.

5.2 Als unfallbedingten Integritätsschaden anerkannte die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Entscheid einen Wert von 10% mit Hinweis auf die unfallkausalen somatischen Gesundheitsschäden. Nachdem es hinsichtlich der nichtorganischen (psychischen) Beschwerden an der adäquaten Unfallkausalität fehlt, fällt unter diesem Titel auch eine Erhöhung der Integritätsentschädigung (vgl. act. G 1 S. 9 unten) ausser Betracht. Anhaltspunkte, dass der unfallbedingte (somatische) Integritätsschaden mit 10% unrichtig bemessen worden wäre, fehlen; solche werden auch nicht behauptet.

5.3 Zur Diskussion steht schliesslich der Anspruch auf weitere Heilbehandlung nach Rentenzusprechung (act. G 1 S. 9f). Die weitere Übernahme von Heilungskosten wurde von der Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 9. Oktober 2009 (act. G 1.1/1 S. 4; UV-act. 5/31 Ziffer 10) sowie in den Schreiben vom 12. und 14. April 2010 abgelehnt (act. G 1.1/8, 10). Die Beschwerdeführerin erwähnte die Heilungskosten in der Einsprache lediglich im Zusammenhang mit der Adäquanzprüfung, indem sie festhielt, entgegen der Einschätzung der Vertrauensärztin der Beschwerdegegnerin seien weiterhin Therapien zur Erhaltung bzw. Stabilisierung des

Gesundheitszustands (nicht aber zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit) nötig, was zeige, dass die medizinische Behandlung bis heute andauere (UV-act. 5/25). Im Übrigen beanstandete sie jedoch die Ablehnung der Übernahme der Heilbehandlungskosten in der Einsprache mit keinem Wort. Die von der Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin nach Erlass des Einspracheentscheids vom 31. März 2010 verfassten Schreiben vom 7. und 13. April 2010 (act. G 1.1/7, 1.1/9) zeigen ebenfalls, dass sich ihr seinerzeitiger Einsprachewille nicht auf die Übernahme weiterer Heilbehandlungskosten erstreckte. Bezüglich Übernahme der Heilbehandlungskosten ist die Verfügung vom 9. Oktober 2009 daher unangefochten geblieben und entsprechend in Teil-Rechtskraft erwachsen. Die Heilbehandlungskosten bilden damit nicht (mehr) Gegenstand des vorliegenden Beschwerdeverfahrens. Das Schreiben der Rechtsvertreterin vom 7. April 2010 (act. G 1.1./7) ist vor dem geschilderten Hintergrund als Wiedererwägungsgesuch zu interpretieren, auf das die Beschwerdegegnerin mit Schreiben vom 12. April 2010 (act. G 1.1/8) sinngemäss eingetreten ist und die Angelegenheit nochmals geprüft hat. Indessen ist dieses Wiedererwägungsverfahren von der Beschwerdegegnerin bis jetzt noch nicht mit einer entsprechenden Verfügung abgeschlossen worden.

#### **E. 6**

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Bestätigung des Einspracheentscheids vom 31. März 2010 abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Demgemäss hat das Versicherungsgericht entschieden: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

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