

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2012/27 vom 14. Februar 2013**

Sg Versicherungsgericht, 2013-02-14, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_UV\\_2012\\_27](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2012_27)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2012/27 du 14 février 2013

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2012/27 del 14 febbraio 2013

## **Regeste**

Fallabschluss per 31. März 2011 in Bezug auf die somatischen Beschwerden zu Recht erfolgt. Verneinung der Adäquanz in Bezug auf die psychischen Beschwerden. Kein rentenbegründender Invaliditätsgrad gegeben. Der Integritätsschaden von 5% ist nicht zu beanstanden (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St.Gallen vom 14. Februar 2013, UV 2012/27).

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Anfechtungsgegenstand des vorliegenden Verfahrens bildet der Einspracheentscheid vom 1. März 2012 (act. G 1.1). Streitig ist zunächst, ob die LWS-Beschwerden, Kopfschmerzen, die neuropsychologischen Defizite sowie die psychischen Beschwerden der Beschwerdeführerin in einem natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zum Unfall vom 14. Februar 2008 stehen und allenfalls - nebst den weiterhin beklagten somatischen Beschwerden, insbesondere im rechten Fuss und im Bereich der Hüften - eine weitere Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin zur Folge haben. Die Beschwerdegegnerin erbrachte Taggeld- und Heilungskostenleistungen bis 31. Dezember 2009 (bei Verneinung der natürlichen Kausalität "entgegenkommenderweise" in Bezug auf Kopfschmerzen und neuropsychologische Defizite) bzw. 31. Januar 2010 ("entgegenkommenderweise" in Bezug auf psychische Beschwerden bei Bejahung der Adäquanz bis 1. Februar 2009) bzw. 31. März 2011 (somatische Beschwerden, insbesondere Sprunggelenk- und Daumenverletzung; UV-act. 256). Des Weiteren sind die Rechtmässigkeit der Verweigerung einer Invalidenrente sowie die Höhe der im Einspracheentscheid zugesprochenen Integritätsentschädigung streitig.

### **E. 2**

2.1 Nach Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) werden Leistungen der Unfallversicherung bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt.

Anspruchsvoraussetzung für jegliche Leistungen der Unfallversicherung bildet die Unfallkausalität. Eine Leistungspflicht des Unfallversicherers besteht demnach nur für Gesundheitsschäden, die natürlich und adäquat kausal mit einem versicherten Unfallereignis zusammenhängen (Alexandra Rumo-Jungo, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 3. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2003, S. 42 ff.). Die Leistungspflicht des Unfallversicherers entfällt erst, wenn das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit

nachgewiesen ist. Da es sich bei der Einstellung um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 46 E. 2 mit Hinweisen; BGE 117 V 261 E. 3b). Dieser muss jedoch nicht den Beweis für unfallfremde Ursachen erbringen. Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliege oder dass die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 31. August 2001, U 285/00, E. 5a). Welche Ursachen ein nach wie vor geklagtes Leiden hat, ist unerheblich. Entscheidend ist allein, ob die unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind.

2.2 Im Bereich klar ausgewiesener organischer Unfallfolgen im Sinn von nachweisbaren strukturellen Veränderungen spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der aus dem natürlichen Kausalzusammenhang sich ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle (vgl. BGE 117 V 359, E. d/bb, unten, mit Hinweisen auf Lehre und Rechtsprechung ;118 V 286, E. 3a). 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 und kein Schädel-Hirntrauma erlitten, gelangt die Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 133 E. 6c/aa zur Anwendung. Ergeben die Abklärungen indessen das Vorliegen einer Schleudertraumaverletzung oder eines Schädel-Hirntraumas, 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 133 E. 6c/aa für Unfälle mit psychischen Folgen aufgestellten Grundsätze massgebend (BGE 123 V 98 E. 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 E. 3b).

2.3 Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der L.\_\_\_\_en Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Danach haben die urteilenden Instanzen die Beweise L.\_\_\_\_, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen und alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 125 V 351, E. 3a mit Hinweis). Erachtet das Sozialversicherungsgericht die rechtserheblichen tatsächlichen Entscheidungsgrundlagen bei pflichtgemässer Beweiswürdigung als schlüssig, darf es den Prozess ohne Weiterungen - insbesondere ohne Anordnung eines

Gerichtsgutachtens - abschliessen (RKUV 1997 Nr. U 281 S. 281 E. 1a).

### **E. 3**

3.1 Zunächst ist zu prüfen, ob die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden in der Lendenwirbelsäule, die Kopfschmerzen und die neuropsychologischen Defizite in einem natürlichen Kausalzusammenhang zum Unfallereignis vom 14. Februar 2008 stehen.

3.2 Gemäss Bericht von Dr. med. G.\_\_\_\_, Orthopädie am Rosenberg, St. Gallen, vom 13. Oktober 2008 hatte die Patientin vom Rücken her kaum mehr Beschwerden. Das Röntgenbild der Lendenwirbelsäule (LWS) zeige eine schön geformte LWS mit altersentsprechenden Bandscheibenzwischenräumen; es beständen von der LWS her keine posttraumatischen Folgen (UV-act. 73). Auch aus dem physikalisch-medizinischen Teilgutachten der Rehaklinik Bellikon vom 30. April 2009 (UV-act. 111 S. 2) oder aus dem Gutachten von Dr. I.\_\_\_\_ vom 10. November 2010 (UV-act. 218 S. 4) ergeben sich keine Hinweise auf LWS-Beschwerden. Schmerzen in diesem Bereich werden erstmals wieder im Beschwerdeverfahren geltend gemacht und gehen weder aus den echtzeitlichen medizinischen Akten noch aus den nachfolgenden ärztlichen Berichten hervor, nicht einmal aus dem ärztlichen Zeugnis von Hausarzt Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Allgemeinmedizin, St. Gallen, vom 25. April 2011, wo lediglich als Zusatz eine Rückengymnastik empfohlen wurde (UV-act. 254). Als direkte Unfallfolge scheiden die nun geklagten LWS-Beschwerden klarerweise aus. Auch mit Blick auf eine indirekte Unfallfolge lassen sich der medizinischen Aktenlage keine konkreten Hinweise auf Beschwerden im Lumbalbereich in Zusammenhang mit einer Fehlbelastung entnehmen, weshalb ein natürlicher Kausalzusammenhang mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu verneinen ist.

#### **E. 3.3.1**

Prof. Dr. med. K.\_\_\_\_, MBA, diagnostizierte am 30. April 2009 einen Medikamentenübergebrauchskopfschmerz (UV-act. 111). Entscheidendes Kriterium sei hierbei, dass die Versicherte angebe, die Kopfschmerzsymptomatik sei innerhalb von sieben Tagen nach dem Unfallereignis aufgetreten, dies sei auch in den Aktenunterlagen dokumentiert. Die Internationale Kopfschmerzgesellschaft (International Headache Society; IHS) mache jedoch keinerlei Angaben für einen pathophysiologischen Zusammenhang zwischen Unfallereignis und Auftreten der Kopfschmerzsymptomatik. Prof. K.\_\_\_\_ verwies auf internationale Studien zur leichten traumatischen Hirnverletzung, aus denen hervorgehe, dass sich keine unfallassoziierten Faktoren fänden, die mit chronisch persistierenden Beschwerden nach einer leichten traumatischen Hirnverletzung korrelieren würden. Vielmehr seien es unfallunabhängige Faktoren wie Versicherungsstatus, Rechtsstreitigkeiten und Persönlichkeitsfaktoren, die mit dem Persistieren chronischer Beschwerden korrelieren würden. Am 9. November 2009 suchte die Beschwerdeführerin die Zentrale Notfallaufnahme ZNA des Kantonsspitals St. Gallen wegen persistierender Kopfschmerzen auf, weshalb am 4. Dezember 2009 eine ambulante Kopfschmerz-Sprechstunde durchgeführt wurde (UV-act. 158, 172). Dabei wurde ein chronischer posttraumatischer Kopfschmerz nach leichtem Schädelhirntrauma mit/bei Schädelhirntrauma 1. Grades, reaktiver Depression und schweren Schlafstörungen sowie ein Status nach Lebendnierenspende rechts diagnostiziert. Prognostisch sei, bei noch immer offenen versicherungsrechtlichen Fragen, die Situation eher als ungünstig einzuschätzen.

#### **E. 3.3.2**

Im Rahmen der neuropsychologischen Untersuchung vom 27. Januar 2009 zeigten sich gemäss Dr. phil. L. \_\_\_\_, Fachpsychologe für Neuropsychologie FSP, Leiter Neuropsychologie und Neuropsychotherapie der Rehaklinik Bellikon, deutliche Beeinträchtigungen bei der Aufmerksamkeitsbelastung, der visuell-räumlichen und sprachlichen Merkfähigkeit sowie der figuralen und phonematischen Fluenz. Computergestützte Verfahren zur Prüfung der Aufmerksamkeitsfunktionen hätten zudem schwere Störungen der geteilten Aufmerksamkeit sowie leicht bis mittelgradige Defizite im Bereich der selektiven Aufmerksamkeit ergeben. Leichte Einschränkungen beständen im Bereich des Arbeitsgedächtnisses. Zudem sei eine deutliche Verlangsamung erkennbar sowie eine sehr geringe psychophysische Belastbarkeit, welche sich allgemein limitierend auf die kognitive Leistungsfähigkeit auswirke. Grundsätzlich sei die Prognose nach einer erlittenen MTBI (Mild Traumatic Brain Injury; leichte traumatische Hirnverletzung) gut. Bei länger als drei bis sechs Monate anhaltenden Beschwerden werde angenommen, dass psychoreaktive Störungen, Medikamentennebenwirkungen, ein sekundärer Krankheitsgewinn oder schwierige psychosoziale Verhältnisse wesentlich zur Aufrechterhaltung der Symptome beitragen würden. Im vorliegenden Fall seien folgende Faktoren bei der ätiologischen Zuordnung der kognitiven Defizite zu berücksichtigen: 1. Eine starke bewusstseinsferne Verdeutlichung der Beschwerden, unter anderem verbunden mit einem sekundären Krankheitsgewinn. Ob 2. die starke Verdeutlichung der Beschwerden (und somit auch der kognitiven Defizite) im Rahmen einer eventuellen psychischen Störung einzuordnen sei, müsse psychiatrischerseits eruiert werden. Anhand von standardisierten Selbstbeurteilungsinstrumenten sei eine depressive und Angstsymptomatik festgestellt worden; 3. Der Verlust der Arbeitsstelle sowie die Gesundheitsprobleme des Ehemanns als zusätzliche belastende psychosoziale Lebensfaktoren. Es wurde eine mittelschwere bis schwere, unspezifische neuropsychologische Störung mit deutlichen Einschränkungen in den Bereichen der Aufmerksamkeits- und Exekutivfunktionen sowie der Mnestik im Rahmen eines multifaktoriellen Geschehens (bewusstseinsferne Verdeutlichung der Beschwerden, belastende psychosoziale Lebensfaktoren etc.) diagnostiziert.

### **E. 3.3.3**

Von organisch-strukturell objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen kann erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt werden (BGE 134 V 109 E. 9; 117 V 359 E. 5d/aa; SVR 2007 UV Nr. 25 S. 81 E. 5.4 mit Hinweisen [U 479/05]), wobei die Untersuchungsmethoden überdies wissenschaftlich anerkannt sein müssen (BGE 134 V 231 E. 5.1 mit Hinweisen). Eine MR des Schädels vom 15. Januar 2009 (UV-act. 111) zeigte keine nachgewiesene posttraumatische Veränderung intrakraniell, das Hirnparenchym sei altersentsprechend regelrecht und es fänden sich auch keine Hämosiderinablagerungen. Es bestehe eine leichte umschriebene Weiterung der Spitze der Arteria basilaris im Sinn eines kleinen beginnenden Aneurysmas bei sonst regelrechten Hirngefässen intrakraniell (UV-act. 111). Der Nachweis eines (unfallkausalen) hirnorganischen Schadens lässt sich damit offensichtlich nicht führen.

### **E. 3.3.4**

Ist ein Schleudertrauma der HWS, eine äquivalente Verletzung oder ein Schädel-Hirntrauma (vorliegend: Status nach Schädelhirntrauma 1. Grades) diagnostiziert und liegt - bezogen auf diese Diagnose - kein fassbarer organischer (unfallbedingter) Befund 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. gegeben sein (BGE 117 V 359 E. 4b; vgl. auch BGE 117 V 369 E. 3e; Bestätigung in BGE 134 V 109 E. 9). Allerdings muss bei einer HWS-Verletzung nach der aktuellen Rechtsprechung des Bundesgerichts (Urteile vom 30. Januar 2007, U 215/05 und vom 15. März 2007, U 258/06) das typische Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden 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 - bei einem Schädel-Hirntrauma in Form von Kopfschmerzen - manifestieren. Die anderen im Rahmen eines Schleudertraumas oder einer äquivalenten Verletzung typischerweise auftretenden Beschwerden müssen sich jedoch immerhin in einem Zeitraum manifestieren, der es erlaubt, vom Vorhandensein eines natürlichen Kausalzusammenhangs auszugehen. Nach Lage der Akten machten sich bei der Beschwerdeführerin Kopfschmerzen am 18. Februar 2008 – und damit ausserhalb der erforderlichen Latenzzeit – bemerkbar (UV-act. 32). Leichte Konzentrationsstörungen, Depressivität und leichte Antriebsstörungen wies die Beschwerdeführerin gemäss Dr. C.\_\_\_\_ erstmals bei der ersten Sprechstunde am 25. März 2008 auf (UV-act. 34), weshalb zwar grundsätzlich ein typisches Beschwerdebild aufgetreten ist, ein natürlicher Kausalzusammenhang jedoch aufgrund der zu spät aufgetretenen Kopfschmerzen eher zweifelhaft erscheint. Ärztlicherseits wurde bei Amnesie für das Ereignis (UV-act. 6) und äusserlich sichtbarer Kopfverletzung (Rissquetschwunde supraorbital links) ein Schädelhirntrauma 1. Grades bestätigt (vgl. dazu auch S. Johannes/R. Schaumann-von Stosch, Grundlegende Aspekte der leichten traumatischen Hirnverletzung, in: Medizinische Mitteilungen der Suva Nr. 78, S. 74 ff.). Damit besteht die Möglichkeit, dass ein ursächlicher natürlicher (mindestens Teil-)Zusammenhang dieser Gesundheitsschäden zum Unfall vom 14. Februar 2008 bestanden hat.

### **E. 3.3.5**

Ein leichtes Schädelhirntrauma (SHT I), auch als *Commotio cerebri* oder Gehirnerschütterung bezeichnet, hat gemäss Pschyrembel eine traumatisch bedingte, reversible funktionelle Schädigung des Gehirns ohne morphologisch fassbares Substrat zur Folge (Klinisches Wörterbuch 2011, 262., neu bearbeitete und erweiterte Auflage, Berlin/New York 2010, S. 400). Selbst wenn ein ursprünglicher natürlicher Kausalzusammenhang gegeben wäre, könnten die Allgemeinbeschwerden (Apathie, diffuser Kopfschmerz, Schwindel, Übelkeit, rasche Ermüdbarkeit, vermehrtes Schwitzen und Reizbarkeit) lediglich einige Wochen anhalten und würden sich allmählich zurückbilden. Eine Persistenz der Symptome beruht möglicherweise auf einer neurotischen Fehlverarbeitung (sog. *Kommutationsneurose*) oder bewussten Ausgestaltung (Pschyrembel, a.a.O., S. 2019 unter "Syndrom, postkommotionelles").

### **E. 3.3.6**

Es gibt Fälle, in denen bei sonst unauffälligen Untersuchungsbefunden neuropsychologische Abklärungen Hirnleistungsstörungen aufzeigen können und der neuropsychologische Befund der einzige verlässliche Parameter ist (BGE 117 V 369 E. 3d). Jedenfalls bei eindeutigem, nicht diffusem Befund kann der neuropsychologischen Diagnostik - im Rahmen einer neurologischen Gesamtwürdigung - nach der Rechtsprechung auch bei der Kausalitätsbeurteilung ein Aussagewert zukommen (BGE 119

V 335 E. 3c). Hingegen vermag es die Neuropsychologie nach derzeitigem Wissensstand nicht, selbständig die Beurteilung der Genese abschliessend vorzunehmen (RKUV 2000 Nr. U 395 S. 318, E. 3). Nach B.P. Radanov (Über den Stellenwert der neuropsychologischen Diagnostik bei Patienten nach Halswirbelsäulen-Distorsion [sog. Schleudertrauma der Halswirbelsäule], SZS 1996, S. 471 ff.) sind neben den unfallabhängigen somatischen Beschwerden auch psychologische Probleme (und die eingenommenen Medikamente) geeignet, die kognitiven Leistungen negativ zu beeinflussen (S. 477). Psychologische Probleme bzw. die Interrelation psychologischer und kognitiver Funktionen könnten die reduzierte Leistungsfähigkeit miterklären (S. 475). Dass die bei der Beschwerdeführerin festgestellten Funktionsauffälligkeiten eine vielschichtige Ursache aufweisen, ist bereits aus der Diagnose von Dr. L.\_\_\_\_ am 27. Januar 2009 ersichtlich. Dr. L.\_\_\_\_ ging davon aus, dass die Prognose nach einer erlittenen MTBI grundsätzlich gut sei und bei Aufrechterhaltung der Symptome über drei bis sechs Monate (nur) unfallfremde Gründe in Frage kämen. Dies impliziert zwar im Einklang mit den obigen Erwägungen (E. 3.3.4), dass er für die Zeit davor eine leichte traumatische Hirnverletzung als Auslöser dieser Beschwerden angenommen hatte, ändert jedoch nichts daran, dass für die Persistenz dieser Beschwerden keine unfallbedingten Gründe angegeben werden können. Damit können neuropsychologische Unfallrestfolgen im Sinn eines selbständigen, klar abgrenzbaren Befunds nicht als nachgewiesen gelten. Neuropsychologische Einschränkungen – wie auch diejenigen psychischer Art – können hingegen Teil des typischen Beschwerdebilds nach leichtem Schädel-Hirntrauma bilden.

### **E. 3.3.7**

Während Dr. K.\_\_\_\_ am 30. April 2009 von einem Medikamentenübergebrauch ausging, wurde bei der Kopfschmerz-Sprechstunde im Kantonsspital St. Gallen vom 4. Dezember 2009 ein chronischer posttraumatischer Kopfschmerz nach leichtem Schädelhirntrauma diagnostiziert. Nach der Qualifikation der IHS sind chronische posttraumatische Kopfschmerzen häufig Teil eines posttraumatischen Syndroms, das eine Anzahl von Symptomen wie Gleichgewichtsstörungen, Konzentrationsstörungen, eingeschränkte Arbeitsfähigkeit, Gereiztheit, depressive Verstimmung und Schlafstörungen umfasst. Der Zusammenhang zwischen Rechtsstreitigkeiten bzw. einer noch ausstehenden Regelung von Kompensationsansprüchen und dem zeitlichen Verlauf chronischer posttraumatischer Kopfschmerzen sei noch nicht eindeutig geklärt; es sei aber wichtig, Patienten in Hinblick auf eine mögliche Simulation und/oder den Wunsch nach einer überhöhten Kompensation zu beurteilen ([http://ihs-classification.org/de/02\\_klassifikation/03\\_teil2/05.02.00\\_necktrauma.html](http://ihs-classification.org/de/02_klassifikation/03_teil2/05.02.00_necktrauma.html); 5.2). Dem Bericht vom 9. Dezember 2009 ist zwar zu entnehmen, dass prognostisch bei noch immer offenen versicherungsrechtlichen Fragen die Situation eher als ungünstig einzuschätzen sei und sich therapeutisch weiterhin ein multimodales Therapiekonzept bestehend aus schmerzmodulierender antidepressiver Therapie, regelmässiger psychiatrischer, psychologischer Therapie, Physiotherapie und Entspannungstechniken empfehle, was wiederum auf eine psychisch bedingte Ursache der Kopfschmerzen schliessen lässt. Auch die gegenwärtig eingenommenen Medikamente werden aufgeführt. Ob und inwiefern sich jedoch die versicherungsrechtliche Situation oder die Einnahme von Medikamenten auf den Kopfschmerz auswirkt, geht aus dem Bericht nicht hervor. Dr. K.\_\_\_\_ geht davon aus, dass die Persistenz chronischer Beschwerden auf unfallfremde Ursachen zurückzuführen sei, was nicht ausschliesst, dass solche durch den Unfall ausgelöst wurden. Die Feststellung von Dr. K.\_\_\_\_, dass die IHS keinerlei Angaben für

einen pathophysiologischen Zusammenhang zwischen Unfallereignis und Auftreten der Kopfschmerzsymptomatik mache, stimmt damit überein, dass eine gesundheitliche Schädigung nicht schon deshalb als durch einen Unfall verursacht gilt, weil sie nach diesem aufgetreten ist (BGE 119 V 335 E. 2b/bb). Insofern ist auf die nachvollziehbaren Schlussfolgerungen von Dr. K.\_\_\_\_ abzustellen und mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die persistierenden Kopfschmerzen der Beschwerdeführerin auf einen Medikamentenübergebrauch zurückzuführen sind.

### **E. 3.3.8**

Angesichts dieser Umstände erscheint mit überwiegender Wahrscheinlichkeit belegt, dass die fortbestehenden neuropsychologischen Beschwerden und Kopfschmerzen spätestens zum Zeitpunkt der Leistungseinstellung am 31. Dezember 2009 nicht mehr natürlich kausal auf das Unfallereignis vom 14. Februar 2008 zurückgeführt werden konnten.

### **E. 4**

4.1 Nun stellt sich die Frage, inwieweit bei der Beschwerdeführerin bezüglich des Unfallereignisses vom 14. Februar 2008 über die hinsichtlich der somatischen Beschwerden vorgenommene Leistungseinstellung vom 31. März 2011 hinaus organische Unfallrestfolgen vorliegen, welche eine weitere Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin begründen. 4.2 Unmittelbar nach dem Unfallereignis vom 14. Februar 2008 wurde die Beschwerdeführerin durch den Rettungsdienst in das Kantonsspital St. Gallen eingewiesen und es wurden bei ihr ein Schädel-Hirn-Trauma 1. Grades, eine Rissquetschwunde supraorbital links, eine Basis Fraktur Endglied Dig I rechts mit Ausriss des radialen Kollateralbands, ein Glutealhämatom links, eine Syndesmosen-Ruptur des oberen Sprunggelenks (OSG) rechts sowie eine Fraktur des Malleolus medialis rechts diagnostiziert (UV-act. 6). 4.3 Die über der linken Augenbraue verbliebene Narbe (als Folge der Rissquetsch-wunde) und das Muttermal wurden am 17. Juli 2008 von Dr. D.\_\_\_\_ untersucht (UV-act. 45). Das Wachstum des Muttermals habe seiner Ansicht nach sicherlich nichts mit dem Unfall zu tun. Er schlug eine Narbenkorrektur mit Lappenplastik und Naevusexzision vor, sah aber zum jetzigen Zeitpunkt keinen Handlungsbedarf. 4.4 Die Daumenfraktur rechts wurde reponiert und durch eine Spickdraht-Osteosynthese stabilisiert (UV-act. 6). Am 16. Mai 2008 wurde von den Ärzten des Kantonsspitals St. Gallen berichtet, dass sich eine knöchern konsolidierte, konservativ behandelte Endgliedbasisfraktur des rechten Daumens finde und der Behandlungsabschluss erfolge, da ein regelrechter Einsatz der rechten Hand möglich sei (UV-act. 194). Gemäss Bericht von Dr. G.\_\_\_\_ vom 13. Oktober 2008 (UV-act. 73) zeigte das Röntgenbild eine verheilte intraartikuläre Fraktur der Endphalanx palmar. Es liege eine kleine Verknöcherung vor und Dr. G.\_\_\_\_ stellte eine wesentliche Bewegungseinschränkung im Interphalangealgelenk am Daumen rechts fest. Auch die Gutachten von Dr. med. M.\_\_\_\_, Fachärztin Physikalische Medizin und Rehabilitation FMH, Oberärztin Neurologische Rehabilitation der Rehaklinik Bellikon, vom 30. April 2009 (UV-act. 111) und von Dr. I.\_\_\_\_ vom 10. November 2010 (UV-act. 218) beschrieben eine reduzierte Beweglichkeit des rechten Daumens und eine leichte Einschränkung in der Greiffunktion. Schmerzen träten nur noch intermittierend auf. 4.5 Die Fraktur des medialen Malleolus wurde durch Schraubenosteosynthese reponiert und die Syndesmosenruptur mit zwei tibiofabularen Stellschrauben behandelt, die am 10. April 2008 wieder entfernt wurden (UV-act. 4, 11). Dr. G.\_\_\_\_ fand bei der Untersuchung vom 7. Oktober 2008 (UV-act. 73) einen leichten Erguss im oberen Sprunggelenk rechts und eine störende Einschränkung der Beweglichkeit - vor allem z.B.

beim Treppabwärtsgehen - vor. Die angegebenen Beschwerden seien glaubhaft und würden sich nach längerem Stehen verstärken. Die Bewegungseinschränkung im oberen Sprunggelenk rechts und die Beschwerden hätten einen wesentlichen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit in einem stehenden Beruf. Eine CT des ganzen rechten Fusses nativ vom 9. März 2009 (UV-act. 111) zeigte eine mittels zweier Schrauben versorgte, vollständig durchbaute Fraktur des Malleolus medialis ohne wesentliche Dekonfiguration oder Gelenkstufenbildung. Dem physikalisch-medizinischen Teilgutachten von Dr. M.\_\_\_\_ vom 30. April 2009 zufolge war das Osteosynthesematerial intakt und es zeigten sich keine Lockerungszeichen. Es bestehe eine diskrete Dekonfiguration der Fibulaspitze gelenkseitig und eine geringfügige Inhomogenität der Knochenstruktur der abgebildeten Skelettelemente (UV-act. 111). Ein gewisses Mass an Beschwerden im Sinn von belastungsabhängigen Schmerzen sei nachvollziehbar, wobei allerdings das Ausmass der Beschwerden mit einem deutlich hinkendem Gangbild und einer starken Belastungsreduktion des rechten Fusses somatisch nicht vollumfänglich zu erklären sei. Ein Teil der Beschwerden sei muskulärer Genese, wobei es sich hierbei sicherlich um eine Folge von inadäquat langer Ent- und Fehlbelastung handle. Eine reduzierte Abrollung des rechten Fusses könne durchaus ein gewisses Mass an Beschwerden im Bereich der umgebenden Weichteile generieren, allerdings sei aufgrund der dokumentierbaren strukturellen Situation eine deutlich bessere Mobilität (inklusive Abrollung) zu erwarten gewesen. In diesem Zusammenhang bleibe festzuhalten, dass die Bewegungs- und Belastungseinschränkungen im rechten Fuss in unbeobachtet geglaubten Situationen auch durchaus etwas geringer gewesen seien. Allerdings habe sich auch in diesen Momenten kein unauffälliges Gangbild beobachten lassen. Auch Dr. I.\_\_\_\_ sah die Beschwerden im oberen Sprunggelenk im Wesentlichen in der Bewegungseinschränkung begründet, wobei er eine Vernarbung der tibiofibularen Verbindung und der Gelenkkapsel vermutete, in den bildgebenden Verfahren (MRI) jedoch lediglich eine Bandverkürzung vorfinden konnte (UV-act. 219 S. 10).

4.6 Eine Kontrollsonografie des glutealen Hämatoms am 19. Februar 2008 habe keinen operationswürdigen Befund gezeigt (UV-act. 6). Das massive Hämatom am linken Oberschenkel war bei Untersuchung vom 7. Oktober 2008 durch Dr. G.\_\_\_\_ (UV-act. 73) nicht mehr sichtbar, aber es fanden sich am linken Oberschenkel proximal lateral kleine Striae (Streifen; Pschyrembel, a.a.O., S. 1992), die rechts nicht vorhanden waren. Auf dem Röntgenbild sei eine etwa ein Zentimeter breite und zwölf Zentimeter lange Verkalkung distal des Trochanter major am Femur lateral ersichtlich, was wahrscheinlich einer Verkalkung eines alten Hämatoms entspreche. An der linken Hüfte seien aufgrund des Unfalls Restfolgen vorhanden, die sich auch auf die Arbeitsfähigkeit in einem stehenden Beruf auswirken würden. Dr. M.\_\_\_\_ berichtete am 30. April 2009 (UV-act. 111) über ein linksseitig verändertes Gewebe mit einer minimalen Schwellung im Bereich des linken Hüftgelenks und des Trochanter major im Vergleich zu rechts. Mit Wahrscheinlichkeit handle es sich hierbei um Residuen eines grossflächigen glutealen Hämatoms. Die Hüftgelenksbeweglichkeit linksseitig sei vollumfänglich möglich, lediglich endgradig schmerzhaft in diesem handtellergrossen Gebiet im Bereich des linken Trochanter major. Diese weichteilbedingten Beschwerden liessen sich durch die dokumentierbaren strukturellen Läsionen nicht erklären, insbesondere sei nicht plausibel zu machen, dass die Belastbarkeit der Beschwerdeführerin hierdurch eingeschränkt sei. Auch Dr. H.\_\_\_\_ fand am 21. September 2009 für die weiterhin beklagten Beschwerden im Bereich beider Hüftregionen kein pathomorphologisches Korrelat. Die radiologisch festgestellte Hüftfehlanlage mit flacher Pfannenanlage beidseits, dezenter epiphysärer

Hüftkopfkongfiguration rechts und mangelnder Kopfüberdachung beidseits sei nicht geeignet, die fortbestehenden Beschwerden zu erklären. Bei Bewegungseinschränkung des rechten Sprunggelenks für die Dorsalextension sei ein gestörter Abrollvorgang erklärbar. Bei fortbestehender Fragestellung bezüglich der Schmerzhaftigkeit der Hüftgelenke wäre letztlich noch eine Kernspintomographie beider Hüftgelenke zu erörtern. Eine MRI des Beckens vom 9. Dezember 2009 zeigte eine fettige Knochenmarksdegeneration im Os ilium beidseits sowie eine flächige Narbe von 6x7cm Ausdehnung mit max. 4mm Dicke um subkutanes Fettgewebe über dem Trochanter major links bei sonst normaler Darstellung des Beckens (UV-act. 218 S. 8). Nach der im Gutachten vom 10. November 2010 geäußerten Ansicht von Dr. I. \_\_\_ ist im Trochanterbereich links möglicherweise immer noch eine leichte Vernarbung vorhanden, wobei die Befunde nicht objektiviert werden könnten (UV-act. 218 S. 10).

4.7 In Bezug auf die Zahnproblematik beteiligte sich die Beschwerdegegnerin für die Behandlung im Oberkiefer mit einer Kostengutsprache von max. Fr. 2'300.- (Totalprothese) und im Unterkiefer mit max. Fr. 6'200.- (Hybridprothese mit zwei Wurzelkappen Zahn 33/43; UV-act. 169). Die entsprechenden Behandlungen wurden am 5. September 2011 abgeschlossen und sind nicht Anfechtungsgegenstand im vorliegenden Verfahren (UV-act. 225, 249, 250).

4.8 Dr. G. \_\_\_ war bereits am 13. Oktober 2008 der Ansicht, dass in Bezug auf das Daumengelenk rechts der Endzustand sicher erreicht sei und die Einschränkung der Beweglichkeit lediglich einen kleinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe (UV-act. 73). In den späteren medizinischen Berichten wird diese Ansicht geteilt und zudem eine leichte Einschränkung in der Greiffunktion festgestellt (UV-act. 111; 218). Im rechten Fuss verbleiben unbestrittenermassen Bewegungs- und Belastungseinschränkungen als Unfallrestfolge. Auch an der linken Hüfte sind Residuen des glutealen Hämatoms zu finden. Allerdings ist die Hüftbeweglichkeit uneingeschränkt möglich und für die weiterhin geklagten Beschwerden im Bereich beider Hüftregionen konnte kein pathomorphologisches Substrat gefunden werden. Auch Dr. I. \_\_\_ ging davon aus, dass im Trochanterbereich links möglicherweise immer noch eine leichte Vernarbung vorhanden sei, konnte jedoch keine objektivierten Befunde vorfinden. Zudem führte das MRI vom 9. Dezember 2009 auch degenerative Entwicklungen zutage. Zahnbeschwerden macht die Beschwerdeführerin keine mehr geltend. Die Rehaklinik Bellikon berichtete am 30. April 2009, dass passive und aktive physiotherapeutische Massnahmen nicht geeignet seien, die Beschwerden der Versicherten langfristig zu verbessern. Auch seien solche Therapien nicht geeignet, eine Verschlechterung der Beschwerdesymptomatik zu verhindern. Die Beschwerdeführerin solle auf eine ausreichende Aktivierung und Mobilität achten, um langfristig ein möglichst symmetrisches Gangbild zu erreichen. Somatisch-organische Therapieverfahren seien nicht indiziert. Gleicher Ansicht ist auch Dr. I. \_\_\_, der nach so langer Zeit nicht mehr mit einer Verbesserung des Gesundheitszustands rechnet und annimmt, dass die Bewegungseinschränkung und die restlichen Beschwerden bestehen bleiben (UV-act. 218 S. 11 f.). Physikalische Massnahmen seien kaum mehr sinnvoll. Eingliederungsmassnahmen der IV standen dem Fallabschluss unbestrittenermassen nicht entgegen. Der Abschluss des Falls durch den Unfallversicherer im Sinn von Art. 19 Abs. 1 UVG bedingt lediglich, dass von weiteren medizinischen Massnahmen keine namhafte Besserung des Gesundheitszustands mehr erwartet werden kann, nicht aber, dass eine ärztliche Behandlung nicht länger erforderlich ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 4. November 2008, 8C\_467/2008, E. 5.2.2.2.). Es genügt für eine weiterdauernde Übernahme der Behandlungskosten nicht, dass eine Therapie lediglich eine unbedeutende Besserung erhoffen lässt oder dass für eine namhafte

Besserung nur eine weit entfernte Möglichkeit besteht (Alfred Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2. Aufl., Bern 1989, S. 274). Von einer namhaften Besserung des Gesundheitszustands kann auch dann nicht gesprochen werden, wenn eine therapeutische Massnahme mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nur die sich aus einem stationären Gesundheitsschaden ergebenden Beschwerden für eine begrenzte Zeit zu lindern vermag (RKUV 2005, S. 388). Für die Bejahung eines medizinischen Endzustands wird keine vollständige SchmerzL.\_\_\_\_heit vorausgesetzt (vgl. Rumo-Jungo, a.a.O., S. 145). Dementsprechend ist der Fallabschluss am 31. März 2011 in Bezug auf die somatischen Beschwerden zu Recht erfolgt und über diesen Zeitpunkt hinaus sind keine Taggeld- und Heilbehandlungsleistungen mehr geschuldet. Folglich kann der Hauptantrag der Beschwerdeführerin nicht geschützt werden.

## E. 5

5.1 Zu prüfen ist des Weiteren die Leistungseinstellung per 1. Februar 2009 bzw. 31. Januar 2010 bezüglich der psychischen Beschwerden. 5.2 Eine Behandlung der von Dr. C.\_\_\_\_ anlässlich der ersten Sprechstunde vom 25. März 2008 diagnostizierten leichten posttraumatischen Belastungsstörung wurde ca. alle drei Wochen durch regelmässige Gesprächspsychotherapie, Verhaltenstherapie und medikamentöse Therapie durchgeführt. Die Prognose sei aus psychiatrischer Sicht als sehr günstig zu bezeichnen und eine Wiederherstellung der vollen Arbeitsfähigkeit in den nächsten ca. zwei Monaten mit grosser Sicherheit zu erwarten (UV-act. 34). Gemäss Bericht vom 20. Oktober 2008 rechnete Dr. C.\_\_\_\_ nach wie vor mit einer vollständigen Rückbildung der posttraumatischen Belastungsstörung (UV-act. 76). Dr. med. N.\_\_\_\_, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Rehaklinik Bellikon, berichtete am 30. April 2009 (UV-act. 111), dass diagnostisch von einer phobischen Angststörung auszugehen sei, alternativ dazu könne von einer leichten, subsyndromalen posttraumatischen Belastungsstörung als Restsymptomatik gesprochen werden. Durch die Vermeidungsproblematik sei die Beschwerdeführerin momentan noch leicht eingeschränkt (maximal ca. 20%), grundsätzlich sei sie aber bei geeignetem Herangehen therapierbar. Mit Arztbericht vom 29. März 2010 (UV-act. 254) wies Dr. C.\_\_\_\_ darauf hin, dass der Gesamtkrankheitsverlauf die Beschwerdeführerin zunehmend psychisch belastet und in den letzten Monaten die generalisierte Angststörung verstärkt sowie eine Anpassungsstörung mit Angst und Depression ausgelöst habe. Gegenwärtig könne aus rein psychiatrischer Sicht eine mindestens 40%-ige Arbeitsunfähigkeit attestiert werden, welche auf die reduzierte Konzentrationsfähigkeit, reduzierte Ausdauer mit consequenten Konzentrationseinbrüchen und Schmerzzunahme, angstbedingten formalen Denkstörungen bzw. Ablenkung von der geleisteten Arbeit sowie zunehmend psychophysische Erschöpfung zurückzuführen sei. Aus psychiatrischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin bis vor ca. drei Monaten höchstens um 20% eingeschränkt gewesen.

5.3 In Bezug auf die psychischen Beschwerden stellte Dr. K.\_\_\_\_ bei der interdisziplinären Zusammenfassung (UV-act. 111) fest, dass durch das psychiatrische Störungsbild die Arbeitsfähigkeit um maximal ca. 20% eines Vollpensums reduziert sei, dies jedoch das Mass dessen, was somatisch noch zumutbar sei, nicht fassbar zusätzlich einschränke. Die weitere Durchführung der psychiatrischen Behandlung und ein Analgetikaentzug wurden empfohlen, den die Beschwerdeführerin jedoch ablehne. Des Weiteren ist zu entnehmen, dass die noch leicht eingeschränkte Arbeitsfähigkeit von maximal ca. 20% bei geeignetem Herangehen grundsätzlich therapierbar sei mit wahrscheinlich rasch eintretenden Erfolgen bei enger Sitzungsfrequenz. Das psychiatrische Störungsbild sei gut behandelbar bei

angemessener Mitwirkung der Beschwerdeführerin. Dr. C. \_\_\_ sah bis ca. Januar 2010 eine psychisch bedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von höchstens 20% als gegeben an und bestätigte bis dahin in mehreren Berichten deren Behandelbarkeit. Im Bericht vom 29. März 2010 (UV-act. 254) war jedoch von einer zunehmenden psychischen Belastung die Rede, die aus rein psychiatrischer Sicht eine mindestens 40%-ige Arbeitsunfähigkeit begründe. Mit Verfügung vom 27. Dezember 2011 verneinte die Beschwerdegegnerin die Adäquanz betreffend den psychischen Leiden per 1. Februar 2009 und übernahm entgegenkommenderweise die Kosten der psychiatrischen Behandlung bis 31. Januar 2010 (UV-act. 256). Weitere Abklärungen wurden von Seiten der Beschwerdegegnerin seit dem psychiatrischen Teilgutachten der Rehaklinik Bellikon vom 30. April 2009 nicht gemacht. Den Bericht vom 29. März 2010 verfasste Dr. C. \_\_\_ auf Anfrage der damaligen Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin. Er fand bei der Beschwerdegegnerin allerdings keine Beachtung. Obwohl der Bericht von Dr. C. \_\_\_ vom 29. März 2010 darauf hinwies, dass sich die Situation seit dem 30. April 2009 verändert hatte, stellte die Beschwerdegegnerin nur auf das Teilgutachten der Rehaklinik Bellikon ab. Dennoch kann vorliegend auf weitere Abklärungen – etwa in Form einer psychiatrischen Begutachtung – die das Weiterbestehen des natürlichen Kausalzusammenhangs aufzeigen sollen, verzichtet werden, da - wie nachfolgend zu zeigen ist - der für einen weiteren Leistungsanspruch kumulativ erforderliche adäquate Kausalzusammenhang fehlt.

5.4 Angesichts der dargelegten medizinischen Aktenlage kann das Vorliegen einer natürlichen Teilkausalität zwischen Unfallereignis und psychischer Problematik zwar nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden. Die Beschwerdegegnerin prüfte und verneinte jedoch die Adäquanz der psychischen Beschwerden nach der Psycho-Praxis. Ergeben die Abklärungen, dass die versicherte Person ein Schleudertrauma oder schleudertraumaähnliche Verletzungen erlitten hat, dass die zum typischen Beschwerdebild einer solchen Verletzung gehörenden Beeinträchtigungen zumindest teilweise vorliegen, und dass diese im Vergleich zur psychischen Problematik nicht ganz in den Hintergrund treten, erfolgt die Beurteilung der Adäquanz gemäss den in BGE 117 V 359 E. 6a und BGE 117 V 369 E. 4b festgelegten Kriterien (BGE 123 V 98 E. 2a mit Hinweisen). Im Zentrum der psychischen Problematik stand vorliegend gemäss Teilgutachten vom 30. April 2009 der Rehaklinik Bellikon ein deutliches Vermeidungsverhalten (UV-act. 111). Dr. C. \_\_\_ beschrieb eine leichte Form einer posttraumatischen Belastungsstörung mit Flashbacks und Vermeidungsverhalten sowie eine posttraumatische generalisierte Angststörung als Ursache der Reduktion der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin bis Januar 2010. Dr. C. \_\_\_ und Dr. N. \_\_\_ gingen bis dahin einhellig davon aus, dass sich die psychische Problematik vollständig zurückbilden werde. Danach habe der Gesamtkrankheitsverlauf die Beschwerdeführerin zunehmend belastet und in den letzten Monaten die generalisierte Angststörung verstärkt sowie eine Anpassungsstörung mit Angst und Depression ausgelöst. Hierbei handelt es sich offenbar nicht um ein psychisches Leiden, das als Teil des typischen Beschwerdebilds bei Schleudertrauma oder schleudertraumaähnlichen Verletzungen bekannt ist. Vielmehr liegt ein eigenständiges psychisches Geschehen vor, das anhand der Psycho-Praxis zu beurteilen ist.

5.5 Bei der Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfall und einer anschliessend einsetzenden psychischen Fehlentwicklung mit Einschränkung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit ist nach der Rechtsprechung (BGE 115 V 133 E. 6) vom objektiv fassbaren Unfallereignis auszugehen. Dabei besteht ein adäquater Kausalzusammenhang zwischen den psychischen Beschwerden und dem Unfall, wenn dem Unfall eine massgebende Bedeutung für deren

Entstehung zukommt. Dies trifft dann zu, wenn er eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt. Für die Beurteilung dieser Frage ist an das Unfallereignis anzuknüpfen, wobei – ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf – zwischen banalen bzw. leichten Unfällen einerseits, schweren Unfällen andererseits und schliesslich dem dazwischen liegenden mittleren Bereich unterschieden wird. Während der adäquate Kausalzusammenhang in der Regel bei schweren Unfällen ohne weiteres bejaht und bei leichten Unfällen verneint werden kann, lässt sich die Frage der Adäquanz bei Unfällen aus dem mittleren Bereich nicht aufgrund des Unfallgeschehens allein schlüssig beantworten. Es sind weitere, objektiv fassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall in Zusammenhang stehen oder als direkte bzw. indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Dabei müssen rechtsprechungsgemäss (vgl. BGE 115 V 133 E. 6c; SVR 1999 UV Nr. 10 S. 31 E. 2; 2001 UV Nr. 8 S. 32 E. 3, je mit Hinweisen) die weiteren unfallbezogenen Kriterien entweder in gehäufte oder auffallender Weise oder ein einziges Kriterium in besonders ausgeprägter Weise erfüllt sein, damit die Adäquanz bejaht werden kann. Als in die Adäquanzbeurteilung einzubeziehende Kriterien nennt die Rechtsprechung (BGE 115 V 133 E. 6c/aa): besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls, die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen, ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung, körperliche Dauerschmerzen, ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert, schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen und Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit. Bei der Beurteilung der Frage, ob diese Kriterien erfüllt sind, ist die psychisch bedingte Beeinträchtigung auszuklammern und nur der somatische Anteil zu berücksichtigen.

5.5.1 Gemäss dem Protokoll der Stadtpolizei vom 3. März 2008 (UV-act. 32) erfasste der Personenwagen die Versicherte mit der rechten Fahrzeugfront wahrscheinlich ungebremst mit einer Geschwindigkeit von 40 bis 45 km/h im Beinbereich. Sie wurde auf die Fahrzeugfront aufgeladen und prallte in der Folge mit dem Körper auf der Motorhaube sowie auf dem rechten Kotflügel auf. Anschliessend wurde sie auf das Trottoir geschleudert. Der augenfällige Geschehensablauf und die dabei auf die Beschwerdeführerin wirkenden Kräfte sind vergleichbar mit dem Sachverhalt im Urteil des Bundesgerichts vom 29. Mai 2012 (8C\_849/2011), wo ein Fussgänger auf dem Trottoir vom Rückspiegel eines von hinten vorbeifahrenden Lieferwagens am linken Arm getroffen wurde und zu Boden stürzte. Mit Blick auf die Rechtsprechung des Bundesgerichts (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 29. Mai 2012, 8C\_849/2011, E. 6.1.2) ist das vorliegende Ereignis als mittelschwerer Unfall im mittleren Bereich zu qualifizieren. Damit müssen für die Bejahung der Adäquanz mindestens drei Kriterien in einfacher Form oder aber eines in besonders ausgeprägter Weise erfüllt sein (Urteil des Bundesgerichts vom 29. Januar 2010, 8C\_897/2009, E. 4.5).

5.5.2 Ob besonders dramatische Begleitumstände oder eine besondere Eindrücklichkeit des Unfalls vorliegen, beurteilt sich objektiv und nicht aufgrund des subjektiven Empfindens bzw. Angstgefühls der versicherten Person (RKUV 1999 Nr. U 335 S. 207 E. 3b/cc; Urteil des Bundesgerichts vom 25. Januar 2008, U 56/07, E. 6.1). Zu beachten ist, dass jedem mindestens mittelschweren Unfall eine gewisse Eindrücklichkeit eigen ist, welche somit noch nicht für eine Bejahung des Kriteriums ausreichen kann (Urteil des Bundesgerichts vom 13. Februar 2012, 8C\_435/2011, E. 4.2.3). Zwar ist dieses Kriterium entgegen den Ausführungen der Beschwerdegegnerin nicht erst bei schwersten Verkehrsunfällen mit Lebensgefahr erfüllt (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts vom 11. Juni 2010, 8C\_9/2010, E. 3.7.1), doch weichen die

Begleitumstände im vorliegenden Fall nicht wesentlich von den bei Verkehrsunfällen üblichen Gegebenheiten ab. Hinzu kommt, dass sich die Versicherte, wie die Akten klar zeigen, auch gar nicht an das Unfallgeschehen erinnern kann (UV-act. 8, 32). Dieses Kriterium ist somit nicht als erfüllt zu betrachten.

5.5.3 Beim Kriterium der Schwere oder besonderen Art der erlittenen Verletzungen ist insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen, zu berücksichtigen. Die Beschwerdeführerin erlitt ein Schädel-Hirntrauma ersten Grades, eine Rissquetschwunde supraorbital links, eine Basis-Fraktur Endglied Dig I rechts mit Ausriss des radialen Kolateralbands, ein Glutealhämatom links, eine Syndesmosen-Ruptur des rechten oberen Sprunggelenks sowie eine Fraktur des Malleolus medialis rechts. Die Diagnose eines Schädel-Hirntraumas als solches genügt zur Bejahung dieses Kriteriums nicht (vgl. BGE 134 V 109 E. 10.2.2). Auch wenn mehrere Verletzungen vorliegen, so handelt es sich doch nicht um ein Polytrauma, das vergleichbar wäre mit denjenigen von den Urteilen des Bundesgerichts vom 19. Dezember 2011, 8C\_488/2011, E. 5.2, und vom 19. November 2009, 8C\_197/2009, E. 3.6). Die Erfüllung des Kriteriums ist daher zu verneinen.

5.5.4 Eine ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung ist nicht zu erblicken. Die körperlichen Verletzungen heilten nach den operativen Eingriffen im Kantonsspital St. Gallen (diagnostische Arthroskopie OSG rechts, Schraubenosteosynthese am Malleolus medialis rechts und tibiofibuläre Stellschrauben am 14. Februar 2008 sowie Reposition und Spickdraht Osteosynthese Daumen rechts am 15. Februar 2008; vgl. UV-act. 6) stetig ab und gemäss Angaben der Beschwerdeführerin verbesserte sich die Beschwerdesymptomatik seit dem Unfall vom 14. Februar 2008 bis August 2008 (UV-act. 111) kontinuierlich. Nach dem Aufenthalt in der Rehaklinik Bellikon vom 12. bis 30. Januar 2009 betrieb die Beschwerdeführerin keine Physiotherapie mehr und die Behandlung beschränkte sich auf Schmerzbekämpfung mit Analgetika (UV-act. 109, 157). Abklärungsmassnahmen und blossen ärztlichen Kontrollen kommt nicht die Qualität einer regelmässigen, zielgerichteten Behandlung zu.

5.5.5 Vier Tage nach dem Unfall erwähnte die Beschwerdeführerin der Polizei gegenüber Schmerzen am ganzen Körper und am Kopf. Am 20. Juni 2008 war der rechte Fuss noch immer geschwollen und nicht vollständig belastbar (UV-act. 36). Das Gehen am Gehstock verursachte Schmerzen in der rechten Hand und am rechten Handgelenk, die bis zur rechten Schulter ausstrahlten. Beim Gehen ohne Gehstock verspürte die Beschwerdeführerin Schmerzen in beiden Hüften und dem LWS-Bereich. Beim rechten Daumen verspürte sie hie und da einen stechenden Schmerz. Im Sitzen hatte sie keine Schmerzen. Am 13. Oktober 2008 berichtete Dr. G. \_\_\_\_, dass die Beschwerdeführerin keine posttraumatischen Folgen an der Lumbalwirbelsäule trage (UV-act. 73). Im Oberschenkel links bestand eine ausgeprägte Druckdolenz. Die Schmerzen am linken Hüftgelenk waren nicht sehr ausgeprägt, allerdings konnte die Beschwerdeführerin nicht auf der linken Seite liegen. Am oberen Sprunggelenk rechts gab die Beschwerdeführerin sich nach längerem Stehen verstärkende Beschwerden an. Bei der Untersuchung vom 23. Januar 2009 in der Rehaklinik Bellikon gab die Beschwerdeführerin als aktuelle Beschwerden gegenüber der Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation FMH bewegungs- und belastungsabhängige Schmerzen im rechten Fuss an (UV-act. 111). In Ruhe habe sie auch schmerzfreie Momente. Schmerzen in der linken Hüfte seien ständig vorhanden. Im Daumen verspüre sie nur noch ein Stechen bei Wetterwechsel. Die Schmerzen an den Schultern und den beiden Handgelenken waren nicht mehr vorhanden. Am 22. April 2009 klagte die Beschwerdeführerin über Schmerzen im rechten Fuss (UV-act. 109). Morgens verspüre sie keine Schmerzen. Im Verlauf des Tages

und mit zunehmender Belastung nähmen die Schmerzen bis abends zu. Zudem leide sie seit rund zwei Monaten an Schmerzen in beiden Hüften, die sich im Sitzen und im Gehen bemerkbar machen würden. Des Weiteren beschrieb sie manchmal stechende Schmerzen im rechten Daumen. Auch am 25. September 2009 und am 17. November 2009 berichtete die Beschwerdeführerin über seit gut einem Jahr konstanten Schmerzen im Bereich des linken proximalen lateralen Oberschenkels (UV-act. 146, 157). Seit April 2009 beständen auch zunehmend Schmerzen im Bereich der rechten Hüfte. Insbesondere unter stehender Belastung leide die Beschwerdeführerin unter Schmerzen im Bereich des rechten Innenknöchels. Am 7. März 2010 suchte die Beschwerdeführerin wegen Schmerzzunahme am Bein, den Leisten und am rechten Fuss die zentrale Notfallaufnahme des Kantonsspitals St. Gallen auf. Im Gutachten vom 10. November 2010 hielt Dr. I.\_\_\_\_ fest, dass die Beschwerdeführerin immer noch Schmerzen am rechten Fuss und an der linken Hüfte habe. Da sie immer das rechte Bein mehr belasten müsse, sei auch langsam das ganze rechte Bein schmerzhaft, was sich am stärksten in der Hüfte auswirke. Rückenschmerzen hatte die Beschwerdeführerin keine und auch der rechte Daumen sei nicht schmerzhaft. Gemäss Dr. J.\_\_\_\_ klagte die Beschwerdeführerin am 19. März 2011 über Schmerzen der Beine und hatte seit dem Unfall am 14. Februar 2008 jeden Tag Schmerzen, die auf verschiedenste Therapien nicht ansprechen (UV-act. 254). Körperliche Dauerschmerzen sind aus diesem Verlauf jedoch höchstens im Bereich der linken Hüfte ersichtlich. Die Schmerzen am rechten Fuss sind den Akten zufolge bewegungs- und belastungsabhängig. Die Kopfschmerzen sind vorliegend nicht zu berücksichtigen, da sie nicht organischer Art und mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf einen Medikamentenübergebrauch zurückzuführen sind (vgl. E. 3.3.7). Das Kriterium ist aufgrund der Hüftbeschwerden – wenn überhaupt – als höchstens in einfacher Weise erfüllt zu betrachten, da es nicht derart ausgeprägt vorhanden ist, dass es allein deswegen zur Bejahung der Adäquanz führen würde. 5.5.6 Eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hat, machte die Beschwerdeführerin zu Recht nicht geltend. 5.5.7 Ein schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen liegen nach der Rechtsprechung vor, wenn besondere Gründe gegeben sind, die die Heilung beeinträchtigt haben, wobei die beiden Teilaspekte nicht kumulativ erfüllt sein müssen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 8. April 2009, 8C\_1020/2008, E. 5.7 mit Hinweisen). Hinweise auf solche besonderen Gründe sind aus den Akten nicht ersichtlich und insbesondere nicht bereits aus dem Umstand zu sehen, dass das Osteosynthesematerial nicht entfernt wurde (vgl. <<http://orthopaedie-unfallchirurgie.universimed.com/artikel/47-ao-symposium-die-entfernung-von-osteosynthesematerial>>, abgerufen am 9. Januar 2013, wonach eine Metallentfernung zu Komplikationen führen kann und deshalb nicht in jedem Fall indiziert ist). Das Kriterium ist daher zu verneinen. 5.5.8 Nachdem bei der Adäquanzprüfung nach BGE 115 V 133 beim Kriterium des Grads und der Dauer der Arbeitsunfähigkeit nur jene Zeiten zu berücksichtigen sind, in welchen die versicherte Person aufgrund einer rein physischen Betrachtungsweise arbeitsunfähig war, hat die psychiatrisch bedingte Arbeitsunfähigkeit vorliegend ausser Acht zu bleiben. Seit dem Unfall vom 14. Februar 2008 bestand bis zum Eintritt und Aufenthalt in der Rehaklinik Bellikon eine volle Arbeitsunfähigkeit (UV-act. 36, 73, 74, 81, 102, 109). Per Ende Januar 2009 wurde das Arbeitsverhältnis der Versicherten bei der B.\_\_\_\_ gekündigt (UV-act. 78, 81). Im Austrittsbericht der Rehaklinik Bellikon vom 30. April 2009 wurde die somatisch-organische Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin dahingehend beurteilt, dass die berufliche Tätigkeit als Versandmitarbeiterin voll ausführbar sei, wenn der Versicherten

nach einer Stunde das Einlegen einer Pause ermöglicht werde und keine Gewichte von mehr als 20 kg zu heben seien. Allerdings geht aus dieser Arbeitsfähigkeitsbeurteilung nicht hervor, welchen Zeitrahmen diese Pause umfassen soll. Adaptierte Tätigkeiten, die kein längeres Gehen oder Stehen am Stück sowie kraftvolle Greiffunktionen rechts erfordern, könnten der Beschwerdeführerin ab Austritt ganztags zugemutet werden. Gehen und Stehen sei eine Stunde am Stück möglich, anschliessend solle eine Pause mit Hochlagern des rechten Beins eingelegt werden können. Heben und Tragen sei aufgrund der reduzierten Standfestigkeit bis 15-20 kg möglich. Auch hier wurde die Dauer der Pause nicht festgelegt. Allerdings geht daraus hervor, dass die effektive Leistung bei vollem Pensum lediglich durch eine vorliegend nicht zu berücksichtigende Reduktion der Arbeitsfähigkeit um 20% aus psychischen Gründen beeinträchtigt ist, indirekt hervor, dass die Pause nur von kurzer Dauer sein kann und die Arbeitsfähigkeit nicht nennenswert beeinträchtigt. Auch Dr. I.\_\_\_\_ nahm bei einer vorwiegend sitzenden Tätigkeit mit Heben und Tragen von Gewichten in dieser Position von etwa 10-15 kg eine volle Arbeitsfähigkeit ohne Einschränkung in zeitlichem Ausmass oder in der Leistung an. Damit bestand aus somatischer Sicht ein Jahr nach dem Unfall wieder eine volle Arbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit, was nicht als übermässig lange Dauer zu betrachten ist. 5.5.9 Da somit höchstens eines der zu berücksichtigenden Kriterien in nicht besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist, ist die Adäquanz des Kausalzusammenhangs zwischen den psychischen Beschwerden der Beschwerdeführerin und dem Unfall vom 14. Februar 2008 zu verneinen.

## **E. 6**

6.1 Unter Berücksichtigung der unfallkausalen somatischen Beschwerden ist im Hinblick auf die sich ab dem 1. April 2011 stellende Rentenfrage die verbliebene Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin zu bestimmen. 6.2 Gemäss Art. 18 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf eine Invalidenrente, wenn er infolge des Unfalls zu mindestens 10% invalid ist. Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) beschreibt Invalidität als die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit wird wiederum als der durch die Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt definiert (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Bei der Bemessung des Invaliditätsgrads sind die Art. 18 Abs. 2 UVG i.V.m. Art. 16 ATSG anwendbar. Danach 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 (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Art. 20 Abs. 1 UVG zufolge beträgt die Invalidenrente bei Vollinvalidität 80% des versicherten Verdienstes, bei Teilinvalidität wird sie entsprechend gekürzt. 6.3 Die angestammte Tätigkeit als Versandmitarbeiterin könnte die Beschwerdeführerin gemäss Austrittsbericht der Rehaklinik Bellikon vom 30. April 2009 somatisch-organischerseits voll ausführen, wenn ihr nach einer Stunde das Einlegen einer Pause ermöglicht würde und keine Gewichte von mehr als 20 kg zu heben wären. Dr. I.\_\_\_\_ sah unter der Annahme, dass es sich beim angestammten Beruf um eine vorwiegend stehende Tätigkeit handelte, eine Einschränkung von 50% des bisherigen Pensums als gegeben an, wobei er jedoch aufgrund der Fragestellung der Case Managerin davon

ausging, dass das bisherige Arbeitspensum der Beschwerdeführerin 80% betrug. In einer vorwiegend sitzenden Tätigkeit mit Heben und Tragen von Gewichten in dieser Position von etwa 10-15 kg erachtete Dr. I. \_\_\_ keine Einschränkung - weder in zeitlicher noch in leistungsmässiger Hinsicht - als gegeben. Auf diese schlüssige und nachvollziehbare Beurteilung ist abzustellen und es ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin in einer leidensadaptierten Tätigkeit zu 100% arbeitsfähig ist. 6.4 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des (möglichen) Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Die Einkommensermittlung hat so konkret wie möglich zu erfolgen. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft; dies in der Annahme, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre (BGE 134 V 322 E. 4.1; 129 V 222 E. 4.3.1, mit Hinweisen). Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin macht geltend, dass die Beschwerdeführerin vor dem Unfallereignis lediglich zu 80% gearbeitet habe, obwohl sie zu 100% angestellt gewesen sei und sie aufgrund der Erkrankung des Ehemanns und dessen Arbeitsunfähigkeit nur schon aus wirtschaftlichen Gründen gezwungen gewesen wäre, in einem vollen Pensum zu arbeiten. Das Valideneinkommen muss unabhängig davon bestimmt werden, ob die versicherte Person vor dem Unfall eine Teilzeit- oder eine Vollzeiterwerbstätigkeit ausgeübt hat (Rumo-Jungo, a.a.O. S. 124). Die Beschwerdeführerin war seit dem 28. März 1995 bis 13. Februar 2008 (letzter effektiver Arbeitstag) beim B. \_\_\_ berufstätig. Nachdem die Kündigung per Ende Januar 2009 erfolgte, arbeitete sie nicht mehr. Mit Blick auf die lange, beinahe vierzehnjährige Beschäftigungsdauer beim B. \_\_\_ und den Umstand, dass die Beschwerdeführerin danach arbeitslos war, rechtfertigt es sich, zur Bestimmung des Valideneinkommens auf das Arbeitsverhältnis beim B. \_\_\_ abzustellen. Die Krankheit des Ehemannes bestand schon vor dem Unfall und deutet daher nicht auf eine allfällige Aufstockung des Pensums oder gar einen Stellenwechsel im Gesundheitsfall hin. Bei der Unfallmeldung vom 19. Februar 2008 gab die damalige Arbeitgeberin der Beschwerdeführerin ein volles Arbeitspensum bei einer Wochenarbeitszeit von 42,5 Stunden an (UV-act. 1). Den Lohnabrechnungen vom Februar 2007 bis Januar 2008 ist zu entnehmen, dass unabhängig von der Stempelkartenzeit ein Lohn von monatlich Fr. 3'216.-- (bzw. ab Januar 2008 monatlich Fr. 3'264.--) auf Basis von 160 Stunden ausbezahlt wurde (UV-act. 118). Es ist naheliegend, dass die vertraglich vereinbarte Wochenarbeitszeit mit Einschluss der Pausen 42,5 Stunden beträgt. Zwar hat ein Arbeitnehmer Anspruch auf eine Pause von einer halben Stunde bei einer täglichen Arbeitszeit von mehr als sieben Stunden (Art. 15 Abs. 1 lit. b des Bundesgesetzes über Arbeit in Industrie, Gewerbe und Handel [Arbeitsgesetz, ArG, SR 822.11]). Allerdings gelten diese Pausen – obwohl aus Gründen des Gesundheitsschutzes bzw. der körperlichen Überbelastung von Gesetzes wegen vorgeschrieben – nur dann als Arbeitszeit, wenn die Arbeitnehmer ihren Arbeitsplatz nicht verlassen dürfen. Damit ist jedoch nicht automatisch verbunden, dass Pausen auch bezahlt sein müssen (Art. 15 Abs. 2 ArG; Roland A. Müller, Stämpflis Handkommentar, Arbeitsgesetz, in: Thomas Geiser/Adrian von Känel/Rémy Wyler (Hrsg.), Bern 2005, N 27 zu Art. 15). Eine Anpassung an die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit hat bei der Ermittlung des Valideneinkommens nicht stattzufinden, da es sich dabei um den tatsächlich erzielten Verdienst und nicht um ein basierend auf statistischen Werten ermitteltes Einkommen handelt. Insofern ist vom von der Beschwerdegegnerin ermittelten Einkommen zum Unfallzeitpunkt beim B. \_\_\_ über Fr. 48'839.- (Lohn Basisstunden [12 x Fr. 3'264.--])

Fr. 39'168.-- + Ferienentschädigung [12% von Fr. 3'264.-- x 12] Fr. 4'700.40 + Leistungsprämie [Februar 2007 bis Januar 2008] Fr. 1'690.-- + Gratifikation Fr. 3'220.-- + Samstagszulage [Fr. 34.95 + Fr. 25.95] Fr. 60.90) auszugehen. Unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung bis in das Jahr 2011 (Jahr 2008 2%, Jahr 2009 2.1%, Jahr 2010 0.8% und Jahr 2011 1%) beträgt das Valideneinkommen Fr. 51'781.80. 6.5 Bei der Bemessung des Invalideneinkommens sind vorliegend unbestrittenermassen die Tabellenlöhne der Lohnstrukturerhebung (LSE) beizuziehen. Aufgrund der medizinischen Aktenlage ist ausgewiesen, dass die Beschwerdeführerin nur in einer vorwiegend sitzenden Tätigkeiten ihre Arbeitsfähigkeit ohne Einschränkungen in Zeit oder Leistung zu 100% ausschöpfen kann, weshalb die LSE-Tabelle TA1, Privater Sektor, Total Anforderungsniveau 4, für die Ermittlung des Invalideneinkommens Anwendung findet. Im Jahr 2010 lag der Durchschnittslohn für eine Frau bei einer wöchentlichen Arbeitszeit von 40 Stunden bei Fr. 4'225.--. Umgerechnet auf einen Jahreslohn sowie unter Berücksichtigung der im Jahr 2010 betriebsüblichen Arbeitszeit von 41.6 Stunden pro Woche ergibt dies einen Betrag von Fr. 52'728.--. Nach Anpassung an die Nominalloohnerhöhung (Jahr 2010 0.8%, Jahr 2011 1%) resultieren Fr. 53'681.30. Bestehen im Einzelfall Anhaltspunkte dafür, dass die versicherte Person ihre gesundheitlich bedingte Restarbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichen Erfolg verwerten kann, ist ein Abzug vom ermittelten Tabellenlohn von maximal 25 % vorzunehmen (BGE 126 V 75 E. 5b). Bei der Überprüfung des Abzugs, der eine Schätzung darstellt und von der Verwaltung kurz zu begründen ist, darf das Sozialversicherungsgericht sein Ermessen nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Verwaltung setzen (BGE 126 V 75, E. 6). Die zum Unfallzeitpunkt 51-jährige Beschwerdeführerin reiste im Jahr 1995 in die Schweiz ein, absolvierte einen Deutschkurs und arbeitete seitdem beim B.\_\_\_\_. In ihrer Heimat hat sie den Beruf der Elektrotechnikerin erlernt und später eine Zusatzausbildung zur Tontechnikerin absolviert. Die Beschwerdeführerin ist seit dem Jahr 2005 schweizerische Staatsbürgerin. Insofern erscheint es vertretbar, dass die Beschwerdegegnerin im vorliegenden Fall keinen Tabellenlohnabzug gewährt hat. Es ist daher von einem Invalideneinkommen in Höhe von Fr. 53'681.30 auszugehen. 6.6 Bei der Gegenüberstellung von Valideneinkommen (Fr. 51'781.--) und Invalideneinkommen (Fr. 53'681.--) resultiert kein Invaliditätsgrad.

## **E. 7**

7.1 Die versicherte Person hat Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung, wenn sie durch einen Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität erleidet (Art. 24 Abs. 1 UVG). In den Richtlinien des Anhangs 3 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) hat der Bundesrat die Bemessung der Entschädigung geregelt (Art. 25 Abs. 1 UVG). 7.2 Im Gutachten vom 10. November 2010 beurteilte Dr. I.\_\_\_\_ den rein unfallbedingten Integritätsschaden unter Berücksichtigung einer allfälligen als wahrscheinlich prognostizierten, voraussehbaren Verschlimmerung in der Zukunft mit 5% (UV-act. 218 S. 13). Auf Nachfrage präziserte er, dass er bei der Einschränkung der Sprunggelenksfunktion von der Tabelle 5 von einer geringen Arthrose mit leichter Bewegungseinschränkung des oberen Sprunggelenks ausgegangen sei und dass der Daumen rechts sowie die Hüfte links keinen Integritätsschaden ergäben (UV-act. 232, 243). Die Beschwerdeführerin erachtete diese Beurteilung als zu tief, ohne jedoch zu substantiieren, aus welchen (medizinischen) Gründen ihr eine höhere Integritätsentschädigung zustehen sollte. Entgegen ihrer Ansicht ist keine

Widersprüchlichkeit in den Ausführungen von Dr. I. \_\_\_ zu erkennen. Es sind zudem keine Gründe oder medizinische Beurteilungen ersichtlich, welche zu einer anderen Schlussfolgerung führen würden. Der Integritätsschaden von 5% entspricht dem in der von der Suva herausgegebenen Tabelle 5 vorgesehenen Wert und ist daher nicht zu beanstanden.

## **E. 8**

Dem Eventualantrag der Beschwerdeführerin, es sei eine umfassende neutrale rheumatologische/neurologische/orthopädische und psychiatrische Begutachtung vorzunehmen, ist nicht stattzugeben. Da nicht anzunehmen ist, dass weitere medizinische Abklärungen für die Beurteilung des vorliegend relevanten Sachverhalts neue Erkenntnisse bringen, kann darauf verzichtet werden (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. BGE 124 V 90, E. 4b; 136 I 229, E. 5.3).

## **E. 9**

9.1 Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). 9.2 Der Beschwerdeführerin wurde am 18. Mai 2012 die unentgeltliche Rechtsverbeiständung bewilligt (act. G 6). Sie kann indessen, wenn es ihre wirtschaftlichen Verhältnisse gestatten, zur Nachzahlung der vom Staat entschädigten Parteikosten verpflichtet werden (Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung [ZPO; SR 272] i.V.m. Art. 99 Abs. 2 des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [VRP; sGS 951.1]). Zuzufolge unentgeltlicher Rechtsverbeiständung ist der Staat zu verpflichten, für die Kosten der Rechtsvertretung der Beschwerdeführerin aufzukommen, wobei dem unentgeltlichen Rechtsbeistand lediglich ein um 20% reduziertes Honorar zusteht (vgl. Art. 31 Abs. 3 des Anwaltsgesetzes, [AnwG; sGS 963.70]; Honorarordnung für Rechtsanwälte und Rechtsagenten [HonO; sGS 963.75]). Das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen spricht in unfallversicherungsrechtlichen Verfahren gestützt auf Art. 22 Abs. 1 lit. b HonO regelmässig eine (ungekürzte) pauschale Entschädigung zwischen Fr. 3'500.-- und Fr. 4'500.-- zu. In Würdigung aller Umstände ist die Parteientschädigung auf Fr. 3'200.-- (80% von Fr. 4'000.-- einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzulegen. Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP entschieden: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben. 3. Der Staat entschädigt den Rechtsbeistand der Beschwerdeführerin mit Fr. 3'200.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer).

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