

SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2014/36 vom 7. März 2017

Sg Versicherungsgericht, 2017-03-07, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2014_36

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2014/36 du 7 mars 2017

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2014/36 del 7 marzo 2017

Regeste

Art. 6 UVG. Leistungspflicht der Unfallversicherung. Würdigung medizinischer Gutachten. Zum Zeitpunkt der Leistungseinstellung bestanden noch gewisse unfallkausale Restfolgen, die Beschwerdeführerin war jedoch adaptiert voll arbeitsfähig. Abweisung der Beschwerde (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 7. März 2017, UV 2014/36).

Erwägungen

E. 1

Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen (Heilbehandlung und Taggeld) zu Recht per 18. Juli 2013 eingestellt und den Anspruch auf eine Rente und Integritätsentschädigung verneint hat. 1.1 Ist die versicherte Person infolge des Unfalls voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]), so hat sie Anspruch auf ein Taggeld (Art. 16 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [UVG; SR 832]). Sie hat zudem Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Art. 10 UVG). Ist die versicherte Person infolge des Unfalls mindestens zu 10 Prozent invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Erleidet die versicherte Person durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen oder geistigen Integrität, so hat sie Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung (Art. 24 Abs. 1 UVG). Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustands der versicherten Person mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV) abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG). Eine Integritätsentschädigung wird gemäss Art. 24 Abs. 2 UVG mit der Invalidenrente festgesetzt oder, falls kein Rentenanspruch besteht, bei der Beendigung der ärztlichen Behandlung gewährt. 1.2 Die Unfallkausalität bildet Anspruchsvoraussetzung für sämtliche Versicherungsleistungen der Unfallversicherung. Eine Leistungspflicht des Unfallversicherers besteht demnach nur für Gesundheitsschäden, die natürlich und adäquat-kausal mit einem versicherten Unfallereignis zusammenhängen. Ursachen im Sinn des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein die gesundheitliche Beeinträchtigung nicht oder nicht in gleicher Weise oder nicht zur gleichen Zeit eingetreten wäre. Für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs ist nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Faktoren für die Schädigung verantwortlich ist, der Unfall mit anderen Worten nicht weggedacht

werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiere (BGE 129 V 177 E. 3.1 mit Hinweisen). Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Bei organischen Unfallfolgen ist die Adäquanz gemäss Rechtsprechung jedoch nicht gesondert zu prüfen, sondern sie ist in der Regel ohne weiteres anzunehmen, wenn die natürliche Kausalität feststeht (vgl. dazu BGE 129 V 181 f. E. 3.1 f.; BGE 118 V 291 f. E. 3a, 117 V 365 E. 5d/bb; ALEXANDRA RUMO-JUNGO/ANDRÉ PIERRE HOLZER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2012, S. 53 ff.; ULRICH MEYER-BLASER, Kausalitätsfragen aus dem Gebiet des Sozialversicherungsrechts, in: SZS 1994 S. 99 f. und 104). 1.3 Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, [ATSG; SR 830.1]). Danach haben die urteilenden Instanzen die Beweise frei, 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 (vgl. UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2015, N 52 ff. zu Art. 43). 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 medizinischen Fachperson begründet und nachvollziehbar sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen). Rechtsprechungsgemäss bildet das Datum des streitigen Einspracheentscheids die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (vgl. BGE 129 V 169 E. 1; KIESER, a.a.O., N 99 zu Art. 61). Spätere Arztberichte (und andere einschlägige Dokumente) sind allerdings in die Beurteilung miteinzubeziehen, soweit sie Rückschlüsse auf die im Zeitpunkt des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens gegebene Situation erlauben (BGE 121 V 366 E. 1b, Urteil des Bundesgerichts vom 30. Oktober 2009, 8C_447/2009 E. 3.5).

E. 2

Zu klären ist vorerst der Kausalzusammenhang der von der Beschwerdegegnerin über den Zeitpunkt der Leistungseinstellung hinaus geltend gemachten Beschwerden mit den Unfällen vom Mai 2010 und/oder Oktober 2011. Die Beschwerden bezüglich der Halswirbelsäule bzw. das diagnostizierte cervicovertebrale Syndrom sind dabei unbestritten vollständig unfallunabhängig (vgl. UV1-act. 209, S. 19 f., act. G12.2, S. 28). Ebenfalls unbestritten hat die Beschwerdeführerin durch die Unfälle eine Quetschverletzung des linken Daumens sowie ein Anpralltrauma des rechten Fusses mit Kontusion der Ferse und der Achillessehneninsertionsregion erlitten und in der Folge ein CRPS sowie eine Nervenschädigung entwickelt. Umstritten ist jedoch, ob nach dem 18. Juli 2013 noch ein unfallkausaler Gesundheitsschaden vorlag. Die Beschwerdegegnerin stützte sich in ihrem Einspracheentscheid vom 4. April 2014 in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf das Gutachten der SMAB vom 16. August 2013 (vgl. UV1-act. 209). Die Beschwerdeführerin spricht diesem die Beweiskraft ab (vgl. UV1-act. 236, act. G1). 2.1 Die SMAB-Gutachter beurteilten in ihrem Gutachten vom 16. August 2013 das CRPS als vollständig regredient. 2.1.1 Beim CRPS handelt es sich um eine zusammenfassende Bezeichnung für

Krankheitsbilder, welche die Extremitäten betreffen, sich nach einem schädigenden Ereignis entwickeln und durch anhaltenden Schmerz mit Störungen des vegetativen Nervensystems, der Sensibilität und der Motorik gekennzeichnet sind. Das CRPS (auch sympathische Algodystrophie, Sudeck-Syndrom; früher sympathische Reflexdystrophie) ist eine Erkrankung der Extremität, die ohne definierte Nervenläsion nach relativ geringfügigem Trauma ohne Bezug zum Innervationsgebiet eines Nervs auftritt. Es kommt am häufigsten nach distaler Radiusfraktur bei wiederholten Repositionsmanövern, einengenden Gipsverbänden oder ohne nachvollziehbare Ursache vor. Eingeteilt wird es in drei Stadien: I: Entzündungsstadium; II: Dystrophie; III: Atrophie (irreversibel). Klinische Zeichen bzw. Symptome des CRPS sind schwer lokalisierbare brennende Schmerzen (z.B. Allodynie, Hyperalgesie) zusammen mit autonomen (Ödeme, Temperatur- und Schweisssekretionsstörung, eventuell trophische Störung der Haut, Nagelveränderungen, lokal vermehrtes Haarwachstum), sensiblen und motorischen Störungen. Im weiteren Verlauf kann es zu Knochenabbau (Demineralisation), Ankylose und Funktionsverlust kommen. Das CRPS gehört zu den neurologisch-orthopädisch-traumatologischen Erkrankungen und ist ein organischer bzw. körperlicher Gesundheitsschaden (Urteil des Bundesgerichts vom 19. Februar 2011, 8C_1021/2010 E. 7 mit weiteren Hinweisen).

2.1.2 In ihrem Gutachten vom 16. August 2013 stellten die SMAB-Gutachter die unfallrelevanten Diagnosen Status nach Quetschverletzung des linken Daumens mit Status nach ossärem Beugesehnenauriss an der Basis der Endphalanx mit Gelenkbeteiligung im Ansatzbereich des Musculus flexorum digitorum profundus und Status nach abgelaufenem CRPS sowie eine neurologisch dokumentierte diskrete Hypästhesie des linken Daumenendgliedes als Folge der Quetschverletzung. Weiter bestehe ein Status nach Anpralltrauma der rechten Ferse mit Kontusion der Ferse und der Achillessehneninsertions-Region. Die im MRI beschriebene Bursitis subachillea und Peritendinitis der Achillessehne habe keinen pathologisch-topographischen Bezug zur vorgeführten Einschränkung der Steh- und Gehfähigkeit. Ein nach der Quetschverletzung des linken Daumens interkurrent aufgetretenes CRPS gelte inzwischen als vollständig regredient. Neurologisch sei eine verbliebene diskrete Gefühlsempfindung (Hypästhesie) des linken Daumenendgliedes beschrieben worden. Alle darüber hinausgehenden subjektiv vorgetragenen Beschwerden – einschliesslich der behaupteten Einschränkung der Beugefähigkeit des Endgliedes – könnten pathomorphologisch weder klinisch noch bildgebend zugeordnet werden. Sodann könnten Folgen des Anpralltraumas der rechten Ferse weder klinisch noch bildgebend ausgemacht werden. Die im MRI beschriebene Bursitis subachillea und die Peritendinitis der Achillessehne könne nicht als traumaverursacht erklärt werden. Der Aspekt, dass die Beschwerdeführerin beim Stehen und Gehen den Fersenauftritt schone und nur den Vorfuss belaste, sei ohne Bezug zum Trauma vom 14. Oktober 2011. Es sei nicht auszuschliessen, dass die im MRI beschriebenen Befunde eine Folge der funktionellen Fehlbelastung des rechten Fusses seien. Deren Verursachung gründe rein im Verhalten der Versicherten und nicht auf traumaverursachten Gewebeschädigungen (UV1-act. 209, S. 20).

2.1.3 Mit Stellungnahme vom 3. Oktober 2013 liess die Beschwerdeführerin undatierte Fotos einreichen, auf welchen Schwellungen des linken Daumens und des rechten Fusses erkennbar sind (UV1-act. 223). Die SMAB-Gutachter führten dazu aus, anlässlich ihrer orthopädischen und neurologischen Untersuchung hätten keine Schwellungen im Bereich der linken Hand und des rechten Fusses festgestellt werden können. Es sei ausdrücklich darauf hingewiesen worden, dass der MRI-beschriebene Befund einer Bursitis subachillea

und einer Peritendinitis der Achillessehne die Folge einer funktionellen Fehlbelastung des rechten Fusses sein könnten. Das gleiche gelte für die linke Hand, wo im MRI vom 17. Juli 2013 wenig Flüssigkeit im MCP I festgestellt worden sei. Diese Fehlbelastungen gründeten jedoch nicht auf traumaverursachten Gewebeschädigungen. Es sei nicht ausgeschlossen, dass diese Fehlbelastungen zu leichten temporären Schwellungen führen könnten. Ein Zusammenhang mit den beschriebenen Traumen könne nicht gesehen werden. Im Übrigen kontrastierten die MRI-Abklärungsbefunde erheblich mit der vorgelegten Fotodokumentation. Die auf der Fotodokumentation ersichtliche deutliche Schwellung und Hämatomfärbung wäre in einer MRI-Abklärung nicht zu übersehen gewesen. Es sei darauf hinzuweisen, dass die Beschwerdeschilderung und der Beschwerdeverlauf der Beschwerdeführerin ungewöhnlich seien. Die geklagten Beschwerden seien mit objektiven Befunden nicht erklärbar (UV1-act. 226). Entgegen den Ausführungen der Beschwerdeführerin (vgl. act. G1) bestritten die SMAB-Ärzte nicht explizit die Authentizität der Fotos, sondern hielten lediglich fest, sie seien mit den MRI-Aufnahmen nicht vereinbar und liessen sich wohl einzig mit der Fehlbelastung erklären. Auf den mit der Einsprache vom 2. Dezember 2013 eingereichten, mit 6. bzw. 7. Oktober 2013 datierten Fotos, welche sich lediglich als schwarz-weiss Kopien bei den Akten finden, lassen sich sodann aus der Sicht eines medizinischen Laien, abgesehen von einer allenfalls leichten Schwellung des linken Daumenendgliedes und der rechten Ferse, keine Auffälligkeiten erkennen (UV1-act. 236). Auf den mit der Beschwerde eingereichten Fotos sind ebenfalls (leichte) Schwellungen und Hautverfärbungen erkennbar (vgl. act. G1.2). Mit der Beschwerdegegnerin (act. G3) ist der Erklärung der SMAB zu folgen, wonach sich solche Schwellungen durch nicht unfallbedingte Fehlbelastungen erklären lassen. Im SMAB-Gutachten vom 13. Mai 2015 wurden erneut keine Schwellungen, Hämatome oder andere Symptome eines CRPS festgestellt, obwohl die Beschwerdeführerin gemäss eigenen Angaben vor der Untersuchung eine Strecke von mindestens 500 Metern zu Fuss zurückgelegt hatte (act. G12.2, S. 30). Es erscheint nicht nachvollziehbar, dass die eingereichten Fotos wie von der Beschwerdeführerin geltend gemacht dem Normalzustand entsprechen sollen (vgl. act. G1), die Symptome jedoch bei den beiden letzten SMAB Untersuchungen nicht festgestellt werden konnten. Es ist damit davon auszugehen, dass die zum Zeitpunkt der Leistungseinstellung offenbar noch teilweise auftretenden Schwellungen und Hautauffälligkeiten durch Fehlbelastungen bedingt sind und kein CRPS mehr vorliegt.

2.1.4 Die Beschwerdeführerin bringt weiter vor, die Diagnostik eines CRPS sei höchst anspruchsvoll, komplex und die Abklärung könne sich nicht in einer einmaligen Untersuchung erschöpfen. Die Begutachtung der SMAB sei überhaupt nicht CRPS spezifisch durchgeführt worden. Eine Auseinandersetzung mit den sogenannten "Budapest-Kriterien", welche für die Diagnostik von zentraler Bedeutung seien, sei dem Gutachten nicht zu entnehmen. Hingegen sei auf die Bildgebung verwiesen worden, obwohl diese für die Diagnostik von untergeordneter Bedeutung sei bzw. hauptsächlich der Differentialdiagnose (Ausschluss anderer Erkrankungen) diene (act. G1). Entgegen den Ausführungen der Beschwerdeführerin setzten sich die Gutachter mindestens teilweise mit den "Budapest-Kriterien" (vgl. dazu http://www.schmerz-nottwil.ch/files/pdf4/13_CRPS_5.11.pdf, eingesehen am 1. März 2017; auszugsweise eingereicht als act. G1.4) auseinander. So führten sie aus, es bestünden keine trophischen Störungen der oberen Extremität, abgesehen von einer symmetrisch mässig ausgeprägten Cubiti valga bestünden keine weiteren Aspekte eines Hypermobilitätssyndroms. Die Beweglichkeit in den Armgelenken sei beidseits frei, es

bestehe keine erkennbare muskuläre Atrophie. Die Hauttemperatur beider Beine sei seitengleich. Es bestünden keine Ödeme und keine trophischen Störungen in den Beinen. Die Beweglichkeit in allen Gelenken der unteren Extremitäten sei frei (UV1-act. 209, S. 13 f.). Am linken Daumenendglied bestehe eine diskrete Hypästhesie (UV1-act. 209, S. 19). Sie folgerten, für die umfangreich geltend gemachten Beschwerden hätten keine adäquat korrelierenden klinisch-pathologischen Befunde ausfindig gemacht werden können. Für die subjektiv mitgeteilte schmerzhaftige Beugeeinschränkung des Endgliedes des linken Daumens finde sich weder klinisch noch im MRI eine plausible korrelierende Erklärung. Für die vorgeführte Minderbelastbarkeit des rechten Fusses und der linken Hand finde sich keine pathomorphologische Erklärung (UV1-act. 209, S. 16). Obwohl sie die "Budapest-Kriterien" nicht konkret erwähnten, kann den Gutachtern damit nicht vorgeworfen werden, sie hätten sich nicht damit befasst.

2.1.5 Auch weitere aktenkundige medizinische Berichte deuten auf die (vollständige) Regredienz des CRPS hin. So diagnostizierte Dr. D.____ bereits am 18. Mai 2012 einen Status nach durchgemachter Sudeckkrankheit des linken Handgelenks (vgl. UV2-act. 1) und ging somit davon aus, das CRPS der linken Hand sei (vollständig) regredient. Dr. G.____ diagnostizierte am 3. September 2012 zwar am linken Daumen und rechten Fuss ein CRPS I, erwähnte jedoch, die geschilderte Symptomatik, die radiologischen Verlaufsbefunde des linken Daumens mit zunehmender Osteopenie sowie die klinischen und elektrographischen Untersuchungsbefunde passten "zu einem abgelaufenen CRPS an der linken Hand und am rechten Fuss" (UV1-act. 154). Folglich ging auch sie von einem regredienten bzw. mindestens gebesserten CRPS aus. Zudem wies sie darauf hin, dass bei weiterer Behandlung allenfalls eine Besserung möglich sei (UV1-act. 154). Die Rehaklinik Bellikon erwähnte am 15. Mai 2013 einen Status nach abgelaufenem CRPS I des linken Daumens sowie ein CRPS I der rechten Ferse (UV1-act. 194). Weitere im SMAB-Gutachten vom 13. Mai 2015 aufgeführte Arztberichte stützen gemäss den nachvollziehbaren Ausführungen der Gutachter die Einschätzung, wonach das CRPS I vollständig regredient sei (vgl. act. G12.2, S. 21 ff.).

2.1.6 Mit Gutachten vom 13. Mai 2015 diagnostizierten die SMAB-Ärzte mit Auswirkung auf die Arbeitsunfähigkeit nur das unbestrittenermassen unfallabhängige degenerative HWS-Syndrom (act. G12.2, S. 28). Die aktuelle neurologische Untersuchung an der linken Hand und dem rechten Fuss verlaufe vollkommen unauffällig ohne Hinweise für eine Störung der Motorik, Sensibilität und Trophik. Das HWS-Syndrom führe zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der letzten beruflichen Tätigkeit als Servicekraft in der Grössenordnung von 20%. Ansonsten sei die Arbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit zu 100% gegeben (act. G12.2, S. 29 f.). Das Gutachten bestätigt damit die frühere medizinische Beurteilung der SMAB, wonach kein CRPS mehr vorliegt.

2.1.7 Zusammenfassend ist die Diagnose eines CRPS bezüglich der Quetschverletzung des linken Daumens und des Anpralltraumas der rechten Ferse im Zeitpunkt der Leistungseinstellung nicht mehr mit dem notwendigen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen.

2.2 Die SMAB-Gutachter hielten in ihrem Gutachten vom 16. August 2013 ausserdem die unfallrelevante Diagnose einer neurologisch dokumentierten diskreten Hypästhesie des linken Daumenendgliedes als Folge der Quetschverletzung vom Mai 2010 fest (UV1-act. 209, S. 20). Sie beurteilten, aufgrund der persistierenden diskreten Hypästhesie des linken Daumenendgliedes bestehe ab dem 18. Juli 2013 für die bisherige Tätigkeit als Serviceangestellte eine Arbeitsfähigkeit von 50%. In einer angepassten Tätigkeit ohne permanenten Kontakt mit dem linken Daumenendglied und ohne Arbeiten, bei denen feinmotorische Bewegungsabläufe der linken Hand im

Vordergrund stünden, seien 100% zumutbar. Die diskrete Hypästhesie im linksseitigen Daumenendglied entspreche einem Integritätsschaden von 2% (UV-act. 209, S. 21 und 27 f.). Diese, durch die SMAB-Gutachter nachvollziehbar begründete Einschränkung wurde in der Folge nicht bestritten und liegt der Verfügung vom 30. Oktober 2013 (UV1-act. 227) sowie dem Einspracheentscheid vom 4. April 2014 (UV1-act. 239) zugrunde. In ihrem Gutachten vom 13. Mai 2015 hielten die SMAB-Gutachter sodann fest, im Vergleich zur letzten neurologischen Begutachtung vom 18. Juli 2013, wo im Lokalbefund der linken Hand noch eine Hypästhesie nachweisbar gewesen sei, sei eine Besserung eingetreten (act. G12.2, S. 29 f.). Sie zweifelten jedoch die frühere Diagnose einer Hypästhesie des linken Daumenendgliedes als Folge der Quetschverletzung nicht an. Damit bestand zum massgeblichen Zeitpunkt überwiegend wahrscheinlich eine unfallkausale Hypästhesie, welche sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkte.

2.3 Hausärztin Dr. med. J.____, Innere Medizin FM, erwähnte am 8. Januar 2014 eine komplexe somatoforme Störung, welche in besonderem Masse das Bewegungssystem betreffe und zu einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit führe (vgl. UV1-act. 237). Die SMAB-Gutachter vermuteten bzw. diagnostizierten am 16. August 2013 ebenfalls eine Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.0), verneinten aber eine diesbezügliche Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Gleiches gelte für die Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10: F43.21) (UV1-act. 209, S. 18 f.). Am 13. Mai 2015 beurteilten sie sodann, es liege eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) sowie Angst und depressive Störung, gemischt (ICD-10: F45.41) vor, welche sich jedoch nicht auf die Arbeitsfähigkeit auswirkten (act. G12.2, S. 26 ff.). Dr. J.____ stellte nur psychiatrische Diagnosen, deren Unfallkausalität ausser Betracht fällt (vgl. BGE 115 V 133).

2.4 Bei der Würdigung der medizinischen Situation fällt weiter ins Gewicht, dass die SMAB-Gutachten vom 16. August 2013 und 13. Mai 2015 auf umfassender Aktenkenntnis sowie polydisziplinären eigenen Untersuchungen beruhen, das gesamte Leidensbild der Beschwerdeführerin berücksichtigen und die auf dieser Grundlage gezogenen Schlüsse nachvollziehbar sind. Aus den von der Beschwerdeführerin vorgebrachten Einwänden ergeben sich zudem keine objektiven Gesichtspunkte, welche die Gutachter ausser Acht gelassen hätten. Schliesslich wurden auch keine zwischen dem SMAB-Gutachten vom 16. August 2013 und dem umstrittenen Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 4. April 2014 (UV1-act. 239) eingetretenen massgeblichen Veränderungen mit negativen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit geltend gemacht und solche ergeben sich auch nicht aus den Akten. Im Gegenteil ergibt sich aus dem SMAB-Gutachten vom 13. Mai 2015 eine seit dem letzten Gutachten vom 16. August 2013 eingetretene gesundheitliche Verbesserung. Ein Obergutachten erübrigt sich. Die inzwischen drei Gutachten der SMAB sowie eine Stellungnahme zur Fotodokumentation sind umfassend und setzen sich auch mit dem Verlauf des Gesundheitszustandes auseinander. Es kann darauf abgestellt werden.

2.5 Damit ist mit der Beschwerdegegnerin davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der Leistungseinstellung unter Berücksichtigung der unfallkausalen Hypästhesie des linken Daumenendglieds in einer adaptierten Tätigkeit zu 100% arbeitsfähig war. Hinsichtlich der weiteren von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden ist eine unfallbedingt erklärbare Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit im Zeitpunkt der Leistungseinstellung nicht mit dem notwendigen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen.

E. 3

3.1 Die Beschwerdeführerin ist überwiegend wahrscheinlich seit 18. Juli 2013 für eine adaptierte Tätigkeit wieder zu 100% arbeitsfähig und es kann durch weitere medizinische Behandlung nicht mehr mit einer namhaften Verbesserung des Gesundheitszustandes gerechnet werden. Die Beschwerdegegnerin hat damit zurecht die Rentenfrage geprüft (vgl. Art. 19 Abs. 1 UVG). 3.2 Ein zentrales Element der Bemessung des zumutbaren Invalideneinkommens - und damit indirekt des Invaliditätsgrads - ist in aller Regel der Grad der verbliebenen Arbeitsfähigkeit. Ausgehend von einer 100%igen Arbeitstätigkeit in der angestammten Tätigkeit als Hilfsarbeiterin (Servicemitarbeiterin) im Validenfall und einer Arbeitsfähigkeit von 100% für eine adaptierte Hilfsarbeitertätigkeit im Invalidenfall erübrigt sich die Vornahme eines konkreten Einkommensvergleichs, da – vor dem Hintergrund dessen, dass die Beschwerdeführerin stets unterdurchschnittlich verdient hat (vgl. UV1-act. 103) und vorliegend keine Gründe für einen Leidensabzug ersichtlich sind – offensichtlich kein rentenbegründender Mindestinvaliditätsgrad von 10% resultiert. Die Beschwerdegegnerin hat damit einen Rentenanspruch zu Recht verneint. 3.3 Mit Gutachten vom 16. August 2013 schätzten die SMAB-Gutachter den Integritätsschaden aufgrund der damals noch festgestellten diskreten Hypästhesie des linken Daumenendglieds nachvollziehbar auf 2% (UV1-act. 209). Eine höhere Integritätsentschädigung rechtfertigt sich mangels weiterer unfallkausaler Restfolgen nicht. Da gemäss Anhang 3 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) Integritätsschäden unter 5% keinen Anspruch auf eine Integritätsentschädigung auslösen, ist die Verneinung eines entsprechenden Anspruchs nicht zu beanstanden.

E. 4

4.1 Im Sinne der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde vollumfänglich abzuweisen. 4.2 Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). 4.3 Ausgangsgemäss hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung. Als Versicherungsträger hat die obsiegende Beschwerdegegnerin praxismässig keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung, soweit - wie vorliegend - die Prozessführung der Gegenpartei nicht als mutwillig oder leichtsinnig zu bezeichnen ist (vgl. KIESER, a.a.O., N 199 zu Art. 61). Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben. 3. Für dieses Verfahren wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

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