

# **SO\_GERICHTE VSBES.2014.258 vom 26. August 2014**

SO Obergericht, 2014-08-26, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2014.258](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2014.258)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2014.258 du 26 août 2014

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2014.258 del 26 agosto 2014

## **Erwägungen**

### **E. 1**

1.1 Mit Schadenmeldung UVG vom 14. September 2009 (SA [Suva-Akte] 190) wurde der Suva (nachfolgend Beschwerdegegnerin) mitgeteilt, A.\_\_\_\_ (nachfolgend Beschwerdeführerin), geb. 1952, habe am 3. September 2009 beim Kommissionieren ein am Boden liegendes Palet übersehen, sei gestolpert und gestürzt. Als Verletzung wurde eine Prellung des Schädels angegeben. Im ärztlichen Zwischenbericht vom 12. November 2009 (SA 5) hielt der Hausarzt der Beschwerdeführerin, Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Medizin FMH, als Diagnose eine posttraumatische Nekrose Os pisiforme am Handgelenk links fest. Mit Bericht vom 8. Januar 2010 (SA 13) diagnostizierte Dr. med. B.\_\_\_\_ zudem eine TFC-Läsion am rechten Handgelenk.

1.2 Aufgrund persistierender Beschwerden holte die Beschwerdegegnerin weitere medizinische Berichte sowie bei ihrer versicherungsmedizinischen Abteilung eine neurologische und eine chirurgische Aktenbeurteilung ein (SA 141, 149). Zudem liess sie einen allfälligen Integritätsschaden prüfen (SA 187).

1.3 Gestützt darauf kam die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 7. Juni 2013 (SA 188) zum Schluss, die Taggeldleistungen seien per 30. April 2013 einzustellen und die Beschwerdeführerin habe keinen Anspruch auf Rentenleistungen oder eine Integritätsentschädigung. Dagegen liess die Beschwerdeführerin am 9. Juli 2013 Einsprache erheben (SA 191).

Am 4. Februar 2014 erliess die Beschwerdegegnerin eine neue Verfügung (SA 200). Auch mit dieser Verfügung verneinte die Beschwerdegegnerin den Leistungsanspruch hinsichtlich Rentenleistungen und Integritätsentschädigung. Die dagegen am 7. März 2014 erhobene Einsprache (SA 202) wies die Beschwerdegegnerin mit Entscheid vom 26. August 2014 (A.S. [Akten-Seite] 1 ff.) ab.

2. Gegen diesen Entscheid lässt die Beschwerdeführerin am 26. September 2014 fristgerecht Beschwerde beim Versicherungsgericht erheben (A.S. [Akten-Seite] 16 ff.) mit den Rechtsbegehren:

1. Die Beschwerde sei gutzuheissen und der Einsprache-Entscheid vom 26. August 2014 aufzuheben.

2. Es sei ein externes medizinisches Gutachten zur Frage der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin und insbesondere zur Frage der Unfallkausalität der Handgelenksproblematik rechts einzuholen.

3. Der Beschwerdeführerin sei eine Rente und eine Integritätsentschädigung zuzusprechen.

4. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

3. Mit Beschwerdeantwort vom 27. Oktober 2014 (A.S. 31 ff.) schliesst die Beschwerdeführerin auf Abweisung der Beschwerde.
4. Mit Stellungnahme vom 23. Dezember 2014 (A.S. 50 ff.) hält die Beschwerdeführerin an ihren gestellten Rechtsbegehren fest.
5. Mit Stellungnahme vom 22. Januar 2015 (SA 61 ff.) verweist die Beschwerdeführerin im Wesentlichen auf ihre bisherigen Ausführungen.
6. Mit Schreiben vom 9. Februar 2015 (A.S. 65) lässt sich die Beschwerdeführerin vernehmen.
7. Mit Verfügung vom 10. Juli 2015 (A.S. 69 f.) hält der Präsident des Versicherungsgerichts fest, es sei vorgesehen, eine handchirurgische Begutachtung zu veranlassen.
8. Mit Verfügung vom 16. September 2015 (A.S. 85 f.) wird zur Ausarbeitung des Gutachtens Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädie und Handchirurgie, bestimmt.
9. Das handchirurgische Gutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_ ergeht am 30. Dezember 2016 (A.S. 92 ff.).
10. Mit Stellungnahmen vom 27. Januar 2017 (A.S. 144 f.) bzw. 3. März 2017 (A.S. 150 ff.) lassen sich die Parteien abschliessend vernehmen.
11. Auf die weiteren Ausführungen der Parteien in ihren Rechtsschriften wird im Folgenden, soweit erforderlich, eingegangen.

## II.

1. Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten.

### **E. 2**

2.1 Ist der Versicherte infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat er Anspruch auf ein Taggeld (Art. 16 Abs. 1 Bundesgesetz über die Unfallversicherung [UVG, SR 832.20]). Dieses beträgt bei voller Arbeitsunfähigkeit 80 % des versicherten Verdienstes; bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit wird es entsprechend gekürzt (Art. 17 Abs. 1 UVG).

2.2 Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]).

### **E. 3**

3.1 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers gemäss Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten

oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität des Versicherten beeinträchtigt hat, der Unfall mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiel (BGE 129 V 181 E. 3.1, 119 V 337 E. 1, 118 V 289 E. 1b, je mit Hinweisen).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis oder einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall der Richter im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 181 E. 3.1, 119 V 338 E. 1, 118 V 289 E. 1b, je mit Hinweisen).

3.2 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als ad-äquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 181 E. 3.2, 123 V 103 E. 3d, 139 E. 3c, 122 V 416 E. 2a, 121 V 49 E. 3a mit Hinweisen).

5. Streitig und zu prüfen ist vorliegend, ob die Beschwerdegegnerin den Anspruch der Beschwerdeführerin auf Rentenleistungen sowie auf eine Integritätsentschädigung zu Recht verneint hat. Zur Beurteilung des Streitgegenstandes sind im Wesentlichen folgende medizinischen Akten von Belang:

5.1 Im Bericht betreffend MRT des Handgelenk links vom 18. September 2009 (SA 2) wurde als Indikation «Sturz auf die linke Hand vor 2 Wochen» angegeben und zur Beurteilung festgehalten: «Zarte Infraktion des Os pisiforme ohne Gelenkbeteiligung», «angrenzend leichte Weichteilimbibierung».

5.2 Im ärztlichen Zwischenbericht vom 12. November 2009 (SA 5) hielt der Hausarzt der Beschwerdeführerin, Dr. med. B.\_\_\_\_, als Diagnose eine posttraumatische Nekrose Os pisiforme am Handgelenk links fest.

5.3 Aufgrund der diagnostizierten Nekrose Os pisiforme links wurde am 16. November 2009 eine operative Entfernung des Os pisiforme links vorgenommen (SA 12).

5.4 Am 17. Dezember 2009 wurde aufgrund der Indikation «St. n. Sturz auf beide Hände mit Schmerzen und Schwellung der ganzen rechten Hand» eine MRT Arthographie Handgelenk rechts durchgeführt (SA 115), welche folgende Beurteilung ergab:

·Radial gelegene Perforation der TFC nach palmar 1A. Keine Hinweise auf ein Bone bruise oder Osteonekrose der Handwurzelknochen.

·V.a. kleine Ganglionzyste dorsal der proximalen Handwurzelknochen sowie kleine Ganglionzyste angrenzend zur Basis Metacarpale II radialeseits.

·Beginnende Rhizarthrose.

5.5 Mit Bericht vom 6. Januar 2010 (SA 14) diagnostizierte Dr. med. B.\_\_\_\_ zusätzlich eine TFC-Läsion am rechten Handgelenk und hielt fest, die Beschwerdeführerin sei am 3. September 2009 auf beide Handgelenke und das Kinn gefallen. Zusätzlich wahrscheinlich auch durch die Mehrbelastung der rechten Hand, habe sie immer mehr Schmerzen im rechten Handgelenk verspürt, obwohl diese Hand kurz nach dem Unfall nur geringe Beschwerden aufgewiesen habe.

5.6 Prof. Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt FMH Chirurgie, spez. Handchirurgie, nannte in seinem Bericht vom 14. Januar 2010 (SA 18) als Diagnosen einen Diskusriss rechts und einen fraglichen Diskusschaden links bei Ellenplussituation und Nervenirritation des Ulnaris nach Pisiformeentfernung.

5.7 Am 1. Februar 2010 wurde aufgrund des diagnostizierten Diskusrisses radial bei Ulna-Plus links eine operative Ulnaverkürzung um 1.5 mm vorgenommen (SA 23).

5.8 Im Zwischenbericht vom 3. August 2010 (SA 49) hielt Prof. Dr. med. I.\_\_\_\_ fest, nach der Operation vom 1. Februar 2010 sei ein extrem ungewöhnlich zögerlicher Verlauf mit sehr langsamer Wiedergewinnung der Beweglichkeit bis etwa Anfang Juni feststellbar gewesen. Damals sei die Rückkehr in die Berufstätigkeit angesprochen worden. Seitdem sei es zu einer kontinuierlichen Verschlechterung der Beweglichkeitsmasse und Zunahme der geklagten Beschwerden gekommen. Die Beschwerdeführerin könne sich nicht vorstellen, dass in ihrem Betrieb eine für sie geeignete Tätigkeit gefunden würde. Für Bücher herumschleppen ■ dies sei ihre Tätigkeit ■ sehe sie sich ausserstande.

5.9 Prof Dr. med. I.\_\_\_\_ hielt in seinem Bericht vom 22. März 2011 (SA 67) bezüglich des am 18. März 2011 durchgeführten Arthro-MRI des Handgelenks links (SA 66) fest, das MRI zeige den Diskus verheilt, diskrete Arthrosezeichen am Carpus, aber vor allem eine Knickung der distalen Elle, etwa 2 cm proximal des Ellenendes mit Dorsalabweichen des distalen Ellenendes und Palmarversatz des Carpus gegen die Elle. Ein Unfall (im Kindesalter) sei der Beschwerdeführerin nicht rememberlich. Dass diese Verformung ursächlich für die Schmerzen im distalen ulnaren Carpus sei, werde gestützt durch die weitgehend aufgehobene Supination und die konstanten Schmerzen an der ulnaren Handkante.

5.10 Dr. med. J.\_\_\_\_, Kreisärztin, Fachärztin für Chirurgie FMH, führte in ihrem Untersuchungsbericht vom 12. April 2011 (SA 69) aus, die beklagten Beschwerden im Bereich des rechten und linken Handgelenks seien zum Teil aufgrund der objektivierbaren Verletzung rechts, Diskus links, Zustand nach Diskusnaht und Entfernung des Os pisiforme und Ulnaverkürzung als unfallkausal anzusehen. Der Integritätsschaden erreiche aktuell noch nicht das entschädigungspflichtige Ausmass von 5 %. Eine angepasste Tätigkeit, leicht wechselbelastend ohne das Heben und Tragen von grossen Gewichten (5 kg links / 10 kg rechts), keine repetitiv belastenden Umwendbewegungen, keine dauernde Beanspruchung der Feinmotorik, kein Bedienen von vibrierenden Maschinen, sei ganztags zumutbar.

5.11 Dr. med. K.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Orthopädie und Handchirurgie, stellte in seinem Bericht vom 17. Mai 2011 (SA 79) die Diagnose einer Posttraumatischen DRUG-Instabilität am Handgelenk links. Sicherlich habe bei seinerzeitigem Trauma eine Läsion des Disc-Apparates stattgefunden. Ob jedoch neben der Läsion des Discus ulnaris

auch eine Läsion der radio-ulnaren Bänder stattgefunden habe, lasse sich im Nachhinein nur begrenzt beurteilen. Die erfolgte Naht des Discus ulnaris habe das Problem nicht gelöst. Die Ulnaverkürzungsosteotomie hätte eine Verbesserung der DRUG-Stabilität durch Anspannen der radio-ulnaren Bänder bringen sollen. Da dies ausgeblieben sei, dürfe angenommen werden, dass zumindest eines der Bänder nicht mehr suffizient gewesen sei.

5.12 Dr. med. L.\_\_\_\_, Spezialarzt für Neurologie FMH, führte in seinem Bericht vom 10. November 2011 (SA 91) aus, anlässlich der EMG-Untersuchung habe eine relevante periphere Läsion des N. Ulnaris oder Medianus für die angegebenen Beschwerden weitgehend ausgeschlossen werden können. Hingegen zeigten sich im EMG diskrete, chronisch neurogene Denervationszeichen im Myotom C8/Thl. Die Anamnese (Sturz mit gestreckten Armen) mit unmittelbar danach Paresen im Schultergürtelbereich, Sensibilitätsstörungen im linken Arm, zusammen mit dem heutigen EMG-Befund sprächen für eine traumatisch bedingte Läsion des Plexus brachialis links.

5.13 In der neurologischen Aktenbeurteilung vom 28. Juni 2012 hielt Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie FMH, Suva Versicherungsmedizin (SA 141), fest, rechtzeitig zum Unfall vom 3. September 2009 seien im Bereich der rechten Hand oder des rechten Armes keine Beschwerden dokumentiert. Solche seien erstmalig im Bericht von Dr. med. B.\_\_\_\_ vom 6. Januar 2010 dokumentiert worden. Bezüglich der von der Beschwerdeführerin im Rahmen der kreisärztlichen Untersuchung am 26. März 2012 auch auf der rechten Seite angegebenen neurologisch anmutenden Symptomatik sei, neurologisch beurteilt, rechtzeitig zum Unfall vom September 2009 kein Korrelat zu finden. Des Weiteren resultiere aus einer möglichen indirekt unfallbedingten Reizung des N. ulnaris links keine wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin. Diese Einschätzung werde durch die Angaben von Dr. med. M.\_\_\_\_ von der Klinik N.\_\_\_\_ nach der Untersuchung am 11. Mai 2012 bestätigt.

5.14 In der chirurgischen Aktenbeurteilung vom 9. August 2012 führte Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie FMH, Suva Versicherungsmedizin (SA 149), aus, hinsichtlich des rechten, dominanten Handgelenks fänden sich in den Akten keine bzw. widersprüchliche Angaben, wie und in welcher Form sich die Beschwerdeführerin verletzt habe. So seien aus den Akten unmittelbar nach dem Unfall sowie in den folgenden Wochen keine echtzeitlichen Hinweise auf diesbezügliche Beschwerden ersichtlich. Der einzige und indirekte Hinweis, dass beim Sturz vom 3. September 2009 auch das rechte Handgelenk betroffen gewesen sei, sei ein am gleichen Tag von Dr. med. F.\_\_\_\_ angefertigtes Röntgenbild der rechten Hand, auf dem keine ossären Verletzungen zu erkennen seien. Hinweise auf intermittierende Beschwerden ulnar im rechten Handgelenk fänden sich erst in einem Bericht des E.\_\_\_\_ vom 8. Januar 2010, vier Monate nach dem Unfall. Im schriftlichen Befundbericht zur Kernspintomographie vom 17. Dezember 2009 werde ein vertikaler Riss des Discus triangularis zentral radialeseits festgehalten, der als TFCC-Läsion vom Typ Palmer 1a klassifiziert werde. Gemäss der Klassifikation von Palmer gälten Discusläsionen der Klasse I als traumatisch und solche der Klasse II als verschleissbedingt. Diese ätiologische Unterteilung gelte jedoch aufgrund der neueren Literatur als fraglich. Denn man finde solche Discusschäden auch vom Typ Palmer 1a und 1b sowohl bei symptomatischen als auch asymptomatischen Handgelenken. Liege wie bei der Beschwerdeführerin eine Ulna-Plus-Variante vor, könne auch ohne Unfallereignis mit einem Discusschaden gerechnet werden. Da sich die Ulna in ihrer Lagebeziehung zum Radius mit zunehmendem Alter immer mehr zur Ulna-Plus-Variante hin verschiebe, erkläre

sich dann auch die Zunahme von Discusdefekten mit zunehmendem Alter. Laut Hempfling könne eine (traumatische) Discusruptur nur dann angenommen werden, wenn es zu einer gleichzeitigen Ruptur der Ligg. radioulnaria palmare und dorsale gekommen sei. Dies führe dann zwangsläufig zu einer Instabilität des distalen Radioulnargelenkes. Bei der Beschwerdeführerin sei im ganzen Verlauf jedoch klinisch nie eine Instabilität des rechten distalen Radioulnargelenkes beschrieben worden. Damit bleibe es fraglich, ob die kernspintomographisch festgestellte TFCC-Läsion auch die Beschwerden im rechten Handgelenk zu erklären vermöge. So sei ihm bei der Durchsicht der Originalbilder in der koronalen Schnittführung eine proximal im Os triquetrum gelegene Signalstörung aufgefallen, die auf ein Knochenmarksödem hinweise, ein Befund wie er für eine ulnare Impaktation typisch sei, welche durch eine Überlänge der distalen Ulna entstehe, die ihrerseits zu einer vermehrten axialen Druckbelastung sowohl des TFCC als auch des Os triquetrum führe. Die TFCC-Läsion sei somit im Fall der Beschwerdeführerin mit grösserer Wahrscheinlichkeit auf einen vermehrten Verschleiss infolge Überlänge der distalen Ulna und nicht auf eine einmalige traumatische Einwirkung zurückzuführen.

5.15 In der ärztlichen Beurteilung vom 16. Oktober 2012 (SA 169) hielt Kreisarzt Dr. med. O.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeinmedizin, hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin fest, unfallbedingt bestehe von Seiten der rechten Hand keine Einschränkung. Unfallbedingt sei aufgrund der objektivierbaren Befunde und der durchgeführten Operationen von einer regelmässigen Belastbarkeit des linken Handgelenks von 2 kg, gelegentlich bis 5 kg auszugehen. Eine Tätigkeit im bisherigen Bereich im Buchhandel sei zumutbar, sofern es nicht zwingend notwendig sei, einen Stoss von 10 schweren Büchern auf einmal zu tragen. Beidhändig sollte das Heben und Tragen von Lasten bis zu 5 kg regelmässig möglich sein, gelegentlich bis 10 kg.

5.16 Im ärztlichen Zeugnis vom 2. Mai 2013 (SA 185) wurde von Dr. med. F.\_\_\_\_ als Auszug der elektronischen Krankengeschichte vom 3. September 2009 folgendes aufgeführt:

«03.09.2009

Problem: Unfall

Subjektiv: zuvor Stolpersturz über Palette, Aufprall Kinn und Hände, Te-Rappel zuletzt, will keine WV!!

Objektiv: AZ gut, wenig klaffende Wunde Kinn, Handgelenk links gut aber leicht dolent beweglich, Handrücken rechts mit massivem Bluterguss über MCP III, keine ossären DDo soweit prüfbar, Rx Handplatte: Fissur eher unwahrscheinlich, Riss in Unterlippe re klein, DDo Unterkiefer

Analyse: RQW Kinn

sc-Blutung Handrücken rechts

Prozedere: Steri-Strip

Hepagel-Verband Handrücken

Lokal NSAID

Deckverband mit Tegaderm

Td-pur OA links (bitte noch eintragen)

Ko HA am Samstag, AUF 100 % im BZ ab jetzt»

Aus diesen Unterlagen gehe seines Erachtens unzweideutig hervor, dass am 3. September 2009 auch eine Traumatisierung der rechten Hand stattgefunden habe.

5.17 In der ärztlichen Beurteilung vom 17. Mai 2013 (SA 187) kam Kreisarzt Dr. med. O.\_\_\_\_ zum Schluss, dass der Integritätsschaden kein entschädigungspflichtiges Ausmass erreiche. Anlässlich des Sturzes im September 2009 habe die Beschwerdeführerin wahrscheinlich eine Fraktur des Os pisiforme Hand links erlitten. Dieser sei am 16. November 2009 im E.\_\_\_\_ entfernt worden. Es handle sich um einen kleinen Knochen, dessen Entfernung keinen Einfluss auf die Funktion des Handgelenks habe. Die Entfernung desselben könne auch zu keiner wie immer gearteten Arthrose als Spätfolge im Handgelenk führen. Die im MRI bestätigte diskrete radiocarpale Arthrose sei vorbestehend und nicht unfallbedingt. Bezüglich der am 1. Februar 2010 durchgeführten Ulnaverkürzungsosteotomie sei festzuhalten, dass der Ulnavorschub (Ulnaplusvariante) links anlagebedingt sei und in keinen unfallkausalen Zusammenhang stehe. Aufgrund der Traumatisierung des Handgelenks sei der diagnostizierte Discusriss (TFCC) radial als teilkausal zum Unfall beurteilt worden, bzw. es habe eine Teilkausalität nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden können. Aufgrund dieser Operation resultiere jedoch kein entschädigungspflichtiger Integritätsschaden. Das anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung bestehende Supinationsdefizit von 40° führe zu keiner Einschränkung im Alltagsleben und ein Integritätsschaden diesbezüglich erreiche kein entschädigungspflichtiges Ausmass ■ eine Integritätsentschädigung stehe nur bei einer relevanten Einschränkung (Aufhebung der Supination) zu.

5.18 Im ärztlichen Zeugnis vom 12. März 2013 (SA 192) führte Dr. med. B.\_\_\_\_ aus, aufgrund des chronologischen Verlaufs lasse sich klar eruieren, dass der Sturz Anfangs September 2009 zu einer Verletzung beider Hände und Handgelenke geführt habe, wobei sich initial dominant die linke Hand präsentiert habe. Erst im Verlauf bei persistierenden Schmerzen der rechten Seite sei auch dort die weitere Diagnostik eingeleitet worden und diese habe zur Diagnose einer Verletzung rechts geführt.

6. Vorweg ist festzuhalten, dass der medizinische Sachverhalt bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung ungenügend abgeklärt wurde. Die Beschwerden am linken Handgelenk sind unbestrittenermassen unfallkausal. Diesbezüglich kann auf den vorgehend unter Ziffer 5 aufgeführten Sachverhalt verwiesen werden. Die Beschwerdegegnerin stützte sich in ihrem Entscheid im Wesentlichen auf die Beurteilung von Dr. med. G.\_\_\_\_, Suva Versicherungsmedizin, vom 9. August 2012 (SA 149), der davon ausgeht, es seien echtzeitlich keine Verletzungen an der rechten Hand dokumentiert worden. Dies muss aber durch den Bericht von Dr. med. F.\_\_\_\_ vom 2. Mai 2013 (SA 185) als widerlegt gelten. So reichte Dr. med. F.\_\_\_\_ ■ zwar erst nachträglich am 2. Mai 2013 ■ einen Auszug aus der elektronischen Krankengeschichte vom 3. September 2009 nach, wo folgende Befunde beschrieben wurden: «wenig klaffende Wunde Kinn, Handgelenk links gut aber leicht dolent beweglich, Handrücken rechts mit massivem Bluterguss über MCP III». Hinzu kommt, dass Dr. med. F.\_\_\_\_ offenbar am 3. September 2009 auch ein Röntgen der rechten Hand veranlasst hat, wie von Dr. med. G.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 9. August 2012 festgehalten wurde. Den Ausführungen im Einspracheentscheid (S. 6 Ziffer 4b), diese Angaben seien wertlos, weil die behandelnden Ärzte erfahrungsgemäss zu Gunsten der Patienten aussagten, kann so nicht gefolgt werden. Zwar besteht diese Erfahrungstatsache hinsichtlich behandelnder Ärzte in der Rechtsprechung, jedoch kann damit nicht gesagt

werden, den Berichten behandelnder Ärzte sei per se kein Beweiswert zuzumessen. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 125 V 352 E. 3a; AHI 2001 S. 113 f. E. 3a; RKUV 2003 U 487 S. 345 E. 5.1). Auch die übrigen Ausführungen von Dr. med. G.\_\_\_\_ sind nur bedingt nachvollziehbar. So legt er einerseits dar, dass zwar eigentlich eine TFCC-Läsion nach Palmer Klassifikation Typ I vorliege, welche nach dieser Klassifikation meistens traumatisch bedingt sei. In der Folge relativiert er diese Begründung dann jedoch in nicht schlüssiger Weise und verneint eine Unfallkausalität. Damit verbleiben zumindest relativ geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen Abklärungen, was rechtsprechungsgemäss zur Folge haben muss, dass das Versicherungsgericht ergänzende Abklärungen veranlasst (vgl. BGE 139 V 225 E. 5.2 S. 229), zumal die Eventualbegründung im Einspracheentscheid, auch allfällige Beschwerden am rechten Handgelenk änderten an der Zumutbarkeitsbeurteilung nichts, aufgrund der damals vorliegenden Akten doch eher hypothetisch erscheint. Vielmehr kann es durchaus entscheidend sein, ob nur die (nicht dominante) linke Hand oder beide Hände betroffen sind. Primäre Fragestellung ist damit die Unfallkausalität der Beschwerden an der rechten Hand. Falls diese vom Gutachter bejaht wird, wäre weiter die Arbeits- und Leistungsfähigkeit in der angestammten und in einer angepassten Tätigkeit zu beurteilen, dies unter Mitberücksichtigung der Befunde an der linken Hand.

7. Aufgrund der vorgenannten Unklarheiten und Sachverhaltslücken wurde von Seiten des Versicherungsgerichts zur Klärung der Streitfrage, ob die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht bezüglich der Handgelenksproblematik (insbesondere rechtes Handgelenk) der Beschwerdeführerin zu Recht verneint hat, bei Dr. med. C.\_\_\_\_ ein handchirurgisches Gutachten veranlasst.

7.1 Das Gutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_ vom 30. Dezember 2016 (A.S. 92 ff.) wird den allgemeinen rechtsprechungsgemässen Anforderungen gerecht. Es stammt von einem unabhängigen Facharzt, welcher die Beschwerdeführerin eingehend untersucht (A.S. 100 - 103) und die Vorakten studiert hat (A.S. 92 - 98). Die Aussagen des Experten sind in allen Punkten schlüssig und nachvollziehbar.

Dr. med. C.\_\_\_\_ begründet seine Schlussfolgerung einleuchtend, wonach die rechtsseitigen Handgelenksbeschwerden nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit kausal zum Unfallereignis vom 3. September 2009 seien: Auf dem 14 Wochen nach dem Ereignis durchgeführten Arthro-MRI des rechten Handgelenkes fänden sich als pathologischer Hauptbefund eine radio-zentrale Diskusläsion des TFCC bei einer Ulna-Neutral-Variante ohne Zusatzläsion und vor allem ohne Begleitödem im Diskus selber oder in den angrenzenden Karpalknochen. Von der radio-zentralen Lokalisation her könnte es sich hier sowohl um eine traumatische, als auch um eine degenerative Läsion handeln. Angesichts der Ulna-Neutral-Variante und des Patientenalters sei gemäss Literatur eine rein degenerative Ursache wahrscheinlicher. Gegen die Trauma-Ursache der Diskus-Verletzung spreche hauptsächlich, dass gemäss dem Erstbefund am 3. September 2009 an der rechten Hand ausschliesslich die distale Mittelhand eine Verletzung aufgewiesen habe, und dass gemäss den Akten die eigentlichen Handgelenksbeschwerden erst im postprimären Verlauf aufgetreten seien. Bei traumatischen Läsionen des TFCC würden Schmerzen in der Regel unmittelbar mit dem Trauma lokal auftreten, während sich diese bei degenerativen

Veränderungen spontan ohne eigentlichen Auslöser entwickeln würden. Die Angaben bezüglich der rechtsseitigen Handgelenksbeschwerden in den Akten seien sehr vage und eine detaillierte klinische Untersuchung im frühen Verlauf nach dem Ereignis fehle gänzlich, womit es nicht möglich sei, den MRI-Befund mit der Klinik abzugleichen. Das in den Akten rudimentär dargestellte und anlässlich der Begutachtung geschilderte Schmerzbild im rechten Handgelenk lasse sich nicht eindeutig mit der MR-tomographisch dargestellten Pathologie erklären. Diskusläsionen in der Zone mit der maximalen Druckbelastung äusserten sich gewöhnlich mit Schmerzen im funktionellen Einsatz der Hand und bei Belastung, etwa beim Abstützen oder bei belasteten Drehbewegungen, während dem sie in Ruhe deutlich geringer oder gar nicht manifest seien. Die Beschwerdeführerin berichte aber von stärkeren Ruheschmerzen nach Belastungen, resp. von geringeren bewegungs- und belastungsabhängigen Schmerzen während der Tätigkeit. Auch die beiden Handgelenksganglien, welche als zusätzliche Befunde im MRI beschrieben seien, würden eher stellungs- und bewegungsabhängige Beschwerden als Ruheschmerzen verursachen. Insgesamt sei somit das Sturzereignis vom 3. September 2009 nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit kausal für die rechtsseitigen Handgelenksbeschwerden.

Sodann zeigt Dr. med. C. \_\_\_ hinsichtlich der an sich unbestrittenen unfallkausalen Beschwerden am linken Handgelenk schlüssig auf, dass das Os pisiforme des linken Handgelenks durch das Trauma vom 3. September 2009 geschädigt worden ist. Prof. Dr. med. I. \_\_\_ beschreibe am 14. Januar 2010 ausstrahlende Schmerzen in die linke Hand und ein gelegentliches Reissen und Kribbeln am Kleinfinger. Er habe klinisch ein leicht geschwollenes linkes Handgelenk gefunden. Nach seiner Einschätzung habe sich im MRI des linken Handgelenkes vom 18. September 2009 der Diskus nicht normal dargestellt. Die residuellen Schmerzen seien daraufhin auf eine fragliche Diskusläsion bei Ulna-Plus-Situation und auf eine Nervenirritation des Nervus ulnaris nach der Erstoperation zurückgeführt worden, welcher er eine gute Prognose vorausgesagt habe. Gemäss Dr. med. C. \_\_\_ sei festzuhalten, dass diese Interpretation des MRI nicht mit derjenigen des beteiligten Radiologen übereinstimme. Anlässlich der Operation des linken Handgelenks vom 1. Februar 2010 sei von Prof. Dr. med. I. \_\_\_ ein radialer Diskusriss gesehen worden, ohne genauere Angaben über Verlauf und Ausdehnung. Der Riss sei genäht worden. In der gleichen Intervention sei die Ulnaverkürzungs-Osteotomie durchgeführt worden. Ob diese Diskusläsion am linken Handgelenk ursächlich durch das Trauma vom 3. September 2009 bedingt sei, lasse sich aus den vorliegenden Akten nicht zwingend schliessen. Für die Trauma-Ursache spreche, dass links bereits initial Handgelenksschmerzen geäussert worden seien und dass durch die vorgängige Entfernung des frakturierten Os pisiforme sich diese Schmerzen nicht verändert hätten. Die Untersuchung von Prof. Dr. med. I. \_\_\_ sei leider rudimentär und begründe nicht mit objektivierbaren Befunden, dass die Schmerzen auf die Diskusläsion zurückzuführen seien. Der peroperative Befund mit radialem Diskusriss lasse eine Trauma-Ursache zwar vermuten, eine weiterführende Beschreibung von Lokalisation, Ausdehnung und Morphologie des Risses abgesehen von seiner Schlitzform fehle jedoch im OP-Bericht. Ein Hinweis für ein frisches traumatisches Ereignis im MRI wäre noch eine Umgebungsreaktion im Bereich der verletzten Strukturen in Form eines Ödems, was aber auf der MRI-Aufnahme 15 Tage nach dem Trauma fehle, was gegen eine frisch traumatische Läsion des Diskus spreche. In Bezug auf das linke Handgelenk lasse sich folgendes schliessen: Beim Trauma vom 3. September 2009 sei es zur Verletzung des linken Handgelenks gekommen. Eindeutig durch das Trauma geschädigt

worden sei dabei das Os pisiforme. Das Os pisiforme frakturierte im Sinne eines Berstungsbruchs durch direkte Krafteinwirkung auf den Knochen, in der Regel anlässlich eines Sturzes auf die ausgestreckte Hand mit Erstanprall der Handballen. Dieser Trauma-Mechanismus führe auch zur Kompression des Diskus zwischen den Handgelenksknochen und der Ulna, was zu einer traumatischen Verletzung desselben führen könne. Die Akten liessen Zweifel an einer frischen traumatischen Läsion aufkommen, ein vorbestehender Schaden sei retrospektiv denkbar. Der dokumentierte Verlauf der Gesundheitsschädigung lasse aber den Schluss zu, dass das Trauma zumindest richtungsweisend für die Entwicklung des Gesundheitsschadens gewesen sei.

Des Weiteren führt Dr. med. C.\_\_\_\_ hinsichtlich des Einflusses der unfallkausalen Beschwerden nachvollziehbar aus, aktuell wirke sich die unfallkausale Gesundheitsstörung am linken Handgelenk mit bewegungs- und belastungsabhängigen Schmerzen sowie einer leichten Einschränkung der Vorderarmrotation bei beruflichen wie auch bei Alltags-Tätigkeiten aus. Ursache hierfür sei die Inkongruenz des distalen Radioulnar-Gelenkes durch die in Fehlstellung geheilte Ulna nach der Ulnaverkürzungs-Osteotomie. Der geäusserte Ruheschmerz könnte ein Hinweis auf beginnende degenerative Knorpel-Veränderungen infolge der ungleichmässigen Gelenkbelastung durch die Inkongruenz der Gelenkführung sein. Solche Veränderungen liessen sich jedoch auf den zuletzt durchgeführten radiologischen Untersuchungen noch nicht objektivieren und auch bei der klinischen Untersuchung gebe es für eine Arthrose keine Hinweise. Im Weiteren schätze er die erreichte Ulnaverkürzung als zu gering ein, so dass der im MRI massiv ausgedünnte Diskus des TFCC gegenwärtig bei axialen Belastungen nicht sicher ausreichend druckentlastet sei. Stellungs- und belastungsabhängige Druck- und Scherkräfte auf den Diskus könnten so zu einer Schmerzverstärkung führen, was sich im funktionellen Einsatz etwa beim Stossen oder bei Drehbelastungen des Vorderarms in einer zusätzlichen Reduktion der Belastungsfähigkeit resp. der Kraftleistung der Hand äussern könne, insbesondere wenn die Bewegungen und Belastungen repetitiv erfolgen würden. Bei der Sensibilitätsprüfung anlässlich der klinischen Untersuchung finde sich links am Klein- und Ringfinger eine erhebliche Qualitätsverminderung mit einer Zweipunktgediskrimination von 1 cm, bei einem Normwert von 5 mm. Glücklicherweise wirke sich dieser funktionell nicht aus, so würden Missempfindungen am Tag und Einschlafgefühle in der Nacht nur als seltene Ereignisse geklagt. Gegenstände würden eher wegen der Kraftverminderung fallen gelassen, wobei sich diese ausschliesslich mit Schmerzen durch den Kraftgriff erklären lasse. Entsprechend sei bei der klinischen Untersuchung vor allem die Faustschlusskraft links mit 3.3 kp sehr stark vermindert, rechts sei sie mit 11 kp noch gut und im Schlüsselgriff sogar beidseits noch so ordentlich, dass zumindest für Feinarbeiten Ressourcen bestehen dürften.

Gestützt auf diese Erläuterungen vermag schliesslich auch die von Dr. med. C.\_\_\_\_ vorgenommene Beurteilung der unfallbedingten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu überzeugen. Die unfallkausale Beeinträchtigung an der linken, adominanten Hand erschwere wegen der eingeschränkten Drehfähigkeit des Vorderarmes sicher das Arbeiten auf Brust- und Überkopfhöhe. Das Heben von Lasten und das Tragen in Lendenhöhe hingegen seien weniger eingeschränkt. Auch die Belastungsfähigkeit sei eingeschränkt, insbesondere der Belastungsbereich über 10 kg. Vereinzelt dürften Lasten zwischen 5 und 10 kg trotz der objektivierbaren gesundheitlichen Störungen beidhändig getragen werden können. Das beidhändige Tragen von Lasten von unter 5 kg sei sicher möglich, das

einhandige Tragen von Lasten bis 5 kg mit hängendem Arm werde links auch in der Selbsteinschätzung der Beschwerdeführerin anlässlich der Begutachtung möglich sein, auch wenn dies repetitiv erfolgen sollte. Das einhandige Tragen mit angewinkeltem Arm und das Halten des Gegenstandes vor dem Körper sei links sicher stark erschwert, da hierbei das Handgelenk in Ulnareduktion positioniert und die Belastung des distalen Radioulnar-Gelenkes erhöht werde. Entsprechend müsse das einhandige Hochheben und Tragen in dieser Position links auf 3 - 4 kg als oberstes Limit und in Form von Einzelleistungen beschränkt werden, repetitiv belastet falle dieser Wert auf 1 - 2 kg ab, Belastungen unter 1 kg dürften aber häufig zu meistern sein. Das Stossen und Schieben sei wie das Aufstützen ausschliesslich links sicher eingeschränkt, aber als Einzeltätigkeit durchführbar, als Dauerleistung aber nicht möglich. Zusammenfassend dürfte für die bisherige Tätigkeit im Buchzentrum aus dem Gesundheitsschaden links eine Leistungsverminderung resultieren, welche sich mit einer permanenten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auf maximal 50 % beziffern lasse. Rechts sei die Einschränkung geringer, so dass er die Arbeitsfähigkeit mit permanent 75 % einschätze. Insgesamt liege also die Arbeitsfähigkeit zwischen 40 und 75 %. Hinsichtlich der Zumutbarkeit einer angepassten Tätigkeit hält der Gutachter zudem überzeugend fest, für die Beschwerdeführerin wären Schreibarbeiten am Computer mit dem bestehenden Gesundheitsschaden besser zu bewältigen als die ungleich stärker belastende Tätigkeit im Buchzentrum, unter der Voraussetzung, dass der Arbeitsplatz ergometrisch angepasst gestaltet wäre. So müsste die Tastatur so adaptiert werden, dass die den Schmerz auslösende Ulnar-Abweichung der Hand gegenüber dem Vorderarm vermieden werde. Idealerweise wäre die Arbeit so gestaltet, dass nicht als Dauerleistung über mehrere Stunden geschrieben werde, sondern dass ein Wechsel der Handstellung und Belastung durch andere Bürotätigkeiten erfolgen könne. Es sei durchaus denkbar, dass eine derartig leidensangepasste Tätigkeit nach ausreichender Einarbeitungszeit schrittweise auf einen Umfang von 100 % (Leistung wie auch Arbeitsstunden) erhöht werden könne. Auch die Fabrikation von Kleinteilen sei denkbar, sofern bei repetitiven Belastungen die Einzelbelastungen deutlich kleiner als 1 kg seien. Entsprechend wären auch industrielle Arbeiten denkbar, welche zum Beispiel sitzend erledigt würden, wie etwa Kontrollmessungen, Scannerarbeiten, aber auch die Fertigung von Gegenständen, wenn dazu über Joysticks Computer oder Steuerungen bedient werden könnten. Auch in einer solchen Tätigkeit wäre eine Vollzeittätigkeit bei uneingeschränkter Leistung denkbar, wiederum nach ausreichender Einarbeitungszeit. Zur Evaluation der Fähigkeiten schlage er auch im Hinblick auf diese Tätigkeiten Eingliederungsmassnahmen mit Testarbeit in entsprechenden ausgerichteten Institutionen vor.

7.2 Gestützt auf das voll beweismässige Gutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_ ist demnach davon auszugehen, dass die Beschwerden an der rechten Hand nicht unfallkausal sind. Dagegen sind die Beschwerden der linken Hand, wie schon von der Beschwerdegegnerin anerkannt, als unfallkausal anzusehen. Die Arbeit im Buchzentrum, wo dauernd relativ schwere Lasten getragen werden müssen, ist angesichts des genannten Verletzungsbildes nicht geeignet, was so auch im Gutachten bestätigt wird. Wie von Dr. med. C.\_\_\_\_ weiter schlüssig dargelegt wurde, besteht in einer leidensadaptierten Tätigkeit eine volle Leistungsfähigkeit, sogar wenn die Beeinträchtigungen an beiden Händen berücksichtigt werden. Insofern kann der angefochtene Entscheid der Beschwerdegegnerin auch in diesem Punkt bestätigt werden. Daran ändert auch der Vorbehalt des Gutachters nichts, es brauche eine Einarbeitungszeit und/oder (nicht näher bezeichnete) Eingliederungsmassnahmen. So ist angesichts der vom Gutachter als «geeignet» bezeichneten Tätigkeiten (s. Ziff. 7.1

vorgehend) und des gutachterlichen Zumutbarkeitsprofils davon auszugehen, dass auf dem Arbeitsmarkt genügend Arbeitsplätze vorhanden sind, in denen man die linke Hand nur so einsetzen muss, wie es der Beschwerdeführerin noch möglich ist, zumal die vorgeschlagenen Tätigkeiten - Schreibarbeiten am Computer, Kontrollmessungen, Scannerarbeiten etc. - ohne grössere zusätzliche Anpassungen umsetzbar wären.

In diesem Zusammenhang rügt die Beschwerdeführerin, die vom Gutachter vorgeschlagenen Eingliederungsmassnahmen kämen gar nicht mehr in Frage, da sie inzwischen das Pensionsalter überschritten habe. Eine Umschulung in eine leidensangepasste Tätigkeit sei somit gar nicht mehr möglich, weshalb nur noch das Abstellen auf die frühere, vor dem Unfall ausgeübte Tätigkeit bei der D.\_\_\_\_ möglich sei. Angesichts der noch nicht langen Abwesenheit vom Arbeitsmarkt und der sofortigen Umsetzbarkeit der Arbeitsfähigkeit in einer der vorgeschlagenen Tätigkeiten erscheinen Eingliederungsmassnahmen jedoch nicht notwendig. Schliesslich vermögen auch die übrigen Rügen der Beschwerdeführerin den Beweiswert des Gutachtens nicht zu schmälern. Fälschlicherweise war in den Gutachtensfragen auch die Frage nach den Auswirkungen auf die «psychischen Grundfunktionen» enthalten. Diese hat der Gutachter im handchirurgischen Gutachten zu Recht nicht beantwortet. Diesbezüglich sind, entgegen der Ansicht des Vertreters der Beschwerdeführerin, keine weiteren Abklärungen erforderlich, nachdem keine psychischen Beschwerden vorliegen. Sodann weist die Beschwerdeführerin zwar zu Recht daraufhin, dass die Aussage von Dr. med. C.\_\_\_\_ auf Seite 23 des Gutachtens, wonach die Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin von 50 % im Verlauf nur während weniger Tage unterbrochen worden und wieder auf 100 % gesetzt worden sei, nicht korrekt sei. So gibt Dr. med. C.\_\_\_\_ auf Seite 8 seines Gutachtens die tatsächlichen aktenkundigen Arbeitsunfähigkeiten an sich korrekt wieder: 100 % vom 3. September 2009 bis 11. März 2012, 50 % vom 12. März 2012 bis 23. Mai 2012, 100 % vom 24. Mai 2012 bis 28. Mai 2012, 50 % vom 29. Mai 2012 bis 5. Juli 2012, 100 % ab 6. Juli 2012. Da der Rentenanspruch jedoch gemäss Art. 19 UVG ohnehin erst entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes des Versicherten mehr erwartet werden kann und vorliegend ein allfälliger Rentenanspruch nach der Einstellung der Taggelder Streitgegenstand ist, sind diese widersprüchlichen Angaben vorliegend nicht von Belang und ändern nichts an der vollen Verwertbarkeit des Gutachtens. Das Gleiche gilt auch hinsichtlich des Einwandes der Beschwerdeführerin, wonach die vom Gutachter statuierte Bandbreite der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit viel zu gross sei. Wie vorgehend festgehalten wurde, kann die bisherige Tätigkeit nicht mehr als geeignet angesehen werden, weshalb auf eine angepasste Tätigkeit abzustellen ist. Damit ist auch die diesbezügliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit vorliegend nicht entscheidend.

#### **E. 4**

Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin. 3. Mit Beschwerdeantwort vom 27. Oktober 2014 (A.S. 31 ff.) schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde. 4. Mit Stellungnahme vom 23. Dezember 2014 (A.S. 50 ff.) hält die Beschwerdeführerin an ihren gestellten Rechtsbegehren fest. 5. Mit Stellungnahme vom 22. Januar 2015 (SA 61 ff.) verweist die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen auf ihre bisherigen Ausführungen. 6. Mit Schreiben vom 9. Februar 2015 (A.S. 65) lässt sich die Beschwerdeführerin vernehmen. 7. Mit Verfügung vom 10. Juli 2015 (A.S. 69 f.) hält der Präsident des Versicherungsgerichts fest, es sei vorgesehen, eine

handchirurgische Begutachtung zu veranlassen. 8. Mit Verfügung vom 16. September 2015 (A.S. 85 f.) wird zur Ausarbeitung des Gutachtens Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädie und Handchirurgie, bestimmt. 9. Das handchirurgische Gutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_ ergeht am 30. Dezember 2016 (A.S. 92 ff.). 10. Mit Stellungnahmen vom 27. Januar 2017 (A.S. 144 f.) bzw. 3. März 2017 (A.S. 150 ff.) lassen sich die Parteien abschliessend vernehmen. 11. Auf die weiteren Ausführungen der Parteien in ihren Rechtsschriften wird im Folgenden, soweit erforderlich, eingegangen. II. 1. Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten. 2. 2.1 Ist der Versicherte infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat er Anspruch auf ein Taggeld (Art. 16 Abs. 1 Bundesgesetz über die Unfallversicherung [UVG, SR 832.20]). Dieses beträgt bei voller Arbeitsunfähigkeit 80 % des versicherten Verdienstes; bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit wird es entsprechend gekürzt (Art. 17 Abs. 1 UVG). 2.2 Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]). 3. 3.1 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers gemäss Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität des Versicherten beeinträchtigt hat, der Unfall mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 129 V 181 E. 3.1, 119 V 337 E. 1, 118 V 289 E. 1b, je mit Hinweisen). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis oder einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall der Richter im Rahmen der ihm obliegenden Beweismwürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 181 E. 3.1, 119 V 338 E. 1, 118 V 289 E. 1b, je mit Hinweisen). 3.2 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 181 E. 3.2, 123 V 103 E. 3d, 139 E. 3c, 122 V 416 E. 2a, 121 V 49 E. 3a mit Hinweisen). 4. Gemäss den Ausführungen der Beschwerdeführerin seien die Behauptungen der Beschwerdegegnerin, wonach regelmässige Belastungen des linken Handgelenks von 2 kg, gelegentliche bis 5 kg sowie

beidhändig das Heben und Tragen und Lasten von bis zu 5 kg, gelegentlich bis 10 kg, zumutbar seien, falsch. Sie sei vollständig arbeitsunfähig. Gerade aus diesem Grund habe sie ihre Stelle bei der D.\_\_\_\_ verloren. Des Weiteren sei die Annahme falsch, die Beschwerden der rechten Hand seien nicht unfallkausal. In der Beurteilung der Versicherungsmedizin vom 9. August 2012 sei vorgebracht worden, die Beschwerden am rechten Handgelenk seien erstmals im Bericht des E.\_\_\_\_ vom 8. Januar 2010, 4 Monate nach dem Unfall, erwähnt worden. Der erstbehandelnde Arzt, Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, halte in seinem Auszug aus der elektronischen Krankengeschichte jedoch fest, dass beim Unfall vom 3. September 2009 auch eine Traumatisierung des rechten Handgelenks stattgefunden habe. Zudem seien am 17. November 2009 ein konventionelles Röntgen sowie am 17. Dezember 2009 eine MRI-Untersuchung durchgeführt worden, wo eine radial gelegene Perforation der TFC festgestellt worden sei. Damit stehe fest, dass der Sturz zu einer Verletzung beider Hände geführt habe. Sodann sei die chirurgische Beurteilung von Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie FMH, Suva Versicherungsmedizin, vom

## **E. 8**

8.1 Sodann ist zu prüfen, ob die von der Beschwerdegegnerin angewandten DAP-Löhne (Suva-Nr. 199) korrekt sind. Das Bundesgericht (vormals Eidgenössisches Versicherungsgericht) hat in einem Grundsatzurteil vom 28. August 2003 (BGE 129 V 472) Bedingungen für die Anwendbarkeit der DAP formuliert. Danach genügt es nicht, wenn bloss einige wenige zumutbare Arbeitsplätze angegeben würden, weil es sich dabei sowohl hinsichtlich der Tätigkeit wie auch des bezahlten Lohnes um Sonder- und Ausnahmefälle handeln könne. Es sei in quantitativer Hinsicht zwar ausreichend, wenn im Einzelfall die Profile von fünf geeigneten und zumutbaren Arbeitsplätzen vorgelegt würden. Der Unfallversicherer habe aber zusätzlich Angaben über die Gesamtzahl der auf Grund der gegebenen Behinderung in Frage kommenden dokumentierten Arbeitsplätze zu machen sowie über den Höchst-, den Tiefst- und den Durchschnittslohn der dem jeweiligen Behinderungsprofil entsprechenden Gruppe. Mit diesen Angaben lasse sich überprüfen, ob die von der Versicherung vorgelegten Profile repräsentativ seien und ob die Versicherung einen korrekten Ermessensentscheid getroffen habe. Der versicherten Person seien diese Angaben so offen zu legen, dass sie im Einspracheverfahren allfällige Einwendungen erheben könne. Sei die Suva nicht in der Lage, im Einzelfall den erwähnten Anforderungen zu genügen, so könne im Bestreitungsfall nicht auf den DAP-Vergleich abgestellt werden (E.4.2.1 und 4.2.2). Bei der Ermittlung des Invalideneinkommens gestützt auf DAP-Profile seien Abzüge vom System der DAP her nicht sachgerecht und nicht zulässig (E.4.2.3).

8.2 Das Zumutbarkeitsprofil des Beschwerdeführers wurde seitens von Dr. med. C.\_\_\_\_ überzeugend wie folgt umschrieben:

Die unfallkausale Beeinträchtigung an der linken, adominanten Hand erschwere wegen der eingeschränkten Drehfähigkeit des Vorderarmes sicher das Arbeiten auf Brust- und Überkopfhöhe. Das Heben von Lasten und das Tragen in Lendenhöhe hingegen sei weniger eingeschränkt. Auch die Belastungsfähigkeit sei eingeschränkt, insbesondere der Belastungsbereich über 10 kg. Vereinzelt dürften Lasten zwischen 5 und 10 kg trotz der objektivierbaren gesundheitlichen Störungen beidhändig getragen werden können. Das beidhändige Tragen von Lasten von unter 5 kg sei sicher möglich, das einhändige Tragen von Lasten bis 5 kg mit hängendem Arm werde links auch in der Selbsteinschätzung der Beschwerdeführerin anlässlich der Begutachtung möglich sein, auch wenn dies repetitiv

erfolgen sollte. Das einhändige Tragen mit angewinkeltem Arm und das Halten des Gegenstandes vor dem Körper sei links sicher stark erschwert, da hierbei das Handgelenk in Ulnarreduktion positioniert und die Belastung des distalen Radioulnar-Gelenkes erhöht werde. Entsprechend müsse das einhändige Hochheben und Tragen in dieser Position links auf 3 - 4 kg als oberstes Limit und in Form von Einzelleistungen beschränkt werden, repetitiv belastet falle dieser Wert auf 1 - 2 kg ab, Belastungen unter 1 kg dürften aber häufig zu meistern sein. Das Stossen und Schieben sei wie das Aufstützen ausschliesslich links sicher eingeschränkt aber als Einzeltätigkeiten durchführbar, als Dauerleistung aber nicht möglich.

Bei einer angepassten Bürotätigkeit müsste die Tastatur so adaptiert werden, dass die den Schmerz auslösende Ulnar-Abweichung der Hand gegenüber dem Vorderarm vermieden werde. Idealerweise wäre die Arbeit so gestaltet, dass nicht als Dauerleistung über mehrere Stunden geschrieben werde, sondern dass ein Wechsel der Handstellung und Belastung durch andere Bürotätigkeiten erfolgen könne. Auch die Fabrikation von Kleinteilen sei denkbar, sofern bei repetitiven Belastungen die Einzelbelastungen deutlich kleiner als 1 kg seien. Entsprechend wären auch industrielle Arbeiten denkbar, welche zum Beispiel sitzend erledigt würden, wie etwa Kontrollmessungen, Scannerarbeiten, aber auch die Fertigung von Gegenständen, wenn dazu über Joysticks Computer oder Steuerungen bedient werden könnten.

Wie bereits festgehalten, kann die Beschwerdeführerin in der bisherigen Tätigkeit bei der D.\_\_\_\_ nicht als optimal eingegliedert gelten, zumal sie im möglichen Rentenzeitpunkt die zumutbare Arbeitsfähigkeit nicht ausschöpfte. Somit ist es grundsätzlich richtig, zur Errechnung des Invalideneinkommens Vergleichswerte heranzuziehen.

Die fünf von der Beschwerdegegnerin vorgelegten DAP-Arbeitsplatzprofile (SA 199) sind mit dem genannten Zumutbarkeitsprofil vereinbar und insoweit nicht zu beanstanden. Des Weiteren ist anzufügen, dass die DAP-Arbeitsplatzprofile eben gerade den Einschränkungen der Beschwerdeführerin entsprechend ausgewählt wurden, so dass ■ anders als bei den Zahlen aus den LSE-Tabellen ■ praxisgemäss kein Abzug vorzunehmen ist. Auch die übrigen Bedingungen für die Anwendbarkeit der DAP gemäss Ziff. 8.1 hiervor sind vorliegend erfüllt worden, sodass die Festsetzung des Invalideneinkommens (mittels DAP) auf CHF 52■505.60 nicht zu beanstanden ist.

Ebenso ist es nicht zu beanstanden und wird von der Beschwerdeführerin auch nicht gerügt, dass die Beschwerdegegnerin bezüglich des Valideneinkommens auf die Angaben der letzten Arbeitgeberin, der D.\_\_\_\_, abstellt (SA 173). Damit ist der von der Beschwerdegegnerin bei einem Valideneinkommen von CHF 53■157.00 und einem Invalideneinkommen von CHF 52■505.60 errechnete Invaliditätsgrad von 1 % korrekt.

8.3 Das Lebensalter kann in der Invalidenversicherung der Verwertbarkeit der Arbeitsfähigkeit entgegenstehen. In der Unfallversicherung gibt es jedoch die Sonderbestimmung von Art. 28 Abs. 4 UVV: «Nimmt ein Versicherter nach dem Unfall die Erwerbstätigkeit altershalber nicht mehr auf oder wirkt sich das vorgerückte Alter erheblich als Ursache der Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit aus, so sind für die Bestimmung des Invaliditätsgrades die Erwerbseinkommen massgebend, die ein Versicherter im mittleren Alter bei einer entsprechenden Gesundheitsschädigung erzielen könnte.»

Da die im März 1952 geborene Beschwerdeführerin beim potentiellen Rentenbeginn im Jahr 2014 älter als 60-jährig war, gelangt diese Bestimmung altersmässig zur Anwendung.

Nach der Rechtsprechung findet Art. 28 Abs. 4 (Variante 2) UVV auch dann Anwendung, wenn das vorgerückte Alter einer versicherten Person das Zumutbarkeitsprofil nicht zusätzlich beeinflusst, also keine zusätzlichen Einschränkungen des funktionellen Leistungsvermögens mit sich bringt, aber einer Verwertung der Restarbeitsfähigkeit (auch auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt) trotzdem entgegensteht, weil kein Arbeitgeber einen Angestellten im oder kurz vor dem AHV-Alter mit gesundheitlichen Einschränkungen einstellen würde (Urteil des Bundesgerichts 8C\_209/2012 vom 12. Juli 2012 E. 5.3 mit Hinweis). Demzufolge ist die vorgehende Invaliditätsberechnung auch unter diesem Aspekt nicht zu beanstanden.

## **E. 9**

9.1 Gemäss Art. 24 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung, wenn sie durch das Unfallereignis oder einer Berufskrankheit (vgl. Art. 9 Abs. 3 i.V.m. Art. 24 Abs. 1 UVG) eine dauernde und erhebliche Schädigung ihrer körperlichen oder geistigen Integrität erleidet. Nach Art. 36 Abs. 1 UVV gilt ein Integritätsschaden dann als dauernd, wenn er voraussichtlich während des ganzen Lebens mindestens im gleichen Umfang besteht. Er ist erheblich, wenn die körperliche oder geistige Integrität, unabhängig von der Erwerbsfähigkeit, augenfällig oder stark beeinträchtigt wird. Gemäss Art. 36 Abs. 2 UVV gelten für die Bemessung der Integritätsentschädigung die Richtlinien des Anhangs 3. Der Bundesrat hat in diesem Anhang Bemessungsregeln aufgestellt und in einer nicht abschliessenden (Gilg/Zollinger, Die Integritätsentschädigung nach dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung, S. 47) Skala wichtige und typische Schäden prozentual gewichtet. Für spezielle oder nicht aufgeführte Integritätsschäden wird die Entschädigung nach dem Grad der Schwere vom Skalenwert abgeleitet (Ziff. 1 Abs. 2 der Richtlinien im Anhang 3, ferner Art. 25 Abs. 1 UVG). Die Liste der Integritätsschäden sieht von allen individuellen Besonderheiten der Auswirkung ab und gibt eine abstrakte Schätzung für einen Durchschnittsmenschen. Es wird somit nur jene «Schwere» berücksichtigt, die einem Integritätsschaden solcher Art bei einem Durchschnittsmenschen beigemessen werden kann (Gilg/Zollinger, a.a.O., S. 36 ff und 45 ff). Die Schätzung der Beeinträchtigung der Integrität obliegt in erster Linie den Ärzten (Gilg/Zollinger, a.a.O., S. 100 f), welche auf Grund ihrer Kenntnisse und Erfahrungen fähig sind, einerseits die konkreten Befunde der Unfallfolgen festzuhalten und andererseits die sachgemässe Einstufung im Rahmen der erwähnten Liste vorzunehmen (vgl. dazu die Mitteilungen der Medizinischen Abteilung der Suva, Heft 57, November 1984, S. 18 bis 31).

Die Medizinische Abteilung der Suva hat in Weiterentwicklung der bundesrätlichen Skala weitere Bemessungsgrundlagen in tabellarischer Form (sog. Feinraster) erarbeitet (Mitteilungen der Medizinischen Abteilung der Suva Nr. 57 bis 59, Tabellen 1 - 22). Diese von der Verwaltung herausgegebenen Tabellen stellen zwar keine Rechtssätze dar und sind für die Parteien nicht verbindlich, umso mehr als Ziffer 1 vom Anhang 3 zur UVV bestimmt, dass der in der Skala angegebene Prozentsatz des Integritätsschadens für den Regelfall gilt, welcher im Einzelfall Abweichungen nach unten wie nach oben ermöglicht. Soweit sie jedoch lediglich Richtwerte enthalten, mit denen die Gleichbehandlung aller Versicherten gewährleistet werden soll, sind sie mit dem Anhang 3 zur UVV vereinbar (BGE 124 V 32 Erw. 1c mit Hinweis).

Ist eine Integritätsentschädigung weder in der Skala in Anhang 3 UVV noch in den Tabellen der Suva enthalten, ist gemäss Ziff. 1 Abs. 2 Anhang 3 UVV eine Schätzung im

Vergleich mit anderen Schäden vorzunehmen.

9.2 In seiner Beurteilung des Integritätsschadens hielt der Gutachter Dr. med. C.\_\_\_\_ fest, gemäss der Suva-Tabelle 1, «Integritätsschäden bei Funktionsstörungen der oberen Extremität», werde die Aufhebung der Supination des Vorderarmes mit einem Integritätsschaden von 10 % bewertet. Gemäss der Tabelle 5, «Integritätsschäden bei Arthrose», werde die Ulnaköpfchen-Arthrose erst bei schwerer Arthrose mit 5 % Integritätsschaden bewertet, Gemäss der Tabelle 6, «Integritätsschäden bei Gelenksinstabilitäten», werde eine mittelschwere Handgelenks-Instabilität mit 0 - 5 %, eine schwere mit 5 - 10 % bewertet. Der gegenwärtige Gesundheitsschaden des linken Handgelenkes lasse sich mit keinem der tabellierten Gesundheitsschäden eindeutig beschreiben. Eine dauerhafte Beeinträchtigung des Gesundheitszustandes bestehe, wenn keine weiteren therapeutischen Massnahmen durchgeführt würden. Die aktuelle Beeinträchtigung der Integrität betrage aber aus den Tabellenwerten abgeleitet und geschätzt maximal 5 %.

9.3 Wie oben ausgeführt, hat eine versicherte Person Anspruch auf eine Integritätsentschädigung gemäss Art. 24 Abs. 1 UVG, wenn sie durch das Unfallereignis oder einer Berufskrankheit eine dauernde und erhebliche Schädigung ihrer körperlichen oder geistigen Integrität erleidet. Wenn der Gerichtsgutachter den Integritätsschaden auf «maximal 5 %» beziffert, lässt dies erkennen, dass die Erheblichkeitsgrenze von 5 % nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erreicht wird. Wie Dr. med. C.\_\_\_\_ in seinem Gutachten ausführt, hat die Beschwerdeführerin ausserdem bezüglich ihrer Beschwerden in der linken Hand noch nicht alle Therapiemöglichkeiten ausgeschöpft, womit die Voraussetzung eines «dauernden» Gesundheitsschadens nicht gegeben sind. Damit entfällt der Anspruch auf eine Integritätsentschädigung.

10. Zusammenfassend ist demnach der angefochtene Einspracheentscheid nicht zu beanstanden. So wurde die Beurteilung, wonach zwar die Verletzung an der linken Hand, nicht jedoch jene an der rechten Hand mit überwiegender Wahrscheinlichkeit unfallkausal sei, durch das Gerichtsgutachten bestätigt. Die Zumutbarkeitsbeurteilung, wonach eine geeignete Tätigkeit mit vollem Pensum und voller Leistung möglich ist, wurde ebenfalls bestätigt. Der Einkommensvergleich mittels DAP lässt sich nicht beanstanden. Im Übrigen ist gestützt auf das Gutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_ das Vorliegen eines dauerhaften Gesundheitsschadens derzeit noch nicht gegeben, womit auch die Verneinung des Anspruchs auf eine Integritätsentschädigung zu bestätigen ist. Somit ist die Beschwerde abzuweisen.

## **E. 11**

11.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf Zusprechung einer Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG). Der Umstand, dass ein Gerichtsgutachten eingeholt wurde, ändert nichts daran, dass die Beschwerdeführerin für die Kostenverlegung als unterliegend zu gelten hat (Urteil des Bundesgerichts 8C\_513/2012 vom 17. September 2012 E. 4.1 und 4.2, bestätigt u.a. im Urteil 8C\_293/2016 vom 11. Juli 2016 E.5).

11.2 Grundsätzlich ist das Verfahren kostenlos. Von diesem Grundsatz abzuweichen, besteht im vorliegenden Fall kein Anlass.

11.3 Wie dargelegt, hat die Beschwerdegegnerin den Sachverhalt unzureichend abgeklärt, weshalb das Gericht die Abklärungslücke durch ein Gerichtsgutachten schliessen musste. Die Beschwerdegegnerin hat daher grundsätzlich die Kosten des Gutachtens von Dr. med.

C.\_\_\_\_ vom 30. Dezember 2016 zu bezahlen. Nachdem der Hauptteil des Gutachtens aufgrund der unzureichenden Abklärungen im UVG-Verfahren erstellt werden musste und die Zusatzfragen aus dem parallelen Beschwerdeverfahren gegen die Invalidenversicherung erst nachträglich gestellt wurden, rechtfertigt es sich, dass die Beschwerdegegnerin von den Gesamtkosten von CHF 6■610.00 den Anteil von CHF 5■000.00 trägt.

Demnach wird erkannt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden weder eine Parteientschädigung zugesprochen noch Verfahrenskosten erhoben.
3. Die Suva hat von den Kosten des Gerichtsgutachtens von Dr. med. C.\_\_\_\_ einen Anteil von CHF 5■000.00 zu bezahlen.

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagenseit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Präsident

Der Gerichtsschreiber

Flückiger

Isch

## **E. 12**

November 2009 (SA 5) hielt der Hausarzt der Beschwerdeführerin, Dr. med. B.\_\_\_\_, als Diagnose eine posttraumatische Nekrose Os pisiforme am Handgelenk links fest. 5.3 Aufgrund der diagnostizierten Nekrose Os pisiforme links wurde am 16. November 2009 eine operative Entfernung des Os pisiforme links vorgenommen (SA 12). 5.4 Am 17. Dezember 2009 wurde aufgrund der Indikation «St. n. Sturz auf beide Hände mit Schmerzen und Schwellung der ganzen rechten Hand» eine MRT Arthrographie Handgelenk rechts durchgeführt (SA 115), welche folgende Beurteilung ergab: · Radial gelegene Perforation der TFC nach palmar 1A. Keine Hinweise auf ein Bone bruise oder Osteonekrose der Handwurzelknochen. · V.a. kleine Ganglionssysteme dorsal der proximalen Handwurzelknochen sowie kleine Ganglionzyste angrenzend zur Basis Metacarpale II radialeseits. · Beginnende Rhizarthrose. 5.5 Mit Bericht vom 6. Januar 2010 (SA 14) diagnostizierte Dr. med. B.\_\_\_\_ zusätzlich eine TFC-Läsion am rechten Handgelenk und hielt fest, die Beschwerdeführerin sei am 3. September 2009 auf beide Handgelenke und das Kinn gefallen. Zusätzlich wahrscheinlich auch durch die Mehrbelastung der rechten Hand, habe sie immer mehr Schmerzen im rechten Handgelenk verspürt, obwohl diese Hand kurz nach dem Unfall nur geringe Beschwerden aufgewiesen habe. 5.6 Prof. Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt FMH Chirurgie, spez. Handchirurgie, nannte in seinem Bericht vom 14. Januar 2010 (SA 18) als Diagnosen einen Diskusriss rechts und einen fraglichen Diskusschaden links bei Ellenplussituation und Nervenirritation des Ulnaris nach Pisiformeentfernung. 5.7 Am 1. Februar 2010 wurde aufgrund des diagnostizierten

Diskusrisse radial bei Ulna-Plus links eine operative Ulnaverkürzung um 1.5 mm vorgenommen (SA 23). 5.8 Im Zwischenbericht vom 3. August 2010 (SA 49) hielt Prof. Dr. med. I.\_\_\_\_ fest, nach der Operation vom 1. Februar 2010 sei ein extrem ungewöhnlich zögerlicher Verlauf mit sehr langsamer Wiedergewinnung der Beweglichkeit bis etwa Anfang Juni feststellbar gewesen. Damals sei die Rückkehr in die Berufstätigkeit angesprochen worden. Seitdem sei es zu einer kontinuierlichen Verschlechterung der Beweglichkeitsmasse und Zunahme der geklagten Beschwerden gekommen. Die Beschwerdeführerin könne sich nicht vorstellen, dass in ihrem Betrieb eine für sie geeignete Tätigkeit gefunden würde. Für Bücher herumschleppen – dies sei ihre Tätigkeit – sehe sie sich ausserstande. 5.9 Prof Dr. med. I.\_\_\_\_ hielt in seinem Bericht vom 22. März 2011 (SA 67) bezüglich des am 18. März 2011 durchgeführten Arthro-MRI des Handgelenks links (SA 66) fest, das MRI zeige den Diskus verheilt, diskrete Arthrosezeichen am Carpus, aber vor allem eine Knickung der distalen Elle, etwa 2 cm proximal des Ellenendes mit Dorsalabweichen des distalen Ellenendes und Palmarversatz des Carpus gegen die Elle. Ein Unfall (im Kindesalter) sei der Beschwerdeführerin nicht erinnerlich. Dass diese Verformung ursächlich für die Schmerzen im distalen ulnaren Carpus sei, werde gestützt durch die weitgehend aufgehobene Supination und die konstanten Schmerzen an der ulnaren Handkante. 5.10 Dr. med. J.\_\_\_\_, Kreisärztin, Fachärztin für Chirurgie FMH, führte in ihrem Untersuchungsbericht vom 12. April 2011 (SA 69) aus, die beklagten Beschwerden im Bereich des rechten und linken Handgelenks seien zum Teil aufgrund der objektivierbaren Verletzung rechts, Diskus links, Zustand nach Diskusnaht und Entfernung des Os pisiforme und Ulnaverkürzung als unfallkausal anzusehen. Der Integritätsschaden erreiche aktuell noch nicht das entschädigungspflichtige Ausmass von 5 %. Eine angepasste Tätigkeit, leicht wechselbelastend ohne das Heben und Tragen von grossen Gewichten (5 kg links / 10 kg rechts), keine repetitiv belastenden Umwendbewegungen, keine dauernde Beanspruchung der Feinmotorik, kein Bedienen von vibrierenden Maschinen, sei ganztags zumutbar. 5.11 Dr. med. K.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Orthopädie und Handchirurgie, stellte in seinem Bericht vom 17. Mai 2011 (SA 79) die Diagnose einer Posttraumatischen DRUG-Instabilität am Handgelenk links. Sicherlich habe bei seinerzeitigem Trauma eine Läsion des Disc-Apparates stattgefunden. Ob jedoch neben der Läsion des Discus ulnaris auch eine Läsion der radio-ulnaren Bänder stattgefunden habe, lasse sich im Nachhinein nur begrenzt beurteilen. Die erfolgte Naht des Discus ulnaris habe das Problem nicht gelöst. Die Ulnaverkürzungsosteotomie hätte eine Verbesserung der DRUG-Stabilität durch Anspannen der radio-ulnaren Bänder bringen sollen. Da dies ausgeblieben sei, dürfe angenommen werden, dass zumindest eines der Bänder nicht mehr suffizient gewesen sei. 5.12 Dr. med. L.\_\_\_\_, Spezialarzt für Neurologie FMH, führte in seinem Bericht vom 10. November 2011 (SA 91) aus, anlässlich der EMG-Untersuchung habe eine relevante periphere Läsion des N. Ulnaris oder Medianus für die angegebenen Beschwerden weitgehend ausgeschlossen werden können. Hingegen zeigten sich im EMG diskrete, chronisch neurogene Denervationszeichen im Myotom C8/Thl. Die Anamnese (Sturz mit gestreckten Armen) mit unmittelbar danach Paresen im Schultergürtelbereich, Sensibilitätsstörungen im linken Arm, zusammen mit dem heutigen EMG-Befund sprächen für eine traumatisch bedingte Läsion des Plexus brachialis links. 5.13 In der neurologischen Aktenbeurteilung vom 28. Juni 2012 hielt Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie FMH, Suva Versicherungsmedizin (SA 141), fest, echtzeitlich zum Unfall vom 3. September 2009 seien im Bereich der rechten Hand oder des rechten Armes keine Beschwerden dokumentiert. Solche seien erstmalig im Bericht von Dr. med. B.\_\_\_\_ vom 6.

Januar 2010 dokumentiert worden. Bezüglich der von der Beschwerdeführerin im Rahmen der kreisärztlichen Untersuchung am 26. März 2012 auch auf der rechten Seite angegebenen neurologisch anmutenden Symptomatik sei, neurologisch beurteilt, echtzeitlich zum Unfall vom September 2009 kein Korrelat zu finden. Des Weiteren resultiere aus einer möglichen indirekt unfallbedingten Reizung des N. ulnaris links keine wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin. Diese Einschätzung werde durch die Angaben von Dr. med. M.\_\_\_\_ von der Klinik N.\_\_\_\_ nach der Untersuchung am 11. Mai 2012 bestätigt. 5.14 In der chirurgischen Aktenbeurteilung vom 9. August 2012 führte Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie FMH, Suva Versicherungsmedizin (SA 149), aus, hinsichtlich des rechten, dominanten Handgelenks fänden sich in den Akten keine bzw. widersprüchliche Angaben, wie und in welcher Form sich die Beschwerdeführerin verletzt habe. So seien aus den Akten unmittelbar nach dem Unfall sowie in den folgenden Wochen keine echtzeitlichen Hinweise auf diesbezügliche Beschwerden ersichtlich. Der einzige und indirekte Hinweis, dass beim Sturz vom 3. September 2009 auch das rechte Handgelenk betroffen gewesen sei, sei ein am gleichen Tag von Dr. med. F.\_\_\_\_ angefertigtes Röntgenbild der rechten Hand, auf dem keine ossären Verletzungen zu erkennen seien. Hinweise auf intermittierende Beschwerden ulnar im rechten Handgelenk fänden sich erst in einem Bericht des E.\_\_\_\_ vom 8. Januar 2010, vier Monate nach dem Unfall. Im schriftlichen Befundbericht zur Kernspintomographie vom 17. Dezember 2009 werde ein vertikaler Riss des Discus triangularis zentral radiallyseits festgehalten, der als TFCC-Läsion vom Typ Palmer 1a klassifiziert werde. Gemäss der Klassifikation von Palmer gälten Discusläsionen der Klasse I als traumatisch und solche der Klasse II als verschleissbedingt. Diese ätiologische Unterteilung gelte jedoch aufgrund der neueren Literatur als fraglich. Denn man finde solche Discusläsionen auch vom Typ Palmer 1a und 1b sowohl bei symptomatischen als auch asymptomatischen Handgelenken. Liege wie bei der Beschwerdeführerin eine Ulna-Plus-Variante vor, könne auch ohne Unfallereignis mit einem Discusläsion gerechnet werden. Da sich die Ulna in ihrer Lagebeziehung zum Radius mit zunehmendem Alter immer mehr zur Ulna-Plus-Variante hin verschiebe, erkläre sich dann auch die Zunahme von Discusdefekten mit zunehmendem Alter. Laut Hempfling könne eine (traumatische) Discusruptur nur dann angenommen werden, wenn es zu einer gleichzeitigen Ruptur der Ligg. radioulnaria palmare und dorsale gekommen sei. Dies führe dann zwangsläufig zu einer Instabilität des distalen Radioulnargelenkes. Bei der Beschwerdeführerin sei im ganzen Verlauf jedoch klinisch nie eine Instabilität des rechten distalen Radioulnargelenkes beschrieben worden. Damit bleibe es fraglich, ob die kernspintomographisch festgestellte TFCC-Läsion auch die Beschwerden im rechten Handgelenk zu erklären vermöge. So sei ihm bei der Durchsicht der Originalbilder in der koronalen Schnittführung eine proximal im Os triquetrum gelegene Signalstörung aufgefallen, die auf ein Knochenmarksödem hinweise, ein Befund wie er für eine ulnare Impaktation typisch sei, welche durch eine Überlänge der distalen Ulna entstehe, die ihrerseits zu einer vermehrten axialen Druckbelastung sowohl des TFCC als auch des Os triquetrum führe. Die TFCC-Läsion sei somit im Fall der Beschwerdeführerin mit grösserer Wahrscheinlichkeit auf einen vermehrten Verschleiss infolge Überlänge der distalen Ulna und nicht auf eine einmalige traumatische Einwirkung zurückzuführen. 5.15 In der ärztlichen Beurteilung vom 16. Oktober 2012 (SA 169) hielt Kreisarzt Dr. med. O.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeinmedizin, hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin fest, unfallbedingt bestehe von Seiten der rechten Hand keine Einschränkung. Unfallbedingt sei aufgrund der objektivierbaren Befunde und der

durchgeführten Operationen von einer regelmässigen Belastbarkeit des linken Handgelenks von 2 kg, gelegentlich bis 5 kg auszugehen. Eine Tätigkeit im bisherigen Bereich im Buchhandel sei zumutbar, sofern es nicht zwingend notwendig sei, einen Stoss von 10 schweren Büchern auf einmal zu tragen. Beidhändig sollte das Heben und Tragen von Lasten bis zu 5 kg regelmässig möglich sein, gelegentlich bis 10 kg. 5.16 Im ärztlichen Zeugnis vom 2. Mai 2013 (SA 185) wurde von Dr. med. F. \_\_\_ als Auszug der elektronischen Krankengeschichte vom 3. September 2009 folgendes aufgeführt: «03.09.2009 Problem: Unfall Subjektiv: zuvor Stolpersturz über Palette, Aufprall Kinn und Hände, Te-Rappel zuletzt, will keine WV!! Objektiv: AZ gut, wenig klaffende Wunde Kinn, Handgelenk links gut aber leicht dolent beweglich, Handrücken rechts mit massivem Bluterguss über MCP III, keine ossären DDo soweit prüfbar, Rx Handplatte: Fissur eher unwahrscheinlich, Riss in Unterlippe re klein, DDo Unterkiefer Analyse: RQW Kinn sc-Blutung Handrücken rechts Prozedere: Steri-Strip Hepagel-Verband Handrücken Lokal NSAID Deckverband mit Tegaderm Td-pur OA links (bitte noch eintragen) Ko HA am Samstag, AUF 100 % im BZ ab jetzt» Aus diesen Unterlagen gehe seines Erachtens unzweideutig hervor, dass am 3. September 2009 auch eine Traumatisierung der rechten Hand stattgefunden habe. 5.17 In der ärztlichen Beurteilung vom 17. Mai 2013 (SA 187) kam Kreisarzt Dr. med. O. \_\_\_ zum Schluss, dass der Integritätsschaden kein entschädigungspflichtiges Ausmass erreiche. Anlässlich des Sturzes im September 2009 habe die Beschwerdeführerin wahrscheinlich eine Fraktur des Os pisiforme Hand links erlitten. Dieser sei am 16. November 2009 im E. \_\_\_ entfernt worden. Es handle sich um einen kleinen Knochen, dessen Entfernung keinen Einfluss auf die Funktion des Handgelenks habe. Die Entfernung desselben könne auch zu keiner wie immer gearteten Arthrose als Spätfolge im Handgelenk führen. Die im MRI bestätigte diskrete radiocarpale Arthrose sei vorbestehend und nicht unfallbedingt. Bezüglich der am 1. Februar 2010 durchgeführten Ulnaverkürzungsosteotomie sei festzuhalten, dass der Ulnavorschub (Ulnaplusvariante) links anlagebedingt sei und in keinen unfallkausalen Zusammenhang stehe. Aufgrund der Traumatisierung des Handgelenks sei der diagnostizierte Discusriss (TFCC) radial als teilkausal zum Unfall beurteilt worden, bzw. es habe eine Teilkausalität nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden können. Aufgrund dieser Operation resultiere jedoch kein entschädigungspflichtiger Integritätsschaden. Das anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung bestehende Supinationsdefizit von 40° führe zu keiner Einschränkung im Alltagsleben und ein Integritätsschaden diesbezüglich erreiche kein entschädigungspflichtiges Ausmass – eine Integritätsentschädigung stehe nur bei einer relevanten Einschränkung (Aufhebung der Supination) zu. 5.18 Im ärztlichen Zeugnis vom 12. März 2013 (SA 192) führte Dr. med. B. \_\_\_ aus, aufgrund des chronologischen Verlaufs lasse sich klar eruieren, dass der Sturz Anfangs September 2009 zu einer Verletzung beider Hände und Handgelenke geführt habe, wobei sich initial dominant die linke Hand präsentiert habe. Erst im Verlauf bei persistierenden Schmerzen der rechten Seite sei auch dort die weitere Diagnostik eingeleitet worden und diese habe zur Diagnose einer Verletzung rechts geführt. 6. Vorweg ist festzuhalten, dass der medizinische Sachverhalt bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung ungenügend abgeklärt wurde. Die Beschwerden am linken Handgelenk sind unbestrittenermassen unfallkausal. Diesbezüglich kann auf den vorgehend unter Ziffer 5 aufgeführten Sachverhalt verwiesen werden. Die Beschwerdegegnerin stützte sich in ihrem Entscheid im Wesentlichen auf die Beurteilung von Dr. med. G. \_\_\_, Suva Versicherungsmedizin, vom 9. August 2012 (SA 149), der davon ausgeht, es seien echtzeitlich keine Verletzungen an der rechten Hand dokumentiert

worden. Dies muss aber durch den Bericht von Dr. med. F.\_\_\_\_ vom 2. Mai 2013 (SA 185) als widerlegt gelten. So reichte Dr. med. F.\_\_\_\_ – zwar erst nachträglich am 2. Mai 2013 – einen Auszug aus der elektronischen Krankengeschichte vom 3. September 2009 nach, wo folgende Befunde beschrieben wurden: «wenig klaffende Wunde Kinn, Handgelenk links gut aber leicht dolent beweglich, Handrücken rechts mit massivem Bluterguss über MCP III». Hinzu kommt, dass Dr. med. F.\_\_\_\_ offenbar am 3. September 2009 auch ein Röntgen der rechten Hand veranlasst hat, wie von Dr. med. G.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 9. August 2012 festgehalten wurde. Den Ausführungen im Einspracheentscheid (S. 6 Ziffer 4b), diese Angaben seien wertlos, weil die behandelnden Ärzte erfahrungsgemäss zu Gunsten der Patienten aussagten, kann so nicht gefolgt werden. Zwar besteht diese Erfahrungstatsache hinsichtlich behandelnder Ärzte in der Rechtsprechung, jedoch kann damit nicht gesagt werden, den Berichten behandelnder Ärzte sei per se kein Beweiswert zuzumessen. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 125 V 352 E. 3a; AHI 2001 S. 113 f. E. 3a; RKUV 2003 U 487 S. 345 E. 5.1). Auch die übrigen Ausführungen von Dr. med. G.\_\_\_\_ sind nur bedingt nachvollziehbar. So legt er einerseits dar, dass zwar eigentlich eine TFCC-Läsion nach Palmer Klassifikation Typ I vorliege, welche nach dieser Klassifikation meistens traumatisch bedingt sei. In der Folge relativiert er diese Begründung dann jedoch in nicht schlüssiger Weise und verneint eine Unfallkausalität. Damit verbleiben zumindest relativ geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen Abklärungen, was rechtsprechungsgemäss zur Folge haben muss, dass das Versicherungsgericht ergänzende Abklärungen veranlasst (vgl. BGE 139 V 225 E. 5.2 S. 229), zumal die Eventualbegründung im Einspracheentscheid, auch allfällige Beschwerden am rechten Handgelenk änderten an der Zumutbarkeitsbeurteilung nichts, aufgrund der damals vorliegenden Akten doch eher hypothetisch erscheint. Vielmehr kann es durchaus entscheidend sein, ob nur die (nicht dominante) linke Hand oder beide Hände betroffen sind. Primäre Fragestellung ist damit die Unfallkausalität der Beschwerden an der rechten Hand. Falls diese vom Gutachter bejaht wird, wäre weiter die Arbeits- und Leistungsfähigkeit in der angestammten und in einer angepassten Tätigkeit zu beurteilen, dies unter Mitberücksichtigung der Befunde an der linken Hand. 7. Aufgrund der vorgenannten Unklarheiten und Sachverhaltslücken wurde von Seiten des Versicherungsgerichts zur Klärung der Streitfrage, ob die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht bezüglich der Handgelenksproblematik (insbesondere rechtes Handgelenk) der Beschwerdeführerin zu Recht verneint hat, bei Dr. med. C.\_\_\_\_ ein handchirurgisches Gutachten veranlasst. 7.1 Das Gutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_ vom 30. Dezember 2016 (A.S. 92 ff.) wird den allgemeinen rechtsprechungsgemässen Anforderungen gerecht. Es stammt von einem unabhängigen Facharzt, welcher die Beschwerdeführerin eingehend untersucht (A.S. 100 - 103) und die Vorakten studiert hat (A.S. 92 - 98). Die Aussagen des Experten sind in allen Punkten schlüssig und nachvollziehbar. Dr. med. C.\_\_\_\_ begründet seine Schlussfolgerung einleuchtend, wonach die rechtsseitigen Handgelenksbeschwerden nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit kausal zum Unfallereignis vom 3. September 2009 seien: Auf dem 14 Wochen nach dem Ereignis durchgeführten Arthro-MRI des rechten Handgelenkes fänden sich als pathologischer Hauptbefund eine radio-zentrale Diskusläsion des TFCC bei einer Ulna-Neutral-Variante ohne Zusatzläsion und vor allem ohne Begleitödem im Diskus selber oder in den angrenzenden Karpalknochen. Von der radio-zentralen Lokalisation her könnte

es sich hier sowohl um eine traumatische, als auch um eine degenerative Läsion handeln. Angesichts der Ulna-Neutral-Variante und des Patientenalters sei gemäss Literatur eine rein degenerative Ursache wahrscheinlicher. Gegen die Trauma-Ursache der Diskus-Verletzung spreche hauptsächlich, dass gemäss dem Erstbefund am 3. September 2009 an der rechten Hand ausschliesslich die distale Mittelhand eine Verletzung aufgewiesen habe, und dass gemäss den Akten die eigentlichen Handgelenksbeschwerden erst im postprimären Verlauf aufgetreten seien. Bei traumatischen Läsionen des TFCC würden Schmerzen in der Regel unmittelbar mit dem Trauma lokal auftreten, während sich diese bei degenerativen Veränderungen spontan ohne eigentlichen Auslöser entwickeln würden. Die Angaben bezüglich der rechtsseitigen Handgelenksbeschwerden in den Akten seien sehr vage und eine detaillierte klinische Untersuchung im frühen Verlauf nach dem Ereignis fehle gänzlich, womit es nicht möglich sei, den MRI-Befund mit der Klinik abzugleichen. Das in den Akten rudimentär dargestellte und anlässlich der Begutachtung geschilderte Schmerzbild im rechten Handgelenk lasse sich nicht eindeutig mit der MR-tomographisch dargestellten Pathologie erklären. Diskusläsionen in der Zone mit der maximalen Druckbelastung äusserten sich gewöhnlich mit Schmerzen im funktionellen Einsatz der Hand und bei Belastung, etwa beim Abstützen oder bei belasteten Drehbewegungen, während dem sie in Ruhe deutlich geringer oder gar nicht manifest seien. Die Beschwerdeführerin berichte aber von stärkeren Ruheschmerzen nach Belastungen, resp. von geringeren bewegungs- und belastungsabhängigen Schmerzen während der Tätigkeit. Auch die beiden Handgelenksganglien, welche als zusätzliche Befunde im MRI beschrieben seien, würden eher stellungs- und bewegungsabhängige Beschwerden als Ruheschmerzen verursachen. Insgesamt sei somit das Sturzereignis vom 3. September 2009 nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit kausal für die rechtsseitigen Handgelenksbeschwerden. Sodann zeigt Dr. med. C. \_\_\_ hinsichtlich der an sich unbestrittenen unfallkausalen Beschwerden am linken Handgelenk schlüssig auf, dass das Os pisiforme des linken Handgelenks durch das Trauma vom 3. September 2009 geschädigt worden ist. Prof. Dr. med. I. \_\_\_ beschreibe am 14. Januar 2010 ausstrahlende Schmerzen in die linke Hand und ein gelegentliches Reißen und Kribbeln am Kleinfinger. Er habe klinisch ein leicht geschwollenes linkes Handgelenk gefunden. Nach seiner Einschätzung habe sich im MRI des linken Handgelenkes vom 18. September 2009 der Diskus nicht normal dargestellt. Die residuellen Schmerzen seien daraufhin auf eine fragliche Diskusläsion bei Ulna-Plus-Situation und auf eine Nervenirritation des Nervus ulnaris nach der Erstoperation zurückgeführt worden, welcher er eine gute Prognose vorausgesagt habe. Gemäss Dr. med. C. \_\_\_ sei festzuhalten, dass diese Interpretation des MRI nicht mit derjenigen des beteiligten Radiologen übereinstimme. Anlässlich der Operation des linken Handgelenks vom 1. Februar 2010 sei von Prof. Dr. med. I. \_\_\_ ein radialer Diskusriss gesehen worden, ohne genauere Angaben über Verlauf und Ausdehnung. Der Riss sei genäht worden. In der gleichen Intervention sei die Ulnaverkürzungs-Osteotomie durchgeführt worden. Ob diese Diskusläsion am linken Handgelenk ursächlich durch das Trauma vom 3. September 2009 bedingt sei, lasse sich aus den vorliegenden Akten nicht zwingend schliessen. Für die Trauma-Ursache spreche, dass links bereits initial Handgelenksschmerzen geäussert worden seien und dass durch die vorgängige Entfernung des frakturierten Os pisiforme sich diese Schmerzen nicht verändert hätten. Die Untersuchung von Prof. Dr. med. I. \_\_\_ sei leider rudimentär und begründe nicht mit objektivierbaren Befunden, dass die Schmerzen auf die Diskusläsion zurückzuführen seien. Der peroperative Befund mit radialem Diskusriss lasse eine Trauma-Ursache zwar

vermuten, eine weiterführende Beschreibung von Lokalisation, Ausdehnung und Morphologie des Risses abgesehen von seiner Schlitzform fehle jedoch im OP-Bericht. Ein Hinweis für ein frisches traumatisches Ereignis im MRI wäre noch eine Umgebungsreaktion im Bereich der verletzten Strukturen in Form eines Ödems, was aber auf der MRI-Aufnahme 15 Tage nach dem Trauma fehle, was gegen eine frisch traumatische Läsion des Diskus spreche. In Bezug auf das linke Handgelenk lasse sich folgendes schliessen: Beim Trauma vom 3. September 2009 sei es zur Verletzung des linken Handgelenks gekommen. Eindeutig durch das Trauma geschädigt worden sei dabei das Os pisiforme. Das Os pisiforme frakturiere im Sinne eines Berstungsbruchs durch direkte Krafteinwirkung auf den Knochen, in der Regel anlässlich eines Sturzes auf die ausgestreckte Hand mit Erstanprall der Handballen. Dieser Trauma-Mechanismus führe auch zur Kompression des Diskus zwischen den Handgelenksknochen und der Ulna, was zu einer traumatischen Verletzung desselben führen könne. Die Akten liessen Zweifel an einer frischen traumatischen Läsion aufkommen, ein vorbestehender Schaden sei retrospektiv denkbar. Der dokumentierte Verlauf der Gesundheitsschädigung lasse aber den Schluss zu, dass das Trauma zumindest richtungsweisend für die Entwicklung des Gesundheitsschadens gewesen sei. Des Weiteren führt Dr. med. C.\_\_\_\_ hinsichtlich des Einflusses der unfallkausalen Beschwerden nachvollziehbar aus, aktuell wirke sich die unfallkausale Gesundheitsstörung am linken Handgelenk mit bewegungs- und belastungsabhängigen Schmerzen sowie einer leichten Einschränkung der Vorderarmrotation bei beruflichen wie auch bei Alltags-Tätigkeiten aus. Ursache hierfür sei die Inkongruenz des distalen Radioulnar-Gelenkes durch die in Fehlstellung geheilte Ulna nach der Ulnaverkürzungs-Osteotomie. Der geäusserte Ruheschmerz könnte ein Hinweis auf beginnende degenerative Knorpel-Veränderungen infolge der ungleichmässigen Gelenkbelastung durch die Inkongruenz der Gelenkführung sein. Solche Veränderungen liessen sich jedoch auf den zuletzt durchgeführten radiologischen Untersuchungen noch nicht objektivieren und auch bei der klinischen Untersuchung gebe es für eine Arthrose keine Hinweise. Im Weiteren schätze er die erreichte Ulnaverkürzung als zu gering ein, so dass der im MRI massiv ausgedünnte Diskus des TFCC gegenwärtig bei axialen Belastungen nicht sicher ausreichend druckentlastet sei. Stellungs- und belastungsabhängige Druck- und Scherkräfte auf den Diskus könnten so zu einer Schmerzverstärkung führen, was sich im funktionellen Einsatz etwa beim Stossen oder bei Drehbelastungen des Vorderarms in einer zusätzlichen Reduktion der Belastungsfähigkeit resp. der Kraftleistung der Hand äussern könne, insbesondere wenn die Bewegungen und Belastungen repetitiv erfolgen würden. Bei der Sensibilitätsprüfung anlässlich der klinischen Untersuchung finde sich links am Klein- und Ringfinger eine erhebliche Qualitätsverminderung mit einer Zweipunktgediskrimination von 1 cm, bei einem Normwert von 5 mm. Glücklicherweise wirke sich dieser funktionell nicht aus, so würden Missempfindungen am Tag und Einschlafgefühle in der Nacht nur als seltene Ereignisse geklagt. Gegenstände würden eher wegen der Kraftverminderung fallen gelassen, wobei sich diese ausschliesslich mit Schmerzen durch den Kraftgriff erklären lasse. Entsprechend sei bei der klinischen Untersuchung vor allem die Faustschlusskraft links mit 3.3 kp sehr stark vermindert, rechts sei sie mit 11 kp noch gut und im Schlüsselgriff sogar beidseits noch so ordentlich, dass zumindest für Feinarbeiten Ressourcen bestehen dürften. Gestützt auf diese Erläuterungen vermag schliesslich auch die von Dr. med. C.\_\_\_\_ vorgenommene Beurteilung der unfallbedingten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu überzeugen. Die unfallkausale Beeinträchtigung an der linken, dominanten Hand erschwere wegen der

eingeschränkten Drehfähigkeit des Vorderarmes sicher das Arbeiten auf Brust- und Überkopfhöhe. Das Heben von Lasten und das Tragen in Lendenhöhe hingegen seien weniger eingeschränkt. Auch die Belastungsfähigkeit sei eingeschränkt, insbesondere der Belastungsbereich über 10 kg. Vereinzelt dürften Lasten zwischen 5 und 10 kg trotz der objektivierbaren gesundheitlichen Störungen beidhändig getragen werden können. Das beidhändige Tragen von Lasten von unter 5 kg sei sicher möglich, das einhändige Tragen von Lasten bis 5 kg mit hängendem Arm werde links auch in der Selbsteinschätzung der Beschwerdeführerin anlässlich der Begutachtung möglich sein, auch wenn dies repetitiv erfolgen sollte. Das einhändige Tragen mit angewinkeltem Arm und das Halten des Gegenstandes vor dem Körper sei links sicher stark erschwert, da hierbei das Handgelenk in Ulnardeviation positioniert und die Belastung des distalen Radioulnar-Gelenkes erhöht werde. Entsprechend müsse das einhändige Hochheben und Tragen in dieser Position links auf 3 - 4 kg als oberstes Limit und in Form von Einzelleistungen beschränkt werden, repetitiv belastet falle dieser Wert auf 1 - 2 kg ab, Belastungen unter 1 kg dürften aber häufig zu meistern sein. Das Stossen und Schieben sei wie das Aufstützen ausschliesslich links sicher eingeschränkt, aber als Einzeltätigkeit durchführbar, als Dauerleistung aber nicht möglich. Zusammenfassend dürfte für die bisherige Tätigkeit im Buchzentrum aus dem Gesundheitsschaden links eine Leistungsverminderung resultieren, welche sich mit einer permanenten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auf maximal 50 % beziffern lasse. Rechts sei die Einschränkung geringer, so dass er die Arbeitsfähigkeit mit permanent 75 % einschätze. Insgesamt liege also die Arbeitsfähigkeit zwischen 40 und 75 %. Hinsichtlich der Zumutbarkeit einer angepassten Tätigkeit hält der Gutachter zudem überzeugend fest, für die Beschwerdeführerin wären Schreibarbeiten am Computer mit dem bestehenden Gesundheitsschaden besser zu bewältigen als die ungleich stärker belastende Tätigkeit im Buchzentrum, unter der Voraussetzung, dass der Arbeitsplatz ergonomisch angepasst gestaltet wäre. So müsste die Tastatur so adaptiert werden, dass die den Schmerz auslösende Ulnar-Abweichung der Hand gegenüber dem Vorderarm vermieden werde. Idealerweise wäre die Arbeit so gestaltet, dass nicht als Dauerleistung über mehrere Stunden geschrieben werde, sondern dass ein Wechsel der Handstellung und Belastung durch andere Bürotätigkeiten erfolgen könne. Es sei durchaus denkbar, dass eine derartig leidensangepasste Tätigkeit nach ausreichender Einarbeitungszeit schrittweise auf einen Umfang von 100 % (Leistung wie auch Arbeitsstunden) erhöht werden könne. Auch die Fabrikation von Kleinteilen sei denkbar, sofern bei repetitiven Belastungen die Einzelbelastungen deutlich kleiner als 1 kg seien. Entsprechend wären auch industrielle Arbeiten denkbar, welche zum Beispiel sitzend erledigt würden, wie etwa Kontrollmessungen, Scannerarbeiten, aber auch die Fertigung von Gegenständen, wenn dazu über Joysticks Computer oder Steuerungen bedient werden könnten. Auch in einer solchen Tätigkeit wäre eine Vollzeittätigkeit bei uneingeschränkter Leistung denkbar, wiederum nach ausreichender Einarbeitungszeit. Zur Evaluation der Fähigkeiten schlage er auch im Hinblick auf diese Tätigkeiten Eingliederungsmassnahmen mit Testarbeit in entsprechenden ausgerichteten Institutionen vor.

7.2 Gestützt auf das voll beweiswertige Gutachten von Dr. med. C. \_\_\_ ist demnach davon auszugehen, dass die Beschwerden an der rechten Hand nicht unfallkausal sind. Dagegen sind die Beschwerden der linken Hand, wie schon von der Beschwerdegegnerin anerkannt, als unfallkausal anzusehen. Die Arbeit im Buchzentrum, wo dauernd relativ schwere Lasten getragen werden müssen, ist angesichts des genannten Verletzungsbildes nicht geeignet, was so auch im Gutachten bestätigt wird. Wie von Dr. med. C. \_\_\_ weiter schlüssig dargelegt wurde, besteht in einer

leidensadaptierten Tätigkeit eine volle Leistungsfähigkeit, sogar wenn die Beeinträchtigungen an beiden Händen berücksichtigt werden. Insofern kann der angefochtene Entscheid der Beschwerdegegnerin auch in diesem Punkt bestätigt werden. Daran ändert auch der Vorbehalt des Gutachters nichts, es brauche eine Einarbeitungszeit und/oder (nicht näher bezeichnete) Eingliederungsmassnahmen. So ist angesichts der vom Gutachter als «geeignet» bezeichneten Tätigkeiten (s. Ziff. 7.1 vorgehend) und des gutachterlichen Zumutbarkeitsprofils davon auszugehen, dass auf dem Arbeitsmarkt genügend Arbeitsplätze vorhanden sind, in denen man die linke Hand nur so einsetzen muss, wie es der Beschwerdeführerin noch möglich ist, zumal die vorgeschlagenen Tätigkeiten - Schreiarbeiten am Computer, Kontrollmessungen, Scannerarbeiten etc. - ohne grössere zusätzliche Anpassungen umsetzbar wären. In diesem Zusammenhang rügt die Beschwerdeführerin, die vom Gutachter vorgeschlagenen Eingliederungsmassnahmen kämen gar nicht mehr in Frage, da sie inzwischen das Pensionsalter überschritten habe. Eine Umschulung in eine leidensangepasste Tätigkeit sei somit gar nicht mehr möglich, weshalb nur noch das Abstellen auf die frühere, vor dem Unfall ausgeübte Tätigkeit bei der D.\_\_\_\_ möglich sei. Angesichts der noch nicht langen Abwesenheit vom Arbeitsmarkt und der sofortigen Umsetzbarkeit der Arbeitsfähigkeit in einer der vorgeschlagenen Tätigkeiten erscheinen Eingliederungsmassnahmen jedoch nicht notwendig. Schliesslich vermögen auch die übrigen Rügen der Beschwerdeführerin den Beweiswert des Gutachtens nicht zu schmälern. Fälschlicherweise war in den Gutachtensfragen auch die Frage nach den Auswirkungen auf die «psychischen Grundfunktionen» enthalten. Diese hat der Gutachter im handchirurgischen Gutachten zu Recht nicht beantwortet. Diesbezüglich sind, entgegen der Ansicht des Vertreters der Beschwerdeführerin, keine weiteren Abklärungen erforderlich, nachdem keine psychischen Beschwerden vorliegen. Sodann weist die Beschwerdeführerin zwar zu Recht daraufhin, dass die Aussage von Dr. med. C.\_\_\_\_ auf Seite 23 des Gutachtens, wonach die Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin von 50 % im Verlauf nur während weniger Tage unterbrochen worden und wieder auf 100 % gesetzt worden sei, nicht korrekt sei. So gibt Dr. med. C.\_\_\_\_ auf Seite 8 seines Gutachtens die tatsächlichen aktenkundigen Arbeitsunfähigkeiten an sich korrekt wieder: 100 % vom 3. September 2009 bis 11. März 2012, 50 % vom 12. März 2012 bis 23. Mai 2012, 100 % vom 24. Mai 2012 bis 28. Mai 2012, 50 % vom 29. Mai 2012 bis 5. Juli 2012, 100 % ab 6. Juli 2012. Da der Rentenanspruch jedoch gemäss Art. 19 UVG ohnehin erst entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes des Versicherten mehr erwartet werden kann und vorliegend ein allfälliger Rentenanspruch nach der Einstellung der Taggelder Streitgegenstand ist, sind diese widersprüchlichen Angaben vorliegend nicht von Belang und ändern nichts an der vollen Verwertbarkeit des Gutachtens. Das Gleiche gilt auch hinsichtlich des Einwandes der Beschwerdeführerin, wonach die vom Gutachter statuierte Bandbreite der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit viel zu gross sei. Wie vorgehend festgehalten wurde, kann die bisherige Tätigkeit nicht mehr als geeignet angesehen werden, weshalb auf eine angepasste Tätigkeit abzustellen ist. Damit ist auch die diesbezügliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit vorliegend nicht entscheidend.

8. 8.1 Sodann ist zu prüfen, ob die von der Beschwerdegegnerin angewandten DAP-Löhne (Suva-Nr. 199) korrekt sind. Das Bundesgericht (vormals Eidgenössisches Versicherungsgericht) hat in einem Grundsatzurteil vom 28. August 2003 (BGE 129 V 472) Bedingungen für die Anwendbarkeit der DAP formuliert. Danach genügt es nicht, wenn bloss einige wenige zumutbare Arbeitsplätze angegeben würden, weil es sich dabei sowohl hinsichtlich der

Tätigkeit wie auch des bezahlten Lohnes um Sonder- und Ausnahmefälle handeln könne. Es sei in quantitativer Hinsicht zwar ausreichend, wenn im Einzelfall die Profile von fünf geeigneten und zumutbaren Arbeitsplätzen vorgelegt würden. Der Unfallversicherer habe aber zusätzlich Angaben über die Gesamtzahl der auf Grund der gegebenen Behinderung in Frage kommenden dokumentierten Arbeitsplätze zu machen sowie über den Höchst-, den Tiefst- und den Durchschnittslohn der dem jeweiligen Behinderungsprofil entsprechenden Gruppe. Mit diesen Angaben lasse sich überprüfen, ob die von der Versicherung vorgelegten Profile repräsentativ seien und ob die Versicherung einen korrekten Ermessensentscheid getroffen habe. Der versicherten Person seien diese Angaben so offen zu legen, dass sie im Einspracheverfahren allfällige Einwendungen erheben könne. Sei die Suva nicht in der Lage, im Einzelfall den erwähnten Anforderungen zu genügen, so könne im Bestreitungsfall nicht auf den DAP-Vergleich abgestellt werden (E.4.2.1 und 4.2.2). Bei der Ermittlung des Invalideneinkommens gestützt auf DAP-Profile seien Abzüge vom System der DAP her nicht sachgerecht und nicht zulässig (E.4.2.3).

8.2 Das Zumutbarkeitsprofil des Beschwerdeführers wurde seitens von Dr. med. C. \_\_\_ überzeugend wie folgt umschrieben: Die unfallkausale Beeinträchtigung an der linken, adominanten Hand erschwere wegen der eingeschränkten Drehfähigkeit des Vorderarmes sicher das Arbeiten auf Brust- und Überkopfhöhe. Das Heben von Lasten und das Tragen in Lendenhöhe hingegen sei weniger eingeschränkt. Auch die Belastungsfähigkeit sei eingeschränkt, insbesondere der Belastungsbereich über 10 kg. Vereinzelt dürften Lasten zwischen 5 und 10 kg trotz der objektivierbaren gesundheitlichen Störungen beidhändig getragen werden können. Das beidhändige Tragen von Lasten von unter 5 kg sei sicher möglich, das einhändige Tragen von Lasten bis 5 kg mit hängendem Arm werde links auch in der Selbsteinschätzung der Beschwerdeführerin anlässlich der Begutachtung möglich sein, auch wenn dies repetitiv erfolgen sollte. Das einhändige Tragen mit angewinkeltem Arm und das Halten des Gegenstandes vor dem Körper sei links sicher stark erschwert, da hierbei das Handgelenk in Ulnarreduktion positioniert und die Belastung des distalen Radioulnar-Gelenkes erhöht werde. Entsprechend müsse das einhändige Hochheben und Tragen in dieser Position links auf 3 - 4 kg als oberstes Limit und in Form von Einzelleistungen beschränkt werden, repetitiv belastet falle dieser Wert auf 1 - 2 kg ab, Belastungen unter 1 kg dürften aber häufig zu meistern sein. Das Stossen und Schieben sei wie das Aufstützen ausschliesslich links sicher eingeschränkt aber als Einzelstätigkeiten durchführbar, als Dauerleistung aber nicht möglich. Bei einer angepassten Bürotätigkeit müsste die Tastatur so adaptiert werden, dass die den Schmerz auslösende Ulnar-Abweichung der Hand gegenüber dem Vorderarm vermieden werde. Idealerweise wäre die Arbeit so gestaltet, dass nicht als Dauerleistung über mehrere Stunden geschrieben werde, sondern dass ein Wechsel der Handstellung und Belastung durch andere Bürotätigkeiten erfolgen könne. Auch die Fabrikation von Kleinteilen sei denkbar, sofern bei repetitiven Belastungen die Einzelbelastungen deutlich kleiner als 1 kg seien. Entsprechend wären auch industrielle Arbeiten denkbar, welche zum Beispiel sitzend erledigt würden, wie etwa Kontrollmessungen, Scannerarbeiten, aber auch die Fertigung von Gegenständen, wenn dazu über Joysticks Computer oder Steuerungen bedient werden könnten. Wie bereits festgehalten, kann die Beschwerdeführerin in der bisherigen Tätigkeit bei der D. \_\_\_ nicht als optimal eingegliedert gelten, zumal sie im möglichen Rentenzeitpunkt die zumutbare Arbeitsfähigkeit nicht ausschöpfte. Somit ist es grundsätzlich richtig, zur Errechnung des Invalideneinkommens Vergleichswerte heranzuziehen. Die fünf von der Beschwerdegegnerin vorgelegten DAP-Arbeitsplatzprofile

(SA 199) sind mit dem genannten Zumutbarkeitsprofil vereinbar und insoweit nicht zu beanstanden. Des Weiteren ist anzufügen, dass die DAP-Arbeitsplatzprofile eben gerade den Einschränkungen der Beschwerdeführerin entsprechend ausgewählt wurden, so dass – anders als bei den Zahlen aus den LSE-Tabellen – praxisgemäss kein Abzug vorzunehmen ist. Auch die übrigen Bedingungen für die Anwendbarkeit der DAP gemäss Ziff. 8.1 hiervor sind vorliegend erfüllt worden, sodass die Festsetzung des Invalideneinkommens (mittels DAP) auf CHF 52'505.60 nicht zu beanstanden ist. Ebenso ist es nicht zu beanstanden und wird von der Beschwerdeführerin auch nicht gerügt, dass die Beschwerdegegnerin bezüglich des Valideneinkommens auf die Angaben der letzten Arbeitgeberin, der D.\_\_\_\_, abstellt (SA 173). Damit ist der von der Beschwerdegegnerin bei einem Valideneinkommen von CHF 53'157.00 und einem Invalideneinkommen von CHF 52'505.60 errechnete Invaliditätsgrad von 1 % korrekt.

8.3 Das Lebensalter kann in der Invalidenversicherung der Verwertbarkeit der Arbeitsfähigkeit entgegenstehen. In der Unfallversicherung gibt es jedoch die Sonderbestimmung von Art. 28 Abs. 4 UVV: «Nimmt ein Versicherter nach dem Unfall die Erwerbstätigkeit altershalber nicht mehr auf oder wirkt sich das vorgerückte Alter erheblich als Ursache der Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit aus, so sind für die Bestimmung des Invaliditätsgrades die Erwerbseinkommen massgebend, die ein Versicherter im mittleren Alter bei einer entsprechenden Gesundheitsschädigung erzielen könnte.» Da die im März 1952 geborene Beschwerdeführerin beim potentiellen Rentenbeginn im Jahr 2014 älter als 60-jährig war, gelangt diese Bestimmung altersmässig zur Anwendung. Nach der Rechtsprechung findet Art. 28 Abs. 4 (Variante 2) UVV auch dann Anwendung, wenn das vorgerückte Alter einer versicherten Person das Zumutbarkeitsprofil nicht zusätzlich beeinflusst, also keine zusätzlichen Einschränkungen des funktionellen Leistungsvermögens mit sich bringt, aber einer Verwertung der Restarbeitsfähigkeit (auch auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt) trotzdem entgegensteht, weil kein Arbeitgeber einen Angestellten im oder kurz vor dem AHV-Alter mit gesundheitlichen Einschränkungen einstellen würde (Urteil des Bundesgerichts 8C\_209/2012 vom 12. Juli 2012 E. 5.3 mit Hinweis). Demzufolge ist die vorgehende Invaliditätsberechnung auch unter diesem Aspekt nicht zu beanstanden.

9. 9.1 Gemäss Art. 24 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung, wenn sie durch das Unfallereignis oder einer Berufskrankheit (vgl. Art. 9 Abs. 3 i.V.m. Art. 24 Abs. 1 UVG) eine dauernde und erhebliche Schädigung ihrer körperlichen oder geistigen Integrität erleidet. Nach Art. 36 Abs. 1 UVV gilt ein Integritätsschaden dann als dauernd, wenn er voraussichtlich während des ganzen Lebens mindestens im gleichen Umfang besteht. Er ist erheblich, wenn die körperliche oder geistige Integrität, unabhängig von der Erwerbsfähigkeit, augenfällig oder stark beeinträchtigt wird. Gemäss Art. 36 Abs. 2 UVV gelten für die Bemessung der Integritätsentschädigung die Richtlinien des Anhangs 3. Der Bundesrat hat in diesem Anhang Bemessungsregeln aufgestellt und in einer nicht abschliessenden (Gilg/Zollinger, Die Integritätsentschädigung nach dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung, S. 47) Skala wichtige und typische Schäden prozentual gewichtet. Für spezielle oder nicht aufgeführte Integritätsschäden wird die Entschädigung nach dem Grad der Schwere vom Skalenwert abgeleitet (Ziff. 1 Abs. 2 der Richtlinien im Anhang 3, ferner Art. 25 Abs. 1 UVG). Die Liste der Integritätsschäden sieht von allen individuellen Besonderheiten der Auswirkung ab und gibt eine abstrakte Schätzung für einen Durchschnittsmenschen. Es wird somit nur jene «Schwere» berücksichtigt, die einem Integritätsschaden solcher Art bei einem Durchschnittsmenschen beigemessen werden kann (Gilg/Zollinger, a.a.O., S. 36 ff

und 45 ff). Die Schätzung der Beeinträchtigung der Integrität obliegt in erster Linie den Ärzten (Gilg/Zollinger, a.a.O., S. 100 f), welche auf Grund ihrer Kenntnisse und Erfahrungen fähig sind, einerseits die konkreten Befunde der Unfallfolgen festzuhalten und andererseits die sachgemässe Einstufung im Rahmen der erwähnten Liste vorzunehmen (vgl. dazu die Mitteilungen der Medizinischen Abteilung der Suva, Heft 57, November 1984, S. 18 bis 31). Die Medizinische Abteilung der Suva hat in Weiterentwicklung der bundesrätlichen Skala weitere Bemessungsgrundlagen in tabellarischer Form (sog. Feinraster) erarbeitet (Mitteilungen der Medizinischen Abteilung der Suva Nr. 57 bis 59, Tabellen 1 - 22). Diese von der Verwaltung herausgegebenen Tabellen stellen zwar keine Rechtssätze dar und sind für die Parteien nicht verbindlich, umso mehr als Ziffer 1 vom Anhang 3 zur UVV bestimmt, dass der in der Skala angegebene Prozentsatz des Integritätsschadens für den Regelfall gilt, welcher im Einzelfall Abweichungen nach unten wie nach oben ermöglicht. Soweit sie jedoch lediglich Richtwerte enthalten, mit denen die Gleichbehandlung aller Versicherten gewährleistet werden soll, sind sie mit dem Anhang 3 zur UVV vereinbar (BGE 124 V 32 Erw. 1c mit Hinweis). Ist eine Integritätsentschädigung weder in der Skala in Anhang 3 UVV noch in den Tabellen der Suva enthalten, ist gemäss Ziff. 1 Abs. 2 Anhang 3 UVV eine Schätzung im Vergleich mit anderen Schäden vorzunehmen.

9.2 In seiner Beurteilung des Integritätsschadens hielt der Gutachter Dr. med. C. \_\_\_ fest, gemäss der Suva-Tabelle 1, «Integritätsschäden bei Funktionsstörungen der oberen Extremität», werde die Aufhebung der Supination des Vorderarmes mit einem Integritätsschaden von 10 % bewertet. Gemäss der Tabelle 5, «Integritätsschäden bei Arthrose», werde die Ulnaköpfchen-Arthrose erst bei schwerer Arthrose mit 5 % Integritätsschaden bewertet, Gemäss der Tabelle 6, «Integritätsschäden bei Gelenksinstabilitäten», werde eine mittelschwere Handgelenks-Instabilität mit 0 - 5 %, eine schwere mit 5 - 10 % bewertet. Der gegenwärtige Gesundheitsschaden des linken Handgelenkes lasse sich mit keinem der tabellierten Gesundheitsschäden eindeutig beschreiben. Eine dauerhafte Beeinträchtigung des Gesundheitszustandes bestehe, wenn keine weiteren therapeutischen Massnahmen durchgeführt würden. Die aktuelle Beeinträchtigung der Integrität betrage aber aus den Tabellenwerten abgeleitet und geschätzt maximal 5 %.

9.3 Wie oben ausgeführt, hat eine versicherte Person Anspruch auf eine Integritätsentschädigung gemäss Art. 24 Abs. 1 UVG, wenn sie durch das Unfallereignis oder einer Berufskrankheit eine dauernde und erhebliche Schädigung ihrer körperlichen oder geistigen Integrität erleidet. Wenn der Gerichtsgutachter den Integritätsschaden auf «maximal 5 %» beziffert, lässt dies erkennen, dass die Erheblichkeitsgrenze von 5 % nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erreicht wird. Wie Dr. med. C. \_\_\_ in seinem Gutachten ausführt, hat die Beschwerdeführerin ausserdem bezüglich ihrer Beschwerden in der linken Hand noch nicht alle Therapiemöglichkeiten ausgeschöpft, womit die Voraussetzung eines «dauernden» Gesundheitsschadens nicht gegeben sind. Damit entfällt der Anspruch auf eine Integritätsentschädigung.

10. Zusammenfassend ist demnach der angefochtene Einspracheentscheid nicht zu beanstanden. So wurde die Beurteilung, wonach zwar die Verletzung an der linken Hand, nicht jedoch jene an der rechten Hand mit überwiegender Wahrscheinlichkeit unfallkausal sei, durch das Gerichtsgutachten bestätigt. Die Zumutbarkeitsbeurteilung, wonach eine geeignete Tätigkeit mit vollem Pensum und voller Leistung möglich ist, wurde ebenfalls bestätigt. Der Einkommensvergleich mittels DAP lässt sich nicht beanstanden. Im Übrigen ist gestützt auf das Gutachten von Dr. med. C. \_\_\_ das Vorliegen eines dauerhaften Gesundheitsschadens derzeit noch nicht gegeben, womit auch die Verneinung des

Anspruchs auf eine Integritätsentschädigung zu bestätigen ist. Somit ist die Beschwerde abzuweisen. 11. 11.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf Zusprechung einer Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG). Der Umstand, dass ein Gerichtsgutachten eingeholt wurde, ändert nichts daran, dass die Beschwerdeführerin für die Kostenverlegung als unterliegend zu gelten hat (Urteil des Bundesgerichts 8C\_513/2012 vom 17. September 2012 E. 4.1 und 4.2, bestätigt u.a. im Urteil 8C\_293/2016 vom 11. Juli 2016 E.5). 11.2 Grundsätzlich ist das Verfahren kostenlos. Von diesem Grundsatz abzuweichen, besteht im vorliegenden Fall kein Anlass. 11.3 Wie dargelegt, hat die Beschwerdegegnerin den Sachverhalt unzureichend abgeklärt, weshalb das Gericht die Abklärungslücke durch ein Gerichtsgutachten schliessen musste. Die Beschwerdegegnerin hat daher grundsätzlich die Kosten des Gutachtens von Dr. med. C.\_\_\_\_ vom 30. Dezember 2016 zu bezahlen. Nachdem der Hauptteil des Gutachtens aufgrund der unzureichenden Abklärungen im UVG-Verfahren erstellt werden musste und die Zusatzfragen aus dem parallelen Beschwerdeverfahren gegen die Invalidenversicherung erst nachträglich gestellt wurden, rechtfertigt es sich, dass die Beschwerdegegnerin von den Gesamtkosten von CHF 6'610.00 den Anteil von CHF 5'000.00 trägt.

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