

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00226 vom 1. Februar 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-02-01, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2010.00226](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2010.00226)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00226 du 1 février 2012

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00226 del 1 febbraio 2012

## Erwägungen

### E. 1

1.1. X., geboren 1969, Servicefachangestellte, war zuletzt arbeitslos und über die Arbeitslosenkasse des Kantons Zürich bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert. Am 27. Dezember 2005 erlitt sie in Y. einen Unfall, als sie beim Fensterreinigen aus etwa drei Metern Höhe von einer Terrasse stürzte und sich beidseitige Radiusfrakturen sowie eine Knie-Distorsion links zuzog (Urk. 14/1 Ziff. 1-6, Urk. 14/9 Ziff. 4-5, Urk. 14/11 S. 1 oben). Die SUVA erbrachte in der Folge die gesetzlichen Versicherungsleistungen.

1.2. Mit Verfügung vom 26. August 2009 (Urk. 14/171) gewährte die SUVA der Versicherten auf der Basis einer Erwerbsunfähigkeit von 10 % ab 1. September 2009 eine monatliche Invalidenrente von Fr. 344.65 (S. 1 unten) sowie aufgrund einer Integritätsbeeinträchtigung von 17.5 % eine Integritätsentschädigung von Fr. 18'690.-- (S. 3 unten). Die von der Versicherten dagegen am 15. September 2009 erhobene Einsprache (Urk. 14/175) wies die SUVA mit Entscheid vom 24. Juni 2010 (Urk. 14/180 = Urk. 2) ab.

### E. 2

2.1. Die Beschwerdeführerin ging im angefochtenen Einspracheentscheid (Urk. 2) davon aus, dass bei der Beschwerdeführerin eine verminderte Belastungstoleranz beider Handgelenke als Unfallfolge bestehe, diese aber durch ein somatoformes Schmerzsyndrom überlagert werde (S. 2 lit. C). Sie verneinte die Adäquanz der psychischen Beeinträchtigungen der Beschwerdeführerin (S. 3 ff. Ziff. 2) und berücksichtigte bei der Invaliditätsbemessung einzig die Unfallfolgen an beiden Handgelenken. Sie ging davon aus, dass die Beschwerdeführerin leichte Tätigkeiten mit dem vom SUVA-Kreisarzt aufgestellten Belastungsprofil ganzjährig ausüben könne. Unter Gewährung eines Leidensabzugs von 10 % von dem gestützt auf die vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) ermittelten Invalideneinkommen resultiere wie von der Abteilung Versicherungsleistungen korrekt bemessen ein Invaliditätsgrad von 10 % (S. 7 Ziff. 4). Auch die Integritätsentschädigung sei gestützt auf die Einschätzung des Gesamtintegritätsschadens durch den SUVA-Kreisarzt mit 17.5 % korrekt festgesetzt worden (S. 8 f. Ziff. 5).

2.2. Die Beschwerdeführerin machte demgegenüber in ihrer Beschwerde (Urk. 1) im Wesentlichen geltend, sie leide an somatisch erklärbaren Schmerzen, die zu einer massiven Einschränkung der Gebrauchsfähigkeit ihrer Hände führten. Als Folge davon habe sie zudem eine posttraumatische, unfallkausale Depression entwickelt (S.

4 f. Ziff. 2). Der adäquate Kausalzusammenhang zwischen ihren psychischen Beschwerden und dem Unfall vom 27. Dezember 2005 sei zu bejahen (S. 5 ff. Ziff. 3). Eine Arbeitsfähigkeit in dem vom SUVA-Kreisarzt festgelegten Umfang und mit dem von ihm festgelegten Belastungsprofil sei nicht möglich. Des Weiteren trage ein Leidensabzug von lediglich 10 % ihren Einschränkungen in keiner Weise Rechnung (S. 8 f. Ziff. 4). Schliesslich sei der Gesamtintegritätsschaden durch den SUVA-Kreisarzt zu tief eingeschätzt worden. Die Integritätsentschädigung sei auf 26 2/3 % zu erhöhen (S. 10 f. Ziff. 5).

2.3.3 Strittig und zu prägen ist der Invaliditätsgrad sowie die Höhe der von der Beschwerdegegnerin zugesprochenen Invalidenrente und damit in Zusammenhang stehend die Frage, ob zwischen den psychischen Beschwerden der Beschwerdeführerin und dem Unfallereignis vom 27. Dezember 2005 ein rechtsgültiger Kausalzusammenhang besteht.

### E. 3

3.1.1 Nach der konservativen Erstversorgung in Y. \_\_\_ (vgl. Urk. 14/4 und Urk. 14/11 S. 1 oben) wurde die Beschwerdeführerin nach ihrer Rückkehr in die Schweiz am 10. Januar 2006 durch ihren Hausarzt, Dr. med. Z. \_\_\_, Praktischer Arzt FMH, untersucht. In seinem Bericht vom 8. Februar 2006 nannte dieser als Diagnose eine dislozierte, intraartikuläre Radiusfraktur beidseits (Urk. 14/9 Ziff. 4-5). Am 24. Januar 2006 erfolgte im Spital A. \_\_\_, chirurgische Klinik, die Gipsentfernung, und wurde die Beschwerdeführerin beidseits mit Handgelenkskelett-Schienen versorgt. Als zusätzliche Diagnose nannten die Ärzte eine Kniegelenksdistorsion links mit Überdehnung des medialen Seitenbandes (Bericht vom 7. Februar 2006, Urk. 14/10-11).

3.2.1 In seinem Bericht vom 24. April 2006 (Urk. 14/14) führte Dr. med. B. \_\_\_, stellvertretender Chefarzt, Spital A. \_\_\_, chirurgische Klinik, aus, es bestehe ein Status nach distalen (intraartikulären) Radiusfrakturen beidseits sowie ein Status nach konservativer Therapie und Heilung in Fehlstellung, vor allem rechtsbetont. Rechts bestanden deutlich stärkere Beschwerden als links sowie ein beträchtliches funktionelles Defizit. Am linken Handgelenk sei eine Korrekturoperation nicht sinnvoll (oder möglich), das funktionelle Resultat sei hier nicht schlecht und er denke, dass mit Physiotherapie, insbesondere auch Kraftaufbau, einiges erreicht werden könne. Bezüglich des rechten Handgelenks könne die Situation mit konservativen Massnahmen jedoch kaum verbessert werden. Langfristig sei die Prognose in Anbetracht der Fehlstellung sehr ernst und er glaube, dass eine mögliche Korrekturosteotomie beziehungsweise ein salvage procedure ins Auge gefasst werden sollte (S. 2 Mitte).

3.2.2 Die von Dr. B. \_\_\_ angeordnete Magnetresonanztomographie (MRT = MRI) des linken Kniegelenkes vom 28. April 2006 zeigte eine mögliche diskrete Zerrung des medialen Kollateralbandes. Ferner einen minimalen Gelenkserguss. Im übrigen wurde die Morphologie des Kniegelenkes als unauffällig beurteilt, es fand sich insbesondere kein Anhaltspunkt für eine vordere Kreuzbandläsion (Urk. 14/16). Die MRT-Untersuchung der Handgelenke beidseits vom 3. Mai 2006 ergab ähnliche, noch nicht ganz verheilte distale intraartikuläre Radiusfrakturen beidseits mit seitlicher Fehlstellung rechts, etwas weniger links, zudem eine Sprengung beider distalen Radio-Ulnargelenke und eine Ruptur ulnarseits des Discus triangularis (TFCC). Des Weiteren zeigten sich kleinere intraossäre Zysten in den Karpalknochen beidseits, denen

keine klinische Bedeutung beigegeben wurde (Urk. 14/17).

3.3. Am 29. Mai 2006 berichtete Dr. med. C., FMH Neurologie, welche die Beschwerdeführerin am 23. Mai 2006 untersucht hatte (Urk. 14/19). Als Diagnose nannte sie Schmerzen im Bereich der Vorarme (S. 1 oben). Sie führte aus, neurographisch könne ein Carpal-Tunnelsyndrom (CTS) beidseits ausgeschlossen werden. Die verminderte Kraft sowie die Schmerzen im Bereich des Handgelenkes seien auf die durchgemachte Fraktur zurückzuführen. Anhaltspunkte für eine Radikularität der Beschwerden habe sie nicht (S. 2).

3.4. In seinem Bericht vom 19. Juli 2006 zu Händen von Dr. Z. wies Dr. B. darauf hin, dass die Beschwerdeführerin nebst der Problematik im Zusammenhang mit den Händen zunehmend Symptome einer depressiven Entwicklung zeige, und sprach sich für die Einleitung einer antidepressiven medikamentösen Therapie aus (Urk. 14/20 S. 2 unten).

Am 26. September 2006 berichtete Dr. B., bei der Kontrolle Anfang dieses Monats habe sich links eine normale Trophik sowie eine ausgezeichnete Beweglichkeit gezeigt. Die Beschwerdeführerin sei abgesehen von leichten Belastungsschmerzen beschwerdefrei. Das Hauptproblem liege rechts, wobei geplant werde, hier eine Verlängerungsosteotomie des Radius durchzuführen. Gegebenenfalls müsse auch (wohl zu einem späteren Zeitpunkt) die Ulna verkürzt werden (Urk. 14/22).

Am 17. November 2006 wurde im Universitätsspital D. (D.), Klinik für Wiederherstellungschirurgie, das rechte Handgelenk der Beschwerdeführerin operiert (Korrekturosteotomie distaler Radius rechts, Interposition tricorticaler Span plus Spongiosa vom Beckenkamm links, palmare Plattenosteosynthese mittels 3,5 mm LCP; Operationsbericht vom 24. November 2006, Urk. 14/34).

In ihrem Austrittsbericht vom 13. Dezember 2006 (Urk. 14/38) führten die Ärzte des D., Klinik für Wiederherstellungschirurgie, aus, die Operation sei komplikationslos und der postoperative Verlauf problemlos verlaufen. Die Beschwerdeführerin habe in gutem Allgemeinzustand in die ambulante Weiterbehandlung nach Drainagenentfernung entlassen werden können (S. 1 unten).

In ihrem Bericht vom 26. Februar 2007 (Urk. 14/44) nannten die Ärzte und Psychologen des medizinischen Zentrums E., wo die Beschwerdeführerin seit 25. August 2006 in psychotherapeutischer Behandlung stand (S. 2 Mitte), als Diagnosen anhaltende somatoforme Schmerzstörungen (ICD-10 F45.4), eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) sowie eine spezifische Phobie (Hängenangst, ICD-10 F40.2). Sie führten aus, die Beschwerdeführerin brauche weiterhin etwa zwei Mal pro Monat psychotherapeutische Unterstützung zur Reduktion der Depression und der Hängenangst sowie zur Verbesserung des Schmerzcopings (S. 1 Mitte).

Am 5. April 2007 berichtete Dr. med. F., Facharzt Neurologie, D., Klinik für Wiederherstellungschirurgie, welcher die Beschwerdeführerin am 3. April 2007 elektrodagnostisch untersucht hatte (Urk. 14/46). Er führte aus, bei Status nach distaler Radiusfraktur beidseits zeige sich klinisch eine Hypästhesie im Versorgungsgebiet des Ramus palmaris des Nervus medianus rechts. Klinisch und elektrodagnostisch fänden sich keine Hinweise für eine wesentliche Kompression des

Nervus medianus am Handgelenk rechts. Die in absoluten Werten zwar leicht verlängerten Werte der distal motorischen Latenz (DML) der Medianusneurographie seien aufgrund der sehr kalten Akren, trotz Aufwärmern, nicht als pathologisch zu werten, zumal dort entsprechend auch die DML des Nervus ulnaris beidseits leicht verlängert seien. Nicht ausgeschlossen werden können ein sehr leichtes CTS in dynamischem Stadium. Therapeutisch sei aus neurologischer Sicht zum aktuellen Zeitpunkt primär eine konservative Therapie indiziert (S. 2).

3.8 Die Ärzte des Klinikums G., Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie, erstatteten am 17. Juli 2007 einen Bericht (Urk. 14/60) und nannten als Diagnosen im Wesentlichen eine Bewegungseinschränkung des linken (richtig wohl: rechten, vgl. Urk. 14/61) Handgelenkes sowie den Verdacht auf eine intraartikuläre Lage einer Metallschraube (S. 1 Mitte). Sie empfahlen zunächst die Metallentfernung, danach gegebenenfalls die nochmalige intensive Physiotherapie. Eine Denervierungsoperation beziehungsweise die Versteifung des Handgelenkes erachteten sie aktuell nicht als erforderlich (S. 2).

3.9 Nachdem am 5. September 2007 das rechte Handgelenk im D., Klinik für Wiederherstellungschirurgie, erneut operiert worden war (Osteosynthesematerialentfernung [OSME] Radius rechts, offenes Spalten des Retinaculum flexorum rechts; Operationsbericht vom 6. September 2007, Urk. 14/62), hielt sich die Beschwerdeführerin vom 8. Oktober bis 14. November 2007 stationär in der Rehaklinik H. auf. Im Austrittsbericht vom 19. November 2007 (Urk. 14/72) nannten die Ärzte die in Bezug auf die Handgelenke bereits bekannten Diagnosen. Als aktuelle Probleme nannten sie belastungsverstärkte Schmerzen an beiden Handgelenken, Vorderarmen und Schultergelenken, eine Beweglichkeitseinschränkung beider Hand- und Ellbogengelenke, eine verminderte Muskelkraft der Hände beidseits sowie eine depressive Verstimmung (S. 1 Mitte). Sie führten aus, während des Aufenthalts habe eine leichte Besserung der Beweglichkeit beider Handgelenke sowie eine Verbesserung des Schmerzzustandes erreicht werden können. Die Beschwerdeführerin befinde sich noch in der medizinischen Phase, weshalb weiterhin eine volle Arbeitsunfähigkeit bestehe. Eine Beurteilung der Zumutbarkeit sei zur Zeit deshalb noch nicht möglich (S. 3 oben).

Ein psychosomatisches Konsilium vom 16. Oktober 2007 (Bericht vom 19. Oktober 2007, Urk. 14/71) ergab die psychiatrischen Diagnosen einer leichtgradigen depressiven Episode (ICD-10 F32) und einer spezifischen Phobie (Hängenangst), ICD-10 F40.2 (S. 1). Die Ärzte führten aus, die aktuell eher leichte depressive Symptomatik sei aus ihrer Sicht mit hoher Wahrscheinlichkeit als Unfallfolge entstanden, insbesondere wegen medizinischen Komplikationen und wegen zumindest unglücklicher Behandlungsphasen mit langen Wartezeiten. Die von der Beschwerdeführerin geschilderten Schmerzen und anderen Beschwerden entsprächen ihrer Einschätzung nach nicht einer somatoformen Schmerzstörung, da sie durch die organischen Verletzungen hinreichend erklärt schienen. Ihrer Erfahrung nach neigten Patienten mit chronischen Handgelenksproblemen zu anhaltenden Verspannungen im gesamten Arm und dann auch im Schulter- und Nackenbereich (S. 4 Mitte).

3.10 Gemäss Bericht der Ärzte der chirurgischen Klinik des Kantonsspitals I. (I.) vom 28. November 2007 (Urk. 14/74) ergab eine am 6. November 2007 durchgeführte angiologische Untersuchung keine Hinweise für eine Makroangiopathie der Hand und Fingerarterien beidseits. Die Anamnese sowie die unauffälligen

kapillarmikroskopischen Befunde ergaben keine Anhaltspunkte für eine organische Mikroangiopathie. Klinisch und anamnestisch fanden sich keine Hinweise für eine Raynaud-Symptomatik. Die Ärzte beurteilten die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden (plötzliches Kaltwerden der Finger und Hände beidseits, vgl. S. 1 unten) als durch eine vasovegetative Dysregulation bedingt und vermuteten, dass es durch das Trauma und die chronischen Schmerzen im Handgelenk beidseits zu einer Exazerbation gekommen sei. Sie hätten die Beschwerdeführerin über die Befunde sowie die schwierigen Therapiemöglichkeiten informiert und ihr geraten, warme Handschuhe zu tragen und den Nikotinabusus zu sistieren (S. 2).

3.11 In ihrem Bericht vom 20. Februar 2008 (Urk. 14/92) nannte Dr. med. J. \_\_\_\_, Oberärztin, D. \_\_\_\_, Klinik für Wiederherstellungschirurgie, als Diagnosen im Wesentlichen invalidisierende chronische Handgelenkschmerzen rechts radiocarpal betont sowie Beschwerden ulnocarpal links bei posttraumatischem Ulnarvorschub/Radiusverkrümmung. Sie führte aus, sie hätten der Beschwerdeführerin eine bilanzierende Handgelenksarthroskopie vorerst auf der linken Seite angeboten (vgl. Urk. 14/76). Sie habe sich aber auch nach vorliegender Latenz nicht für den Eingriff entscheiden können, hauptsächlich, weil sie die mögliche Folgeoperation, eine Teilarthrodese, dann sowieso nicht durchführen lassen möchte. Aus diesem Grund würden sie die Behandlung abschliessen.

3.12 SUVA-Kreisarzt Dr. med. K. \_\_\_\_, Facharzt FMH für Physikalische Medizin und Rehabilitation, welcher die Beschwerdeführerin am 9. April 2008 untersucht hat, erstattete gleichentags einen Bericht (Urk. 14/104). Er führte aus, bei der Beschwerdeführerin bestehe eine verminderte Belastungstoleranz beider Handgelenke nach in Fehlstellung verheilte distale Radiusfraktur vom Extensionstyp beidseitig, rechts nach Korrekturosteotomie am 17. November 2006. Bei der Untersuchung habe sich eigentlich beidseitig eine relativ gute Beweglichkeit in den Handgelenken gezeigt, wobei links eine deutlich ausgeprägtere Instabilität carpal bestanden habe (S. 4 unten). Die verbleibende Funktionsfähigkeit scheine aber durch ein sich mittlerweile ausbreitendes und chronifizierendes Schmerzsyndrom erheblich eingeschränkt zu sein. Seitens des linken Kniegelenkes sehe er keine relevanten Folgeerscheinungen oder eine weitere Behandlungsbedürftigkeit (S. 5 oben). Im Bereich der Halswirbelsäule (HWS) und der Schultergelenke sehe er entsprechend dem klinischen Untersuchungsbefund und dem Verlauf keinen Anlass zur Durchführung einer ausgiebigen Diagnostik. Die von der Beschwerdeführerin geschilderten Schmerzen sehe er im Rahmen des beschriebenen Schmerzsyndroms, das seiner Ansicht nach sowohl mit Medikamenten, welche die Schmerzgrenze senkten, als auch mit potenteren Analgetika behandelt werden sollte. Zur Verringerung der Schmerzen empfehle er eine gezielte schmerztherapeutische Behandlung durch eine in der Schmerztherapie erfahrene ambulante Einrichtung sowie begleitend dazu die Fortsetzung einer Physiotherapie mit wöchentlichen Terminen sicher für ein weiteres Jahr. Operative Massnahmen wie eine Handgelenksarthrodese und Arthroskopie erachte er als nicht wirklich erfolgversprechend (S. 5 Mitte). Es bestehe keine Perspektive, dass die Beschwerdeführerin ihre Tätigkeit als Serviertochter jemals wieder ausüben könne. Nach Durchführung einer ambulanten Schmerztherapie werde es eventuell erforderlich sein, eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) durchzuführen, um die Belastungslimite besser ausloten zu können, als dies im Rahmen einer kreisärztlichen Untersuchung möglich sei (S. 5 unten).

3.13 Am 3. Juli 2008 erstatteten die Ärzte des Gelenkzentrums der Klinik L., welchen die Beschwerdeführerin wegen seit dem Unfall bestehenden Schulterschmerzen vom Hausarzt zugewiesen worden war (vgl. Urk. 14/112), einen Bericht (Urk. 14/118). Als Diagnose nannten sie ein chronisches Schmerzsyndrom beider oberen Extremitäten (S. 1 oben). In ihrer Beurteilung führten sie aus, Kardinalsymptom sei eine ubiquitäre Druckschmerzhaftigkeit in sämtlichen Weichteilen beider oberen Extremitäten. Es gelinge nicht, einen klaren Fokus mit entsprechendem anatomischem Korrelat herauszukristallisieren. Auch die bildgebenden Befunde seien allesamt negativ, insbesondere beständen keine Hinweise für eine Verletzung der Rotatorenmanschette. Aus chirurgisch-orthopädischer Sicht könnten sie der Beschwerdeführerin keine erfolgsversprechende Therapie empfehlen. Die Fortführung der medizinischen Trainingstherapie mache zur generellen Kräftigung der dynamischen Stabilisatoren beider Schultergelenke sicher Sinn. Die diskrete Einengung des rechten Subacromialraumes sahen sie als unbedeutenden Nebenfund an (S. 2 Mitte).

3.14 Im November 2008 fand eine Untersuchung der Beschwerdeführerin in der interdisziplinären Schmerzprechstunde des D. statt, worüber am 19. November 2008 berichtet wurde (Urk. 14/142). Es wurden folgende Diagnosen genannt (S. 4 oben):

- chronisches Schmerzsyndrom mit/bei
- chronischen Kopfschmerzen bei Analgetikamissbrauch
- Migräne ohne Aura
- chronisches zervikospondylogenes Schmerzsyndrom
- chronische Schmerzen im Bereich der Hande rechts mehr als links
- Status nach Radiusfraktur vom Extensionstyp beidseits am 27. Dezember 2005
- Status nach Korrekturosteotomie am 17. November 2006
- mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11)
- Höhenangst (ICD-10 F40.2)

In ihrer Beurteilung führten die Ärzte aus, bei der Beschwerdeführerin beständen seit dem Sturzereignis im Jahr 2005 chronische Schmerzen. Im Vordergrund seien zunächst Schmerzen im Bereich der Hande gestanden, welche sich mit der Zeit weiter ausgeweitet hätten. So beständen mittlerweile zudem chronische migräneartige Kopfschmerzen bei Analgetikamissbrauch sowie ein zervikospondylogenes Syndrom. Klinisch habe sich diesbezüglich kein sicherer Anhalt für ein radikuläres Ausfallssyndrom gezeigt, des Weiteren auch keine sichere Läsion des Nervus medianus rechts (Fählminderung über dem Daumenballen). Die klinischen Kriterien für ein komplexes regionales Schmerzsyndrom seien momentan nicht erfüllt (S. 4 Mitte).

Aufgrund der neu beschriebenen etwas atypisch migräneartigen Kopfschmerzen und wegen des zervikospondylogenen Syndroms hätten sie ergänzend eine MRI-Untersuchung des Hirns und der HWS veranlasst (S. 4 unten). Diese wurde am 29. Dezember 2008 durchgeführt, wobei das Schädel MRI normal und das MRI der HWS unauffällig ausfiel (Urk. 14/145 unten).

3.15. Am 7. Mai 2009 wurden beide Handgelenke der Beschwerdeführerin erneut geröntgt (Urk. 14/151). Rechts zeigten sich deutliche subchondrale Sklerosierungen im Bereich der distalen Radiusgelenkfläche sowie wahrscheinlich auch eine kleine Stufenbildung in diesem Bereich (ca. 2 mm). Degenerative Veränderungen bestanden zusätzlich im distalen radioulnaren Gelenk mit osteophytären Anbauten und Gelenkspaltverschmälerung. Der Carpus erschien an sich noch regelrecht. Diskusverkalkungen bestanden keine. Objektivierbar war schliesslich eine Ulnarplusvariante von ca. 2 mm sowie eine leichte Verschmälerung der Gelenkspalten im Skapho-Trapezio-Trapezoidal(STT)-Gelenk. Links zeigten sich eine kleine Ulnarplusvariante von 1 mm sowie leichte Sklerosierungen im Bereich der distalen Radiusgelenkfläche.

Am 26. Mai 2009 berichtete SUVA-Kreisarzt Dr. K. über seine gleichentags durchgeführte Abschlussuntersuchung (Urk. 14/155). Er führte aus, ein Jahr nach der vorausgegangenen kreisärztlichen Untersuchung habe sich vielleicht noch eine minimale Besserung ergeben. Von weiteren Behandlungsmassnahmen erwarte er keine wesentliche Änderung mehr, sodass er vom medizinischen Endzustand ausgehe. Die im Bereich der Schultergelenke sowie der HWS vorhandenen Beschwerden seien im Rahmen des somatoformen Schmerzsyndroms zu sehen und nicht mit organisch strukturellen Unfallfolgen assoziierbar. Im Bereich des initial auch betroffenen linken Kniegelenkes würden keine Beschwerden beklagt. Die geklagten Beschwerden im Bereich der Handgelenke seien nicht vollumfänglich mit Unfallfolgen, welche sich radiologisch durchaus zeigten, erklärbar. Hier sei eine Überlagerung durch das somatoforme Schmerzsyndrom anzunehmen (S. 5 oben). Entsprechend den objektivierbaren radiologischen Befunden, den heutigen Beobachtungen des spontanen Einsatzes der Hände sowie den Untersuchungsbefunden sehe er folgende Zumutbarkeit für Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt gegeben: leichte Tätigkeiten mit beiden Händen ganztags, dabei kein repetitives kraftvolles Zupacken mit den Händen beiderseits sowie keine forcierten oder repetitiven Pro- und Supinationsbewegungen im Handgelenk rechts, keine Tätigkeiten mit Maschinen, welche Vibrationen und Schläge auf die Handgelenke übertragen würden sowie für beide Hände keine Tätigkeiten, bei welchen maximale Extensions- und Flexionsbewegungen repetitiv oder über einen längeren Zeitraum erforderlich seien (S. 5 Mitte).

3.16. In ihrem Bericht vom 10. Juni 2009 (Urk. 14/158) bestätigten die Ärzte und Psychologen des medizinischen Zentrums E. sowohl die in ihrem Bericht vom Februar 2007 (vgl. vorstehend E. 3.6) genannten Diagnosen als auch die dort genannten Behandlungsziele (S. 2 Mitte). Sie führten aus, die Stimmung der Beschwerdeführerin sei immer noch recht instabil, so dass sie vor allem an Tagen mit sehr starken Schmerzen immer wieder Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung über ihre Situation empfinde. Die Schmerzen hätten nicht reduziert werden können. In den Händen sei es bereits zu Arthrose gekommen (S. 2 unten).

3.17. Am 25. August 2009 erstattete Dr. med. M., FMH Orthopädie und Handchirurgie, welcher die Beschwerdeführerin gleichentags untersucht hatte, einen Bericht (Urk. 14/172). Als Diagnosen nannte er ein Caput ulnae Syndrom rechts, eine Verformung des distalen Radius rechts, eine Fehlstellung des distalen Radius links mit möglichem Caput ulnae und Instabilität des linken Carpus, ausstrahlende Schmerzen von distal nach proximal sowie Schulterschmerzen links (S. 2). Er führte aus,

seines Erachtens wäre eine Verkürzung der Ulna rechts zu bedenken. Damit bestehe aber die Gefahr einer Zunahme der Translokation des Carpus. Deshalb könnte dieses Vorgehen eine Arthrodese zwischen Lunatum und Radius notwendig machen, das heisse eine intraartikuläre Korrektur könnte ungenügend sein. Zusammenfassend liege eine recht komplexe Pathologie vor, welche nicht einfach zu beseitigen sei (S. 1 unten). Links würde er zur Zeit nichts machen, da die Kippung in der Frontal-Ebene meistens keine Probleme mache (S. 1 unten, S. 2).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In einem weiteren Bericht vom 21. September 2010 (Urk. 8) führte Dr. M. \_\_\_ aus, auf aktuellen Röntgenbildern sei die Konsequenz der intraartikulären Stufe eindeutig zu sehen. Es bestehe eine Beweglichkeit, die mit der Zeit unwiderruflich zur Ruptur des Bandes zwischen Scaphoid und Lunatum (SL-Ruptur) führen werde. Um dies zu verhindern bestehe entweder die Möglichkeit, die Stufe mit einem Ulnarvorschub zu korrigieren oder aber eine Manchette im Sinne einer äusseren Arthrodese zu tragen. Er sei der Meinung, dass die Beschwerdeführerin erst wieder in den Arbeitsprozess eingeführt werden könne, wenn das Handgelenk einigermaßen anatomisch rekonstruiert sei. Auf der Gegenseite seien die anatomischen Verhältnisse relativ günstig, auch wenn die Kraft gering sei.

3.18 Ä Ä Am 8. November 2011 erstatteten die Ärzte Instituts N. \_\_\_ (N. \_\_\_) ein Gutachten im Auftrag der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle (N. \_\_\_-Gutachten, Urk. 23). Sie stützten sich auf die zur Verfügung gestellten und nachträglich eingegangenen Akten (S. 3 ff. Ziff. 2) sowie die von ihnen am 23. August und am 13. September 2011 durchgeführte internistisch/allgemeinmedizinische (S. 9 ff. Ziff. 3), psychiatrische (S. 11 ff. Ziff. 4.1) und handchirurgische (S. 16 ff. Ziff. 4.2) Untersuchung. Sie nannten folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 24 Ziff. 5.1):

- chronisches Schmerzsyndrom Handgelenke beidseits, rechtsbetont
- Status nach distaler vollständig intraartikulärer Radiusfraktur beidseits am 27. Dezember 2005
- Status nach Korrekturosteotomie distaler Radius rechts mit Interposition eines kortikospongiösen Beckenkammspanns und Spongiosa am 17. November 2006
- Status nach Metallentfernung und Carpaltunnelspaltung rechts am 5. September 2007
- aktuell:
- leichtgradiges ulnocarpales Impaction-Syndrom bei Ulnarplusvarianz und Verdacht auf TFCC-Läsion rechts
- Verdacht auf posttraumatische leichtgradige Radiocarpalarthrose radioulnar bzw. distales Radioulnargelenk rechts
- klinisch dorsales Handgelenkganglion beidseits

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie unter anderem eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, ICD-10 F45.4 (S. 24 Ziff. 5.2).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Sie führten aus, bei der handchirurgischen Untersuchung hätten sich einige Inkonsistenzen bezüglich der subjektiv geäusserten Schmerzangaben und

der objektiven klinischen Befunde ergeben (S. 24 unten). Bei der psychiatrischen Untersuchung sei aufgefallen, dass das Ausmass der geklagten Beschwerden und die subjektive Krankheitsüberzeugung, nicht mehr arbeiten zu können, durch die somatischen Befunde nicht hinreichend objektiviert werden könnten. Es müsse eine psychische Verlagerung angenommen werden. Auch aus allgemein internistischer Sicht könne keine Diagnose mit Einschränkung der Arbeitsfähigkeit gestellt werden. Die multiplen, unspezifischen Beschwerden seien organisch nicht zuordenbar und würden beschreibend einem multilokulären Schmerzsyndrom entsprechen (S. 25 Mitte).

Für die angestammte Tätigkeit im Service bestehe keine zumutbare Arbeitsfähigkeit. Für angepasste, leichte manuelle Tätigkeiten bestehe eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80 %, vollschichtig realisierbar (S. 26 Ziff. 6.9).

Aus handchirurgischer Sicht wäre es interessant, beide Handgelenke, vor allem das rechte, zu arthroskopieren, um das Ausmass der degenerativen Veränderungen besser zu dokumentieren. Dies hätte jedoch keine therapeutische Konsequenz. Von weiteren handchirurgischen Eingriffen werde abgeraten (S. 26 Ziff. 6.7).

#### **E. 4**

4.1 Zu prüfen ist zunächst, welche der gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Beschwerdeführerin in rechtsgenügendem Kausalzusammenhang zum Unfallereignis vom 27. Dezember 2005 stehen. Es stellt sich die Frage, ob nebst den Folgen der beidseitigen Radiusfrakturen, für welche die Beschwerdegegnerin die gesetzlichen Leistungen erbringt, weitere gesundheitliche Beeinträchtigungen der Beschwerdeführerin auf das fragliche Unfallereignis zurückzuführen sind. Dabei sind zunächst die organischen Beschwerden zu prüfen.

4.2 Im Bereich des linken Knies, welches die Beschwerdeführerin anlässlich des Unfalls verdreht hatte, erhob SUVA-Kreisarzt Dr. K. \_\_\_ im April 2008 einen unauffälligen Befund (Urk. 14/104 S. 4 unten), wobei auch die Beschwerdeführerin angab, keine Entzündungs- oder Schwellungszustände mehr zu beobachten (Urk. 14/104 S. 3 oben). Entsprechend verneinte SUVA-Kreisarzt Dr. K. \_\_\_ im Bereich des linken Kniegelenks relevante unfallbedingte Folgeerscheinungen oder eine weitere Behandlungsbedürftigkeit (vorstehend E. 3.12). Was die von der Beschwerdeführerin im Verlauf geklagten Schulter-, Nacken- und Kopfschmerzen anbelangt, so konnten diese nicht objektiviert werden. Die Ärzte des Gelenkzentrums der Klinik L. \_\_\_, wo die Schulterschmerzen der Beschwerdeführerin abgeklärt wurden, konnten die von ihr in sämtlichen Weichteilen beider oberen Extremitäten beklagte ubiquitäre Druckschmerzhaftigkeit keinem anatomischen Korrelat zuordnen und auch bildgebend keine Pathologien objektivieren (vorstehend E. 3.13). Ebenfalls normal beziehungsweise unauffällig fielen die im Rahmen der interdisziplinären Schmerzsprechstunde des D. \_\_\_ veranlassten MRI des Schädels und der HWS aus (vorstehend E. 3.14). Vor dem Hintergrund dieser Ergebnisse verneinte SUVA-Kreisarzt Dr. K. \_\_\_ im Mai 2009 das Vorliegen organisch struktureller Unfallfolgen im Bereich der Schultergelenke und der HWS in nachvollziehbarer Weise (Urk. 14/155 S. 5 Mitte, vorstehend E. 3.15).

4.3 Damit steht fest, dass in somatischer Hinsicht keine weiteren als die von der Beschwerdegegnerin bereits anerkannten gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Beschwerdeführerin unfallkausal sind. Die Beschwerdeführerin machte in ihrer Beschwerde entsprechend auch zu Recht nicht geltend, die Beschwerdegegnerin habe für

weitere organische Beschwerden als die bereits anerkannten aufzukommen.

4.4. Aus den medizinischen Akten geht hervor, dass bei der Beschwerdeführerin bald nach dem Unfallereignis vom 27. Dezember 2005 auch psychische Beschwerden aufgetreten sind. So berichtete Dr. B. bereits im Juli 2006 von zunehmenden Symptomen einer depressiven Entwicklung (vgl. vorstehend E. 3.4), woraufhin eine antidepressive Therapie eingeleitet wurde (vgl. Urk. 14/29 S. 1 unten und Urk. 14/44 S. 2 oben). Seit dem 25. August 2006 befindet sich die Beschwerdeführerin zudem in psychotherapeutischer Behandlung im medizinischen Zentrum E., wobei die dortigen Ärzte und Psychologen durchwegs eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, eine mittelgradige depressive Episode sowie eine spezifische Phobie (Hängenangst) diagnostizierten (Urk. 14/37, Urk. 14/44, Urk. 14/73, Urk. 14/107, Urk. 14/127, Urk. 14/158, vgl. auch vorstehend E. 3.6 und E. 3.16). Zudem kam es im Verlauf auch zu einer Schmerzausweitung mit Beschwerden im Schulter- und Nackenbereich sowie chronischen migräneartigen Kopfschmerzen, wobei für die geklagten Beschwerden keine organischen Gründe objektiviert werden konnten (vgl. vorstehend E. 4.2). Im Rahmen einer interdisziplinären Schmerzprechstunde im D. wurde im November 2008 ein chronisches Schmerzsyndrom, welches die Kriterien eines komplexen regionalen Schmerzsyndroms nicht erfüllte, sowie eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom diagnostiziert (E. 3.14).

4.4. Vor diesem Hintergrund ist mit der Beschwerdegegnerin davon auszugehen, dass die auf den Unfall zurückzuführenden Verletzungen der Beschwerdeführerin im Heilungsverlauf zunehmend durch eine psychische Problematik überlagert wurden.

4.5. Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden nebst der natürlichen Kausalität 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 177 E. 3.2, 405 E. 2.2, 125 V 456 E. 5a).

4.5. Für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhanges zwischen dem Unfall und psychischen Gesundheitsschädigungen ist im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall für die Entstehung der Arbeits- beziehungsweise Erwerbsunfähigkeit eine massgebende Bedeutung zukommt. Dies trifft dann zu, wenn er objektiv eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt (vgl. RKUV 1996 Nr. U 264 S. 288 E. 3b; BGE 115 V 133 E. 7 mit Hinweisen). Für die Beurteilung dieser Frage ist an das Unfallereignis anzuknüpfen, wobei - ausgehend vom augenfalligen Geschehensablauf - folgende Einteilung vorgenommen wurde: banale beziehungsweise leichte Unfälle einerseits, schwere Unfälle andererseits und schliesslich der dazwischen liegende mittlere Bereich (BGE 115 V 133 E. 6; vgl. auch BGE 134 V 109 E. 6.1, 120 V 352 E. 5b/aa; SVR 1999 UV Nr. 10 E. 2).

4.5. Bei der Einteilung der Unfälle mit psychischen Folgeschäden in leichte, mittelschwere und schwere Unfälle ist nicht das Unfallereignis des Betroffenen massgebend, sondern das objektiv erfassbare Unfallereignis (vgl. BGE 120 V 352 E. 5b/aa,

115 V 133 E. 6; SVR 1999 UV Nr. 10 E. 2; RKUV 2005 Nr. U 549 S. 237, 1995 Nr. U 215 S. 91). Massgebend sind der augenfällige Geschehensablauf mit den sich dabei entwickelnden Kräften, nicht jedoch die Folgen des Unfalles oder Begleitumstände, die nicht direkt dem Unfallgeschehen zugeordnet werden können (Urteil des Bundesgerichts 8C\_584/2010 vom 11. März 2011, E. 4.2.2).

4.6 Bei Unfällen aus dem mittleren Bereich lässt sich die Frage, ob zwischen Unfall und Folgen ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht aufgrund des Unfalles allein schlüssig beantworten. Es sind daher weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte beziehungsweise indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Als wichtigste Kriterien sind zu nennen:

- besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls;
- die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen;
- ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung;
- körperliche Dauerschmerzen;
- ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert;
- schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen;
- Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit (BGE 134 V 109 E. 6.1, 115 V 133 E. 6c/aa).

Der Einbezug sämtlicher objektiver Kriterien in die Gesamtwürdigung ist nicht in jedem Fall erforderlich. Je nach den konkreten Umständen kann für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs ein einziges Kriterium genügen. Dies trifft einerseits dann zu, wenn es sich um einen Unfall handelt, welcher zu den schwereren Fällen im mittleren Bereich zu zählen oder sogar als Grenzfall zu einem schweren Unfall zu qualifizieren ist (vgl. RKUV 1999 Nr. U 346 S. 428, 1999 Nr. U 335 S. 207 ff.; 1999 Nr. U 330 S. 122 ff.; SVR 1996 UV Nr. 58). Andererseits kann im gesamten mittleren Bereich ein einziges Kriterium genügen, wenn es in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist, wie z.B. eine auffallend lange Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit infolge schwierigen Heilungsverlaufes. Kommt keinem Einzelkriterium besonderes beziehungsweise ausschlaggebendes Gewicht zu, so müssen mehrere unfallbezogene Kriterien herangezogen werden. Dies gilt umso mehr, je leichter der Unfall ist. Handelt es sich beispielsweise um einen Unfall im mittleren Bereich, der aber dem Grenzbereich zu den leichten Unfällen zuzuordnen ist, müssen die weiteren zu berücksichtigenden Kriterien in gehäuft oder auffallender Weise erfüllt sein, damit die Adäquanz bejaht werden kann. Diese Würdigung des Unfalles zusammen mit den objektiven Kriterien führt zur Bejahung oder Verneinung der Adäquanz. Damit entfällt die Notwendigkeit, nach andern Ursachen zu forschen, die möglicherweise die psychisch bedingte Erwerbsunfähigkeit mitbegünstigt haben könnten (BGE 115 V 133 E. 6c/bb, vgl. auch BGE 120 V 352 E. 5b/aa; RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff., Nr. U 449 S. 53 ff., 1998 Nr. U 307 S. 448 ff., 1996 Nr. U 256 S. 215 ff.; SVR 1999 UV Nr. 10 E. 2).

4.7 Aus der Unfallmeldung vom 23. Januar 2006 geht hervor, dass die Beschwerdeführerin beim Fensterreinigen auf der Terrasse auf einen Stuhl gestanden und

dabei über das Geländer in die Tiefe gestürzt ist (Urk. 14/1 Ziff. 6). Im Februar 2007 schilderte sie einem SUVA-Aussendienstmitarbeiter gegenüber, dass sie die Fenster von aussen habe reinigen wollen. Die Terrasse sei mit einem Geländer gesichert. Das letzte zu reinigende Fenster habe sich unmittelbar neben der Terrasse, ausserhalb des Geländers befunden. Um dieses Fenster reinigen zu können, habe sie auf eine Erhöhung stehen müssen. Während der Reinigung sei das verwendete Hilfsmittel dann weggerutscht. Sie habe das Gleichgewicht verloren und sei vornüber etwa drei Meter in die Tiefe gestürzt. Wie der Sturz genau abgelaufen sei, könne sie nicht mehr sagen. Auf jeden Fall habe sie sich diverse, zum Teil schwere Verletzungen zugezogen. Im Vordergrund hätten ganz klar beide Hände gestanden. Diese seien gebrochen gewesen und in einer komischen Stellung nach unten gehangen. Zudem müsse sie mit der rechten Kopfseite aufgeschlagen sein, da sie auf der rechten Seite eine blutende Wunde gehabt habe. Ebenfalls habe sie sich das linke Kniegelenk verletzt (Urk. 14/43 S. 1). Im Oktober 2007 bestätigte die Beschwerdeführerin den Ärzten der Rehaklinik H. \_\_\_ gegenüber diesen Geschehensablauf im Wesentlichen und fügte an, dass sie eine Etage tiefer auf den Händen gelandet sei. Eine eigentliche Bewusstlosigkeit habe nicht bestanden, aber eine kurze Benommenheit (Urk. 14/71 S. 2 unten).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Nach höchstgerichtlicher Rechtsprechung wurden Unfälle, bei denen der Betroffene aus einer Höhe von mehreren Metern von Leitern, Gerüsten oder einem Dach auf den Boden fiel und erhebliche Verletzungen und Frakturen erlitt, als mittelschwer bis schwer im mittleren Bereich qualifiziert (Urteil des Bundesgerichts U 300/03 vom 30. November 2004, E. 3.3 mit Hinweisen). Als mittelschweres Ereignis an der Grenze zu den schweren Fällen wurde ein Sturz aus einer Höhe von etwa fünf Metern von einer Leiter auf den Boden, bei welchem sich der Versicherte eine Commotio cerebri, eine Beckenschäufelfraktur rechts, eine distale Radiusrückenfraktur rechts mit Abriss des Processus styloideus ulnae, eine traumatische Bursitis olecrani rechts sowie eine Rissquetschwunde über dem rechten Auge zuzog, eingestuft (RKUV 1998 Nr. U 307 S. 449 E. 3a).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beschwerdegegnerin ordnete das Unfallereignis vom 25. Dezember 2007 dem mittleren Bereich zu, was mit Blick auf den augenfälligen Geschehensablauf sowie bei einer objektivierten Betrachtungsweise nicht zu beanstanden ist. Innerhalb des mittleren Bereichs kann das Ereignis mit Blick auf die Rechtsprechung nicht als schwer bezeichnet werden, dies bereits aufgrund der Sturzhöhe, betrug diese doch in den in der Rechtsprechung geschilderten und als schwer im mittleren Bereich beziehungsweise an der Grenze zu den schweren Fällen eingestuften Fällen jeweils mehr als drei Meter (vgl. RKUV 1998 Nr. U 307 S. 449 E. 3a). Offen bleiben kann, ob es sich beim fraglichen Unfall wie von der Beschwerdegegnerin angenommen um ein mittleres Ereignis im Grenzbereich zu den leichten Fällen oder um ein mittelschweres im mittleren Bereich handelt, da die notwendigen objektiven Kriterien (vgl. vorstehend E. 4.6) nicht geäußert vorliegen und auch keines davon in besonders ausgeprägter Weise gegeben ist:

4.8 Ä Ä Ä Ä Ob besonders dramatische Begleitumstände oder eine besondere Eindrücklichkeit gegeben sind, beurteilt sich objektiv und nicht auf Grund des subjektiven Befindens beziehungsweise Angstgefühls der versicherten Person (RKUV 1999 Nr. U 335 S. 207 E. 3b/cc). Der Unfall vom 27. Dezember 2005 spielte sich nicht unter besonders dramatischen Begleitumständen ab und war objektiv auch nicht besonders eindrücklich. Die Beschwerdeführerin verlor das Gleichgewicht und

stÄrzte aus einer HÄrhe von etwa drei Metern auf den ebenen Boden. Zum Vergleich: Selbst bei einem Unfall, wo ein Autofahrer bei 60 km/h ein BrÄckengelÄnder durchbrach und etwa drei Meter tief in einen Bach stÄrzte, wurde keine besondere EindrÄcklichkeit angenommen (Urteil des hiesigen Gerichts UV.2005.00078 vom 8. September 2006, bestÄtigt mit Urteil des EidgenÄssischen Versicherungsgerichts U 515/06 vom 9. August 2007). Dass der Ehemann der BeschwerdefÄhrerin diese ins 30 Kilometer entfernte Spital bringen musste und dort nur eine notfallmÄssige Schienenversorgung ohne NarkosemÄglichkeit vorgenommen werden konnte (vgl. Urk. 1 S. 6), ist nicht als besonders dramatischer Begleitumstand zu werten. Es wird nicht in Abrede gestellt, dass der weite Weg ins Krankenhaus und die dort durchgefÄhrte Erstversorgung fÄr die BeschwerdefÄhrerin unangenehm und wohl auch schmerzhaft waren. Allerdings war dieser Umstand nicht geeignet, psychische AblÄufe in Bewegung zu setzen, die an der nachfolgenden psychischen Fehlentwicklung der BeschwerdefÄhrerin mitbeteiligt waren (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_584/2010 vom 11. MÄrz 2011 E. 4.3.2), zumal die Zeit bis zur Erstversorgung und die Erstversorgung an sich nach jedem Unfallereignis mehr oder weniger unangenehm sind.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Verletzungen, welche die BeschwerdefÄhrerin erlitt, waren zwar von gewisser Schwere, erscheinen aber nicht geeignet, eine psychische Fehlentwicklung hervorzurufen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Dauer der Ärztlichen Behandlung sowie der Heilverlauf sind angesichts der objektivierbaren somatischen Verletzungen nicht als ungewÄhnlich lange dauernd und erheblich komplikationsreich anzusehen. In Bezug auf die linke Hand berichtete Dr. B.\_\_\_\_ bereits im April 2006, dass diese zwar in Fehlstellung verheilt, das funktionelle Resultat aber nicht schlecht und eine Korrekturoperation nicht sinnvoll beziehungsweise mÄglich sei (vgl. vorstehend E. 3.2). Im September 2006 berichtete er gar von einer normalen Trophik sowie einer ausgezeichneten Beweglichkeit (vgl. vorstehend E. 3.4). An der linken Hand wurden in der Folge denn auch keine weiteren Ärztlichen Eingriffe mehr durchgefÄhrt. Was die rechte Hand anbelangt, welche nach der konservativen Erstversorgung ebenfalls in Fehlstellung verheilt war, so beschrÄnkte sich die nachfolgende Ärztliche Behandlung auf zwei operative Eingriffe - eine Korrekturosteotomie im November 2006 und eine Osteosynthesematerialentfernung im September 2007 - mit nachfolgendem Rehabilitationsaufenthalt in der Rehaklinik H.\_\_\_\_ (vgl. vorstehend E. 3.5 und E. 3.9). Die durchgefÄhrten neurologischen Untersuchungen (vorstehend E. 3.3 und E. 3.7) sowie die angiologische Untersuchung (vorstehend E. 3.10) dienten lediglich AbklÄrungszwecken und fÄrderten keine behandlungsbedÄrftigen Pathologien zu Tage. Im Februar 2008 wurde die Behandlung im D.\_\_\_\_, Klinik fÄr Wiederherstellungschirurgie, abgeschlossen, nachdem die BeschwerdefÄhrerin eine bilanzierende Handgelenksarthroskopie abgelehnt hatte (vorstehend E. 3.11).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Was das Kriterium der kÄrperlichen Dauerschmerzen anbelangt, so ist festzuhalten, dass es bei der BeschwerdefÄhrerin schon bald nach dem Unfallereignis zu einer psychischen Äberlagerung mit einer sich ausbreitenden Schmerzproblematik gekommen ist (vorstehend E. 4.4). Bereits im April 2008, rund ein halbes Jahr nach der Entfernung des Osteosynthesematerials, Äusserte SUVA-Kreisarzt Dr. K.\_\_\_\_ den Verdacht, dass die verbleibende FunktionsfÄhigkeit der HÄnde durch ein sich mittlerweile ausbreitendes und chronifizierendes Schmerzsyndrom erheblich eingeschrÄnkt sei (vorstehend E. 3.12). Im Mai 2009 gelangte er zum Schluss, dass die

geklagten Beschwerden im Bereich der Handgelenke nicht vollumfänglich durch die objektivierbaren Unfallfolgen erklärbar seien und eine Überlagerung durch das somatoforme Schmerzsyndrom anzunehmen sei (vorstehend E. 3.15). Gleiches bestätigten die N. \_\_\_-Gutachter, hielten doch auch diese fest, dass das Ausmass der geklagten Beschwerden und die subjektive Krankheitsüberzeugung, nicht mehr arbeiten zu können, durch die somatischen Befunde nicht hinreichend objektiviert werden könnten und eine psychische Verlagerung angenommen werden müsse (vorstehend E. 3.18). Vor diesem Hintergrund ist das Kriterium der körperlichen Dauerschmerzen zu verneinen. Dass die Schmerzen im Bereich der Handgelenke mindestens teilweise als nachvollziehbar beurteilt wurden, ändert nichts daran, erachteten doch sowohl SUVA-Kreisarzt Dr. K. \_\_\_ als auch die N. \_\_\_-Gutachter die Hände belastende Tätigkeiten im Rahmen der Arbeitsfähigkeitsbeurteilung als nicht zumutbar (vorstehend E. 3.15 und E. 3.18; vgl. Urteil des Bundesgerichts U 291/05 vom 23. Januar 2006, E. 2.3.2).

Anhaltspunkte für eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hätten, bestehen nicht. Dass die konservative Erstversorgung in Y. \_\_\_, in deren Folge die Hände der Beschwerdeführerin in Fehlstellung verheilten, fehlerhaft gewesen sein soll, wurde von keinem der Ärzte geltend gemacht.

Nach der Entfernung des Osteosynthesematerials im September 2007 hielt sich die Beschwerdeführerin vom 8. Oktober bis 14. November 2007 stationär in der Rehaklinik H. \_\_\_ auf (vorstehend E. 3.9). Bis zu diesem Zeitpunkt war ihr von keinem der Ärzte eine Arbeitsfähigkeit attestiert worden, was mit Blick auf die Art und die Kompliziertheit der erlittenen Verletzungen nicht weiter erstaunt. SUVA-Kreisarzt Dr. K. \_\_\_ attestierte ihr zwar erst im Mai 2009 eine vollständige Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit. Allerdings unterschied sich der damals in Bezug auf die Handgelenke erhobene Befund nicht wesentlich von dem durch ihn bereits im April 2008 erhobenen Befund, berichtete Dr. K. \_\_\_ doch lediglich von einer vergleichsweise minimalen Besserung (vorstehend E. 3.15). Dass er der Beschwerdeführerin nicht bereits im April 2008 eine entsprechende Arbeitsfähigkeit attestiert hatte, ist wohl damit zu erklären, dass Dr. K. \_\_\_ damals noch Potential sah, die die Funktionsfähigkeit der Hände überlagernde Schmerzproblematik mit einer gezielten schmerztherapeutischen Behandlung anzugehen. Die Beschwerdeführerin äusserte aber bereits damals ihre ablehnende Haltung einer solchen Therapie gegenüber (Urk. 14/104 S. 5) und begab sich in der Folge auch lediglich ein Mal in die interdisziplinäre Schmerzprechstunde des D. \_\_\_ (E. 3.14). Insgesamt ist das Kriterium Grad und Dauer der Arbeitsunfähigkeit zwar als erfüllt zu betrachten, mit Blick auf die von Dr. K. \_\_\_ im April 2008 beschriebene, die Funktionsfähigkeit überlagernde Schmerzproblematik jedoch nicht besonders ausgeprägt.

4.9. Da nach dem Gesagten lediglich ein Kriterium und dieses in nicht ausgeprägter Weise erfüllt ist, ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen den psychischen Leiden der Beschwerdeführerin und dem Unfallereignis vom 27. Dezember 2005 zu verneinen. Daran ändert nichts, dass die Ärzte der Rehaklinik H. \_\_\_ in ihrem Bericht vom November 2009 zum Schluss gelangten, die depressive Symptomatik sei mit hoher Wahrscheinlichkeit als Unfallfolge entstanden, beschließt diese Aussage doch lediglich die natürliche Kausalität, welche für sich allein nicht rechtsgenügend ist

(vgl. vorstehend E. 4.5).

## E. 5

5.1 In Bezug auf die somatischen Restbeschwerden im Bereich der Handgelenke anerkannte die Beschwerdegegnerin die Unfallkausalität, wobei sie vom Erreichen des Endzustands ausging und der Beschwerdeführerin mit Wirkung ab 1. September 2009 eine Rente sowie eine Integritätsentschädigung zusprach.

Das Erreichen des Endzustands wurde von der Beschwerdeführerin beschwerdeweise (Urk. 1) nicht in Frage gestellt. Vielmehr wandte sie sich gegen die Höhe der zugesprochenen Invalidenrente und der Integritätsentschädigung. Zwar reichte sie am 7. Oktober 2010 kommentarlos einen weiteren Bericht von Dr. M. \_\_\_ vom September 2010 ein, in welchem dieser in Bezug auf die rechte Hand weitere Behandlungsmöglichkeiten schilderte und sich für eine erneute Operation aussprach, um das Handgelenk „einigermassen“ anatomisch zu rekonstruieren. Jedoch stellte auch er nicht die Behebung des Problems in Aussicht. Zudem hatte er in seinem Bericht vom August 2009 darauf hingewiesen, dass eine Verkürzung der Ulna die Gefahr einer Zunahme der Translokation des Carpus berge und dieses Vorgehen deshalb eine Arthrodeese zwischen Lunatum und Radius notwendig machen könnte (vorstehend E. 3.17). Mit Blick auf das chronifizierte Schmerzsyndrom, welches Dr. M. \_\_\_ nicht thematisierte, riet der am N. \_\_\_-Gutachten beteiligte Handchirurg demgegenüber explizit von weiterführenden handchirurgischen Massnahmen ab. Namentlich erachtete er eine Ulnaverkürzungsosteotomie trotz leichtgradiger Ulnaplustervarianz rechts und klinisch Ulna-impaction-Symptomatik aufgrund der Schmerzchronifizierung als nicht erfolgsversprechend (Urk. 23 S. 23 Ziff. 4.2.7). Abgesehen davon scheint die Beschwerdeführerin weiteren operativen Massnahmen eher ablehnend gegenüber zu stehen (vgl. vorstehend E. 3.11).

Vor diesem Hintergrund ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin vom Erreichen des Endzustands ausging und die Rentenprüfung vornahm.

5.2 Nach Einsicht in die Vorakten, insbesondere auch die Ergebnisse der aktuellsten Bildgebungen beider Handgelenke vom Mai 2009, sowie gestützt auf seine im April 2008 und im Mai 2009 sorgfältig erhobenen Befunde legte SUVA-Kreisarzt Dr. K. \_\_\_ in seinem Bericht vom Mai 2009 in nachvollziehbarer und schlüssig begründeter Weise dar, welche Einschränkungen aufgrund der verbleibenden objektivierbaren Beschwerden im Bereich der Handgelenke der Beschwerdeführerin resultieren (vorstehend E. 3.15). Der Bericht von Dr. K. \_\_\_ erfüllt die praxisgemässen Kriterien vollumfänglich und es bestehen keine Indizien gegen dessen Zuverlässigkeit, sodass darauf abgestellt werden kann (vgl. vorstehend E. 1.2-3). Es ist demnach davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin leichte Tätigkeiten mit beiden Händen ganztags ausüben kann, soweit diese kein repetitives kraftvolles Zupacken mit den Händen beiderseits sowie keine forcierten oder repetitiven Pro- und Supinationsbewegungen im Handgelenk rechts beinhalten. Nicht möglich sind ihr des Weiteren Tätigkeiten mit Maschinen, welche Vibrationen und Schläge auf die Handgelenke übertragen sowie für beide Hände keine Tätigkeiten, bei welchen maximale Extensions- und Flexionsbewegungen repetitiv oder über einen längeren Zeitraum erforderlich sind. Was die angestammte Tätigkeit als Servicefachangestellte

anbelangt, so erachtete Dr. K.\_\_\_\_ diese bereits in seinem Bericht vom April 2008 als nicht mehr zumutbar (vorstehend E. 3.12).

5.3. Was die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Servicefachangestellte anbelangt, so gingen auch die N.\_\_\_\_-Gutachter von einer vollen Arbeitsunfähigkeit aus (vorstehend E. 3.18). In Bezug auf das Belastungsprofil einer leidensangepassten Tätigkeit deckt sich ihre Beurteilung sodann im Wesentlichen mit jener von SUVA-Kreisarzt Dr. K.\_\_\_\_ (Urk. 23 S. 23 Ziff. 4.2.5). Während Dr. K.\_\_\_\_ eine leidensangepasste Tätigkeit jedoch ganztagig als zumutbar erachtete, attestierten die N.\_\_\_\_-Gutachter der Beschwerdeführerin in einer leidensangepassten Tätigkeit lediglich eine Arbeitsfähigkeit von 80 %. Im N.\_\_\_\_-Gutachten findet sich allerdings keine nachvollziehbare Begründung dafür, weshalb die Beschwerdeführerin auch in einer optimal leidensangepassten Tätigkeit noch im Umfang von 20 % eingeschränkt sein soll. Die N.\_\_\_\_-Gutachter setzten sich sodann auch nicht mit der abweichenden Einschätzung durch Dr. K.\_\_\_\_ auseinander, obwohl sie diese in der Aktenanamnese explizit erwähnten (Urk. 23 S. 7 unten). Des Weiteren erfolgte auch keine Auseinandersetzung mit dem ebenfalls in der Aktenanamnese erwähnten Bericht des D.\_\_\_\_, Klinik für Wiederherstellungschirurgie, vom 22. November 2007, in welchem ebenfalls von einer vollen Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit ab dem 20. November 2007 ausgegangen wurde (Urk. 23 S. 8 oben). Vielmehr hielt der am N.\_\_\_\_-Gutachten beteiligte Handchirurg (in aktenwidriger Weise) fest, in Bezug auf die früheren ärztlichen Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit seien keine Inkonsistenzen auszumachen (Urk. 23 S. 23 Ziff. 4.2.6). Vor diesem Hintergrund vermag das N.\_\_\_\_-Gutachten die Arbeitsfähigkeitsbeurteilung durch Dr. K.\_\_\_\_ nicht in Zweifel zu ziehen.

5.4. Der Auffassung von Dr. M.\_\_\_\_, wonach die Beschwerdeführerin erst wieder in den Arbeitsprozess eingeführt werden könne, wenn das rechte Handgelenk einigermaßen anatomisch rekonstruiert sei (vorstehend E. 3.17), mangelt es an einer nachvollziehbaren Begründung. Dass mit den verbleibenden Funktionseinschränkungen zumindest eine angepasste Tätigkeit als zumutbar zu erachten ist, legte SUVA-Kreisarzt Dr. K.\_\_\_\_ in schlüssig begründeter Weise dar.

5.5. Der medizinische Sachverhalt ist damit zusammenfassend als dahingehend erstellt zu betrachten, dass der Beschwerdeführerin behinderungsangepasste, leichte Tätigkeiten mit beiden Händen ganztags zumutbar sind, unter Berücksichtigung des von SUVA-Kreisarzt Dr. K.\_\_\_\_ aufgestellten Belastungsprofils.

## **E. 6**

6.1. In Bezug auf die erwerblichen Auswirkungen der nach wie vor bestehenden Unfallrestfolgen bestritt die Beschwerdeführerin einzig die Höhe des von der Beschwerdegegnerin vorgenommenen Abzugs von 10 % vom gestützt auf die Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik (LSE) ermittelten Invalideneinkommen. Die Höhe des Invalideneinkommens und der zur Ermittlung des Invalideneinkommens herangezogene Tabellenwert blieben zu Recht unbestritten.

6.2. Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert allenfalls zu kürzen. Mit dem sogenannten Leidensabzug wurde ursprünglich berücksichtigt, dass versicherte Personen, welche in ihrer letzten Tätigkeit körperliche Schwerarbeit

verrichtet und nach Eintritt des Gesundheitsschadens auch für leichtere Arbeiten nurmehr beschränkt einsatzfähig sind, in der Regel das entsprechende durchschnittliche Lohnniveau gesunder Hilfsarbeiter nicht erreichen. Der ursprünglich nur bei Schwerarbeitern zugelassene Abzug entwickelte sich in der Folge zu einem allgemeinen behinderungsbedingten Abzug, wobei die Rechtsprechung dem Umstand Rechnung trug, dass auch weitere persönliche und berufliche Merkmale der versicherten Person wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Höhe des Lohnes haben können. Ein Abzug soll aber nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale ihre gesundheitlich bedingte (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwerten kann. Bei der Bestimmung der Höhe des Abzuges ist der Einfluss aller in Betracht fallenden Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall gesamthaft zu schätzen und insgesamt auf höchstens 25 % des Tabellenlohnes zu begrenzen (vgl. zum Ganzen BGE 126 V 75).

Bei der Entscheidung über die Höhe des vorzunehmenden Abzuges handelt es sich um einen Ermessensentscheid. Bei der Unangemessenheit geht es um die Frage, ob der zu treffende Entscheid, den die Behörde nach dem ihr zustehenden Ermessen im Einklang mit den allgemeinen Rechtsprinzipien in einem konkreten Fall getroffen hat, nicht zweckmässigerweise anders hätte ausfallen sollen. Allerdings darf das Sozialversicherungsgericht sein Ermessen nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Verwaltung setzen; es muss sich somit auf Gegebenheiten abstützen können, welche seine abweichende Ermessensausübung als nahe liegender erscheinen lassen. Auch ist den Bestrebungen der Verwaltung bzw. der Versicherer Rechnung zu tragen, die darauf abzielen, durch interne Weisungen, Richtlinien, Tabellen, Skalen usw. eine rechtsgleiche Behandlung der Versicherten zu gewährleisten. Ermessensmissbrauch ist gegeben, wenn die Behörde zwar im Rahmen des ihr eingeräumten Ermessens bleibt, sich aber von unsachlichen, dem Zweck der massgebenden Vorschriften fremden Erwägungen leiten lässt oder allgemeine Rechtsprinzipien, wie das Verbot von Willkür und von rechtungleicher Behandlung, das Gebot von Treu und Glauben sowie den Grundsatz der Verhältnismässigkeit verletzt (BGE 123 V 150 E. 2 mit Hinweisen).

6.3 Durch die Gewährung eines Abzugs von 10 % hat die Beschwerdegegnerin den im Belastungsprofil von SUVA-Kreisarzt Dr. K. \_\_\_ geschilderten Einschränkungen der Beschwerdeführerin (vgl. vorstehend E. 3.15) angemessen Rechnung getragen. Für das Gericht besteht kein Anlass, in das korrekt ausgeübte Ermessen der Beschwerdegegnerin einzugreifen.

Damit erweist sich die von der Beschwerdegegnerin ermittelte Erwerbsunfähigkeit von 10 % und die gestützt darauf zugesprochene Invalidenrente als rechtens.

## E. 7

7.1 Zu prüfen bleibt die Höhe der Integritätsentschädigung. Während die Beschwerdegegnerin gestützt auf die Beurteilung durch SUVA-Kreisarzt Dr. K. \_\_\_ vom 26. Mai 2009 (Urk. 14/154) davon ausging, die Beschwerdeführerin habe eine Integritätseinbusse von 17.5 % erlitten (Urk. 2 S. 9), machte die Beschwerdeführerin

eine solche von 26 2/3 % geltend (10 % in Bezug auf die linke Hand plus 16 2/3 % in Bezug auf die rechte Hand).

7.2. Im Rahmen seiner Beurteilung des Integritätsschadens vom 26. Mai 2009 (Urk. 14/154) führte SUVA-Kreisarzt Dr. K. aus, als Basis diene die aktuelle Röntgendiagnostik der Hände beidseits vom 7. Mai 2009 (vgl. vorstehend E. 3.15). An der linken Hand zeige sich eine beginnende mässige Radiocarpalarthrose, welche sich in einer vermehrten subchondralen Sklerosierung der radialen Gelenkfläche zeige. Scaphoid und Lunatum sowie der Gelenkspalt seien unauffällig, das distale Radiusfragment sei in leichter volarer Abkipfung ossifiziert. Gemäss Feinraster der SUVA werde eine mässiggradige Arthrose des Handgelenks eine Entschädigung von 5 bis 10 % vorgesehen. Rein vom radiologischen Aspekt her wäre in Bezug auf die linke Hand vom unteren Bereich auszugehen. Unter Einbeziehung des in Fehlstellung verheilten Radiusfragments könnten jedoch aktuell 7.5 % ausgewählt werden, da doch eine gewisse Wahrscheinlichkeit bestehe, dass dieser Umstand die degenerativen Prozesse ungünstig beeinflusse. Auf der rechten Seite sei die Radiocarpalarthrose diskret ausgeprägter als auf der linken Seite. Vor allem die erkennbare Stufenbildung der radialen Gelenkfläche lasse hier mit 10 % den oberen Bereich einer mässiggradigen Handgelenksarthrose als korrekte Auswahl zu. Die leichten Gelenkspaltverschmälerungen im STT-Bereich sowie die beginnend erkennbare Radioulnararthrose seien noch nicht entschädigungspflichtig. Der Gesamtintegritätsschaden betrage damit 17.5 %.

7.3. Der Bericht von Dr. K. vom 26. Mai 2009 erfüllt die nach der Rechtsprechung für eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage vorausgesetzten Kriterien (vgl. E. 1.2-3) und vermag inhaltlich zu überzeugen. Dies nicht zuletzt aufgrund des von ihm durchgeführten Quervergleichs, wonach seine Bewertung in Bezug auf die linke Hand 15 % und in Bezug auf die rechte Hand 20 % der mit 50 % bewerteten Gebrauchsunfähigkeit einer oberen Extremität entspreche (Urk. 14/154 unten), verbleibt der Beschwerdeführerin doch für leichte Tätigkeiten unter Berücksichtigung des von Dr. K. genannten Belastungsprofils immerhin eine ganztätige Arbeits- und entsprechend Gebrauchsfähigkeit (vgl. vorstehend E. 5.5). Die von Dr. K. für die festgestellten Schäden genannten Entschädigungs-Referenzwerte sind nicht zu beanstanden, entsprechen sie doch den Werten gemäss Feinraster der SUVA und sind keine Gründe ersichtlich, weshalb diese vorliegend nicht herangezogen werden können sollten. Eine rechtsfehlerhafte Handhabung des Ermessens durch Dr. K. ist nicht ersichtlich, weshalb für das Gericht kein Anlass besteht, in dessen fachärztlichen Ermessensspielraum einzugreifen. Auf die Einschätzung des Integritätsschadens durch Dr. K. kann daher abgestellt werden.

Namentlich erweist sich die geforderte Entschädigung von 10 % für die linke und 16 2/3 % für die rechte Hand (Urk. 1 S. 10) als zu hoch, zumal die Beschwerdeführerin als Basis von der Gebrauchsunfähigkeit des Armes ausgeht (50 %), vorliegend aber lediglich die Hand beeinträchtigt ist.

7.4. Demnach ist die Feststellung einer Integritätseinbusse von 17.5 % für die Folgen des Unfalls vom 27. Dezember 2005 und die Zusprechung einer dieser Integritätseinbusse entsprechenden Integritätsschädigung durch die Beschwerdegegnerin nicht zu beanstanden.

8. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sich die Zusprache einer Rente ab 1. September 2009 basierend auf einem Erwerbsunfähigkeitsggrad von 10 % sowie einer Integritätsentschädigung entsprechend einer Integritätseinbusse von 17.5 % und damit der angefochtene Entscheid als rechters erweisen.

Dies führt zur Abweisung der Beschwerde.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Dr. Jörg Baur

- Schweizerische Unfallversicherungsanstalt

- Bundesamt für Gesundheit

4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

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