

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00180**

## **vom 6. Juni 2020**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-06-06, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2019.00180](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2019.00180)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00180 du 6 juin 2020

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00180 del 6 giugno 2020

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

1. Juli 2018 erhobene Einsprache ( Urk. 8/249 ) wies die Suva mit Einspracheentscheid vom

#### **E. 1.1**

Am 1. Januar 2017 sind die geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) in Kraft getreten.

Gemäss den allgemeinen übergangsrechtlichen Regeln sind der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen, die in Geltung standen, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende und somit rechtserhebliche Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 466 E. 1, 126 V 134 E. 4b). Dementsprechend sehen die Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 des UVG vor, dass Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem 1. Januar 2017 ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt werden (Absatz 1 der genannten Übergangsbestimmungen).

Der hier zu beurteilende Unfall hat sich am

#### **E. 1.2**

Wird die versicherte Person infolge eines Unfalles zu mindestens 10 % invalid (Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG), so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der unfallbedingten Invalidität und nach Durchführung allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

#### **E. 1.3**

Nach Art. 24 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung, wenn sie durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen oder geistigen Integrität erleidet. Die Integritätsentschädigung wird in Form einer Kapitalleistung gewährt. Sie darf den am Unfalltag geltenden Höchstbetrag des versicherten Jahresverdienstes nicht übersteigen und wird entsprechend der Schwere des Integritätsschadens abgestuft (Art. 25 Abs. 1 UVG).

Gemäss Art. 25 Abs. 2 UVG regelt der Bundesrat die Bemessung der Entschädigung. Von dieser Befugnis hat er in Art. 36 UVV Gebrauch gemacht. Abs. 1 dieser Vorschrift bestimmt, dass ein Integritätsschaden als dauernd gilt, wenn er voraussichtlich während des ganzen Lebens mindestens in gleichem Umfang besteht. Er ist erheblich, wenn die körperliche oder geistige Integrität, unabhängig von der Erwerbsfähigkeit, augenfällig oder stark beeinträchtigt wird.

#### **E. 1.4**

Nach Gesetz und Rechtsprechung ist der Fall unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen und Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung abzuschliessen, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind (vgl. Art. 19 Abs. 1, Art. 24 Abs. 2 UVG; Urteil des Bundesgerichts 8C\_888/2013 vom 2. Mai 2014 E. 4.1, vgl. auch Urteil 8C\_639/2014 vom 2. Dezember 2014 E. 3). In diesem Zeitpunkt ist der Unfallversicherer auch befugt, die Adäquanzfrage zu prüfen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_377/2013 vom 2. Oktober 2013 E. 7.2 mit Hinweis auf BGE

134 V 109, vgl. auch Urteil 8C\_454/2014 vom 2. September 2014 E. 6.3).

Ob eine namhafte Besserung noch möglich ist, bestimmt sich insbesondere nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit diese unfallbedingt beeinträchtigt ist. Die Verwendung des Begriffes «namhaft» in Art. 19 Abs. 1 UVG verdeutlicht demnach, dass die durch weitere (zweckmässige) Heilbehandlung im Sinne von Art. 10 Abs. 1 UVG erhoffte Besserung ins Gewicht fallen muss. Weder eine weit entfernte Möglichkeit eines positiven Resultats einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch ein von weiteren Massnahmen – wie etwa einer Badekur – zu erwartender geringfügiger therapeutischer Fortschritt verleihen Anspruch auf deren Durchführung. In diesem Zusammenhang muss der Gesundheitszustand der versicherten Person prognostisch und nicht aufgrund retrospektiver Feststellungen beurteilt werden (Urteil des Bundesgerichts 8C\_888/2013 vom 2. Mai 2014 E. 4.1 mit Hinweisen, insbes. auf BGE 134 V 109 E. 4.3; vgl. auch Urteil 8C\_639/2014 vom 2. Dezember 2014 E. 3).

Für die Einstellung der vorübergehenden Leistungen braucht der Entscheid der Invalidenversicherung über Eingliederungsmassnahmen nicht abgewartet zu werden, wenn von weiterer ärztlicher Behandlung keine namhafte gesundheitliche Besserung mehr erwartet werden kann (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_588/2013 Urteil vom 16. Januar 2014 E. 3.3) und keine Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass durch allfällige Eingliederungsmassnahmen das der Invaliditätsbemessung der Suva gestützt auf die medizinischen Abklärungen zugrunde gelegte Invalideneinkommen verbessert und so der die Invalidenrente der Unfallversicherung bestimmende Invaliditätsgrad beeinflusst werden kann (vgl. Urteil des Bundesgericht 8C\_588/2013 vom 16. Januar 2014 E. 3.5).

#### **E. 1.5**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise

begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

## **E. 2**

9. Juli 2015 zurückzuführende Beeinträchtigungen bestehen, die ein en Anspruch auf eine Rente und eine Integ ritätsentschädigung begründen, und ob die Beschwerdegegnerin den medizini schen Sachverhalt rechtsgenüchlich abgeklärt beziehungsweise ob sie allen geklagten Beschwerden Rechnung getragen hat .

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin ging im angefochtenen Entscheid ( Urk. 2) davon aus, bezüglich der linken Schulter (S. 8 unten) und der Nasen-, Kopf- und Schwindel beschwerden (S. 9 Mitte) sei der Endzustand erreicht. Die Kn iebeswerden rechts stünden nicht in Zusammenhang mit dem Unfall vom 2 9. Juli 2015 (S. 9 unten, S. 10 oben ). Es sei auf das vom Kreisarzt formulierte Zumutbarkeitsprofil

abzu stellen (S. 10 f. Ziff. 5). Bei Durchführung eines Einkommensvergleichs resultiere eine Erwerbseinbusse von 2.5 % , womit kein Anspruch auf eine Invalidenrente bestehe (S. 12 ff. Ziff. 6-9). Gestützt auf die kreisärztliche Beurteilung

sei auch der Anspruch auf eine Integritätsentschädigung für unfallbedingte Beeinträchti gungen der linken oberen Extremität

zu

verneinen, da die Erheblichkeitsgrenze nicht erreicht sei (S.

14 f f . Ziff. 10 ).

### **E. 2.2**

Die Beschwerdeführerin machte demgegenüber geltend ( Urk. 1), nebst anhalten den Schmerzen in der linken Schulter, im linken Arm sowie permanenten Knie schmerzen unter ständigen Kopfschmerzen und an Gleichgewichts störungen zu leiden , die neurologisch ni cht genügend abge klärt worden seien (S. 2 Ziff. 2) . Auch die

nach Auffassung des Kreisarztes ungenügend abgeklärten Diagnosen (Nasenbeinfraktur, Nasenatmungsbehinderung, Kopfschmerz, Schwindel) seien n icht weiter abgeklärt

und die festgestellte verminderte Belast ungsfähigkeit des linken Armes nicht berücksichtigt worden (S. 3 Ziff. 3) . Der End zustand sei noch nicht erreicht (S. 3 Ziff. 4, S. 4 Ziff. 6).

Der Kreisarzt habe die Auswirkungen der Schulterbeschwerden auf die Arbeitsfähigkeit nicht beziffert (S. 3 Ziff. 5) . Im Rahmen der Invaliditätsbemessung sei ihr Alter beim Leidensabzug nicht berück sich tigt worden (S. 4 Ziff. 8) . Der Fall sei komplex und sie habe sich auch am K opf verletzt . Ein e polydisziplinäre Begutachtung sei erforderlich (S. 4 f. Ziff. 9).

### **E. 2.3**

Strittig und zu prüfen ist, ob auf den Unfall vom

## **E. 3**

.2

Am 1 9. August 2015 berichteten die Ärzte des Stadtpital s

A.\_\_\_\_ über die am Vortag im chirurgischen Ambulatorium erfolgte Untersuchung ( Urk. 8/22/2-3). Sie diagnostizierten eine Radiusköpfchenfraktur links vom 29. Juli 2015 mit gemäss externem Computertomogramm (CT) vom 13. August 2015 (vgl. S. 2 oben) zusätzlich kleinere Absprengung im Bereich der proximalen Ulna (S. 1 Mitte) und leiteten eine Ruhigstellung in einem gespaltenen Oberarm-Combi cast für drei Wochen ein (S. 2 oben).

### **E. 3.1**

Gemäss Bericht der Ärzte der Z.\_\_\_\_ vom 12. August 2015 (Urk. 8/12) wurde die Beschwerdeführerin dort am 29. Juli 2015 sowie am

### **E. 3.2**

6) vom 30. August 2018 (Urk. 8/260) sei die noch bestehende, leichte Geruchsinnbeeinträchtigung zwei Monate postoperativ normal. Bei normalem Heilungsverlauf sei maximal drei Wochen postoperativ beziehungsweise ab dem 9. Juli 2018 eine volle Arbeitsfähigkeit gewährleistet. Eine Integritätsentschädigung sei nicht geschuldet, da die leichte Hyposmie im Verlauf mit überwiegender Wahrscheinlichkeit rückläufig sein werde. 3.30

Am 20. November 2018 (Urk. 8/278 S. 2) berichtete Dr. B.\_\_\_\_, Zentrum C.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.3), die Beschwerdeführerin sei aus ORL-Sicht wieder voll arbeitsfähig. Ein Anspruch auf eine Integritätsentschädigung bestehe nur bei vollständigem Verlust des Geruchsinnens (Anosmie), nicht jedoch bei einem reduzierten Geruchsinn (Hyposmie), wie er bei der Beschwerdeführerin bestehe. 4.4.1

Durch die medizinischen Akten ausgewiesen und unbestritten ist, dass sich die Beschwerdeführerin anlässlich des Sturzes vom 29. Juli 2015 eine nicht dislozierte Nasenbeinfraktur sowie eine Radiusköpfchenfraktur links mit zusätzlich kleiner Absprengung im Bereich der proximalen Ulna zuzog (vgl. vorstehend E. 3.1-2).

Soweit die Beschwerdeführerin unfallbedingte Schulterbeschwerden rechts geltend machte (Urk. 1 S. 2 Ziff. 2), kann mit der Beschwerdegegnerin (Urk. 2 S. 8 unten, Urk. 7 S. 10 f. Ziff. 50.1) festgehalten werden, dass eine anlässlich des Unfallereignisses vom 29. Juli 2015 zugezogene Verletzung der rechten Schulter in den medizinischen Akten nicht dokumentiert ist, weshalb die geltend gemachten Beschwerden

nicht überwiegend wahrscheinlich

unfallkausal sind.

Das Gleiche gilt für die

mutmasslich in Bezug auf das rechte Knie geltend gemachten Kniebeschwerden (Urk. 1 S. 2 Ziff. 2). Wie die Beschwerdegegnerin zutreffend ausführte (Urk. 7 S. 11 Ziff. 50.2), sind betreffend das rechte Knie initial lediglich oberflächliche Schürfwunden dokumentiert und werden chronische Knieschmerzen rechts erst seit März 2017 beklagt (vgl. vorstehend E. 3.19). Dem Bericht von Dr. N.\_\_\_\_ vom 27. März 2018 (vorstehend E. 3.24) ist weiter zu entnehmen, dass rechtsseitige Kniebeschwerden im Zuge eines vom Unfallereignis vom 29. Juli 2015 losgelösten Sturzes auf die rechte Seite berichtet wurden (vgl. Urk. 8/280 S. 1 Mitte). Dr. P.\_\_\_\_

wiederum erwähnte in seinem Bericht vom 11. Oktober 2018 (vorstehend E. 3.25) eine zweifache Distorsion und einen Sturz in der Dusche. Diese Ausführungen lassen sich nicht in Einklang bringen mit der Aktenlage zum vorliegend infrage stehenden Ereignis. Ein kausaler Zusammenhang der rechtsseitigen Kniebeschwerden zum Sturzereignis vom 29. Juli 2015 ist nicht überwiegend wahrscheinlich, wovon auch Kreisarzt Dr. M.\_\_\_\_\_

ausging (vgl. vorstehend E. 3.28). Soweit die Beschwerdeführer in geltend machte, auf den Unfall vom 29. Juli 2015 zurückzuführende Gleichgewichtsstörungen hätten zum «späteren Sturz» geführt (Urk. 1 S. 4 Ziff. 7), wird auf nachstehende E. 4.4 verwiesen. 4.2

Im Zuge des erlittenen Nasentraumas trat bei der Beschwerdeführerin eine rechtsseitige Nasenatmungsbehinderung auf. Nachdem mittels der eingeleiteten Behandlung mit Nasonex-Spray keine nachhaltige Beschwerdeverbesserung erzielt werden konnte, führte Dr. B.\_\_\_\_\_

bei festgestellter Septumdeviation nach rechts am 18. Juni 2018 eine Septum- und eine Turbinoplastik durch.

Der peri- und postoperative Verlauf gestalteten sich komplikationslos. Anlässlich der Nachkontrolle vom 21. August 2018 berichtete die Beschwerdeführerin von einer Normalisierung der Nasenatmung und Dr. B.\_\_\_\_\_

stellte einen schönen postoperativen Verlauf bei noch bestehender leichter Hyposmie fest (vgl. vorstehend E. 3.3, E. 3.20, E. 3.27). Angesichts des dokumentierten normalen postoperativen

Heilungsverlaufs attestierte ORL-Arbeitsärztin Dr. Q.\_\_\_\_\_ der Beschwerdeführerin eine volle Arbeitsfähigkeit ab dem 9. Juli 2018 (vgl. vorstehend E.

### **E. 3.3**

Gemäss Bericht von Dr. med. B.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Oto-Rhino-Laryngologie (ORL), Zentrum C.\_\_\_\_\_, vom 30. September 2015 (Urk. 8/180) wurde bei seit dem Nasentrauma vom 29. Juli 2015 bestehender Nasenatmungsbehinderung eine Behandlung mit Nasonex-Spray in die Wege geleitet.

### **E. 3.4**

Die am 17. November 2015 im Institut D.\_\_\_\_\_ durchgeführte Röntgenuntersuchung des linken Ellbogens ergab gemäss Beurteilung des Radiologen eine knöchern konsolidierte Radiusköpfchenfraktur in achsengerechter Stellung und eine winzige Fibroostose am Ursprung der gemeinsamen Extensorensehne in Höhe des Epicondylus humeri radialis. Die Sonographie der linken Schulter vom gleichen Tag ergab eine Arthrose des Acromioclaviculargelenks, ACG (Urk. 8/28).

### **E. 3.5**

Am 30. November 2015 berichteten die Ärzte des Stadtsitals A.\_\_\_\_\_ über die gleichentags erfolgte Untersuchung im chirurgischen Ambulatorium (Urk. 8/37/2-3). Sie führten aus, die am 13. November 2015 durchgeführte Magnetresonanztomographie (MRI) des linken Ellbogens (vgl. Urk. 8/58) habe einen kleinen ossären Ausriss des radialeseitigen proximalen Ulnaschafts links ergeben (S. 1 Mitte). Nach Besprechung der Möglichkeiten habe sich die Beschwerdeführerin für eine operative

Entfernung des ulnarseitigen

Knochenfragments entschieden (S. 2 oben).

### **E. 3.6**

), der Verlauf sei wechselhaft mit weiterhin reduzierter Belastbarkeit des linken Armes. In letzter Zeit träten vermehrt Schmerzen im Bereich des linken Schultergelenks auf bei Fehl- und Überbelastung ( Ziff. 2 ). Auf den 1. Januar 2017 sei die Wiederaufnahme der Arbeit zu 50 % vorgesehen ( Ziff. 4 , vgl. auch Urk. 8/194 S. 14 unten ).

### **E. 3.7**

Am 26. Januar 2016 ( Urk. 8/81) berichteten die Ärzte des Stadtspitals A.\_\_\_\_, die Beschwerdeführerin sei am Vortag in der chirurgischen Klinik hospitalisiert gewesen (S. 1 oben). Da eine operative Sanierung in Form einer Resektion des Knochenfragments im Bereich der proximalen Ulna eine fragliche Besserung der Symptomatik bringen würde, sei mit ihr besprochen worden, vorerst konservativ vorzugehen und primär intensive Physiotherapie durchzuführen. Nur als ultimatives Mittel sähen sie eine operative Sanierung indiziert (S. 2 oben).

### **E. 3.8**

Im Bericht vom 12. April 2016 über die am Vortag durchgeführte Sprechstunde im chirurgischen Ambulatorium des Stadtspitals A.\_\_\_\_

( Urk. 8/82)

führte Oberarzt Dr. med. F.\_\_\_\_

aus, seines Erachtens stehe weiterhin die radiale respektive ulnare Epicondylopathie im Vordergrund. Diese sei bis anhin auch nicht konsequent behandelt worden, da die Ruhigstellung in der Schiene nur punktuell über einige Stunden erfolgt sei. Dennoch solle nun bei starkem Leidensdruck der Beschwerdeführerin die Exzision des kleinen Fragments durchgeführt werden. Der Beschwerdeführerin seien die Grenzen der Operation klar aufgezeigt worden (S. 2 oben).

### **E. 3.9**

Vom 18. bis 21. Mai 2016 weilte die Beschwerdeführerin stationär im Stadtspital A.\_\_\_\_, wo am 19. Mai 2016 ein Ossikel-Débridement im proximalen Vorderarm links durchgeführt wurde (vgl. Urk. 8/91). Im Austrittsbericht vom 21. Mai 2016 ( Urk. 8/90 ) nannten die Ärzte folgende Diagnosen (S. 1 Mitte): - Ossikel / ossärer Ausriss proximaler Ulnaschaft links Höhe Tuberositas radii nach Radiusköpfchenfraktur links am 29. Juli 2015 - Epicondylitis

humeri

ulnaris

ed

radialis links.

### **E. 3.10**

Im Bericht vom 14. Juli 2016 über die am Vortag erfolgte Untersuchung im chirurgischen Ambulatorium des Stadtspitals A.\_\_\_\_

( Urk. 8/98) führten die Ärzte aus, die Beschwerdeführerin habe angegeben, seit der Operation unter star ken Schmerzen im linken Arm zu leiden. Die Schmerzen seien konstant und unabhängig von der Bewegung vorhanden. Mit der verordneten Physiotherapie habe sie keine Erfolge verzeichnen können. Sie habe zudem von Schulterschmer zen berichtet, die präoperativ nicht bestanden hätten, und von einer zunehmen den Bewegungseinschränkung im Ellbogen sowie im Schultergelenk (S. 1 unten). Die angefertigte konventionell-radiologische Untersuchung der Schulter habe keine Hinweise auf ossäre Läsionen ergeben. Aus chirurgischer Sicht sei auch der noch bestehende und bis in den kleine n Finger ausstrahlende Ell bogenschmerz nicht durch die Operation erklärbar (S. 2 oben).

### **E. 3.11**

Im Zwischenbericht vom 2 9. Juli 2016 ( Urk. 8/102) nannte Dr. E.\_\_\_\_ (vorstehend E.

### **E. 3.12**

Im Bericht vom 6. September 2016 über die abschliessende Sprechstunde vom Vortag im chirurgischen Ambulatorium des Stadtsitals A.\_\_\_\_

( Urk. 8/116 ) führte Oberarzt Dr. F.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.8) aus, die Ursachen des ausgeprägten Schulter-Arm-Syndroms links (vgl. S. 1 Mitte) seien ihm nicht klar. Es bestehe sicherlich eine Epicondylopathie ulnar und radial, wobei die massive Ausprägung der Schmerzen und auch die Bewegungseinschränkung der Schulter chirurgisch nicht erklärbar seien. Der Misserfolg der durchgeführten Operation sei fast

schon in die Wiege gelegt gewesen.

Eine chirurgische Option sehe er aktuell nicht

(S. 2 Mitte).

### **E. 3.13**

Kreisarzt Dr. med. H.\_\_\_\_ , Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, berichtete am 2 0. Oktober 2016 über die gleichentags durchgeführte Untersuchung ( Urk. 8/127). In seiner Beur teilung führte er aus, die Beschwerdeführerin weise im linken Arm eine erhebliche Belastungsminderung bei Status nach Radiusköpfchenfraktur und Avulsionsfrak tur mit drei Zentimeter langem spanartig em Fragment an der proximalen Ulna radially auf. Im Verlauf habe sich eine sekundäre Frozen

shoulder links ent wickelt. Im Vordergrund ständen belastungs- und bewegungsabhängige Schmerzen im linken Ellbogen- und im linken Schultergelenk. Ferner berichte die Beschwer deführerin über bewegungs- und belastungsabhängige Hypästhesien und Paräs thesien des linken Armes. Einzelne Symp tome und Befunde liessen an ein CRPS denken, das Gesamtbild für ein solches sei jedoch nicht vollständig gegeben (S. 6 unten). Klinisch falle vor allem die mechanisch bedingte Funktionseinschrän kung des linken Schultergelenks auf. Es bestehe maximal eine Arbeitsfähigkeit von 40 % (S. 7 oben). 3. 1 4

Am 2 9. Dezember 2016 ( Urk. 8/137) berichtete Dr. E.\_\_\_\_

(vorstehend E.

### **E. 3.15**

Am 28. März 2017 ( Urk. 8/155) berichtete PD Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädie und Handchirurgie, es sei nicht ganz einfach, die Beschwerden der Beschwerdeführerin eindeutig einzuordnen. Gemäss den heutigen Bildern des Ellbogens dürfte ein Problem an einem der Kondylen des Humerus vorliegen, weshalb er ein MRI oder ein CT in Feinschnitten als notwendig erachte, um die Diagnose zu klären. Eine neurologische Problematik des nervus

ulnaris sei nicht ausgeschlossen.

### **E. 3.16**

Das am 1. Juni 2017 im Institut D.\_\_\_\_ durchgeführte MRI des linken Ellbogens ( Urk. 8/166) ergab gemäss Beurteilung der Radiologin einen Status nach Ossikelektomie bei Status nach Radiusköpfchenfraktur mit entsprechenden Metallabriebartefakten radiallyseits sowie eine gute Stellung in den Kompartimenten des Ellbogengelenks. Die Frakturlinie des Radiusköpfchens sei nicht mehr abzugrenzen. MR-tomographisch zeigten sich keine Zeichen einer Epikondylitis humeri

radialis respektive ulnaris ( Urk. 8/166 unten).

### **E. 3.17**

Im Bericht vom 9. Juni 2017 über die am Tag zuvor erfolgte Untersuchung ( Urk. 8/164) führte Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, aus, es bestehe eine sensible Ulnarisparese links, wahrscheinlich eine Folge der am 29. Juli 2015 erlittenen Ellbogenfraktur links. Die Ulnarisparese lasse sich neurographisch nicht erfassen. Motorisch seien die Funktionen der linken Hand intakt. Nach inzwischen knapp zweijährigem Verlauf dürfte sich die Ulnarisparese kaum mehr zurückbilden (S. 2 Mitte). Die motorische Störung des linken Kleinfingers lasse sich neurologisch nur ungenügend erklären, die ungenügende Flexion des linken Kleinfingers gar nicht. Letztere müsse arthrogen und/oder allenfalls weichteilbedingt sein (S. 2 unten). 3. 1

### **E. 3.19**

Im Bericht vom 7. Juli 2017 über die gleichentags erfolgte Untersuchung im chirurgischen Ambulatorium des Stadtspitals A.\_\_\_\_

( Urk. 8/176) nannten die Ärzte als Diagnosen posttraumatische chronische Knieschmerzen rechts seit März 2017 mit/ bei beginnender Femoropatellarthrose mit Chondromalazie Grad II-III und Ansatzentzündung mit Knochenmarksödem im vorderen Kreuzband sowie chronische Schmerzen im

oberen Sprunggelenk ( OSG ) rechts (S. 1 Mitte). Sie führten aus, im MRI des rechten Knies vom 4. Juli 2017 (vgl. Urk. 8/287 S. 3) habe eine posttraumatische Läsion ausgeschlossen werden können (S. 2 oben).

### **E. 3.22**

Am 22. Dezember 2017 ( Urk. 8/206) berichtete Dr. E.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.6) von nach wie vor bestehenden Dysästhesien und Parästhesien im distalen und ulnaren Bereich sowie einer verminderten Kraft im linken Arm ( Ziff. 2).

### **E. 3.23**

) die Beschwerden am rechten Knie als nicht überwiegend wahrscheinlich kausal zum Unfallereignis vom 29. Juli 2015 mit der Begründung, dass eine Verletzung des rechten

Kniegelenks in den Berichten über die nach dem Unfall durchgeführten Untersuchungen nicht beschrieben sei .

### **E. 3.24**

Am 27. März 2018 ( Urk. 8/280 S. 1-2) berichtete Dr. med. N.\_\_\_\_ , Facharzt für Anästhesiologie, Klinik O.\_\_\_\_ , die Beschwerdeführerin sei ihm aufgrund von rechtsseitigen Knie Schmerzen im Zusammenhang mit einem Sturz auf die rechte Seite durch die Ärzte der Z.\_\_\_\_

zugewiesen worden. Als Diagnose nannte er einen Verdacht auf eine Neuropathie des Nervus

infrapatellaris beziehungsweise des Nervus saphenus sowie eine Retropatellar arthrose (S. 1 unten).

### **E. 3.25**

Dr. med. P.\_\_\_\_ , Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates , führte im Bericht vom 11. Oktober 2018 über die gleichentags erfolgte Untersuchung ( Urk. 8/282 S. 5-6) aus, die Beschwerdeführerin sei aufgrund eines persistenten medialen Schmerzes unter Belastung des rechten Kniegelenks nach zweifacher Distorsion und Sturz in der Dusche vorstellig geworden. Ferner berichte sie über eine subjektive Instabilität nach medial (S. 1 unten). Sicherlich bestehe ein deutliches muskuläres Defizit. Irritationen des Nervus saphenus könne er heute nicht feststellen (S. 2 Mitte).

Am 21. November 2018 ( Urk. 8/282 S. 3-4) berichtete Dr. P.\_\_\_\_ , das MRI des rechten Kniegelenks vom 15. Oktober 2018 (vgl. Urk. 8/287 S. 2) habe eine kleine Innenmeniskusläsion ergeben. Dass diese die von der Beschwerdeführerin angegebenen Schmerzen komplett auslösen könne, bezweifle er allerdings (S. 2 oben).

### **E. 3.26**

In ihrer ärztlichen Beurteilung vom 27. April 2018 ( Urk. 8/233) empfahl ORL-Arbeitsärztin Dr. med. Q.\_\_\_\_ , Abteilung Arbeitsmedizin, die Übernahme der Kosten für die geplante Nasenoperation ( Septumplastik und Turbinoplastik ) mit der Begründung, die Beschwerden der Beschwerdeführerin (Nasenatmungsbehinderung, Kopf- und Schwindelbeschwerden) stünden in direktem Zusammenhang mit dem Unfallereignis ( Urk. 8/233).

### **E. 3.27**

Der operative Eingriff an der Nase wurde am 18. Juni 2018 durch Dr. B.\_\_\_\_ , Zentrum C.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.3) , durchgeführt (vgl. Urk. 8/245). Am 21. August 2018 ( Urk. 8/256 S. 2) berichtete Dr. B.\_\_\_\_ , sowohl der peri - als auch der postoperative Verlauf hätten sich komplikationslos gestaltet. Anlässlich der Nachkontrolle vom gleichen Tag habe die Beschwerdeführerin eine Normalisierung der Nasenatmung angegeben. Es bestünden noch eine leichte Hyposmie sowie eine Druckdolenz über der Narbe im Bereich des Nasenrückens, welche von der Rissquetschwunde unter der damaligen Wundversorgung stamme. Endoskopisch zeige sich ein schöner postoperativer Befund.

### **E. 3.29**

) und auch Dr. B.\_\_\_\_ bestätigte in ihrem Bericht vom 20. November 2018 (vorstehend E. 3.30 ) das Bestehen einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit.

Vor dem Hintergrund dieser Aktenlage ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdeführerin hinsichtlich der von ihr als unfallbedingt anerkannten Nasenatmungsbehinderung von einem erreichten Endzustand ausging. Wenn die Beschwerdeführerin dies unter Hinweis auf die Beurteilung durch Kreisarzt Dr. M.\_\_\_\_ vom 7. Februar 2018 (vorstehend E. 3.23) in Abrede stellte (Urk. 1 S. 3 Ziff. 3), verkennt sie, dass diese Beurteilung vor der eine namhafte Besserung bringenden operativen Versorgung erfolgte, weshalb sie einem Fallabschluss nicht entgegensteht. Dies gilt auch für das Schreiben der Beschwerdeführerin vom 13. Juni 2019 (Urk. 8/288), erging doch auch dieses vor der beziehungsweise gerade im Hinblick auf die bevorstehende Operation und kann die Beschwerdeführerin daraus bezüglich der Frage des Erreichens des Endzustands entgegen ihrer Auffassung (Urk. 1 S. 4 Ziff. 6) nichts zu ihren Gunsten ableiten. 4.3

Die Beschwerdeführerin machte geltend, auch an Kopfschmerzen und Schwindelbeschwerden zu leiden, welche entgegen der Empfehlung von Kreisarzt Dr. M.\_\_\_\_

(vgl. vorstehend E. 3.23) nicht abgeklärt worden seien (Urk. 1 S. 3 Ziff. 3). In diesem Zusammenhang fällt vorab auf, dass in keinem der Berichte der regelmässig konsultierten Hausärztin Dr. E.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.6, E. 3.11, E. 3.14, E. 3.22) entsprechende Beschwerden erwähnt wurden. Im Bericht vom 18. September 2017 über die im L.\_\_\_\_ erfolgte FOMA (vorstehend E. 3.21) wurde ein chronisch rezidivierender Kopfschmerz bei Verdacht auf Sinusverlegung nach Nasenbeinfraktur diagnostiziert,

die Kopfschmerzproblematik mithin im Zusammenhang mit dem Nasentrauma gesehen. Eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurde verneint.

Dem Bericht von Kreisarzt Dr. M.\_\_\_\_ vom 9. Februar 2018 (vorstehend E. 3.23) ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin selbst die Kopfschmerz- und Schwindelsymptomatik mit der Nasenatmungsbehinderung in Verbindung brachte. Auch ORL-Arbeitsärztin Dr. Q.\_\_\_\_

erachtete die geklagte Kopfschmerz- und Schwindelsymptomatik (implizit) als in Zusammenhang mit der ORL-Problematik stehend, indem sie die Nasenatmungsbehinderung sowie die Kopfschmerzen und Schwindelbeschwerden aus ORL-Sicht als unfallkausal anerkannte und sich für eine Übernahme der Kosten der schliesslich am 18. Juni 2018 durchgeführten Nasenoperation aussprach (vgl. vorstehend E. 3.26). Mit dieser konnte aber wie dargelegt (vorstehend E. 4.2) eine Normalisierung der Nasenatmung erreicht werden. Den

Berichten von Dr. B.\_\_\_\_

ist sodann nicht zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin postoperativ über Kopfschmerzen oder Schwindelbeschwerden geklagt hätte (vgl. vorstehend E. 3.27, E. 3.30).

Vor dem Hintergrund dieser medizinischen Aktenlage, gemäss welcher Kopfschmerzen und Schwindelbeschwerden entweder gar nicht dokumentiert oder dann in Zusammenhang mit der nunmehr behobenen Nasenatmungsstörung gesehen wurden, besteht keine Veranlassung zu weiteren Abklärungen. 4.4

Nach Lage der Akten bestehen auch keine Anhaltspunkte dafür, dass sich die Beschwerdeführerin anlässlich des Unfalls vom 29. Juli 2015 eine Kopfverletzung oder gar eine Verletzung des Gehirns zugezogen hätte, wie sie beschwerdeweise geltend machte (Urk. 1 S. 4 Ziff. 6, S. 4 Ziff. 9). Die von ihr auf eine Gehirnverletzung zurückgeführten Gleichgewichtsstörungen (Urk. 1 S. 2 Ziff. 2, S. 4 Ziff. 6) sind in den medizinischen Akten

nicht dokumentiert.

Abgesehen davon stellte Dr. J. \_\_\_ in seinem Bericht vom 9. Juni 2017 (vorstehend E. 3.17) einen in allen Teilen regelrechten neurologischen Status fest und beschrieb insbesondere einen normalen Hirnnervenbefund ( Urk. 8/164 S. 1 unten). Bei dieser Sachlage kann in antizipierter Beweiswürdigung (BGE 134 I 140 E. 5.3) von weiteren neurologischen Abklärungen abgesehen werden. 4.5

In Bezug auf die erlittene Verletzung am linken Ellbogen sowie die konsekutiv aufgetretene linksseitige Schulterproblematik gelangte Kreisarzt Dr. M. \_\_\_

nach Sichtung der Akten und einer persönlichen Untersuchung der Beschwerdeführerin im Februar 2018 zum Schluss, dass von weiteren ärztlichen Behandlungen und Therapien keine Besserung mehr erwartet werden kann und der Endzustand erreicht ist (vgl. vorstehend E. 3.23).

Beschwerdeweise wurde nichts Substantielles vorgebracht, was dem von der Beschwerdegegnerin gestützt auf diese Beurteilung erfolgten Fallabschluss entgegenstehen würde, und aus den anderen medizinischen Berichten ergeben sich keine Anhaltspunkte für eine durch Heilbehandlung noch erzielbare nachhaltige Besserung. Eine (weitere) chirurgische Option war seitens Dr. F. \_\_\_ bereits im September 2016 vorerwähnt worden (vgl. vorstehend E. 3.12) und Dr. J. \_\_\_ ging davon aus, dass sich die sensible Ulnarisparese links wahrscheinlich nicht mehr zurückbildet (vgl. vorstehend E. 3.17). In Bezug auf die linksseitige sekundäre Frozen

shoulder (vgl. vorstehend E. 3.11, E. 3.13, E. 3.21) konnte sodann ein Therapieerfolg im Sinne einer deutlich verbesserten Beweglichkeit erzielt werden (vgl. Physiotherapeuten-Bericht vom 3. Januar 2018, Urk. 8/207 Ziff. 3). In der kreisärztlichen Untersuchung durch Dr. M. \_\_\_

im Februar 2018 war keine Schultergelenkssteife mehr nachweisbar (vgl. vorstehend E. 3.23).

Damit ist mit der Beschwerdegegnerin auch

in Bezug auf die linke obere Extremität von einem erreichten Endzustand auszugehen. 4.6  
Kreisarzt Dr. M. \_\_\_

trug im Rahmen des von ihm formulierten Zumutbarkeitsprofils für eine leidensangepasste Tätigkeit der verminderten Belastungsfähigkeit des linken Armes sowie der neurologischen Defizitsymptomatik der linken Hand in nachvollziehbarer Weise Rechnung, indem er für die linke Hand eine Hebe- und Tragelimit

von drei Kilogramm festlegte und Arbeiten über Kopfhöhe mit dem linken Arm nur maximal während einer Stunde pro Tag und über den ganzen Tag verteilt als zumutbar bezeichnete (vgl. vorstehend E. 3.23). Im Bericht über die im L. \_\_\_ erfolgte FOMA wurden bei damals noch bestehender Schultergelenkssteife Arbeiten über Schulterhöhe

gar während maximal drei Stunden pro Tag als zumutbar beurteilt (vgl. vorstehend E. 3.21). Gestützt auf die Beurteilung durch Kreisarzt Dr. M. \_\_\_ ist sodann davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin in einer leidensangepassten Tätigkeit zeitlich uneingeschränkt arbeitsfähig ist, zumal ihr auch im Bericht über die im L. \_\_\_ erfolgte FOMA für mittelschwere leidensangepasste Tätigkeiten eine ganz tägliche Arbeitsfähigkeit attestiert

worden war

(vgl. vorstehend E. 3.21). Die Argumentation der Beschwerdeführerin, wonach sie mit dem linken Arm nichts tragen und keine Arbeiten über Brusthöhe ausführen könne sowie ständig Pausen einlegen müsse (Urk. 1 S. 2 Ziff. 2), findet in den medizinischen Akten keine Stütze

und ist

aufgrund der anlässlich der FOMA im L.\_\_\_\_ erhobenen Leistungsfähigkeit (vgl. dazu Urk. 8/194 S. 19) mit teilweise beobachteter Selbstlimitierung (vgl. Urk. 8/194 S. 13 oben) widerlegt. Gemäss Beurteilung der Ärzte des L.\_\_\_\_ lag die in der EFL demonstrierte Belastbarkeit denn auch allgemein im Bereich einer mittelschweren Arbeit (vgl. vorstehend E. 3.21). 4.7

Zusammengefasst ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin in Bezug auf die Nasenatmungsbehinderung sowie in Bezug auf die linke obere Extremität von einem erreichten Endzustand ausging. Für das Bestehen weiterer unfallbedingter Beschwerden bestehen nach Lage der Akten keine hinreichenden Anhaltspunkte. Der medizinische Sachverhalt erweist sich als hinreichend abgeklärt. Von der beschwerdeweise beantragten Einholung eines polydisziplinären Gutachtens sind keine massgeblichen neuen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb in antizipierter Beweiswürdigung (BGE 134 I 140 E. 5.3)

darauf zu verzichten ist. Nicht zu beanstanden ist schliesslich, dass die Beschwerdegegnerin von einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit gemäss dem von Kreisarzt Dr. M.\_\_\_\_ formulierten Zumutbarkeitsprofil ausging und letzteres der Invaliditätsbemessung zugrunde legte. 5.

Hinsichtlich der erwerblichen Auswirkungen des festgestellten unfallbedingten Gesundheitsschadens wandte sich die Beschwerdeführerin einzig gegen den von der Beschwerdegegnerin vorgenommenen Abzug

vom Invalideneinkommen von 10 %

(Urk. 1 S. 4 Ziff. 8).

Zu Recht nichts vorgebracht wurde gegen die ermittelten Vergleichseinkommen. Ausgehend vom durchschnittlichen Stundenlohn der im Jahr 2015 in den Lohnabrechnungen der (ehemaligen) Arbeitgeber (Y.\_\_\_\_ AG, R.\_\_\_\_, G.\_\_\_\_, S.\_\_\_\_ und T.\_\_\_\_, U.\_\_\_\_ AG) ausgewiesenen (Netto-)Stundenlöhne

(vgl. Urk. 8/21, Urk. 8/52) von Fr. 20.24 sowie unter Berücksichtigung einer Lohnerhöhung von 2 % pro Jahr, einer Arbeitszeit von 42 Stunden pro Woche und eines Zuschlags für den drei zehnten Monatslohn in der Höhe von 8.33 % errechnete die Beschwerdegegnerin für das Jahr 2018 ein nicht zu beanstandendes

Valideneinkommen von Fr. 50'817.-- (vgl. Urk. 8/242 S. 2 oben, Urk. 8/289 S. 12 Mitte, vgl. auch Urk. 8/243 S. 3 Ziff. 8).

Auch das von der Beschwerdegegnerin gestützt auf die vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) 2016 (Tabelle TA1, Kompetenzniveau 1, Frauen, Total) ermittelte, an die wöchentliche Arbeitszeit von 41.7 Stunden angepasste

und nominallohn bereinigte Invalideneinkommen von Fr. 55'073.50 ( Urk. 8/289 S. 13 oben) gibt zu keinen Beanstandungen Anl as s .

Im Rahmen des pflichtgemäss ausgeübten Ermessens liegend und daher zu bestä tigen ist schliesslich auch der vom Invalideneinkommen vorgenommene leidens bedingte Abzug von 10 % , welchen die Beschwerdegegnerin im Einspracheent scheid unter Hinweis auf die Rechtsprechung ausführlich begründete ( Urk. 8/289 S. 14 oben). Allein aufgrund des fortgeschrittenen Alters der Beschwerdeführerin ist keine neue Schätzung angezeigt, zumal sich ein fortgeschrittenes Alter im Bereich der Hilfsarbeiten auf dem hypothetischen ausgeglichenen n Arbeitsmarkt ( Art. 16 ATSG) nicht zwingend lohnsenkend auswirken muss. Hilfsarbeiten werden auf dem massgebenden ausgeglichenen Stellenmarkt vielmehr altersun abhängig nachgefragt (Urteile des Bundesgerichts 8C\_403/2017 vom 25. August 2017 E. 4.4.1 und 8C\_805/20 16 vom 22. März 2017 E. 3.4.3). Damit

ist auch das von der Beschwerdegegnerin ermittelte Invalideneinkommen von Fr. 49'566. -- zu bestätigten , und sie errechnete zutreffend einen rentenausschliessende n Invaliditätsgrad von 2.5 % ( vgl. Urk. 8/289 S. 14 Mitte ). 6.

## **E. 6**

) als (neue) Diagnose eine konsekutive Periarthritis humero scapularis (PHS ) links ( Ziff. 1). Sie führte aus , die Schulterschmerzen links hätten eher zugenommen bei verkraempfter Schonhaltung des linken Armes. Auch bestünden nach wie vor

vom linken Ellbogen ausgehende Schmerzen bis in den Digitus V sowie eine Kraftverminderung des linken Armes ( Ziff. 2) . Eine Wiederaufnahme der Arbeit bei der Y.\_\_\_\_ AG und bei G.\_\_\_\_ sei per

1. August 2016 zu 50 % beziehungsweise zu 100 % vorgesehen ( Ziff. 4, vgl. auch Urk. 8/128 ).

### **E. 6.1**

Gestützt auf die Beurteilung durch Kreisarzt Dr. M.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.23) verneinte die Beschwerdegegnerin einen Anspruch auf eine Integritätsentschädigung resultierend aus den im Bereich der linken oberen Extremität bestehenden Unfall folgen. Dr. M.\_\_\_\_ gin g zwar von einer dauerhaften Schädigung aus, erachtete aber die Erheblichkeitsgr enze als nicht erreicht. Angesichts der von Dr. M.\_\_\_\_ im Bereich des linken Ellbogens und der linken Schulter erhobenen Befunde und Beweglichkeitswerte (vgl. Urk. 8/215 S. 7 oben) steht seine Beurteilung im Einklang mit den in der Suva-Integritätsentschädigungstabelle bei Funktionsstö rungen der oberen Extremitäten (Tabelle 1) aufgeführten Vergleichswerten (zur Interpretation der Werte vgl. Urteil des Bundesgerichts U 24/06 vom 4. Mai 2006 E. 2.2) . Nachdem auch keine gegenteilige ärztliche Beurteilung aktenkundig ist, ist der Standpunkt der Beschwerdegegnerin zu schützen.

### **E. 6.2**

Hinsichtlich des Anspruchs auf eine Integritätsentschädigung resultierend aus allfälligen auf das erlittene Nasentrauma zurückzuführenden Unfall folgen stellte die Beschwerdegegnerin einen separaten Entscheid in Aussicht ( Urk. 8/288). Dieser Anspruch ist nicht Gegenstand des vorliegenden Verfahrens (vgl. auch Urk. 2 S. 16 Mitte, Urk. 7 S. 15 oben). 7.

Nach dem Gesagten erweist sich der angefochtene Entscheid als rechtmässig. Die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - X.\_\_\_\_

- Suva - 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 dem 5. 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). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Mosimann Barblan

## **E. 8**

Dr. med. K.\_\_\_\_, Spezialarzt für orthopädische Chirurgie, berichtete am 12. Juni 2017 ( Urk. 8/165), die Beschwerdeführerin am 17. und am 29. September 2016 sowie am 23. Februar 2017 in seiner Sprechstunde gesehen zu haben ( vgl. S. 1 unten, S. 4 Mitte, S. 5 Mitte ).

In seinen jeweiligen Beurteilungen führte er aus, zumindest präoperativ fehlten viele Kriterien eines eigentlichen CRPS. Die ganze Geschichte mit der eingeschränkten Schulter und dem leicht eingeschränkten Faustschluss lasse entfernt an ein sudeckoides Geschehen denken (S. 3 unten, S. 4 oben). Die radiologischen Untersuchungen seien in Bezug auf die Einschränkungen im Bereich der Schulter, des Ellbogens und des Handgelenks nicht konklusiv. Die Unfallfolgen seien unklar. Eine Plexusläsion links sei nicht ausgeschlossen. Wenn die Nasenseptumsoperation durchgeführt werde, würde er in Narkose gerne die Beweglichkeit der linken Schulter, des Ellbogens und des Handgelenks prüfen (S. 5 Mitte, S. 6 Mitte).

## **E. 9**

Mitte).

Hinsichtlich der Nasenatmungsbehinderung sei noch kein Endzustand erreicht. Diesbezüglich sowie hinsichtlich der von der Beschwerdeführerin damit in Verbindung gebrachten Kopfschmerz- und Schwindelsymptomatik sei die Unfallkausalität noch abzuklären (S. 8 unten, S. 9 unten).

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