

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00208

vom 8. Mai 2021

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-05-08, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2019.00208

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00208 du 8 mai 2021

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00208 del 8 maggio 2021

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1970, war ab 8. November 2012 bei der

Y.____ AG als Traiteurhilfe angestellt und damit bei der GENERALI Allgemeine Versicherungen AG gegen Unfälle versichert. Am 26. Mai 2014 rutschte sie auf einer Rampe aus und verdrehte sich den linken Fuss (Urk. 8/1-2). Dabei zog sie sich eine bimalleoläre Unterschenkelfraktur mit Dislokation des Volkmannsdreiecks zu (Urk. 8/3). Die Generali trat auf den Schaden ein und gewährte Heilbehandlung sowie Taggeld.

Am 4. Juni 2014 (Urk. 8/4) erfolgte an der Uniklinik Z.____ eine offene Reposition und Osteosynthese medialer und lateraler Malleolus sowie Volkmannsdreieck OSG links. In der Folge klagte die Versicherte über ständige Schmerzen und Angstzustände (Urk. 8/12). Am 13. Januar 2015 nahm sie ihre Tätigkeit zu 20 % und am 9. Februar 2015 zu 40 % wieder auf (Urk. 8/30 und Urk. 8/31 S. 2 unten). Nachdem sich ab September 2015 eine Schmerzexazerbation im Sprunggelenk und neu auch im Knie eingestellt hatte (Urk. 8/65 S. 1 f.), wurde sie wieder vollumfänglich arbeitsunfähig geschrieben (Urk. 8/64 und Urk. 8/62.1). Vom 9. bis 27. November 2015 erfolgte an der Uniklinik Z.____

eine Hospitalisation zwecks multimodaler Behandlung (Urk. 8/84); vom 13. September 2016 (Urk. 8/138) bis 29. September 2017 (Urk. 8/216) wurde sie am Schmerzambulatorium des Universitätsspitals A.____ behandelt. Schliesslich veranlasste die Generali die Begutachtung der Versicherten beim Zentrum B.____ (Expertise vom 10. Juli 2018, Urk. 8/256).

Mit Verfügung vom 15. Mai 2019 (Urk. 8/298) stellte die GENERALI die vorübergehenden Leistungen per 6. Juni 2018 ein, sprach der Versicherten eine Integritätsentschädigung basierend auf einer Einbusse von 15 % zu und verneinte einen Anspruch auf eine Erwerbsunfähigkeitsrente. Die dagegen erhobene Einsprache vom 24. Mai 2019 (Urk. 8/301) wies die GENERALI, nach Einholung weiterer Auskünfte des B.____ (datierend vom 12. August 2019, Urk. 8/310), mit Entscheid vom 16. August 2019 (Urk. 2) ab.

E. 1.1

Am 1. Januar 2017 sind die am 25. September 2015 beziehungsweise am 9. November 2016 verabschiedeten 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, je mit Hinweisen). Dement sprechend 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 26. Mai 2014 ereignet, weshalb die bis 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Normen auf den vorliegenden Fall Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden.

E. 1.2

Gemäss Art. 6 UVG werden – soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt – die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Abs. 1). Der Bundesrat kann Körperschädigungen, die den Folgen eines Unfalles ähnlich sind, in die Versicherung einbeziehen (Abs. 2). Ausserdem erbringt die Versicherung ihre Leistungen bei Schädigungen, die den Verunfallten bei der Heilbehandlung zugefügt werden (Abs. 3).

E. 1.3

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).

E. 1.4.1

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs

sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 129 V 177 E. 3.1, 402 E. 4.3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

E. 1.4.2

Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2, 405 E. 2.2, 125 V 456 E. 5a).

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 zum Beispiel 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 gehäufte 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 anderen 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).

E. 1.5

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

in der vorliegend anwendbaren, bis 31. Dezember 2017 geltenden Fassung). 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). 1. 6

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, geistigen oder psychischen 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. Gemäss Abs. 2 gelten für die Bemessung der Integritätsentschädigung die Richtlinien des Anhangs 3.

E. 1.7

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). 2.

E. 2

Es sei die Beschwerdegegnerin in Gutheissung der Einsprache und Abänderung der Verfügung vom 15. Mai 2019 zu verpflichten, die rückwirkend ab 6. Juni 2018 eingestellten vorübergehenden Leistungen (Unfalltaggelder und Heilungskosten) wieder auszurichten; die Beschwerdegegnerin sei insbesondere auch anzuweisen, für die Kosten der Psychotherapie der Beschwerdeführerin seit März 2017 aufzukommen.

Eventualiter sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, die Unfalltaggelder bis

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin verneinte im angefochtenen Einspracheentscheid bei im Vordergrund stehendem Schmerzsyndrom am linken Fuss das Vorliegen eines CRPS (Chronic Regional Pain Syndrome) unter Hinweis auf das unterschiedliche Vorhandensein der Symptome im Zeitablauf, eine klare Diagnose sei nicht gestellt worden (Urk. 2 S. 10 ff.). Zudem seien die Symptome nicht innert der rechtsprechungsgemäss geforderten Frist von sechs bis acht Wochen aufgetreten (S. 12 f.). Die beklagte Osteoarthritis im linken OSG führe sodann zu keiner Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit (S. 13). Allfällige psychische Unfallfolgen seien angesichts des leichten Unfalls nicht adäquat kausal (S. 13). Die Therapieoptionen seien ausgeschöpft und der Fallabschluss zu Recht erfolgt (S. 13 f.). Die Höhe der Integritätsentschädigung umfasse die Einsteifung des OSG, die weitergehenden Beeinträchtigungen (Schmerzstörung) seien nicht kausal (S. 14).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin bejahte demgegenüber das Vorliegen eines CRPS und erachtete die psychischen Unfallfolgen als unfallkausal (Urk. 1 S. 9). Die Heilbehandlung befand sie als noch nicht abgeschlossen, insbesondere in Bezug auf die psychische Problematik (S. 9 f.). Damit seien auch weiterhin Unfalltaggelder geschuldet (S. 11). Ausgehend von einer Restarbeitsfähigkeit von 30 % erleide sie eine Erwerbsunfähigkeit von 73 %, weshalb ihr eine entsprechende Rente zustehe (S. 12). Unter Berücksichtigung des CRPS und der psychischen Störungen stehe ihr sodann eine Integritätsentschädigung von 35 % zu (S. 13).

E. 3

Es sei die Beschwerdegegnerin in Gutheissung der Einsprache und Abänderung der Verfügung vom 15. Mai 2019 zu verpflichten, der Beschwerdegegnerin eine Integritätsentschädigung in Höhe von Fr. 44'100.-- zu bezahlen. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen (zzgl. 7,7 % MWST) zu Lasten der Beschwerdegegnerin.»

Die GENERALI schloss am 3. Oktober 2019 (Urk. 7) auf Abweisung der Beschwerde. Die Versicherte hielt replicando am 7. November 2019 (Urk. 11) an den gestellten Anträgen fest und legte am 15. November 2019 (Urk. 15) weitere Akten auf. Die GENERALI ersuchte unverändert um Beschwerdeabweisung (Duplik vom 16. Januar 2020, Urk. 20). Am 14. Dezember 2020 (Urk. 22) reichte die Versicherte einen weiteren medizinischen Bericht ein (Urk. 23), wozu sich die GENERALI am 4. Februar 2021 (Urk. 2

E. 3.1

Die erstbehandelnden Ärzte des Spitals C.____ diagnostizierten eine bimalleoläre Unterschenkelfraktur links mit Dislokation des Volkmannsdreiecks sowie oberflächlicher Schürfwunde über dem lateralen Malleolus, eine Adipositas Grad I sowie eine bekannte

arterielle Hypertonie. Sie leiteten antiphlogistische Massnahmen, Ruhigstellung unter Thromboseprophylaxe sowie Analgesie ein und verlegten die Beschwerdeführerin zur operativen Versorgung in die Uniklinik Z.____ (Bericht vom 28. Mai 2014, Urk. 8/3).

E. 3.2

Die Ärzte der Uniklinik Z.____ führten mit Bericht vom 10. Juni 2014 (Urk. 8/4.1) über die Hospitalisation vom 28. Mai bis 8. Juni 2014 aus, aufgrund der geschwollenen Weichteile im Bereich des linken OSG habe die operative Versorgung der Fraktur nicht zeitnah erfolgen können. Im Rahmen der am 4. Juni 2014 erfolgten offenen Reposition und Osteosynthese medialer und lateraler Malleolus sowie Volkmannsdreieck links habe sich ein problemloser peri- und postoperativer Verlauf gezeigt.

Bei der Verlaufskontrolle vom 17. Juli 2014 (Bericht vom Folgetag, Urk. 8/7) zeigte sich unmittelbar nach der Gipsabnahme eine stark eingeschränkte OSG-Beweglichkeit mit Schmerzangabe. Der zuständige Arzt schilderte weiter eine leichte Schwellung im OSG- und Fussrückenbereich, eine starke Druckdolenz über dem medialen Malleolus, über der distalen Fibula nur eine leichte Druckdolenz. Er konstatierte einen komplikationslosen Verlauf sechs Wochen postoperativ.

E. 3.3

PD Dr. med. D.____, Teamleiter Fusschirurgie an der Orthopädie der Uniklinik Z.____, äusserte im Bericht vom 11. September 2014 (Urk. 8/12) den Verdacht auf ein CRPS, nachdem die Beschwerdeführerin berichtet hatte, es werde immer schlimmer, sie habe ständig Schmerzen, auch in

der Nacht, teilweise Schweißsekretionsstörungen am Fuss, Angstzustände in der Nacht und chronische Beschwerden mit Stauung und Schwellung. Er verwies auf einen deutlich livid-rötlichen Fuss, druckdolent, berührungsempfindlich bei auffälliger Steifigkeit. Er empfahl weitergehende rheumatologische Abklärungen.

Am 6. Januar 2015 (Urk. 8/22) berichtete PD Dr. D.____ von einem deutlich abgeschwollenen Rückfuss, Druckdolenzen seien keine mehr vorhanden, indes etwas Parästhesien im Bereich des Nervus

peroneus

superficialis-Innervationsgebietes. Es finde sich eine Steifigkeit mit eingeschränkter Dorsalextension. Er konstatierte einen positiven Verlauf, was die Entwicklung des CRPS angehe, und empfahl weiterhin Physiotherapie sowie orthopädisches Schuhwerk. Er attestierte eine Arbeitsunfähigkeit von 80 % bis Ende des Monats.

E. 3.4

Die rheumatologische Abklärung durch Dr. med. E.____, Uniklinik Z.____, vom 16. Juli 2015 (Urk. 8/52) ergab einen Verdacht auf ein CRPS (S. 1). Die Spitalfachärztin berichtete von einer leichtgradigen Schwellung im Malleolusbereich, livider Verfärbung im Narbenbereich, Allodynien sowie Hyperästhesien im gesamten linken Fuss und Unterschenkel sowie Hypertrichose, keine Hyperhidrose. Im CT seien die Frakturen des medialen und lateralen Malleolus sowie des Volkmannsdreiecks der distalen Tibia vollständig konsolidiert, es persistiere eine leichte Unregelmässigkeit angrenzend an die Volkmannfraktur in der distalen tibialen Gelenkfläche bei vorbestehender OSG-Arthrose mit Gelenkbrandosteophyten (S. 3).

E. 3.5

Mit Bericht vom 8. Januar 2016 (Urk. 8/90) beschrieben Oberärztin Rheumatologie Dr. med. F.____ und Assistenzärztin Dr. med. G.____ , welche die Hospitalisation

(multimodales Behandlungsprogramm) an der Uniklinik Z.____ Ende 2015 begleitet hatten (Urk. 8/84), keine Schwellung, keine Hautveränderung und keine Allodynie bei einem Temperaturunterschied von 0.9°. Die Beschwerdeführerin berichtete bezüglich Schmerzen über eine unveränderte Symptomatik.

E. 3.6

Dr. med. H.____ , Oberärztin Schmerzambulatorium A.____ , welche die Beschwerde der Beschwerdeführerin seit 13. September 2016 betreut hatte, diagnostizierte im Abschlussbericht vom 29. September 2017 (Urk. 8/216) ein chronisches Schmerzsyndrom Fuss links nach Bimalleolarfraktur links am ehesten bei CRPS, differenzialdiagnostisch protrahiert posttraumatisch. Sie führte aus, die Beschwerdeführerin habe eine angebotene Neurostimulation abgelehnt unter Hinweis darauf, dass die einzig hilfreichen Massnahmen bisher Physiotherapie und Trimipramin gewesen seien. Die Therapie-Optionen im Schmerzambulatorium seien somit ausgeschöpft. Trotz guter Compliance habe - bei vielen Medikamentenunverträglichkeiten und teils allergischen Reaktionen - keine weitere Schmerzverbesserung erzielt werden können. Die Schmerzen seien stattdessen zuzunehmen und die Beweglichkeit nehme ab.

E. 3.7.1

Die Ärzte

des B.____ , welche die Beschwerdeführerin in den Disziplinen Orthopädie, Innere Medizin, Neurologie und Psychiatrie untersucht hatten, stellten im Gutachten vom 10. Juli 2018 (Urk. 8/256) folgende unfallkausale Diagnosen (S. 7): -

Unfall vom 26. Mai 2014 -

Persistierendes chronisches Schmerzsyndrom Bein links mit/bei -

Status nach

offener Reposition und Osteosynthese Fraktur medialer und lateraler Malleolus sowie Volkmann'sches Dreieck OSG links am 4. Juni 2014 bei Trimalleolarfraktur am 26. Mai 2014 -

Frakturen konsolidiert (CT Mai 2015) -

intaktes Osteosynthesematerial (Röntgen 10. März 2017) -

normale Knochendichtwerte (Bericht vom 11. November 2015) -

Vitamin D-Mangel gemäss Akten -

beginnende Osteoarthritis OSG, betont an den Gelenkfacetten zwischen Malleolus medialis und Talusrolle (Röntgen 6. Juni 2018) -

CRPS Typ I mit Schmerzausweitung, schmerzbedingter motorischer Beeinträchtigung ohne Nachweis einer neurogenen Läsion, aktuell geringe Zeichen vegetativer Dysregulation -

Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren -

Spezifische Phobie vor nassen und abschüssigen Böden

Als unfallfremde Diagnosen nannten die Gutachter: -

leichte OSG-Arthrose links mit Gelenkrandosteophyten vorbestehend (CT OSG 2 8. Mai 2015) -

beginnende MTP (Metatarsophalangeal) I-Gelenksveränderungen beidseits degenerativ - mukoid -degeneriertes vorderes Kreuzband links (MRI 2 9. September 2015) -

depressive Störung, gegenwärtig leichte depressive Episode -

arterielle Hypertonie -

Adipositas (BMI 34.9)

E. 3.7.2

Die Gutachter führten aus, die Beschwerdeführerin berichte über seit der Operation persistierende Schmerzen im Bereich des linken Sprunggelenkes mit Zunahme im Laufe eines Arbeitsversuches im Jahre 2015. Sie habe deswegen im September 2015 die Arbeit niederlegen müssen. Seither werde auch die Schmerz ausstrahlung bis in den Bereich des Tractus

iliotibialis beklagt, welche sich nach der Niederlegung der Arbeit gebessert habe.

Klinisch finde sich ein massives Hinken links, der linke Fuss sei nicht geschwollen, ebenso wenig wie das linke OSG. Der linke Fuss sei etwas kühler, bei normalem Hautkolorit und normaler Durchblutung. Es bestünden stark schmerzhaft Wackelbewegungen im linken OSG, eine leichte Druckdolenz im Bereich der USG-Gelenkslinie sowie im Mittelfussbereich, eine leichte Minderbeschwellung der Fusssohle links, ein Tinel-Phänomen über der medialen Narbe, indes keine umschriebenen Muskelatrophien (jedoch eine Verminderung des Wadenumfangs links von 1.5 cm, S. 8) . Neue Röntgenbilder des OSG und des Mittelfusses links zeigten eine Konsolidierung der Frakturen in korrekter Stellung sowie eine beginnende, posttraumatische Osteoarthrose im OSG, betont an den Gelenksfacetten zwischen Malleolus

medialis und Talusrolle . Im Bereich von Vor- und Mittelfuss zeigten sich osteopen wirkende ossäre Strukturen ohne nennenswerte osteoarthrotische oder entzündliche Veränderungen (S. 3 f.).

E. 3.7.3

Die Experten hielten fest, im Vordergrund stehe das chronische Schmerzsyndrom, welches im Anschluss an das Unfallereignis persistiert und sich als weitgehend therapieresistent erwiesen habe. Nachdem die konstanten, intensiven Schmerzen durch eine andere Ursache nicht adäquat hätten erklärt werden können, sich insbesondere ein Defekt beziehungsweise eine Lockerung des Osteosynthesematerials durch die bildgebenden Befunde nicht habe nachweisen lassen, seien die Beschwerden durch verschiedene Voruntersucher im Rahmen eines komplexen regionalen Schmerzsyndroms (CRPS) interpretiert und bei Fehlen einer direkten unfallbedingten Nervenläsion auf der Grundlage der Gewebeschädigung dem Typ I zugeordnet worden. Als weitere Symptome des CRPS fänden sich in der Literatur neben brennenden Schmerzen Schwellung und Steifigkeit betroffener Gelenke, motorische Beeinträchtigungen, Veränderungen von Hautkolorit, Temperatur und Schweißsekretion sowie Störungen von Haar- und Nagelwachstum, welche individuell unterschiedlich

vorhanden und wechselhaft ausgeprägt seien. Auch bei der Beschwerdeführerin seien einzelne entsprechende Symptome aktuell gering ausgeprägt, was nicht zuletzt zur diagnostischen Unsicherheit beitrage, wobei zumindest anamnestisch Schwellung und Hautveränderungen beschrieben würden. Auch die Schmerzausbreitung und das Fehlen einer nachhaltigen Wirkung vielfältiger Behandlungen sei mit der Diagnose eines CRPS vereinbar, wobei zumindest bezüglich invasiver Massnahmen (Sympathikusblockade etc.) die therapeutischen Optionen nicht ausgeschöpft seien. Während auch im Gefolge des CRPS psychoreaktive Veränderungen zu erwarten seien, ergäben sich bei der Beschwerdeführerin insbesondere aufgrund der nächtlichen Symptome mit «Alpträumen» und Angstzuständen erhebliche Verdachtsmomente für eine zusätzliche psychische Komponente (S. 4 f.).

E. 3.7.4

Als unfallkausal fassten die Gutachter die Folgen der Trimalleolarfraktur mit dem konsekutiv aufgetretenen persistierenden chronischen Schmerzsyndrom (DD CRPS Typ I) Bein links mit einer sich entwickelnden beginnenden Osteoarthrose im OSG, betont an den Gelenkfacetten zwischen Malleolus

medialis und Talusrolle. Als unfallfremd beurteilten sie eine leichte vorbestehende degenerative OSG-Arthrose links mit Gelenksosteophyten, beginnende MTP I Gelenksveränderungen beidseits sowie ein mukoid-degeneratives vorderes Kreuzband links (S. 5). Die somatischen Beschwerden im Sinne des persistierenden chronischen Schmerzsyndroms sowie das psychische Beschwerdebild beeinflussten sich gegenseitig; es sei nicht möglich zu sagen, wie hoch der jeweilige prozentuale Anteil sei (S. 11). Aus organischer Sicht sei vier Jahre nach dem Unfall nicht mehr mit einer weitere n Anpassung/Angewöhnung an die Unfallfolgen zu rechnen. Weitere (vor allem invasive) Eingriffe dürften keine wesentliche Besserung des Gesundheitszustandes erwarten lassen (S. 13).

Die Unfallkausalität bejahten die B.____-Ärzte mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in Bezug auf das persistierende chronische Schmerzsyndrom links, die chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren und die spezifische Phobie (S. 8).

E. 3.7.5

Eine Arbeitsfähigkeit sahen die Gutachter nur noch gegeben in einer leichten, mehrheitlich sitzenden Tätigkeit mit kurzen Gehstrecken und kurzem gelegentlichem Aufstehen mit gelegentlichem Heben von Lasten nicht über 10 kg; dies sei als Traiteurangestellte durchaus möglich. Hierbei attestierten sie eine Arbeitsfähigkeit von 30 %, entsprechend einem Pensum von täglich vier Stunden mit einem Rendement von 70 % aufgrund des Schmerzsyndroms, welches sich auf die Konzentrations- und Durchhaltefähigkeit ungünstig auswirke (S. 12).

E. 3.7.6

Auf Nachfrage der Beschwerdegegnerin ergänzten die B.____-Gutachter am 10. Januar 2019 (Urk. 8/275), das CRPS stelle nicht zuletzt aufgrund der subjektiven Beschwerden, deren Intensität, Charakter und Verteilungsmuster mit dem auslösenden Ereignis nur bedingt adäquat erklärbar seien, häufig eine diagnostische Herausforderung dar, was die Anwendung entsprechender Kriterien bedinge. So würden durch die Budapest-Kriterien

neben dem anhaltenden Schmerz, dessen Dauer und Intensität durch die initiale Verletzung nicht mehr erklärt werden könne, für die Diagnose einerseits spezifische anamnestiche Angaben, anderer seits entsprechende klinische Befunde zum Zeitpunkt der Untersuchung gefordert. Nachdem die Diagnose eines CRPS im bisherigen Verlauf durch verschiedene Untersucher aufgrund bestehender klinischer Symptome bestätigt worden sei, seien die anamnestiche Kriterien eines CRPS aufgrund der Aktenlage erfüllt. Auch die aktuellen klinischen Untersuchungsbefunde berechtigten zur Diagnose eines CRPS Typ I.

Sodann sei das CRPS nicht alleinige Ursache der noch beste henden Beschwerden. Genannt worden sei die beginnende Os t eoarthrose im OSG (S. 3).

E. 3.7.7

Am 12. August 2019 (Urk. 8/310) beantwortet e

B.____ -Gutachter

Dr. I.____, Ortho pädische Chirurgie, erneut Fragen der GENERALI und wies abermals auf das CRPS Typ I mit Schmerzausweitung, schmerzbedingter motorischer Beeinträchtigung ohne Nachweis einer neurogenen Läsion und aktuell geringen Zeichen einer vege tativen Dysregulation hin. Sodann führte e r aus, infolge der stattgehabten Trimalleolarfraktur, welche inzwischen in korrek t er Stellung konsolidiert sei, habe sich nun laut Röntgen vom 6. Juni 2018 eine po strauamatische beginnende Osteo arthrose im OSG, betont an den Gelenkfacetten zwischen Malleolus

medi alis und der Talusrolle entwickelt. Es handle sich hierbei lediglich - objektivierbar aufgrund der radiologischen Veränderungen - um sehr geringe Veränderungen, welche im Regelfall, wenn überhaupt, höchstens zu geringgradigen Beschwerden bei sehr starker andauernder Belastung des Sprunggelenkes führten; so etwa bei starker andauernder Bel astung des Sprunggelen k e s wie bei langen Gehstrecken in unebenem Gelände über mehrere Kilometer, Spo r tarten mit starker Belastung wie zum Beispiel stop - and go -Bewegungen . Es sei daher mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht davon auszugehen, dass diese sehr geringgradigen, radio logisch nachwei sbaren Veränderungen z u ein e r Beeinträchtigung der Arbeits fähigkeit der Beschwerdeführerin führten. Dieser Beschwerdeanteil dürfte unter 10 % liegen.

Vorbestehend seien degenerative Veränder u ngen im Bereich des linken OSG mit Gelenkosteophyten nachgewi e sen worden (CT vom 28. Mai 2015). Der diesbe zügliche Einfluss auf die Gesamtbeschwerden betrage unter 5 % .

E. 3.8

PD Dr. med. D.____ vom Institut J.____ diagnostizierte in seinem Bericht vom 7. Dezember 2020 (Urk. 23) über die Verlaufskontrolle vom 2. Dezember 2020 nach Spect -CT vom 30. No v ember 2020 eine symptomatische tibiotolare Arthrose links. Er beschrieb eine deutlich aktivierte Arthrose des OSG anterior und medial betont und eine mässig aktivierte Arthrose im distalen tibiofibularen Gelenk. Er interpretierte die Diagnose eindeutig als Unfallfolge und verwies auf einen extrem hohen Leidensdruck. Er empfahl eine operative Therapie im Sinne einer Arthrodese oder einer Totalendoprothese . 4. 4.1

Hauptstreitpunkt zwischen den Parteien bildet die Frage, ob bei der Beschwerde führerin ein CRPS vorliegt. Hiervon hangen die weiteren zu prüfenden Rechts fragen ab (Rechtmässigkeit des Fallabschlusses, Höhe der relevanten Arbeits unfähigkeit,

Erwerbsunfähigkeitsgrad), namentlich im Hinblick auf die geforderte Kausalität. Diese Frage ist demgemäss vorweg zu beleuchten. 4.2

Klinische Zeichen beziehungsweise Symptome eines CRPS sind schwer lokalisierbare brennende Schmerzen (z.B. Allodynie, Hyperalgesie) kombiniert mit sensiblen, motorischen und autonomen Störungen (u.a. Ödeme, Temperatur- und Schweißsekretionsstörung, evtl. trophische Störung der Haut, Nagelveränderungen, lokal vermehrtes Haarwachstum). Im weiteren Verlauf kann es zu Knochenabbau (Demineralisation), Ankylose sowie Funktionsverlust kommen. Nach der Rechtsprechung ist ein CRPS eine neurologisch-orthopädisch-traumatologische Erkrankung und ein organischer beziehungsweise

körperlicher Gesundheitsschaden. Für die Annahme eines

CRPS

ist praxisgemäss nicht erforderlich, dass die Diagnose von den Ärzten bereits innerhalb von sechs bis acht Monaten nach dem Unfall gestellt worden sein muss, um sie als unfallbedingt anzusehen. Entscheidend ist, dass anhand rechtzeitig erhobener medizinischer Befunde der Schluss gezogen werden kann, die betroffene Person habe innerhalb der Latenzzeit von sechs bis acht Wochen nach dem Unfall zumindest teilweise an den für ein

CRPS

typischen Symptomen gelitten (Urteil des Bundesgerichts 8C_123/2018 vom 18. September 2018 E. 4.1.2 mit Hinweisen). 4.3 4.3.1

Aus den medizinischen Akten ergibt sich, dass unmittelbar nach dem Unfall vom 26. Mai 2014 eine starke Weichteilschwellung und eine oberflächliche Schürfwunde vorlag. Nach dem Abtragen von Spannungsblasen ging die Schwellung zurück und die Operation konnte am 4. Juni 2014 durchgeführt werden (Urk.

E. 6

) vernehmen liess. Dies wurde der Versicherten am 8. Februar 2021 (Urk. 2

E. 6.1

Nach den fachärztlichen Einschätzungen verbleibt es bei der Beschwerdeführerin als Unfallfolge in somatischer Hinsicht im Wesentlichen die posttraumatische beginnende Osteoarthrose im OSG. Bei in korrekter Stellung konsolidierter Trimalleolarfraktur wurde die Arthrose als - objektivierbar aufgrund der radiologischen Veränderungen - sehr geringe Veränderung interpretiert und wurden Beschwerden lediglich bei sehr starker andauernder Belastung des Sprunggelenkes erwartet (E. 3.7.7). Bei der zuletzt ausgeübten Tätigkeit bereitete die Beschwerdeführerin stehend Sandwiches, Salate, Canapés und Apéros zu. Die Tätigkeit erfolgt stehend und laufend. Zudem war die Beschwerdeführerin einmal pro Woche in der Raumpflege (Büroreinigung) tätig (Urk. 8/31 S. 2 unten und Urk. 8/229/3).

Aufgrund der fachärztlichen Einschätzung ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführerin - unter Ausklammerung nicht adäquat kausaler Folgen des Unfalls - diese Tätigkeiten in der genannten Form weiterhin zumutbar sind. Es gehen keine übermässigen Anforderungen an das Sprunggelenk einher und auch keine stop-and-go-Bewegungen.

E. 6.2

Sind keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit in normal fordernden Tätigkeiten ausgewiesen, ergibt sich auch keine Erwerbsunfähigkeit.

Wollte man die bisherigen Tätigkeiten als nicht vereinbar mit der unfallkausalen Arthroseproblematik qualifizieren, ergäbe ein Einkommensvergleich Folgendes:

Die Beschwerdeführerin erzielte im Rahmen ihrer 80%-igen Tätigkeit bei der Y.____ AG zuletzt ein Einkommen von monatlich Fr. 3'200.-- (x

13). Daneben konnte sie mit einer Nachtzulage von jährlich Fr. 2'510.40 rechnen (Urk. 8/159.3 und Urk. 8/196/6). Im Jahr 2013 erzielte sie sodann in ihrer Nebentätigkeit ein Einkommen von Fr. 10'046.-- (Urk. 89/157.1). Bei einem Stundenlohn von Fr. 28.-- entspricht dies 358.8 geleisteten Stunden oder (: 52) 6.9 Stunden pro Woche. Zusammen mit den Arbeitsstunden in ihrer Haupttätigkeit (33.75 Stunden, Urk. 8/2) war sie demgemäss 40.65 Stunden pro Woche erwerbstätig. Wenn man den erzielten Lohn von gesamthaft Fr. 54'156.40 auf die betriebsübliche Arbeitszeit von 41.7 Stunden (Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Bundesamt für Statistik, Tabelle T 03.02.03.01.04.01) hochrechnen wollte, ergäbe sich ein Wert von Fr. 55'555.25. Unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung von Index 102.6 auf Index 105.9 (Nominallohnindex Frauen 2011-2018, Bundesamt für Statistik, Tabelle T1.2.10) ergibt sich ein Valide n einkommen im Jahr 2018 von Fr. 57'342.10.

Nach der Lohnstrukturerhebung (LSE) 2016 des Bundesamtes für Statistik betragen die Löhne von Frauen in einfachen Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art Fr. 4'363.--, was angepasst an die durchschnittliche Arbeitszeit von 41.7 Stunden und unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung (Index 105.0 auf Index 105.9) einen Wert von Fr.

55'048.95 pro Jahr ergibt. Gründe für einen Abzug vom Tabellenlohn sind keine ersichtlich, weshalb ein Erwerbsunfähigkeitsgrad von 4 % resultiert, bei welchem kein Anspruch auf eine Rente der Unfallversicherung besteht.

E. 6.3

Die Beschwerdegegnerin hat den Anspruch auf eine Erwerbsunfähigkeitsrente demgemäss zu Recht verneint. 7.

In Bezug auf die Integritätsentschädigung zog die Beschwerdeführerin den von der Beschwerdegegnerin zugesprochenen Wert von 15 % für die bildgebend nachweisbaren Einschränkungen nicht in Zweifel. Sie brachte indes vor, es stünden ihr zusätzliche 20 % aufgrund des CRPS und der psychischen Störungen zu (Urk. 1 S. 13). Dabei stützte sie sich auf die Einschätzung der B.____-Gutachter, welche die funktionelle Einsteifung des OSG mit 15 % bezifferten und die chronische Schmerzstörung mit 20 % (Urk. 8/256 S. 15)

Angesichts der verneinten adäquaten Kausalität für die fraglichen Beeinträchtigungen besteht auch kein Anspruch auf eine ergänzende Integritätsentschädigung. 8.

Am 14. Dezember 2020 (Urk. 22) wies die Beschwerdeführerin auf eine deutlich aktivierte Arthrose des OSG anterior und medial betont sowie eine mässig aktivierte Arthrose im distalen tibiofibularen Gelenk hin. Dem Bericht von PD Dr. D.____ vom 7. Dezember 2020 (Urk. 23) sind in der Tat die von der Beschwerdeführerin geschilderten Befunde zu entnehmen. Die übrigen leichteren degenerativen Veränderungen im Rückfuss zeigten keinen pathologisch vermehrten Knochenumbau. Er verwies auf einen extrem hohen

Leidensdruck der Beschwerdeführerin und empfahl eine Schuhversorgung oder eine operative Vorgehensweise (Arthrodeese versus Totalendoprothese).

Ob es sich bei den berichteten Befunden um eine Verschlechterung handelt, ergibt sich nicht eindeutig aus den Akten. Immerhin wird die Arthrose als aktiviert betitelt, was bei der Leistungseinstellung nicht der Fall war. An der Rechtmässigkeit der Leistungseinstellung würde dies indes nichts ändern, wäre solches doch als Rückfall zu behandeln. Indessen scheint Dr. D.____ bei seiner Beurteilung und seinen Therapievorschlügen keine vollständige Aktenkenntnis gehabt zu haben, blieb doch die psychische Seite gänzlich unbeachtet. 9.

Zusammenfassend erweist sich der angefochtene Einspracheentscheid in allen Teilen als rechtens, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Petra Oehmke - GENERALI Allgemeine Versicherungen AG - 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 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu stellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweis mittel 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 VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin GräubFonti

E. 7

) zur Kenntnis gebracht. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 8

/179) dann wiederum lediglich von einem differentialdiagnostischen CRPS aus. 4.3.3

In der massge be nden neurologischen Untersuchung im B.____

(Urk. 8/256 S. 49 f.) verneinte der zuständige Facharzt das Vorli e gen praktisch sämtlicher einschlä giger Symptome. Ausser den unveränderten Schmerzen fand er keine Allodynie , lediglich eine geringe Asymmetrie der Hauttemperatur, ein symmetrisches Kolorit und Schweisssekretion, keine Schwellung und keine Dystrop h iezeichen . Auch A t rophien erkannte er nicht. Er verwies auf spärliche objektiv fassbare Befunde und thematisierte einzig das chronische Schmerzsyndrom. Dies fügt sich zwang los in die bisherigen Untersuchungsergebnisse ein, bei denen ebenfalls nur geringe Befunde festgestellt und jeweils auf die anamnestischen Schilderungen der Beschwerdeführerin verwiesen worden war. Die typischen klinischen Zeichen waren gering ausgeprägt respektive wurden gar nicht geschildert, sondern auf das anamnestische Vorhandensein verwiesen. Dies trifft indes

insofern nur bedingt zu, als - abgesehen von der Untersuchung bei Dr. E.____ vom 16. Juli 2015 (Urk. 8/52) - zu keiner Zeit massgebliche Symptome erhoben wurden, sondern die Vorbehandler ebenfalls hauptsächlich auf die Angaben der Beschwerdeführerin abstellten. In diesem Sinne äusserte sich der Facharzt auch nicht detailliert zur massgebenden achtwöchigen Zeitspanne nach dem Unfall. Dass der Gutachter das Fehlen einer nachhaltigen Wirkung vielfältiger Behandlungen als mit der Diagnose eines CRPS vereinbar erachtete, begründet diese selbstredend noch nicht. Sodann erkannte der Neurologe selber Symptome, welche für eine psychische Komponente sprechen.

In diesem Sinne diagnostizierte der psychiatrische Gutachter eine chronische Schmerzstörung (Urk. 8/256 S. 56) und brachte damit zum Ausdruck, dass nicht einfach ein CRPS für das im Vordergrund stehende Schmerzempfinden verantwortlich ist. Die Schmerzstörung wurde von den Gutachtern als unfallkausal gefasst und gleichzeitig ein CRPS Typ I diagnostiziert unter einzigem Hinweis auf eine schmerzbedingte Beeinträchtigung (Urk. 8/256 S. 5 f.). 4.4

Bei dieser Aktenlage ist den bundesgerichtlichen Vorgaben für die Annahme eines von der Unfallversicherung zu entschädigenden CRPS (respektive dessen Folgen) nicht genügend getan. Die innerhalb von acht Wochen nach dem Unfall (beziehungsweise nach der Operation anschliessend an Anschwellung) objektivierte Befunde reichen hierfür nicht aus. Neben den Schmerzen konnten nur wenige Symptome überhaupt befundet werden und diese waren allesamt in geringem Ausmass bis gar nicht vorhanden. Auch die Entwicklung nach dieser Zeitspanne zeigt ein Bild von vorwiegend subjektiv geklagten Schmerzen, ohne dass die typischen Zeichen klar und andauernd sichtbar gewesen wären. So stellten die Ärzte denn auch keine entsprechende unbedingte Diagnose. Einzig Dr. E.____ diagnostizierte ein CRPS, nachdem auch sie monatelang keine unbedingte Diagnose stellen mochte. Allerdings wählte sie die Formulierung «kann in der Gesamtschau die Diagnose eines CRPS [...] gestellt werden». Damit brachte sie ihre diagnostische Unsicherheit zum Ausdruck. Eine Auseinandersetzung mit den bundesgerichtlich festgehaltenen Kriterien erfolgte nicht. Die Diagnosestellung von Allgemeinmediziner Dr. K.____ (Urk. 8/30) erfolgte ohne jegliche Begründung und vermag am Gesagten nichts zu ändern.

Vor Augen zu halten ist im Rahmen der Beweiswürdigung, dass die Beschwerdeführerin die Beweislast für die von ihr geltend gemachten Sachverhaltselemente trägt. Bei durchgebauter Fraktur ohne Nervenverletzung und beginnender Arthrose müssen im Unfallversicherungsrecht fassbare Anhaltspunkte für die organische Genese der beklagten Schmerzen vorliegen, um eine Leistungspflicht der Versicherung unter diesem Titel begründen zu können. Diese sind nun derart spärlich vorhanden, dass nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt ist, dass der Unfall zu einer derartigen körperlichen Pathologie geführt hat, welche die nun geklagten Schmerzen der Beschwerdeführerin begründet. 5.5.1

Umstritten ist sodann der Zeitpunkt des Fallabschlusses, welchen die Beschwerdeführerin am 6. Juni 2018 vornahm. Die Beschwerdeführerin erachtete die Voraussetzungen als nicht gegeben. 5.2

Die B.____-Ärzte legten in ihrem Gutachten in schlüssiger Weise dar, dass aus organischer Sicht vier Jahre nach dem Unfall nicht mehr mit einer weiteren Anpassung/Angewöhnung an die Unfallfolgen zu rechnen ist und weitere Eingriffe keine wesentliche Besserung des Gesundheitszustandes erwarten lassen (E.

3.7.4). Die letzten Untersuchungen im B.____ fanden am 6. Juni 2018 statt (Urk. 8/256 S. 1 f.). Widersprechende ärztliche Einschätzungen finden sich in den medizinischen Akten nicht. 5 .3 5 .3.1

Die Beschwerdeführerin führte vorweg die laufende Psychotherapie ins Feld und schloss auf eine mögliche Verbesserung bei einer engmaschigen Psychotherapie. Hierzu ist vorweg die Kausalität der psychischen Beschwerden zu klären. Denn nur, wenn diese gegeben ist, besteht Raum für eine Weiterausrichtung der vorüber gehenden Leistungen unter diesem Titel . 5 .3. 2

Die Beschwerdeführerin qualifizierte das Unfallereignis angesichts der erlittenen Verletzungen als mittelschwer (Urk.

E. 11

S. 10).

Weitere Behandlungen für adäquat kausale Unfallfolgen stehen nicht im Raum, weshalb der vorgenommene Fallabschluss zu bestätigen ist unter dem Hinweis, dass die Beschwerdeführerin ihren Verzicht auf eine Rückforderung der darüber hinaus bezahlten Taggelder kundgetan hat (Urk. 8/298 S. 6). Eine Übergangsfrist, wie sie die Beschwerdeführerin thematisiert (Urk. 1 S. 11), existiert nur im Rahmen der Anpassung von Taggeldzahlungen, nicht aber bei Fallabschluss. Denn es werden nicht die Taggelder gestützt auf Art. 6 Satz 2 ATSG

gekürzt, sondern der Anspruch auf ein Taggeld gestützt auf Art. 19 Abs. 1

UVG geht ganz unter. 6.

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