

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2020.00067 vom 23. September 2021

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-09-23, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2020.00067

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2020.00067 du 23 septembre 2021

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2020.00067 del 23 settembre 2021

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1962, arbeitete ab 1. Mai 2016 im Zwischenverdienst für die Y.____ AG als Sales Associate. In dieser Eigenschaft war sie bei der Suva gegen die Folgen von Unfällen versichert (Urk. 7/2, Urk. 7/20). Am 28. November 2016 überquerte sie zusammen mit ihrem Ehemann einen Fussgängerstreifen. Dabei wurde ihr Ehemann von einem Auto angefahren. Die Versicherte wurde mitgeissen und stürzte auf die linke Körperseite, wodurch sie eine Tibiakopffraktur rechts, diverse Kontusionen und ein Hämatom supraorbital links erlitt (Urk. 7/2, Urk. 7/17 S. 1, Urk. 7/20, Urk. 7/40 S. 7). Die Erstbehandlung erfolgte ab dem selben Tag im Spital Z.____, wo die Tibiakopffraktur am 2. Dezember 2016 mittels Doppelplattenosteosynthese versorgt wurde (Urk. 7/3 S. 2, Urk. 7/17). Die Suva erbrachte Heilbehandlungs- und Taggeldleistungen (Urk. 7/4, Urk. 7/6-7). Anschliessend an die Hospitalisation im Spital Z.____ befand sich die Versicherte vom 13. Dezember 2016 bis 3. Februar 2017 zur stationären Rehabilitation in der Rehaklinik A.____ (Urk. 7/30 S. 1). Am 11. April 2017 nahm der Konsiliarpsychiater der Suva, Dr. med. B.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, zu den psychischen Beschwerden der Versicherten Stellung (Urk. 7/52). PD Dr. med. C.____, leitender Arzt, Klinik für Allgemein-, Hand- und Unfallchirurgie, Spital Z.____, attestierte der Versicherten bis zum 30. Juni 2017 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 7/36, Urk. 7/63, Urk. 7/67). In der Folge schrieb der Hausarzt der Versicherten, med. pract. D.____, Allgemeinmedizin FMH, die Versicherte wegen den Unfallfolgen zunächst ab 1. Juli 2017 zu 100%, für die Zeitperiode vom 1. September bis 31. Dezember 2017 zu 80% und ab 1. Januar 2018 zu 70% arbeitsunfähig (Urk. 7/157 S. 2). Die Versicherte arbeitete in einem reduzierten Arbeitspensum wieder an ihrem früheren Arbeitsort (Urk. 7/128, Urk. 7/148). Weil sie über Schwindel, verschwommenes Sehen sowie Kopfschmerzen klagte, wurde am 19. April 2018 im Spital Z.____ eine klinisch-neurologische Untersuchung durchgeführt (Urk. 7/156 S. 2). Die Versicherte meldete der Suva

sodann, dass sie am 24. April 2018 beim Tragen eines Wäschekorbs ohnmächtig geworden und hingefallen sei. Nach dem Sturz habe sie am Rücken, der linken Hand und dem linken Ellbogen rote und blaue Flecken festgestellt (Urk. 7/159, Urk. 7/171 S. 3). Med. pract. D.____, welcher von der Versicherten gleichentags wegen des Schwindels konsultiert worden war (Urk. 7/159), attestierte dieser ab dem 24. April 2018 wieder eine 100%ige unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit (Urk. 7/202). Dr. med. E.____, Fachärztin für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten FHM, untersuchte die Versicherte am 4. Mai 2018 (Urk. 7/161). Wegen der Folgen des Unfalls vom 28. November 2016 attestierte Dr. D.____ der Versicherten vom 24. April 2018 bis zum 16. Januar 2019 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 7/202 S. 2). Danach schrieb Dr. med. F.____, Allgemeine Medizin

FMH, die Versicherte vom 16. Februar bis 2. Juni 2019 zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 7/219 S. 2-4). Ab dem 3. Juni 2019 wurde ihr wieder von Dr. D.____ Atteste für eine 100%ige unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit ausgestellt (Urk. 7/219 S. 4-5). Am 15. Juli 2019 untersuchte die Suva-Kreisärztin G.____, Fachärztin für Chirurgie, die Versicherte (Urk. 7/226). Mit Schreiben vom 6. August 2019 teilte ihr die Suva mit, dass gemäss Ergebnis der kreisärztlichen Untersuchung von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung der Unfallfolgen mehr zu erwarten sei. Sie werde deshalb keine Heilkostenleistungen mehr erbringen und die Taggeldleistungen per 30. September 2019 einstellen (Urk. 7/229 S. 1). Alsdann verneinte die Suva mit Verfügung vom 22. August 2019 einen Anspruch der Versicherten auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung (Urk. 7/239). Dagegen erhob die Versicherte am 23. September 2019 Einsprache (Urk. 7/244). Mit ihrer ergänzenden Einsprache begründung vom 27. November 2019 (Urk. 7/250) reichte sie die Stellungnahme von Dr. med. univ. (A) H.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 31. Oktober 2019 (Urk. 7/251) ein. Die Suva wies die Einsprache mit Einspracheentscheid vom 20. Februar 2020 ab (Urk. 2).

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 28. November 2016 ereignet (Urk. 7/2), weshalb die bis 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Normen auf den vorliegenden Fall Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden.

E. 1.2

Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG), so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 % invalid (Art. 8 ATSG), so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG

[in der ab 1. Juli 2001 geltenden Fassung]). Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV) abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG). Erleidet die versicherte Person durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität, so hat sie Anspruch auf eine angemessene

Integritätsentschädigung (Art. 24 Abs. 1 UVG).

E. 1.3

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. 1.4.1

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).

E. 1.4.2

Für die Beurteilung der Frage, ob ein Unfall nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und der allgemeinen Lebenserfahrung geeignet ist, eine psychische Gesundheitsschädigung herbeizuführen, ist nach der in BGE 115 V 133 ergangenen Rechtsprechung auf eine weite Bandbreite von Versicherten abzustellen. Dazu gehören auch jene Versicherten, die aufgrund ihrer Veranlagung für psychische Störungen anfälliger sind und einen Unfall seelisch weniger gut verkraften als Gesunde, somit im Hinblick auf die erlebnismässige Verarbeitung des Unfalles zu einer Gruppe mit erhöhtem Risiko gehören, weil sie aus versicherungsmässiger Sicht auf einen Unfall nicht optimal reagieren (BGE 115 V 133 E. 4b).

Für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfall und psychischen Gesundheitsschädigungen ist im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall für die Entstehung der Arbeitsbeziehungsweise 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 augenfälligen 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).

E. 1.4.3

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 Unfalles; - 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 auf fallend 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 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).

E. 1.5.1

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 der Experten begründet

sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

E. 1.5.2

Nach der Rechtsprechung kommt auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ ee). Das Anstellungsverhältnis einer versicherungsinternen Fachperson zum Versicherungsträger alleine lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen (BGE 137 V 210 E. 1.4, 135 V 465 E. 4.4). Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweismwürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1, 139 V 225 E. 5.2, 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7). 2.

E. 2

Dagegen erhob X.____ am 23. März 2019 Beschwerde und beantragte, in Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheids vom 20. Februar 2020 sei die Sache zwecks zusätzlicher medizinischer Abklärungen und Neuentscheid an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 13. Mai 2020 beantragte die Beschwerdegegnerin Abweisung der Beschwerde (Urk. 6, unter Beilage ihrer Akten, Urk. 7/1-263), was der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 25. Mai 2020 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 8).

Alsdann reichte die Beschwerdeführerin mit Eingabe vom 13. Juli 2020 (Urk. 9) die Stellungnahme von Dr. med. I.____, Facharzt für Chirurgie, vom 29. Mai 2020 (Urk. 10/1) und den Austrittsbericht der Klinik J.____ vom 14. April 2020 (Urk. 10/2) ein. Die Beschwerdegegnerin erhielt eine Kopie dieser Eingabe (Urk. 11).

E. 2.1

Im Austrittsbericht des Spitals Z.____, Klinik für Allgemein-, Hand- und Unfallchirurgie, zur Hospitalisation der Beschwerdeführerin vom 28. November bis 13. Dezember 2016 wurden die folgenden Diagnosen aufgeführt (Urk. 7/17 S. 1): Tibiakopffraktur

Schatzker V rechts (AO 41-C3) Thorax-Kontusion links Contusio capitis (Kopfprellung) mit Hämatom supraorbital links Oberes Sprunggelenk (OSG)-Kontusion rechts Rezidivierende Thoraxschmerzen unklarer Ätiologie Am ehesten Koronarspasmus Koronarangiographie vom 19. September 2013: keine koronare Herzkrankheit (KHK) Chronischer Schwindel Am ehesten bei konstitutioneller Hypertonie Keine orthostatische Dysregulation Verdacht auf Burn-out-Symptomatik Differentialdiagnose (DD): Depression Fibromyalgie seit dem 30. Lebensjahr verbunden mit Muskelschmerzen Allergie auf Kontrastmittel und Bactrium

Zur Therapie hielten die Ärztinnen und Ärzte fest, dass am 2. Dezember 2016 eine offene Reposition mit innerer Fixierung (ORIF) mittels Doppelplatten osteosynthese der Tibia rechts durchgeführt worden sei. Der intra- und postoperative Verlauf habe sich komplikationslos gestaltet (Urk. 7/17 S. 1). Eine postoperative Röntgenkontrolle habe einen regelrechten Sitz des eingebrachten Osteosynthesematerials und eine gute Stellung der Fraktur gezeigt. Die Beschwerdeführerin sei am 13. Dezember 2016 in gutem Allgemeinzustand in die Reha nach A.____ entlassen worden (Urk. 7/17 S. 2).

E. 2.2

Beim nativen und kontrastmittelverstärkten MRI des Neurokraniums vom 8. Dezember 2016 fanden sich keine posttraumatischen Läsionen und keine intrakranielle Blutung (Urk. 7/85/11).

E. 2.3

Dem Austrittsbericht der Rehaklinik A.____ vom 3. Februar 2017 ist zu den relevanten Befunden bei Austritt zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin an zwei Unterarmgehstöcken mit Entlastungshinken rechts zur Untersuchung gekommen sei. Der Zehen-/Fersenstand sei beidseits möglich gewesen. Der Einbeinstand rechts sei nicht möglich gewesen. Beim Knie rechts hätten sich eine Flexion/Extension von 110/5/0°, palpatorisch eine minime Überwärmung, aber keine Erguss-/Instabilitätszeichen gezeigt. Beim rechten Oberschenkel habe eine sichtbare Muskelatrophie bestanden. Die Muskelkraft sei grobkursorisch in der Norm, der Patellarsehnenreflex (PSR) und Achillessehnenreflex (ASR) lebhaft auslösbar gewesen (Urk. 7/30 S. 6). Bei Klinikaustritt sei die Beschwerdeführerin in der Ebene und auf der Treppe mit Unterarmstöcken mobil gewesen. Die ange stammte berufliche Tätigkeit als Verkäuferin sei der Beschwerdeführerin aus medizinischer Sicht noch nicht zumutbar (Urk. 7/30 S. 3).

E. 2.4

PD Dr. C.____ hielt nach seiner Untersuchung der Beschwerdeführerin vom 11. Mai 2017 fest, dass der postoperative Verlauf regelrecht sei. Die Arbeitsunfähigkeit werde bis Ende Juni zu 100 % attestiert (Urk. 7/67). In seinem Bericht zur Untersuchung vom 7. Dezember 2017 führte er sodann aus, dass die Fraktur sowohl klinisch als auch radiologisch vollständig abgeheilt sei. Das Gelenk zeige klinisch keine Anhaltspunkte für eine Binnenläsion. Vom Knie her könnte die Beschwerdeführerin arbeiten. Er sehe kein Zusammenhang zwischen dem oben genannten Befund und der persistierenden Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin (Urk. 7/130 S. 1). Alsdann hielt PD Dr. C.____ am 22. Dezember 2017 fest, dass die CT-Untersuchung des rechten Knies vom 15. Dezember 2017 (Urk. 7/136) bestätigt habe, dass die Fraktur vollständig konsolidiert sei (Urk. 7/134).

E. 2.5

Dr. med. K.____, Oberärztin, Abteilung für Neurologie, Spital Z.____, führte in ihrem Bericht vom 23. April 2018 die folgenden Diagnosen an (Urk. 7/156 S. 3): Chronischer Kopfschmerz vom Spannungstyp mit Aggravation nach Trauma (Sturz vom 28. November 2016; ICD-10: G44.3) Schwindel unklarer Ursache Erstmanifestation (EM) vor Jahren, Aggravation nach Trauma 2016 Keine fokale-neurologischen Defizite Sturz am 28. November 2016 mit/bei Tibiakopffraktur rechts Thorax-Kontusion links Contusio capitis mit Hämatom supraorbital links OSG-Kontusion rechts Rezidivierende Thoraxschmerzen unklarer Ätiologie Verdacht auf Burn-out-Symptomatik Fibromyalgie seit dem 30. Lebensjahr verbunden mit Muskelschmerzen Allergie auf Kontrastmittel und Bactrim

In ihrer Beurteilung führte Dr. K.____ aus, dass die Beschwerdeführerin ihr vom Hausarzt zur Evaluation von Kopf- und Ganzkörperschmerzen sowie Schwindel zugewiesen worden sei. Diese Symptomatik habe seit dem Unfall vom 28. November 2016 zugenommen. In der klinischen Untersuchung hätten sich keine fokale-neurologischen Defizite gezeigt. MR-morphologisch seien im Dezember 2016 keine posttraumatischen Läsionen feststellbar

gewesen. Die Kopfschmerzen seien am ehesten mit einem Spannungskopfschmerz mit posttraumatischer Aggravation vereinbar. Diesbezüglich würden vorerst konservative Massnahmen mittels Erlernen von Entspannungstechniken sowie regelmässiges Ausdauertraining empfohlen. Sollte dies nicht zum gewünschten Effekt führen, wäre eine medikamentöse Therapie mit Amitriptylin zu evaluieren. Bezüglich des Schwindels hielt sie fest, dass sich in der neurologischen Untersuchung bei fehlenden cerebellären Zeichen keine Anzeichen für eine zentrale Genese gefunden hätten. Bei normalen Lagerungsproben, normalem Kopfpuls-Test und fehlenden Nystagmen seien auch keine Hinweise auf eine periphere Ursache feststellbar gewesen. Eine periphere Polyneuropathie, welche zum Teil aufgrund einer Gangunsicherheit von Patientinnen und Patienten subjektiv auch als Schwindel wahrgenommen werde, sei klinisch eben falls nicht feststellbar gewesen. Insgesamt habe somit die Genese des Schwindels nicht abschliessend geklärt werden können. Sollte dies bezüglich eine weitere Diagnostik gewünscht werden, werde eine Zuweisung in die Schwindel-Sprechstunde des Spitals L.____ (L.____) empfohlen (Urk. 7/156 S. 3).

E. 2.6

Bei der MRI-Untersuchung des Neurokraniums nativ triplanar vom 3. Mai 2018 zeigte sich eine unauffällige Darstellung des Hirnparenchyms ohne Hinweise auf Trauma folgen, vaskuläre oder entzündliche Läsionen sowie eine regelrechte Darstellung des membranösen Labyrinthes. Es fand sich kein Nachweis einer retrocochleären Raumforderung. Sodann zeigte sich eine ausgeprägte unspezifische Elongation des vertebrobasilären Systems bei links dominanter Arteria vertebralis und Verlauf des linken V4 Segmentes zwischen Medulla oblongata und Flocculus, unmittelbar antero-inferior des Eintrittes des linken Nervus vestibulocochlearis, jedoch kein eindeutiger neurovaskulärer Konflikt (Urk. 7/160 S. 1).

E. 2.7

Dr. E.____ stellte in ihrem Bericht vom 4. Mai 2018 die folgenden Diagnosen (Urk. 7/161 S. 2): Verdacht auf phobischen Schwankschwindel Chronischer Spannungskopfschmerz mit posttraumatischer Aggravation Status nach Verkehrsunfall mit Sturz mit Tibiafraktur rechts OSG-Kontusion rechts Thorax-Kontusion links Rezidivierend (Prä-)Synkopen mit/bei einmaligem Bewusstseinsverlust am 24. April 2018 ohne retrograde Amnesie und Desorientiertheit und Kopf- und Rückenprall 2 x im Februar 2018 für wenige Sekunden, ohne Bewusstseinsverlust und/oder Sturz Verdacht auf Depression DD Burn-out-Symptomatik mit/bei rezidivieren den Thoraxschmerzen bei blassen Untersuchungsbefunden inklusive Koronarangiografie im September 2013 Verdacht auf generalisierte Angststörung und Panikattacken Fibromyalgie EM 1992 mit/bei generalisierten Muskelschmerzen

In ihrer Beurteilung führte Dr. E.____ aus, bei unauffälligem cMRI, ORL-, neurologischem und Neuro-Status und entsprechender Anamnese (Blackouts, generalisierte Schmerzen, Schwindel, Kopfschmerzen, Angst- und Panikattacken, Reizdarm-Syndrom, depressive Verstimmung, Müdigkeit/Fatigue, Schlafstörung, im Vordergrund stehende generalisierte Körperschmerzen) sowie Schilderung un systematischer, ungerichteter Schwindelbeschwerden ergebe sich ein dringender Verdacht auf eine funktionelle Ursache bei bekanntem psychosozialen Stress, Reizdarm-Syndrom, bereits bestehender Konversionssymptomatik und entsprechender Symptomatik beim Ophthalmologen sowie

bekanntes Panikattacken und Verdacht auf generalisierte Angststörung. Dafür spreche auch die unauffällige Testung des erschwerten Romberg unter Ablenkung. Empfehlenswert sei eine Schwindel-Physiotherapie und eine Amitriptylin-Behandlung, die sowohl dies bezüglich als auch bei Kopfschmerzen indiziert seien. Zu evaluieren sei sodann eine psychotherapeutische und psychiatrische Anbindung. Aktuell bestehe kein Anhalt für einen peripher oder zentral vestibulären Vertigo und eine vestibuläre Migräne. Die verhaltensmedizinischen Massnahmen bezüglich des Kopfschmerzes seien weiterzuführen. Anamnestisch sei ein epileptisches Geschehen sehr unwahrscheinlich. Es werde eine Synkopenabklärung empfohlen (Urk. 7/161 S. 4).

E. 2.8

Dem Bericht zur Verlaufskontrolle im Spital Z.____ vom 12. Juni 2018 ist zu entnehmen, dass sich die diffusen Beschwerden der Beschwerdeführerin über dem rechten Knie nur mässig durch das liegende Osteosynthesematerial erklären liessen. Als Ursache kämen sowohl muskuläre Beschwerden als auch die minimalen Unebenheiten, im Sinne einer beginnenden Arthrose, in Frage (Urk. 7/181 S. 2). Nach den Kontrollen vom 9. Oktober 2018 und 23. April 2019 wurde festgehalten, dass bei der von der Beschwerdeführerin angegebenen deutlichen Beschwerdeverbesserung die Fortführung der Physiotherapie und weitere Mobilisationen (Bericht vom 9. Oktober 2018, Urk. 7/197 S. 2) sowie Fortführung der Physiotherapie zum Erhalt der Kniebeweglichkeit und zur weiteren Gangschulung (Bericht vom 25. April 2019, Urk. 7/216 S. 1) empfohlen werde.

E. 2.9

In ihrem Bericht zur kreisärztlichen Untersuchung vom 15. Juli 2019 führte Dr. G.____ zu den Diagnosen Folgendes aus (Urk. 7/226 S. 6): Tibiakopffraktur

Schatzker IV rechts Status nach ORIF mit Doppelplattenosteosynthese Tibia rechts vom 2. Dezember 2016 Status nach Contusio capitis Unauffällige ophthalmologische Abklärung Unauffällige neurologische Abklärung Unauffällige Otorhinolaryngologie (ORL)-Abklärung Unfallfremd: Chronischer Schwindel Fibromyalgie seit dem 30. Lebensjahr verbunden mit Muskelschmerzen

In ihrer Beurteilung führte Dr. G.____ aus, dass es bezüglich des operativen Resultates zu einem sehr guten Resultat gekommen sei. Das Gangbild sei in Ordnung, die Beweglichkeit (des rechten Knies) betrage 130-0-0°. Was aktuell noch Beschwerden verursache seien die Schmerzen. Durch weitere ärztliche Massnahmen könne überwiegend wahrscheinlich keine Verbesserung mehr erzielt werden (Urk. 7/226 S. 6). Für die Arbeitsfähigkeit bestehe bezüglich des Knies das folgende Zumutbarkeitsprofil (Urk. 7/226 S. 6-7): «Heben und Tragen von Lasten bis zu mittleichten Gewichten. Kein Arbeiten auf unebenem Gelände. Treppen steigen kann manchmal durchgeführt werden, das Arbeiten auf Leitern ist nicht zumutbar. Es soll eine Wechselbelastung möglich sein, oder stehende Tätigkeiten mit der Möglichkeit zu regelmässigen Pausen.» Unter dieser Einschränkung bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. Der Schwindel sei vorbestehend und nicht unfallkausal. Eine Abklärung habe weder neurologisch noch durch die ORL-Untersuchung eine objektivierbare überwiegend wahrscheinlich unfallkausale strukturelle Veränderung ergeben (Urk. 7/226 S. 7).

E. 3

Nachdem sie bereits zuvor keine Heilbehandlungsleistungen mehr erbracht hatte, stellte die Beschwerdegegnerin ihre Taggeldleistungen per 30. September 2019 ein (Urk. 7/229 S. 1) und hat damit den Fall auf diesen Zeitpunkt hin abgeschlossen. Der Fallabschluss und die Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente können erfolgen, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV) abgeschlossen sind (vgl. dazu Art. 19 Abs. 1 UVG). Die Beschwerdegegnerin stützte sich auf die Beurteilung ihrer Kreisärztin (Urk. 7/229 S. 1). Diese hielt in Kenntnis der Vorakten und nach ihrer eigenen Untersuchung der Beschwerdeführerin vom 15. Juli 2019 fest, dass durch weitere ärztliche Massnahmen überwiegend wahrscheinlich keine Verbesserung mehr erzielt werden könne (Urk. 7/226 S. 6). Die Berichte des Spitals Z.____ wider sprechen dem nicht, der erstbehandelnde Arzt, PD Dr. C.____, führte in seinem Bericht vom 7. Dezember 2017 aus, dass die von der Beschwerdeführerin beim Unfall vom 28. November 2016 erlittene Tibiakopffraktur vollständig abgeheilt sei. Gemäss PD Dr. C.____ bestand aufgrund des Knies beziehungsweise der Tibiakopffraktur keine Arbeitsunfähigkeit mehr (Urk. 7/130 S. 1). Gestützt darauf wäre vorliegend ein auch früherer Fallabschluss zulässig gewesen. Weil nach Lage der Akten am 30. September 2019 keine Eingliederungsmassnahmen der IV durchgeführt wurden, ist der Fallabschluss per diesem Datum nach dem Gesagten jedenfalls nicht zu beanstanden. Die Beschwerdeführerin erhebt keine Einwendungen gegen den Fallabschluss.

Sie rügte bezüglich des angefochtenen Einspracheentscheids vom 20. Februar 2020 (Urk. 2) einzig, dass der Grad der unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit von der Beschwerdegegnerin unzureichend abgeklärt worden sei (Urk. 1 S. 5, Urk. 9 S. 1-2). Darauf ist im Folgenden einzu gehen.

E. 4.1

Strittig und zu prüfen ist somit, ob die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Invalidenrente hat.

E. 4.2

Gemäss Dr. G.____ ist die Beschwerdeführerin in einer behinderungs angepassten Tätigkeit gemäss dem von ihr formulierten Zumutbar keitsprofil (Urk. 7/226 S. 6-7) zu 100% arbeitsfähig (Urk. 7/226 S. 7).

E. 4.3.1

Die Beschwerdeführerin brachte dagegen vor, dass der Bericht von Dr. G.____ vom 15. Juli 2019 die von der Rechtsprechung gestellten Anforderungen an den Beweiswert eines Arztberichtes (vgl. E. 1.5 vorstehend) nicht erfüllen würde. Die Schlussfolgerungen seien äusserst knapp gehalten und die Begründungsdichte damit letztlich zu gering, als dass das Zumutbarkeitsprofil, die Feststellung einer vollständigen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit sowie insbesondere die Verneinung der Unfallkausalität der Schwindelbeschwerden hinreichend nachvollziehbar wären. Betreffend die Schwindelbeschwerden vermöge der Ver weis der Kreisärztin auf den Bericht der Neurologin Dr. K.____ vom 23. April 2018 und den Bericht der ORL-Ärztin Dr. E.____ vom 4. Mai 2018 nichts zu ändern. Die Neurologin habe weitere Abklärungen gefordert, da die Genese des Schwindels nicht abschliessend habe geklärt werden können. Die darauffolgende ORL-Untersuchung habe ebenfalls keine hinreichende Klarheit gebracht.

Dr. E.____ sei zwar von einem «dringenden Verdacht auf eine funktionelle Ursache» ausgegangen. Damit sei jedoch zum hier anwendbaren Beweismassstab der über wiegenden Wahrscheinlichkeit nichts gesagt (Urk. 1 S. 6). Zu berücksichtigen sei sodann, dass der Orthopäde und Schmerzspezialist Dr. I.____ ihre starken Kopfschmerzen als objektiv ausgewiesen und mit Sicherheit als unfallkausal beurteilt habe. Dasselbe gelte auch für ihre neuropsychologischen Probleme, zu welchen erhöhte Ermüdbarkeit, Konzentrationsschwäche, Vergesslichkeit, verminderte Leistungsfähigkeit und verminderte Belastbarkeit gehören würden (Urk. 9 S. 1-2). Auch bezüglich ihrer psychischen Beschwerden sei der Sachverhalt noch nicht genügend abgeklärt worden. Der Austrittsbericht der Klinik J.____ vom 14. April 2020 bestätige die psychiatrischen Diagnosen des behandelnden Psychiaters Dr. H.____ (Urk. 9 S. 2). Die Frage der natürlichen Unfallkausalität ihrer psychischen Beschwerden könne nicht - wie dies die Beschwerdeführerin mit ihrer Begründung des angefochtenen Einspruchs vom 20. Februar 2020 (Urk. 2) versucht habe - mit der Adäquanzprüfung umgangen werden. Die Anwendung der betreffenden Adäquanzkriterien bedinge zunächst die hinreichende Erstellung des medizinischen Sachverhaltes sowohl in psychischer wie auch und gerade in somatischer Hinsicht, was vorliegend wie gerügt noch unterblieben sei (Urk. 1 S. 7, Urk. 9 S. 2).

E. 4.3.2

Zunächst ist auf die Stellungnahme von Dr. I.____ vom 29. Mai 2020 (Urk. 10/1) einzugehen, welche gemäss der Beschwerdeführerin den Nachweis dafür erbringen soll, dass ihre Kopfschmerzen, erhöhte Ermüdbarkeit, Konzentrationschwäche, Vergesslichkeit, verminderte Leistungsfähigkeit und verminderte Belastbarkeit objektiv ausgewiesen sind und mit Sicherheit in einem natürlichen Kausalzusammenhang mit dem Unfall vom 28. November 2016 (Urk. 7/2) stehen (Urk. 9 S. 2). Im Zusammenhang mit dieser Stellungnahme brachte die Beschwerdeführerin sodann zwar ebenfalls vor, dass sie von Dr. I.____ eingehend untersucht worden sei (Urk. 9 S. 1), in seiner Stellungnahme vom 29. Mai 2020 gab Dr. I.____ aber keine eigenen Untersuchungsbefunde wieder (Urk. 10/1). Stattdessen führte er die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin zu ihren Beschwerden auf (Urk. 10/1 S. 1). Diese subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin vermögen den Nachweis für eine unfallbedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin aber nicht zu erbringen. Massgeblich bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ist allein die objektivierbare Gesundheitsschädigung (Urteil des Bundesgerichts 8C_370/2019 vom 22. Oktober 2019 E. 6.2.2). Zu den Gesundheitsschädigungen, welche sich die Beschwerdeführerin beim Unfall vom 28. November 2016 (Urk. 7/2) zugezogen hat, nahm Dr. I.____ eine eigene Beurteilung vor. Laut Dr. I.____ soll die Beschwerdeführerin bei diesem Unfall auch eine *Commotio cerebri* (Hirnerschütterung) und eine Halswirbelsäulen (HWS)-Distorsion erlitten haben (Urk. 10/1 S. 1). Diese eigene Beurteilung von Dr. I.____ stimmt aber nicht mit den am Unfalltag im Spital Z.____ gestellten Diagnosen überein (E. 2.1). Die Diagnosestellung der erstbehandelnden Ärztinnen und Ärzte verdient schon deswegen den Vorzug vor der anderslautenden späteren Beurteilung von Dr. I.____, weil sie die von der Beschwerdeführerin vom Unfall vom 28. November 2016 (Urk. 7/2) erlittenen Verletzungen der Beschwerdeführerin versorgt haben, diese Verletzungen mithin unmittelbar beurteilen konnten. Bezüglich der Beurteilung von Dr. I.____ ist zudem gar nicht ersichtlich, worauf er sich überhaupt abstützt, da er sie nicht mit Angaben aus den medizinischen Akten begründet hat. Seine Beurteilung, wonach die Kopfschmerzen,

erhöhte Ermüdbarkeit, Konzentrationschwäche, Vergesslichkeit, verminderte Leistungsfähigkeit und verminderte Belastbarkeit unfallkausal seien, beruht aber einzig auf seiner unbelegten Annahme, dass die Beschwerdeführerin beim Unfall vom 28. November 2016 (Urk. 7/2) auch eine Commotio cerebri und eine HWS-Distorsion erlitten haben (Urk. 10/1 S. 1-2). Aus diesen Gründen hat die Stellungnahme von Dr. I.____ vom 29. Mai 2020 (Urk. 10/1) keinerlei Beweiswert. Diese Stellungnahme vermag somit auch keine Zweifel an der Beurteilung der Kreisärztin zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin zu begründen.

E. 4.3.3

Den weiteren Vorbringen der Beschwerdeführerin ist entgegenzuhalten, dass ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 28. November 2016 (Urk. 7/2) und ihren Kopfschmerzen von den Ärztinnen und Ärzten, welche die Beschwerdeführerin untersucht haben, bislang nicht gefunden werden

konnte. Bei den MRI-Untersuchungen des Neurokraniums vom 8. Dezember 2016 und vom 3. Mai 2018 wurden keine posttraumatischen Läsionen (E 2.2) beziehungsweise keine Hinweise auf Traumafolgen (E. 2.6) festgestellt. Die Neurologin Dr. K.____ führte in ihrem Bericht vom 23. April 2018 sodann aus, dass sich in der klinischen Untersuchung keine fokale-neurologischen Defizite gezeigt

hätten. Für sie sind die Kopfschmerzen am ehesten mit einem Spannungskopfschmerz mit posttraumatischer Aggravation vereinbar (E. 2.5). Der von ihr verwendete Begriff «posttraumatisch» impliziert jedoch keinen rechts genüglichen Kausalzusammenhang (Urteil des Bundesgerichts 8C_24/2013 vom 18. Juni 2013 E. 3.2). Vom Unfall vom 28. November 2016 verursachte organische Gesundheitsschädigungen, welche die Kopfschmerzen der Beschwerdeführerin verursacht oder verstärkt haben, sind jedenfalls auch von Dr. K.____ nicht angeführt worden. Die Genese des Schwindels konnte von der Neurologin auch nicht abschliessend geklärt werden. Gleiches gilt für Dr. E.____, die Fachärztin für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, welche die Ver sicherte am 4. Mai 2018 untersucht hat (E. 2.7). Dr. E.____ fand keine organische Ursache für die Schwindelbeschwerden. In ihrem Bericht vom 4. Mai 2018 hat sie nachvollziehbar begründet, warum gemäss ihrer Beurteilung bezüglich der Schwindelbeschwerden ein dringender Verdacht auf eine funktionelle Ursache bestehe. Es ist sodann bereits begründet worden, weshalb nicht auf die Beurteilung von Dr. I.____ vom 29. Mai 2020, wonach die erhöhte Ermüdbarkeit, Konzentrationschwäche, Vergesslichkeit, verminderte Leistungsfähigkeit und verminderte Belastbarkeit vom Unfall vom 28. November 2016 verursacht wurden, abgestellt werden kann (E. 4.3.2). In den übrigen medizinischen Akten finden sich keine Hinweise, welche für einen natürlichen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 28. November 2016 und diesen Beschwerden sprechen. Hingegen werden unter anderem eine vorbestehende Fibromyalgie und vorbestehende psychische Beschwerden (E. 2.1) sowie eine frühere Psychotherapie (Urk. 7/54) erwähnt. Der Konsiliarpsychiater der Suva führte in seiner Beurteilung vom 11. April 2017 (Urk. 7/52) aus, es sei davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin bereits vor dem Verkehrsunfall vom 28. November 2016 unter erheblichen psychischen Problemen gelitten habe. In den Akten erwähnt würden ein Verdacht auf eine Burn-out-Symptomatik (DD: Depression) sowie mehrere, möglicherweise bis wahrscheinlich zumindest teilweise psychosomatisch bedingte Leiden (rezipierende Thoraxschmerzen unklarer Ätiologie, chronischer Schwindel, Fibromyalgie). Offenbar habe die Beschwerdeführerin bereits vor dem Unfall das Antidepressivum

Duloxetin einge nommen. Die nach dem Unfall aufgetretenen Panik attacken und Alpträume seien im Verlauf rückläufig gewesen. In der Rehaklinik A.____ sei eine Anpassungs störung und eine subsyndromale , posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) diagnostiziert worden. Der Hausarzt der Beschwerde führerin habe (in seinem Bericht vom 22. März 2017, vgl. Urk. 7/46) ein psycho soziales Stress-Syndrom mit Abgeschlagenheit, Schlaf störungen, schweiss gebadetem Erwachen und einer Exazerbation von Kopf schmerzen erwähnt (Urk. 7/52). Psychiatrische Diagnosen gehen schliesslich auch aus der Stellungnahme des behandelnden Psychiaters Dr. H.____ vom 31. Oktober 2019 (Urk. 7/251) und dem Austrittsbericht der Klinik J.____ vom 14. April 2020 (Urk. 10/2) hervor. Die Fachpersonen der Klinik J.____ nahmen zur Frage der Unfallkausalität aber keine Stellung (vgl. Urk. 10/2). Dr. H.____ hielt in seiner Stellungnahme vom 31. Oktober 2019 ausdrücklich fest, dass er die Frage, ob die psychischen Beschwerden in einem Kausal zusammenhang zum Unfall vom 28. November 2016 stehen, nicht beant worten könne (Urk. 7/251 S. 2).

Zusammengefasst leidet der Beschwerdeführerin somit an psychischen Beschwer den bei denen ungewiss ist, ob sie vom Unfall vom 28. November 2016 verursacht oder verschlimmert wurden. Alsdann klagt sie über Kopfschmerzen, Schwindel beschwerden, erhöhte Ermüdbarkeit, Konzentrations schwäche, Vergesslichkeit, verminderte Leistungsfähigkeit und ver minderte Be lastbarkeit. Die umfang reichen medizinischen Akten weisen aber keine organischen Befunde nach, welche diese Beschwerden erklären können.

E. 4.4

Ob die psychischen Beschwerden und die Schwindelbeschwerden sowie die übrigen Beschwerden ohne feststellbare organische Grundlage in einem natür lichen Kausal zusammenhang zum versicherten Unfallereignis stehen, kann offen gelassen werden. Denn diesbezüglich ist - anders als bei Gesundheits schädi gungen mit einem klar en unfallbedingten organischen Substrat, bei welchen der adäquate Kausalzusam menhang in der Regel mit dem natürlichen bejaht werden kann (BGE 127 V 102 E. 5b/ bb mit Hinweisen) - eine besondere Adäquanzprüfung vorzu nehmen. Diese hat vorliegend nach den in BGE 115 V 133 genannten Kriterien (Psycho-Praxis) zu erfolgen.

E. 4.5.1

Ausgangspunkt der Adäquanzprüfung ist das Unfallereignis vom 2

E. 4.5.2

Bei der Prüfung der Adäquanzkriterien ist zunächst zu beachten, dass jedem mindestens mittel schweren Unfall eine gewisse Eindrücklichke it eigen ist (Urteil des Bundes ge richts 8C_473/2019 vom 11. November 2019 E. 5.2 mit Hinweis). Das Kriterium « besonders dramatische Begleitum stände oder besondere Eindrück lich keit des Unfalls » ist vorliegend nicht erfüllt.

Mit Blick auf die von der Beschwerdeführerin bei diesem Unfall erlittenen Verletzungen (Austrittsbericht des Spitals Z.____ zur Hospitalisation der Beschwerde führerin vom 28. Novem ber bis 13. Dezember 2016, Urk. 7/17 S. 1) ist das Krite rium « Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungs gemässe Eignung, psychi sche Fehlentwicklungen auszulösen » eben falls zu verneinen. Anzuführen ist, dass das Bundesgericht dieses Kriterium namentlich auch bei einem Polytrauma mit Thorax- und

Abdominal trauma und offenen Gesichts schädelfrakturen verneint hat (Urteil des Bundesgerichts 8C_197/2009 vom 19. November 2009 E. 3.6).

Das Kriterium « schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen » ist auch nicht gegeben. Dies bezüglich ist auf die Berichte zu den Nachkontrollen im Spital Z. ___ zu verweisen. Diesen Berichten kann entnommen werden, dass der Verlauf nach der operativen Versorgung der Tibiakopffraktur regelrecht war. Die Fraktur heilte vollständig (E. 2.4 vorstehend).

Bei der Prüfung des Kriteriums « ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung » fällt auf, dass sich die Beschwerdeführerin vom 13. Dezember 2017 bis 3. Februar 2018 zur stationären Rehabilitation in der Rehaklinik A. ___ befand (Urk. 7/30 S. 1). Von den Ärztinnen und Ärzten der Rehaklinik A. ___ wurde die Beschwerdegegnerin zweimal um Kostengutsprache für eine Veränderung des Reha-Aufenthalts ersucht (Urk. 7/13, Urk. 7/22). Das zweite Verlängerungsgesuch vom 16. Januar 2017 wurde aber unter anderem damit begründet, dass die Beschwerdeführerin aufgrund der verminderten Kraft in den Beinen sowie der Schmerzproblematik (wegen Fibromyalgie) primär rollstuhl mobil sei. In die Begründung einbezogen wurde zudem, dass die Beschwerdeführerin auch deswegen noch eine verbesserte Gehfähigkeit und Ausdauer erreichen musste, weil ihr Ehemann nach seinem beim Unfall vom 28. November 2016 (Urk. 7/2) erlittenen Schädelhirntrauma (Urk. 7/26 S. 2) noch keine grosse Unterstützung für die Beschwerdeführerin war beziehungsweise seinerseits noch Hilfe benötigte (Urk. 7/22 S. 2). Unter Berücksichtigung dieser teilweise unfallfremden Gegebenheiten ist trotz des Reha-Aufenthalts in A. ___ von rund 2½ Monate (Urk. 7/30 S. 1) hinsichtlich der Unfallfolgen noch keine « ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung » gegeben. Zu ergänzen ist, dass das Bundesgericht in E. 5.2.3 des Urteil 8C_123/2018 vom 18. September 2018 dieses Kriterium auch bei einer stationären Rehabilitation von rund 2 Monaten (mit einem Unterbruch von 10 Tagen) als nicht erfüllt ansah. In derselben Erwägung hielt das Bundesgericht sodann fest, dass ärztliche Kontrolluntersuchungen - wie vorliegend diejenigen im Spital Z. ___ (E. 2.4 und E. 2.8) - das Kriterium « ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung » ebenfalls nicht erfüllen.

Das Kriterium « körperliche Dauerschmerzen » ist nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung zu verneinen, wenn - wie im vorliegenden Fall (E. 4.3.3) - kein organisch ausgewiesenes Substrat für die Schmerzen vorhanden ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_123/2018 vom 18. September 2018 E. 5.2.2.1). Ausserdem bestanden die fibromyalgieformen Schmerzen offensichtlich schon vor dem Unfall.

Alsdann attestierte der behandelnde Arzt PD Dr. C. ___ der Beschwerdeführerin nach dem Unfall vom 28. November 2016 (Urk. 7/2) bis Ende Juni 2017 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 7/67). Nur diese Arbeitsunfähigkeit ist bei der Prüfung des Kriteriums « Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit » massgebend. Nicht abzustellen ist demgegenüber auf die Arbeitsunfähigkeitsatteste von med. pract. D. ___ ab 1. Juli 2017 (vgl. Ziff. 1 des Sachverhalts), weil nicht ausgewiesen ist, dass er hierbei nur die physisch bedingte Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin berücksichtigt hat, hat er doch bereits im Bericht vom 22. März 2017 - an erster Stelle - ein psychosoziales Stresssyndrom (Urk. 7/46) erwähnt. In seinem ärztlichen Zwischenbericht vom 20. Juli 2017 führte er sodann aus, dass eine reaktive Depression den Heilungsverlauf beeinflusst (Urk. 7/91). Es ist damit nur auf die von PD Dr. C. ___ attestierte Arbeitsunfähigkeit abzustellen. Gestützt darauf ist zwar nach dem Unfall vom 28. November 2016 (Urk. 7/2)

eine physisch bedingte Arbeitsunfähigkeit von rund 7 Monaten ausgewiesen, mit Blick auf die in E. 3d/aa des Urteils des Bundesgerichts U 56/00 vom 30. August 2001 wiedergegebenen Präjudizien genügt dies aber noch nicht, um das Kriterium «Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit» zu bejahen.

E. 4.5.3

Nach dem Gesagten ist von den massgeblichen Kriterien keines gegeben. Mangels adäquaten Kausalzusammenhangs mit dem versicherten Unfallereignis ist die Beschwerdegegnerin für von der Beschwerdeführerin geltend gemachte psychischen Beschwerden und deren Beschwerden ohne nachweisbare organische Grundlage nicht leistungspflichtig. Damit besteht auch kein weiterer Abklärungsbedarf, da die Beschwerdegegnerin für sämtliche der von der Beschwerdeführerin im vorliegenden Verfahren noch geltend gemachten Gesundheitsstörungen (E. 4.3.1) mangels Kausalzusammenhangs zum Unfall vom 28. November 2016 (Urk. 7/2) nicht leistungspflichtig ist (E. 4.5.3).

5. 5.1

Unter Berücksichtigung der organisch bedingten Unfallfolgen ermittelte die Beschwerdegegnerin durch einen Einkommensvergleich einen Invaliditätsgrad von aufgerundet 1 % (0.62 %, Urk. 7/236 S. 2-3). Dieser Einkommensvergleich ist nicht zu beanstanden. Gegen den Einkommensvergleich als solchen hat die Beschwerdeführerin denn auch keine Einwendungen erhoben.

Bei einem Invaliditätsgrad unter 10 % hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Invalidenrente (E. 1.2). 5.2

Und schliesslich hielt Dr. G.____ nach ihrer Untersuchung der Beschwerdeführerin vom 15. Juli 2019 und der Beurteilung der Befunde der bildgebenden Untersuchungen bis 23. April 2019 am 5. August 2019 fest, dass die Erheblichkeitsgrenze für eine Integritätsentschädigung Art. 24 Abs. 1 UVG (E. 1.2) noch nicht erreicht sei (Urk. 7/228). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung ist die Beurteilung des Integritätschadens in erster Linie Aufgabe der Medizinerin oder des Mediziners (Urteil des Bundesgerichts U 344/01 vom 11. September 2002 E. 6 mit Hinweis) Es liegen keine Arztberichte vor, welche Zweifel an der Beurteilung von Dr. G.____ begründen. Die Beschwerdeführerin hat keine Einwendung gegen diese Beurteilung erhoben.

Es kann auf die Beurteilung von Dr. G.____ vom 5. August 2019 (Urk. 7/228) abgestellt werden. Gestützt auf diese Beurteilung hat die Beschwerdegegnerin einen Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Integritätsentschädigung zu Recht verneint. 6.

Diese Erwägungen führen zur Abweisung der Beschwerde. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Peter Bolzli - 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 15. August sowie vom 18. 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 Vorsitzende Der Gerichtsschreiber HurstHübscher

E. 8

. November 20 16 (E. 1.4.1). Laut Rapport der Stadtpolizei Zürich vom 7. Januar 2017 haben die Beschwerdeführerin und ihr Ehemann um ca. 22:23 Uhr eine Strasse mittels Fussgängerstreifen überquert. Der Lenker des herannahenden Personenwagens habe sie übersehen. Es sei zur Kollision gekommen, wobei die Beschwerdeführerin und ihr Ehemann verletzt worden seien (Urk. 7/40 S. 2, S. 7). Der Anprall der Beschwerdeführerin am Personenwagen hinterliess diverse Abriebspuren und Dellen auf der Motorhaube des Personenwagens. Beim Anprall des Ehemanns der Beschwerdeführerin ist die Frontscheibe im Bereich des Lenkrades geborsten (Urk.

7/40 S. 21). Soweit aus den vorliegenden Akten ersichtlich, erlitt der Ehemann der Beschwerdeführerin beim Unfall ein Schädelhirntrauma. Seine Erstbe handlung erfolgte ebenfalls im Spital Z.____. Danach befand er sich bis zum 17. Januar 2017 zur stationären Rehabilitation in der Rehaklinik A.____ (Urk. 7/26 S. 2).

Das Bundesgericht qualifizierte einen Unfall bei dem die versicherte Person auf dem Fussgängerstreifen angefahren wurde und sich dabei eine Gehirner schüt te rung, eine HWS-Distorsion, diverse Prellungen sowie eine Partialruptur der Supraspinatussehne zuzog als mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den leichten Fällen (Urteil des Bundesgerichts 8C_359/2012 vom 20. Juli 2012 E. 6). Ein anderer Unfall bei welchem die versicherte Person beim Überqueren eines Fussgängerstreifens von einem Auto angefahren, ohne Kopfanprall stürzte und ein Rückentrauma

erlitt, wurde vom Bundesgericht ebenfalls als mittelschwerer Un fall im Grenzbereich zu den leichten Fällen angesehen (Urteil des Bundesge richts U 34/03 vom 28. Januar 2004 E. 3.4.2).

Mit Blick auf den Ablauf des Unfalls der Beschwerdeführerin, die Verletzung, die sich der mitbeteiligte Ehemann der Beschwerdeführerin zugezogen hat, die Sach schäden am beteiligten Fahrzeug und die Rechtsprechung des Bundesgerichts ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin das Ereig nis vom 28. Novem ber 2016 (Urk. 7/2) als mittelschweren Unfall im engeren Sinn qualifi ziert hat (Urk. 2 S. 6). Ob dieses Ereignis - in Anlehnung an die beiden oben wieder gege benen Urteile des Bundesgerichts zu Kollisionen auf dem Fussgängerstreifen - gar als Unfall im mittleren Bereich an der Grenze zu den leichten Unfällen anzusehen wäre, kann offen bleiben, denn vorliegend ist keines der Adä quanz kriterien gegeben.

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