

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2020.00092

vom 5. Februar 2021

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-02-05, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2020.00092

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2020.00092 du 5 février 2021

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2020.00092 del 5 febbraio 2021

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1990, war vom 1. August 2006 bis 9. Juni 2007 (Auflösung des Lehrvertrages) als Logistikassistentin Distribution bei der Y.____ angestellt (Urk. 9/1 S. 1 Ziff. 1-3 und S. 2). Von 2008 bis 2011 machte sie eine Lehre bei Z.____ AG als Logistikerin und war von April 2014 bis Ende Februar 2015 als Lagermitarbeiterin bei der A.____ AG angestellt (Urk. 9/58, Urk. 9/21, Urk. 9/73). Sie war bei der Suva versichert, als sie sich am 10. Juni 2007 beim Inlineskaten eine Hamulusfraktur rechts zuzog (Urk. 9/1, Urk. 9/2-5, Urk. 9/8-9). Am 21. Juli 2009 (Urk. 9/22) machte sie einen Rückfall geltend, wobei der Abschluss der ärztlichen Behandlung per 2. Dezember 2009 und die Wiederaufnahme der Arbeit zu 100 % ab dem 11. Oktober 2009 erfolgte (Urk. 9/20). Am 11. November 2014 (Urk. 9/21) machte sie wiederum einen Rückfall zum Unfall geltend.

Nach getätigten Abklärungen stellte die Suva die bis dahin erbrachten Leistungen (Heilkosten, Taggeld) mit Mitteilung vom 8. Dezember 2015 (Urk. 9/121) per 29. Februar 2016 ein.

Mit Verfügung vom 22. Oktober 2018 (Urk. 9/241) verneinte die Suva einen Rentenanspruch und einen solchen auf Integritätsentschädigung. Die Versicherte erhob am 16. November 2018 Einsprache (Urk. 9/244), welche sie am 20. Dezember 2018 (Urk. 9/254) und am 7. Januar 2019 (Urk. 9/256) weiter begründete.

Mit Verfügung vom 10. September 2019 (Urk. 9/295) kam die Suva auf die Verfügung vom 22. Oktober 2018 zurück und nahm ihren Entscheid vollumfänglich zurück. Sie verneinte erneut einen Rentenanspruch und sprach hingegen der Versicherten eine Entschädigung gestützt auf eine Integritätseinbusse von 10 % zu.

Die von der Versicherten am 7. Oktober 2019 erhobene Einsprache (Urk. 9/302) wies die Suva am 27. Februar 2020 ab (Urk. 9/305 = Urk. 2).

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). Dem entsprechend 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 Rückfall basiert auf einem Unfall, welcher sich am 10. Juni 2007 ereignet hat, weshalb die bis 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Normen auf den vorliegenden Fall Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden. 1.

E. 1.3

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

Gemäss Art. 25 Abs. 2 UVG regelt der Bundesrat die Bemessung der Entschädigung. Von dieser Befugnis hat er in Art. 36 UVV Gebrauch gemacht. Abs. 1 dieser Vorschrift bestimmt, dass ein Integritätsschaden als dauernd gilt, wenn er voraussichtlich während des ganzen Lebens mindestens in gleichem Umfang besteht. Er ist erheblich, wenn die körperliche oder geistige Integrität, unabhängig von der Erwerbsfähigkeit, augenfällig oder stark beeinträchtigt wird. Gemäss Abs. 2 gelten für die Bemessung der Integritätsentschädigung die Richtlinien des Anhangs 3. Fallen mehrere körperliche oder geistige Integritätsschäden aus einem oder mehreren Unfällen zusammen, so wird die Integritätsentschädigung nach der gesamten Beeinträchtigung festgesetzt (Abs. 3).

E. 1.4

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

E. 2

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

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete ihren Einspruch mit dem Vorbringen (Urk. 2) damit, dass sie gestützt auf die im interdisziplinären Gutachten der B.____, insbesondere im handchirurgischen Teilgutachten, objektivierbaren Befunde keine relevanten die

Arbeitsfähigkeit einschränkende Faktoren ableiten liessen. Eine Funktionseinschränkung sei weder peripher (unfallbedingt) noch zentral (Multiple Sklerose) zu erklären. Somatische Funktionseinschränkungen der rechten Hand seien nicht zu begründen (S. 4). Nachdem somatische Funktions einschränkungen der rechten Hand nicht zu begründen seien, sei diesbezüglich respektive unfallbedingt von einer vollen Arbeitsfähigkeit im bisherigen Tätig keitsbereich auszugehen, so dass kein Anspruch auf eine Invalidenrente bestehe . Selbst wenn im Übrigen dennoch gewisse Einschränkungen bestünden, ergäbe sich daraus offenkundig keine erhebliche Erwerbseinbusse (mindestens 10 %). Diesbezüglich könne auf den Einkommensvergleich in der angefochtenen Verfügung verwiesen werden (S. 5) . Die Kreisärztin Dr. C.____ sei in einer Beur teilung vom 27. Mai 2019 davon ausgegangen, dass ein Integritätsschaden von 10 % gegeben sei. Angesichts der zitierten medizinischen Akten, wonach somatische Funktionsstörungen nicht zu begründen seien, vermöge diese Beur teilung durch

Dr. C.____ respektive die Zusprechung einer Integritätsentschädi gung nicht zu überzeugen. Zutreffend erscheine vielmehr die frühere Beurteilung des Kreisarztes Dr. D.____ vom 22. Juli 2015, wonach eine erhebliche struktu rell-organische Schädigung hier nicht zu erkennen sei und entsprechend auch keine erhebliche Integritätsschädigung erkannt werden könne. Umso mehr bestehe keine Grundlage für die von der Beschwerdeführerin beantragte Ausrich tung einer Integritätsentschädigung von 20 % (S. 7).

E. 2.2

Dagegen machte die Beschwerdeführerin in ihrer Beschwerde (Urk. 1) geltend, vorliegend sei unstrittig, dass sie an der rechten dominanten Hand ein unfall bedingtes Schmerzsyndrom im Sinne eines durchgemachten CRPS I/II aufweise, weshalb ihr von der Beschwerdegegnerin eine Integritätsentschädigung zugesprochen worden sei. Strittig sei somit lediglich die Frage, ob sie Anspruch auf eine UVG-Rente habe (S. 5). Für sie stünden leistungseinschränkend vor allem die Schmerzen, die Bewegungseinschränkungen und die Kraftlosigkeit in der rechten dominanten Hand im Vordergrund. Die Behinderung an der rechten dominanten Hand habe dazu geführt, dass s ie ihre bisherige Tätigkeit als Logistikerin nicht mehr habe ausüben können (S. 6) . Gestützt auf die medizi nischen Unterlagen sei erwiesen, dass die rechte Hand aus handchirurgischer Sicht unfallbedingt nur noch für leichte Verweisungstätigkeiten einsetzbar sei, bei denen die rechte Hand als Hilfshand ohne Anspruch auf Feinmotorik und ohne Ausübung von Druck eingesetzt werden könne. Entgegen der Beurteilung des Kreisarztes sei ihr aufgrund des auch vom Gutachter festgestellten Schmerzsyndroms eine reine Bürotätigkeit nicht mehr möglich, da dabei die rechte Hand immer eingesetzt werden müsse . Im Wesentlichen sei als Folge der chronischen Schmerz problematik, welche sich bei allen Tätigkeiten mit der rechten Hand auf die Leistungsfähigkeit auswirke, von einer faktischen Einhän digkeit auszugehen, mithin von einer beschränkten Funktionsfähigkeit der rechten Hand im Sinne einer Zudienhand . Vorliegend sei ihr ein behinderungs bedingter Abzug von 25 % einzuräumen, gehe doch selbst die Beschwerdegegnerin zumindest von einem solchen von 10 % aus (S. 7). Es könne bei der Berechnung des Valideneinkommens für das Jahr 2018 nicht auf das Einkommen bei der A.____ AG abgestellt werden. Es handle sich bei diesem Lohn um einen Ausbildungslohn, nicht um den Lohn, den sie ohne Unfall erzielen würde. Es sei vom damals errechneten Valideneinkommen in der Höhe von Fr. 65'421.-- auszugehen. Gehe man von einer vollen Arbeitsfähigkeit aus, sei ihr beim Invalideneinkommen ein leidensbedingter Abzug von 25 % einzuräumen, womit ein Invaliditätsgrad von 37.4 %

resultiere (S. 7 f.).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist ein Anspruch auf eine Invalidenrente sowie auf eine Integritätsentschädigung.

E. 3.1

Dr. med. E.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates und für Handchirurgie, berichtete am 16. Januar 2015 (Urk. 9/44) und nannte folgende Diagnosen: - unklare Handbeschwerden rechts mit Sensibilitätsstörungen und Krafteinbusse bei - Status nach Hamulusfraktur (Juni 2007) und Hamulusexzision (September 2009 bei Pseudoarthrose)

Er führte aus, die Beschwerdeführerin habe nach der Hamulusexzision immer wieder gewisse lokale Beschwerden gehabt, diese hätten im Rahmen der Ausbildung zur Lagerlogistikerin zugenommen. Teilweise habe sie belastungsabhängig die rechte Hand kaum gespürt, insbesondere sei die Hand aber sehr kraftlos gewesen und sie habe Gegenstände fallen lassen (S. 1). Klinisch fänden sich abgesehen von einem möglichen TOS Anhaltspunkte für eine Kompromittierung des Medianusnerves, am Rande auch des Ulnarisnervs rechts. Entsprechend erfolge zunächst eine neurologische Beurteilung (S. 2).

E. 3.2

Dr. med. F.____, Fachärztin für Neurologie, berichtete am 29. Januar 2015 (Urk. 9/50/2-4) und nannte folgende Diagnose: - Chronisches Schmerzsyndrom der rechten Hand unklarer Ursache nach Hamulusfraktur 2007 und Hamulusexzision 2009 - schmerzbedingte Pseudoarthrose - klinisch und neurologisch keine Anhaltspunkte für eine Läsion des Nervus medianus oder Nervus

ulnaris rechts - initiales CRPS Typ I ?

Sie führte aus, nach Angaben sei die Beschwerdeführerin im postoperativen Verlauf zumindest vorübergehend beschwerdefrei gewesen, was somit gegen eine chronische CRPS-Symptomatik spreche. In der neurologischen Untersuchung hätten sich keine muskulären Atrophien der rechten oberen Extremität gezeigt, eindeutige Paresen seien ebenfalls nicht nachweisbar gewesen. Die sensible und motorische Neurographie des rechten Nervus medianus und Nervus ulnaris sei gänzlich unauffällig gewesen, somit ergäben sich keine Anhaltspunkte für ein traumatisches Karpaltunnelsyndrom beziehungsweise eine distale Läsion des Nervus

ulnaris (S. 2). Zusammenfassend fänden sich bei fehlenden beziehungsweise objektivierbaren neurologischen Störungen keine neurologische Erklärung des aktuellen Schmerzsyndroms (S. 3).

E. 3.3

Dr. med. D.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Kreisarzt der Suva, berichtete am 18. Juni 2015 (Urk. 9/93) über die kreisärztliche Untersuchung der Beschwerdeführerin vom gleichen Tag und nannte folgende Diagnosen (S. 5): - unklare Schmerzsituation Handgelenk rechts nach Exzision des Hamulus

ossis

hamati 2009 wegen Pseudoarthrose nach nicht dislozierter Fraktur 2007 - erstmalige Diagnose CRPS Typ I April 2015

Er führte aus, die Beschwerdeführerin klagt über einen extremen Kraftverlust sowie Schmerzen in der dominanten rechten Hand (S. 3, S. 5). Die Abklärungen beim Handchirurgen hätten einen unauffälligen Lokalbefund gezeigt, dies inklusive Bildgebung mittels MRI. Aus neurologischer Sicht ergebe sich keine Pathologie, die Vermutungsdiagnose eines CRPS sei dann in der Schmerzlinik bestätigt worden. Die empfohlene medikamentöse Behandlung habe die Beschwerdeführerin aber abgelehnt. Bei der klinischen Untersuchung ergebe sich eine deutliche Diskrepanz, indem die Unterarmmuskulatur symmetrisch ausgebildet sei zur Gegenseite, obwohl es sich um die dominante Seite handle. Bei der initialen Untersuchung hätten sich keine Hinweise auf das Vorliegen eines CRPS ergeben. Etwas später weise die Beschwerdeführerin aber auf eine herabgesetzte Hauttemperatur der Finger und des Handrückens rechts hin, was bestätigt werden könne. Die deutlich vermehrte Schweißsekretion in der Untersuchungssituation sei hingegen symmetrisch. Klinisch möglich sei ein TOS, eine affirmative Diagnose anhand der Klinik sei aber wie üblich nicht möglich (S. 5 f.). Bildgebung im MRI des rechten Handgelenks vom 12. Februar 2015 zeigten sich unauffällige Verhältnisse, insbesondere sei kein sicherer Nachweis auf das Vorliegen eines CRPS gegeben. Wie bereits Dr. E.____ sei er etwas ratlos, es ergäben sich doch erhebliche Diskrepanzen zwischen klinischem Befund und den angegebenen massiven Beschwerden. Eine Belastungsgrenze der dominanten rechten Hand von 1.5 kg erscheine nur fraglich glaubwürdig angesichts der Tatsache, dass die Beschwerdeführerin Auto und Fahrrad fahren könne. Es sei eine Beurteilung in der spezialisierten Rheumatologie des G.____ zu veranlassen (S. 6).

E. 3.4

Dr. med. H.____, Facharzt für Rheumatologie, Chefarzt Klinik G.____, berichtete am 8. Juli 2015 (Urk. 9/96) über die ambulante Sprechstunde und nannte folgende Diagnose (S. 1): - chronisches Schmerzsyndrom Hand rechts, dominant (Erstmanifestation 2007), Differentialdiagnose CRPS in partieller Remission, sympathisch vermittelter Schmerz (SMP)

Er führte aus, es bestehe eine gute Funktionsfähigkeit der rechten Hand. Auf Befundebene sei lediglich eine Hypästhesie/ Hypalgesie, eine Hyperhidrose und eine schmerzinduzierte Schwäche zu erheben. Aufgrund der heutigen Befunde sei eine chronische Schmerzsymptomatik mit sympathisch unterhaltenem Schmerz zu diskutieren. Therapeutisch gebe es zum heutigen Zeitpunkt keine Möglichkeiten, die Beschwerden positiv zu beeinflussen. Bisherige intensive Massnahmen hätten keine Änderung des Zustandes gebracht (S. 2 f.).

E. 3.5

Suva-Kreisarzt Dr. D.____ nahm am 20. Juli 2015 ergänzend Stellung (Urk. 9/98) und führte aus, nachdem die Beschwerdeführerin in der Rheumatologie der Uniklinik G.____ und in der Schmerzlinik des Universitätsspitals I.____ beurteilt worden sei, müsse festgehalten werden, dass es keine erfolgversprechenden Therapie-Optionen gebe mit Ausnahme der mässig gut wirkenden Schmerzmedikamente, welche die Beschwerdeführerin einnehme. Der initiale Verlauf sei gut dokumentiert. Dr. E.____ als erfahrener Spezialarzt für Handchirurgie habe initial nie ein CRPS diagnostiziert, so dass die Erwägungen von Dr. H.____ mit etwas Vorsicht zur Kenntnis genommen werden

müssten. Bei auch in der Rheumatologie der Uniklinik G.____ bestätigter guter Funktion der Hand müsse jetzt zur Arbeitsfähigkeit Stellung genommen werden. Eine leichte, die dominante rechte Hand wenig belastende Tätigkeit sei vollzeitig zumutbar. Insbesondere die Tätigkeit im Büro, welche die Beschwerdeführerin zuletzt ausgeübt habe, stelle eine günstige Tätigkeit dar, diese wäre vollzeitig möglich .

E. 3.6

Suva-Kreisarzt Dr. D.____ führte am 22. Juli 2015 (Urk. 9/103) zu einer Integritätschädigung aus, die Beurteilung richte sich nach der strukturell darstellbaren Pathologie. Eine erhebliche strukturell-organische Schädigung sei hier nicht zu erkennen, entsprechend könne auch keine erhebliche Integritätsschädigung erkannt werden.

E. 3.7

Dr. H.____ berichtete am 29. August 2017 (Urk. 9/163) über die Verlaufskontrolle der Beschwerdeführerin und nannte als neue Diagnose eine multiple Sklerose (MS) , schubförmig remittierend (Erstmanifestation Oktober 2015, Erstdiagnose Oktober 2016). Er führte aus, bezüglich der rechten Hand bestehe weiterhin ein stark protrahierter Verlauf, wobei für die Beschwerdeführerin vor allem die Schmerzen, die Bewegungseinschränkung und die Kraftlosigkeit im Vordergrund stünden (S. 1). Auf Symptomebene bestünden unverändert CRPS-verdächtige Veränderungen. Objektiv zeigten sich anlässlich der heutigen Konsultation keine Anhaltspunkte auf ein florides CRPS an der linken Hand (S. 2).

E. 3.8

Dr. med. C.____ , Fachärztin für Chirurgie, Kreisärztin der Suva, nahm am 23. Januar 2018 Stellung (Urk. 9/196) und führte aus, die geltend gemachten Beschwerden der rechten Hand seien überwiegend wahrscheinlich auf das Ereignis vom 10. Juni 2007 zurückzuführen wegen des CRPS Typ I. Klinisch objektiv liege eher keine namhafte Zustandsveränderung der rechten Hand seit der kreisärztlichen Untersuchung vom 18. Juni 2011

E. 3.9

Die am 15. März 2018 durchgeführte radiologische Untersuchung mittels MRI (Urk. 9/207) zeigte nach Entfernung des Hamulus

ossis

hamatum geringe narbige Veränderungen palmar auf Höhe des Carpus, jetzt reizlos. Im Übrigen zeige sich ein normales MRI der Hand.

E. 3.10

Dr. H.____ berichtete am 30. Mai 2018 (Urk. 9/214) über die Verlaufskontrolle der Beschwerdeführerin und führte aus, bezüglich der Hand bestünden unveränderte Beschwerden. Unter den gegebenen Umständen könnten der Beschwerdeführerin aus physikalisch-medizinischer Sicht keine erfolgversprechenden Therapieoptionen angeboten werden.

E. 3.11

Suva-Kreisärztin Dr. C.____ nahm am 7. Juni 2018 Stellung (Urk. 9/216) und führte aus, die geltend gemachten Beschwerden an der rechten Hand seien überwiegend wahrscheinlich

auf das Ereignis vom 10. Juni 2007 zurückzuführen. Entsprechend der vorliegenden Unterlagen gehe man von einem atypischen CRPS Typ I aus, welches sich nach der Hamulusexzision vom 10. September 2009 entwickelt habe, bei Status nach Fraktur des

ossi

hamati nach Sturz beim Inlineskate n am 10. Juni 2007. Seit der kreisärztlichen Untersuchung vom 18. Juni 2015 liege keine namhafte Zustandsveränderung der Hand rechts vor. Vergleiche man die objektiven Befunde vom 18. Juni 2015 mit denen vom 8. Juli 2015 und dem aktuellen Bericht vom 30. Mai 2018, so habe sich bezüglich der rechten Hand keine Veränderung ergeben. Auch bildmorphologisch habe sich im Verlauf im Bereich des rechten Handgelenks keine objektivierbare Veränderung ergeben. Weitere Abklärungen seien aktuell nicht von Nöten, da ein aktuelles MRI sowie eine Verlaufskontrolle bei Dr. H.____ durchgeführt worden seien. Es sei keine Änderung bezüglich der Zumutbarkeit sowie betreffend die Schätzung des Integritätsschadens eingetreten.

E. 3.12

Dr. med. J.____, Facharzt für Neurologie, Kreisarzt der Suva, nahm am 20. August 2018 eine neurologische Beurteilung vor (Urk. 9/226) und führte aus, die Beschwerdeführerin habe sich anlässlich ihres Unfalls vom 10. Juni 2017 (richtig: 2007) eine Fraktur des Hamulus rechtsseitig zugezogen, nach dessen Exstirpation 2009 habe sich ein Schmerzsyndrom der rechten Hand entwickelt, welches im Verlauf differentialdiagnostisch als CRPS I, CRPS II oder auch sympathisch vermittelter Schmerz beurteilt worden sei (S. 3). Die Zumutbarkeit für eine leichte Tätigkeit im Büro werde als vollzeitig möglich angenommen. Dieser Beurteilung könne er sich anschliessen. Es könne auf die Beurteilung bezüglich Zumutbarkeit durch Dr. D.____ abgestellt werden. Rein unfallbedingt sei aus versicherungsmedizinisch neurologischer Sicht auf das von Dr. D.____ beschriebene Zumutbarkeitsprofil abzustellen (S. 4).

E. 3.13

Suva-Kreisärztin Dr. C.____ nahm am 13. März 2019 Stellung (Urk. 9/262) zum Integritätsschaden und führte aus, dreieinhalb Jahre nach der Erstbeurteilung empfehle sie ein aktuelles Verlaufs-MRI der rechten Hand, da die rein klinische Beurteilung nicht ausreiche.

E. 3.14

Die am 17. April 2019 durchgeführte MR-Untersuchung der rechten Hand (Urk. 9/277) ergab einen unverändert regelrechten Zustand nach Hamulusexzision. Es fanden sich keine tenosynovitischen Veränderungen an dieser Lokalisation. Auch in den übrigen Abschnitten fanden sich keine Tenosynovitiden und keine Synovitiden. Die interkarpalen Ligamente sowie der Discus articularis waren regelrecht. Es zeigte sich kein Nachweis von Knorpelschäden über den Handwurzelknochen. Es zeigte sich eine nicht pathologische Handgelenks-/Handuntersuchung rechts nach Hamulusexzision 2009.

E. 3.15

Suva-Kreisärztin Dr. C.____ nahm am 13. Mai 2019 Stellung (Urk. 9/283) und führte aus, an der Beurteilung vom 22. Juli 2015 könne festgehalten werden. Es bestehe keine Zunahme der Arthrose im Handwurzelbereich, bildmorphologisch sei dieser

unverändert/gleichbleibend. Es bestehe eine gute Handfunktion, im Verlauf werde keine klinische Veränderung beschrieben.

E. 3.16

Suva-Kreisärztin Dr. C.____

nahm am 27. Mai 2019 eine medizinische Beurteilung des Integritätsschadens vor (Urk. 9/285) und führte aus, es bestehe ein Status nach Hamulusexzision rechts bei Status nach Handkontusion/ Hamulusfraktur ohne nachweisbare neurologische/neurophysiologische/neurographische Läsion des Nervus medianus/ Nervus ulnaris rechts, ohne nachweisbare bildmorphologische

Veränderungen bezüglich der CRPS-Diagnose im Bereich der rechten Hand. Es verbleibe eine Funktionseinschränkung und verminderte Belastbarkeit der rechten Hand. Die Beschwerden seien unfallbedingt, dauernd und erheblich. Der Integritätsschaden werde in Zusammenschau der Tabellen und den vorliegenden medizinischen Berichten sowie der bildgebenden Diagnostik auf

E. 3.17

Die Gutachter der B.____ erstatteten ihr polydisziplinäres Gutachten am 8. Juli 2019 zuhanden der IV-Stelle (Urk. 9/289) und nannten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 6): - multiple Sklerose vom schubförmig verlaufenden Typ, aktuell ohne Verschlechterung - Schmerzsyndrom der rechten Hand bei - Status nach Fraktur des Hamulus

ossis

hamati rechts 10. Juni 2007 - Status nach Resektion des Hamulus und Tenosynovektomie sowie Trimmung FDS 5- und FDP 4/5-Sehne rechts am 10. September 2009

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie die folgenden (S. 6): - depressive Episode, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F32.4) - Mischkopfschmerz - suboptimal substituierte Hypothyreose

Sie führten aus, die Diagnostik habe weder eine Kompressionsneuropathie noch die teils vermutete Verdachtsdiagnose eines CRPS bestätigen können. Ausreichende Symptome, die nach den Budapest- beziehungsweise Harden-Kriterien retrospektiv die Diagnose eines CRPS belegen könnten, seien nicht vorhanden. Die zur Diagnose eines chronisch persistierenden CRPS nötigen Störungen wie atrophische Muskel- und Hautveränderungen, Durchblutungsstörungen und Sehnenverklebungen fanden sich bei der Beschwerdeführerin nicht. Daher könnten auch keine CRPS-bedingten Funktionsdefizite vorliegen. Auch wenn ein CRPS abgelaufen wäre, hätte sich dieses – wie bei zwei Drittel der Fälle – folgenlos zurückgebildet. Die durch verschiedene Untersucher im April 2015 favorisierte Diagnose des CRPS sei aber schon im Juli 2015 nicht mehr bestätigt worden. Es sei dann ein chronisches Schmerzsyndrom festgestellt worden. Somatisch sei auch leider nicht ersichtlich, warum nach fünf Jahren die Beschwerden an der rechten Hand wieder aufgeflammt seien, zumal von der Beschwerdeführerin kein Auslöser angegeben werden können und eindeutige pathologische Befunde nicht zu erheben gewesen seien. Auch die Tatsache, dass die Beschwerdeführerin nach Abschluss der handchirurgischen Behandlung über einen Zeitraum von zirka 5 Jahren keine Arbeitsunfähigkeit mehr diesbezüglich geltend gemacht habe und zeitweise 100 % in einem Logistikunternehmen im Büro

gearbeitet habe, mache die Diagnose eines CRPS, aber auch die einer anderen durch Traumafolgen bedingten Funktionseinschränkung an der rechten Hand wenig wahrscheinlich. Trotz liquordiagnostischer Vermutung eines klinischen isolierten Syndroms im Oktober 2015 und späterer Diagnose einer Multiplen Sklerose im Oktober 2016 lasse sich jedoch klinisch-neurologisch auch keine neurologische Ursache der berichteten sensomotorischen Funktionsstörung der rechten Hand feststellen, wobei nach eigener Angabe die Funktionsstörung der rechten Hand auch schon vor Auftreten der Multiplen Sklerose bestanden habe. Die neurologische Untersuchung erbringe weder den Befund einer peripheren noch einer zentralen Parese an der rechten Hand. Trotz Bestehens der handschuhförmigen Hypästhesie werde kein Störmuster eines nervlichen Schmerzes zur Erklärung der Beschwerden angegeben. Bei Fehlen pathologischer neurologischer und Lokalfunde stelle sich die Frage nach einer psychischen Ursache (S. 4).

Dabei ergäben sich aber keine Hinweise für eine eigenständige psychische Erkrankung im Sinne einer authentischen dissoziativen Bewegungsstörung mit Lähmung der Extremitäten, denn entgegen den diagnostischen Kriterien sei der Beginn schleichend und zeitlich nicht mit dem Beginn der MS-Erkrankung oder einer anderen erheblichen Belastung gekoppelt gewesen. Weiter bestünden keine Hinweise auf psychische Konflikte, erhebliche psychosoziale Belastungen zur Zeit des Entstehens der Störung und auch nicht die üblichen prämorbid auffälligkeiten. Am ehesten sei daher von der Entwicklung einer Selbstlimitierung auszugehen im Sinne einer relativ bewusstseinsnahen Funktionsstörung. Hierfür spreche auch die Vielzahl der bei der Beschwerdeführerin festgestellten Inkonsistenzen. Die bis anhin durchgeführte ambulante psychiatrische Behandlung scheine diese Thematik gar nicht berücksichtigt zu haben. Die Abklärung von allfälligen motivationalen (bewusstseinsnahen) Aspekten wäre aber bei weiter anhaltender Symptomatik zwingend. Die klinisch-psychiatrische Untersuchung habe auch keine sonstige Psychopathologie gezeigt (S. 5). Insgesamt bestünden keine Einschränkungen der psychischen Funktionen aufgrund einer eigenständigen psychiatrischen Erkrankung. Es lägen aber Hinweise für eine Selbstlimitierung vor, die zu einem stärkeren Funktionsdefizit als erkrankungsbedingt führen würde. Von der Beschwerdeführerin werde eine Gebrauchsunfähigkeit der rechten Hand angegeben, die sich aber somatisch und auch nicht durch eine psychische Erkrankung erklären lasse. Es dürfte eine Selbstlimitierung ursächlich sein. Die Beschwerdeführerin sei allerdings linksdominant und schreibe auch links. Tätigkeiten wie bisher seien auch weiter möglich. Beidhändige Präzisionstätigkeiten sollten nicht mehr zugemutet werden (S. 6).

Betreffend Inkonsistenzen wurde ausgeführt, die Berichte von einer völligen Immobilität der rechten Hand und beider Beine passten nicht zum somatischen Befund einer intakten Muskulatur, intaktem Tonus und einem symmetrischen Muskelprofil, normalem Reflexverhalten und einem unauffälligen MRI der Wirbelsäule. Die Selbsteinschätzung der Beschwerdeführerin, dass eine auf die Hand bezogene Arbeitsfähigkeit von nur 40 %, wie zuletzt als Zolldeklarantin möglich sei, jedoch kein grösseres Arbeitspensum, erscheine aufgrund der objektivierbaren Befunde nicht plausibel, da eine Erholungspause zwischen den zwei (vollen) Arbeitstagen nicht vorgelegen habe. Aufgrund dieser Angaben und der erhobenen Befunde hätten sich die Befunde nicht rein somatisch zuordnen lassen, jedoch hätten sich auch keine Hinweise auf eine eigenständige psychiatrische Erkrankung ergeben. Die aktuelle Blutuntersuchung zeige, dass die Beschwerdeführerin entgegen ihren Angaben keine Schmerzmittel und keine Psychopharmaka einnehme. Dies relativiere den angegebenen Leidensdruck ebenfalls erheblich. In der bisherigen, im Wesentlichen

leidensangepassten Tätigkeit als Zolldeklarantin könne die Beschwerdeführerin medizintheoretisch, ausschliesslich unter Berücksichtigung der neurologischen Funktionsstörungen, noch zu 70 % tätig sein, wobei keine Minderung der zeitlichen Präsenz vorliege, sondern eine Minderung der Leistungsfähigkeit um 30 %. Dies gelte für jede andere angepasste Tätigkeit, mithin für Tätigkeiten, die im Sitzen an einem rollstuhl gerechten Arbeitsplatz einhändig ohne Zeitdruck und Stressbelastung erbracht werden könnten (S. 8).

E. 3.18

Dr. med. K.____, Facharzt für Neurologie, berichtete am 5. September 2019 (Urk. 9/301/7-10) und nannte folgende Diagnosen: - Multiple Sklerose mit schubförmigem Verlauf, Differentialdiagnose sekundär progredient verlaufend (Erstmanifestation Oktober 2015, Erstdiagnose Oktober 2015; richtig: 2016) mit aktuell ausgeprägter Ataxie - chronisches Schmerzsyndrom der rechten Hand, bei Status nach Trauma am 10. Juni 2007 mit Fraktur des Hamulus

ossis

hamati mit Status nach Hamulusexzision am 10. September 2009 mit persistierender schlaffer Parese der rechten Hand mit Gefühlsstörungen - chronische, bioccipitale Kopfschmerzen seit 2015

Er führte aus, die schlaffe Lähmung der rechten Hand lasse sich organisch nur schwierig erklären, im EMG seien die Armnerven problemlos stimulierbar und die beschriebene Anastomose sei ohne Einfluss auf die motorische Funktion der rechten Hand. Als Ursache dieser schlaffen Parese der rechten Hand käme also lediglich ein zentrales Geschehen in Frage und somit die seit Oktober 2015 bekannte Multiple Sklerose. Ein direktes Korrelat habe in den Akten allerdings nicht gefunden werden können. 4. 4.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der Verfügung vom 10. September 2019 (Urk. 9/295) gestützt auf die Berichte ihres Kreisarztes Dr. D.____

vom 18. Juni 2015 (vgl. vorstehend E. 3.3) und 20. Juli 2015 (vgl. vorstehend E. 3.5) sowie die neurologische Beurteilung des Versicherungsmediziners Dr. J.____

vom 20. August 2018 (vgl. vorstehend E. 3.12) davon aus, dass der Beschwerdeführerin eine leichte, die rechte Hand wenig belastende Tätigkeit vollzeitlich zumutbar sei. Im Einspracheentscheid (Urk. 2) fügte sie sodann an, dies gehe auch aus dem von der Invalidenversicherung zwischenzeitlich veranlassten Gutachten bei der B.____ vom 8. Juli 2019 (vgl. vorstehend E. 3.17) hervor. 4.2

Der kreisärztliche Untersuchungsbericht von Dr. D.____ vom 18. Juni 2015 (vgl. vorstehend E. 3.3) sowie das Gutachten der B.____ vom 8. Juli 2019 (vgl. vorstehend E. 3.17) beruhen auf allseitigen Untersuchungen der Beschwerdeführerin, berücksichtigen die geklagten Beschwerden und wurden in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben. Weiterleuchten die Berichte in der Darlegung der medizinischen Situation ein, und die Schlussfolgerungen sind in nachvollziehbarer Weise begründet. Sie erfüllen daher die Anforderungen an eine beweiskräftige Expertise (vorstehend E. 1. 4).

Berichte und Gutachten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte erweisen sich nicht per se als ungenügend. Solchen kommt nach der Rechtsprechung Beweiswert zu, sofern sie schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und

keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 134 V 231 E. 5.1 mit Hinweis auf BGE 125 V 351 E. 3b/ ee) .

In handchirurgischen Teilgutachten der B.____

wurde festgehalten (vgl. vorstehend E. 3.17) , dass es fünf Jahre nach Abschluss der postoperativen Nachsorge ohne erkennlichen oder nachvollziehbaren Auslöser zu einer Verschlechterung der Beschwerden gekommen sei, wobei sich eine Erklärung dafür nicht schlüssig ergebe. In der gutachterlichen Untersuchung habe sich nicht das typische Bild eines Spätstadiums eines CRPS gezeigt, atrophische Veränderungen lägen nicht vor. Die Hautoberfläche sei im Seitenvergleich unverändert und objektivierbare Einschränkungen hätten nicht festgehalten werden können. Aus den erhobenen objektivierbaren Befunden hätten sich keine relevanten, die Arbeitsfähigkeit einschränkenden Faktoren ableiten lassen. In der interdisziplinären Zusammenfassung wurde betreffend die rechte Hand sodann ebenfalls festgehalten, dass eine Funktionseinschränkung weder peripher noch zentral zu erklären sei. Somatische Funktionseinschränkungen der rechten Hand seien nicht zu begründen. Diese Beurteilung steht denn auch in Übereinstimmung mit der übrigen medizinischen Aktenlage. So führte Dr. F.____ (vgl. vorstehend E. 3.2) aus, die postoperativ zumindest vorübergehende Beschwerdefreiheit spreche gegen eine chronische CRPS-Symptomatik und bei fehlenden beziehungsweise objektivierbaren neurologischen Störungen finde sich keine neurologische Erklärung des aktuellen Schmerzsyndroms. Auch Suva-Kreisarzt Dr. D.____ ging nach seiner Untersuchung (vgl. vorstehend E. 3.3) von einem unauffälligen Lokalbefund aus und machte auf eine deutliche Diskrepanz aufmerksam, indem die Unterarmmuskulatur symmetrisch ausgebildet sei zur Gegenseite, obwohl es sich um die dominante Seite handle. Bei der initialen Untersuchung hätten sich keine Hinweise auf das Vorliegen eines CRPS ergeben.

Dr. K.____ (vgl. vorstehend E. 3.18) kommt in seinem Bericht vom 5. September 2019 sodann zum Schluss, dass sich die schlaffe Lähmung der rechten Hand organisch nur schwierig erklären lasse. Weiter führte er aus, die Armnerven seien im EMG problemlos stimulierbar und die beschriebene Anastomose sei ohne Einfluss auf die motorische Funktion der rechten Hand. Als Ursache dieser schlaffen Parese der rechten Hand käme also lediglich ein zentrales Geschehen in Frage und somit die seit Oktober 2015 bekannte Multiple Sklerose. Ein direktes Korrelat habe in den Akten allerdings nicht gefunden werden können. Somit sind somatische Funktionsstörungen auch aus Sicht von Dr. K.____ nicht zu begründen. Von weiteren medizinischen Abklärungen sind vorliegend keine neuen Erkenntnisse zu erwarten. Angesichts dieser klaren und in medizinischer Hinsicht übereinstimmenden Aktenlage sind keine weiteren medizinischen Abklärungen anzuordnen (antizipierte Beweiswürdigung, BGE 122 V 157 E. 1d).

4.3

Die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch den Kreisarzt Dr. D.____ sowie das von ihm formulierte Zumutbarkeitsprofil (vgl. vorstehend E. 3.5) vermögen auch vor dem Hintergrund zu überzeugen, dass sie insbesondere mit dem handchirurgischen Teilgutachten der B.____ (vgl. vorstehend E. 3.17) übereinstimmen und sowohl Kreisärztin Dr. C.____ (vgl. vorstehend E. 3.11) als auch der Versicherungsmediziner Dr. J.____ (vgl. vorstehend E. 3.12) festhielten, es sei darauf abzustellen.

Nach dem Gesagten ist der medizinische Sachverhalt als dahingehend erstellt zu erachten, dass somatische Funktionseinschränkungen der rechten Hand nicht zu begründen sind und

diesbezüglich unfallbedingt von einer vollen Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin im bisherigen Tätigkeitsbereich auszugehen ist. Damit besteht kein Anspruch auf eine Invalidenrente. 4.4

Zudem kann mit der Beschwerdegegnerin davon ausgegangen werden, dass selbst, wenn gewisse Einschränkungen bestünden, sich daraus keine erhebliche Erwerbseinbusse von mindestens 10 % ergeben würde.

Wie die Beschwerdegegnerin zu Recht festhielt (vgl. Urk. 8), musste die Beschwerdeführerin ihre Lehre bei der Y.____ nicht unfallbedingt abbrechen. Der Unfall vom 10. Juni 2007 ereignete sich nach Auflösung des Lehrvertrages per 9. Juni 2007 (vgl. Urk. 9/1 S. 1 Ziff. 1-3 und S. 2), so dass eine Tätigkeit bei der Y.____ ohne Unfall nicht überwiegend wahrscheinlich wäre. Zudem stand die Beschwerdeführerin im Zeitpunkt des gemeldeten Rückfalls nicht in einer beruflichen Abklärung durch die Invalidenversicherung oder in einem Ausbildungsverhältnis mit einem Ausbildungslohn bei der A.____ AG. Bei der Ermittlung des Valideneinkommens ist gemäss konstanter Rechtsprechung in der Regel beim zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der Einkommensentwicklung angepassten Verdienst anzuknüpfen. Es ist somit grundsätzlich nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin in der Verfügung vom 10. September 2019 (Urk. 9/295) bei der Ermittlung des Valideneinkommens auf die Angaben der

A.____ AG abgestellt hat (vgl. auch Urk. 9/263) und von einem solchen von Fr. 56'326.40 ausgegangen ist.

Wie nachfolgend gezeigt wird, würde selbst wenn für das Valideneinkommen vom bei der Y.____ hypothetisch erreichbaren Verdienst für das Jahr 2018 von Fr. 65'421.-- ausgegangen würde (vgl. dazu Urk. 1 S. 8, Urk. 9/228), kein Anspruch auf eine Rente entstehen, zumal vorliegend beim Invalideneinkommen ein Abzug vom Tabellenlohn nicht gerechtfertigt erscheint.

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/aa). Aufgrund dieser Faktoren kann die versicherte Person die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt möglicherweise nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten. Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25 %

nicht übersteigen (vgl. BGE 135 V 297 E. 5.2, 134 V 322 E. 5.2 und 126 V 75 E. 5b/aa-cc). Die Rechtsprechung gewährt insbesondere dann einen Abzug auf dem Invalideneinkommen, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/bb). Zu beachten ist jedoch, dass allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen dürfen (Urteile des Bundesgerichts 8C_805/2016 vom 22. März 2017 E. 3.1 und 9C_846/2014 vom 22. Januar 2015 E. 4.1.1).

Nach ständiger Rechtsprechung darf das (kantonale) Sozialversicherungsgericht sein Ermessen, wenn es um die Beurteilung des Tabellenlohnabzuges gemäss BGE 126 V 75 geht, nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Verwaltung setzen; es muss sich auf Gegebenheiten abstützen können, welche seine abweichende Ermessensausübung als naheliegender erscheinen lassen (BGE 137 V 71 E. 5.2 und 126 V 75 E. 6). Wurde bei der Festsetzung der Höhe des Abzugs vom Tabellenlohn ein Merkmal oder ein bestimmter Aspekt eines Merkmals zu Unrecht nicht berücksichtigt oder zu Unrecht berücksichtigt, hat die Beschwerdeinstanz den Abzug gesamthaft neu zu schätzen (vgl. Urteile des Bundesgerichtes 9C_808/2015 vom 29. Februar 2016 E. 3.4.3 und 8C_113/2015 vom 26. Mai 2015 E. 3.2).

Die gesundheitlich bedingte Unmöglichkeit, weiterhin körperlich schwere Arbeit zu verrichten, führt nicht automatisch zu einer Verminderung des hypothetischen Invalidenlohns. Vielmehr ist der Umstand allein, dass nur mehr leichte bis mittel schwere Arbeiten zumutbar sind, auch bei eingeschränkter Leistungsfähigkeit kein Grund für einen zusätzlichen leistungsbedingten Abzug, weil der Tabellenlohn im Kompetenzniveau 1 (bis LSE 2010 Anforderungsniveau 4) bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten umfasst (vgl. Urteil des Bundesgerichtes 8C_82/2019 vom 19. September 2019 E. 6.3.2).

Angesichts des vorliegend gegebenen Zumutbarkeitsprofils ist von einem genügend breiten Spektrum an zumutbaren Verweistätigkeiten auszugehen. Es können grundsätzlich nur Umstände berücksichtigt werden, die auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt als ausserordentlich zu bezeichnen sind (Urteil des Bundesgerichtes 9C_421/2017 vom 19. September 2017 E. 2.4 mit Hinweisen). Solche Umstände sind vorliegend nicht ersichtlich. Dass weitere abzugsrelevante Merkmale gegeben wären, macht die Beschwerdeführerin nicht geltend und ist nicht ersichtlich. Damit erscheint ein Abzug vom Tabellenlohn bei der Bemessung des Invalideneinkommens als nicht gerechtfertigt.

Es wäre somit von einem Invalideneinkommen von Fr. 60'993.56 (vgl. Urk. 9/295 S. 3) auszugehen. Bei dem von der Beschwerdeführerin geltend gemachten Valideneinkommen von Fr. 65'421. -- würde eine Einkommenseinbusse von Fr. 4'427.44 und damit ein IV-Grad von 6.7 % resultieren, womit kein Anspruch auf eine Rente der Unfallversicherung besteht. Diesbezüglich ist die Beschwerde anzuweisen.

5.

E. 5

vor. Es werde eine erneute Vorstellung bei Dr. H.____ empfohlen, damit das seinerseits empfohlene MRI durchgeführt werden könne.

E. 5.1

Betreffend die Integritätsentschädigung stellte die Beschwerdegegnerin in der Verfügung vom 10. September 2019 (Urk. 9/295) auf die

Beurteilung der Kreisärztin Dr. C.____

vom 27. Mai 2019 (Urk. 9/285 ; vgl. vorstehend E. 3.16) ab, wonach eine Funktionseinschränkung und verminderte Belastbarkeit der rechten Hand verbleibe.

Die Beschwerdeführerin machte in ihrer Einsprache vom 7. Oktober 2019 (Urk. 9/302) diesbezüglich geltend, es sei ihr eine Integritätsentschädigung von 20 % zuzusprechen.

Im Einspracheentscheid vom 27. Februar 2020 (Urk. 2) stellte sich die Beschwerdegegnerin auf den Standpunkt, gemäss interdisziplinärer Gesamtbeurteilung der Ärzte der B.____ seien die somatischen Funktionsstörungen der rechten Hand weder peripher noch zentral zu erklären und somit nicht zu begründen (S. 4 unten). Die Kreisärztin Dr. C.____ sei in ihrer Beurteilung vom 27. Mai 2019 von einem Integritätsschaden von 10 % ausgegangen. Angesichts der medizinischen Akten, wonach somatische Funktionsstörungen nicht zu begründen seien, vermöge diese Beurteilung durch Dr. C.____ beziehungsweise die Zusprache einer Integritätsentschädigung nicht zu überzeugen. Zutreffend erscheine vielmehr die frühere Beurteilung des Kreisarztes Dr. D.____, wonach eine erhebliche strukturell-organische Schädigung hier nicht zu erkennen sei und entsprechend auch keine erhebliche Integritätsschädigung erkannt werden könne (S. 7).

E. 5.2

Angesichts der medizinischen Aktenlage (vgl. vorstehend E. 4.2) ist nicht von einer unfallbedingten somatischen Funktionsstörung der rechten Hand auszugehen. Die Beurteilung der Kreisärztin Dr. C.____ vom 27. Mai 2019 (vgl. vorstehend E. 3.16) erscheint widersprüchlich und aufgrund der übrigen medizinischen Akten nicht nachvollziehbar. So geht sie

in ihrer Beurteilung vom 27. Mai 2019 (vgl. vorstehend E. 3.16) von einer verbleibenden Funktionseinschränkung und verminderter Belastbarkeit aus, bestätigt aber gleichzeitig die gute Handfunktion, welche anlässlich der Untersuchung vom 18. Juni 2015 erhoben wurde und macht darauf ausdrücklich aufmerksam, dass auch anhand der bildgebenden Diagnostik bildmorphologisch kein sicherer Nachweis für das Vorliegen eines CRPS habe gestellt werden können. Sie bezog sich zudem

bereits am 7. Juni 2018 (vgl. vorstehend E. 3.11) selber auf die Beurteilung des Kreisarztes Dr. D.____, welcher keine erhebliche strukturell-organische Schädigung und entsprechend keine erhebliche Integritätseinbusse festhielt, und empfahl diesbezüglich, dieser Einschätzung von Dr. D.____ zu folgen. Auch am 13. Mai 2019 hielt

Dr. C.____ selbst fest, es bestehe eine gute Handfunktion und im Verlauf werde keine klinische Veränderung beschrieben (vgl. vorstehend E. 3.15).

Nach dem Gesagten bleibt festzuhalten, dass angesichts der schlüssigen und nachvollziehbaren medizinischen Akten, wonach somatische Funktionsstörungen nicht zu begründen sind, die Beurteilung durch

Dr. C.____ vom 27. Mai 2019 beziehungsweise die Zusprache einer Integritätsentschädigung von 10 % nicht zu überzeugen vermag. Es ist vielmehr mit Dr. D.____ davon auszugehen, dass eine erhebliche strukturell-organische Schädigung nicht zu erkennen ist und entsprechend auch keine erhebliche Integritätsschädigung erkannt werden kann. Es besteht somit keine Grundlage für die Ausrichtung einer Integritätsentschädigung.

Zusammenfassend ist damit die Beschwerde abzuweisen und es ist die Verfügung vom 10. September 2019 (Urk. 9/295) beziehungsweise der Einspracheentscheid dahingehend abzuändern, dass kein Anspruch auf eine Integritätsentschädigung besteht. 6.

Der unentgeltlichen Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin, Rechtsanwältin Christine Fleisch, steht bei diesem Verfahrensausgang eine Entschädigung aus der Gerichtskasse zu.

Nachdem die unentgeltliche Rechtsvertreterin trotz Aufforderung (vgl. Urk. 10) keine Honorarnote eingereicht hat, ist ihr Aufwand nach Ermessen festzulegen. Unter Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und des gerichtlichen Ansatzes von Fr. 220.-- zuzüglich Mehrwertsteuer ist die

E ntschädigung auf Fr. 2'5 00.-- (inkl. Mehrwertsteuer und Barauslagen) festzusetzen.

Die Beschwerdeführerin wird auf § 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hingewiesen, wonach sie zur Nachzahlung der Auslagen für die Vertretung verpflichtet werden kann, sofern sie dazu in der Lage ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. Die Verfügung vom 10. September 2019 sowie der Einspracheentscheid vom 27. Februar 2020 der Beschwerdegegnerin werden aufgehoben und es wird festgestellt, dass kein Anspruch auf eine Integritätsentschädigung besteht. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Die unentgeltliche Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin, Rechtsanwältin Christine Fleisch, Zürich, wird mit Fr. 2'5 00.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Die Beschwerdeführerin wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4 .

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Christine Fleisch - Suva , unter Beilage je einer Kopie von Urk. 19 und Urk. 20 - Bundesamt für Gesundheit sowie an: - Gerichtskasse 5 .

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

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

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

Der Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Mosimann Schüpbach

E. 10

% geschätzt. Dies entspreche 25 % des Handwertes bei vollständigem Verlust und somit sei sowohl die Handwurzelknochenresektion wie auch die Differentialdiagnose CRPS bei guter Handfunktion im Verlauf abgegolten . Bezüglich der CRPS-Diagnose habe sich im Verlauf keine Veränderung ergeben, so dass die gute Handfunktion, welche anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung am 18. Juni 2015 erhoben worden sei, die symmetrisch ausgebildete Unterarmmuskulatur, die fehlenden Hinweise auf eine Differenz der Trophik an den Händen auch im weiteren Verlauf weiter so bestätigt werde. Auch anhand der bildgebenden Diagnostik habe bildmorphologisch kein sicherer Nachweis auf das Vorliegen eines CRPS gestellt werden können.

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