

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2022.00070 vom 17. Oktober 2022

ZH Sozialversicherungsgericht, 2022-10-17, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2022.00070

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2022.00070 du 17 octobre 2022

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2022.00070 del 17 ottobre 2022

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren am 2. März 1955, schloss am 30. Oktober 2019 mit der Z.____ AG (nunmehr: A.____

AG) einen Vertrag über einen Einsatz als OP-Pflegefachfrau im Spital B.____ vom 4. November bis 29. Dezember 2019 (Urk. 12/A9) und war dadurch bei der Solida Versicherungen AG versichert, als sie am 10. November 2019 zu Hause nachts auf einer Treppe ausrutschte und dabei mehrere Verletzungen erlitt (Urk. 12/A1-3, Urk. 12/M1).

Mit Verfügung vom 15. Januar 2021 stellte die Solida Versicherungen AG die gewährten Leistungen (Heilbehandlung und Taggeld) per 31. Januar 2021 ein, wobei sie effektiv seit 8. Oktober 2020 (mit Ausnahme für die Dauer vom 12. November 2020 bis 2. Dezember 2020) keine Taggelder mehr ausbezahlt hatte. Sie sprach der Versicherten bei einer Integritätseinbusse von 5% eine Integritätsentschädigung von Fr. 7'410.-- zu. Einen Anspruch auf eine Invalidenrente verneinte sie (Urk. 12/A24, vgl. auch Urk. 12/A17, Urk. 12/A23). Die dagegen erhobene Einsprache (Urk. 12/A29) hiess sie mit Entscheid vom 17. März 2022 insoweit teilweise gut, als sie der Versicherten Taggelder für die Dauer vom 8. Oktober 2020 bis 31. Januar 2021 (exklusiv für die Dauer vom 12. November 2020 bis 2. Dezember 2020, da bereits bezahlt) zusprach. Im Übrigen wies sie die Einsprache ab (Urk. 2).

E. 1.1

Gemäss Art. 6 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) werden soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt – die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Abs. 1).

E. 1.2

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

entfiele (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 blosse 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. 1.3.1

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. 1.3.2

f. hiervor). Über den Geschehen s ablauf anlässlich des Sturzes auf der Treppe ist nichts Exaktes bekannt, weil die Beschwerdeführerin in diesem Zeitpunkt alleine war und sich nicht genau zu erinnern vermag. Die Beschwerdegegnerin ging gestützt auf die Angaben der Rettungssanitäter davon aus, dass die Beschwerdeführerin 5 bis 6 Stufen die Treppe heruntergefallen sei. Sie stuft den Treppensturz als mittelschweres, an der Grenze zu den leichten Unfällen liegendes Ereignis ein (Urk. 2, Urk. 12/M1). Die Beschwerdeführerin machte in der Beschwerde respektive in der Einsprache geltend, es seien 9 bis 10 Stufen gewesen (Urk. 1, Urk. 12/A29). An der Qualifikation des Unfalles ändert dies jedoch nichts, wie nachfolgende Beispiele zeigen:

Als mittelschweren Unfall im eigentlichen Sinne hat die Praxis etwa einen Sturz auf einen ca. 3 m darunter liegenden Vorsprung und anschliessenden Fall über eine steile Böschung von 12 m (Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts U 40/05 vom 24. Mai 2006 E. 3.5.1), einen Sturz in einen rund 3 m tiefen Schacht mit der Folge einer Commotio cerebri und Frakturen im Bereich bei der Hände (Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts U 21/06 vom 30. August 2006 E. 4.4), sowie weitere Stürze von einer Hebebühne aus der Höhe von ca. 4 m (Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts U 41/06 E. 9 vom 2. Februar 2007 mit Hinweis auf RKUV 1999 Nr. U 330 S. 122 ff.), auf einer Baustelle auf ein darunter liegendes Stockwerk (Urteil des Bundesgerichts 8C_396/2007 vom 30. Mai 2008 mit Hinweisen) oder von einer 3,5 m hohen Leiter (Urteil des Bundesgerichts 8C_584/2007 E. 4.1 vgl. auch 8C_811/2012 vom 4. März 2013 E. 7.2) qualifiziert. Demgegenüber wurden Treppenstürze in der Regel als mittelschwere Unfälle im Grenzbereich zu den leichten Ereignissen betrachtet (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_816/2011 vom 26. Januar 2012, 8C_748/2010 vom 9. Dezember 2010 E. 4.1, 8C_798/2007 vom 3. Juli 2008 E. 4.1, U 340/05 vom 16. Dezember 2005 E. 2.3 und U 83/05 vom 1. Juni 2006 E. 3.1, je mit Hinweisen). Der Kontakt zum abfallenden Untergrund setzt beim Sturz auf einer Treppe die Geschwindigkeit herab, was die auf den Körper einwirkenden Kräfte reduziert (vgl. dazu auch Urteil des Bundesgerichts 8C_899/20

E. 1.3.3

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. 1.4.1

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). 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). Nach Art. 25 Abs. 2 UVG regelt der Bundesrat die Bemessung der Entschädigung. Von dieser Befugnis hat er in Art. 36 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) Gebrauch gemacht. Abs. 1 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, geistige oder psychische 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, geistige oder psychische Integritätsschäden aus einem oder mehreren Unfällen zusammen, so wird die Integritätsentschädigung nach der gesamten Beeinträchtigung festgesetzt. Die Gesamtentschädigung darf den Höchstbetrag des versicherten Jahresverdienstes nicht übersteigen und bereits nach dem Gesetz bezogene Entschädigungen werden prozentual angerechnet (Abs. 3). Voraussehbare Verschlimmerungen des Integritätsschadens werden angemessen berücksichtigt. Revisionen sind nur im Ausnahmefall möglich, wenn die Verschlimmerung von grosser Tragweite ist und nicht voraussehbar war (Abs. 4).

E. 1.4.2

Im Anhang 3 zur UVV hat der Bundesrat Richtlinien für die Bemessung der Integritätsschäden aufgestellt und in einer als gesetzmässig erkannten, nicht abschliessenden Skala (BGE 124 V 29 E. 1b mit Hinweisen) häufig vorkommende und typische Schäden prozentual gewichtet. Für die darin genannten Integritätsschäden entspricht die Entschädigung im Regelfall dem angegebenen Prozentsatz des Höchstbetrages des versicherten Verdienstes (Ziff. 1 Abs. 1). Die Entschädigung für spezielle oder nicht aufgeführte Integritätsschäden wird nach dem Grad der Schwere vom Skalenwert abgeleitet (Ziff. 1 Abs. 2). Integritätsschäden, die gemäss der Skala 5 % nicht erreichen, geben keinen Anspruch auf Entschädigung (Ziff. 1 Abs. 3). Die völlige Gebrauchsunfähigkeit eines Organs wird dem Verlust gleichgestellt; bei teilweisem Verlust und teilweiser Gebrauchsunfähigkeit wird der Integritätsschaden entsprechend geringer, wobei die Entschädigung jedoch ganz entfällt, wenn der Integritätsschaden weniger als 5 % des Höchstbetrages des versicherten Verdienstes ergäbe (Ziff. 2).

E. 1.4.3

Die Medizinische Abteilung der Suva hat in Weiterentwicklung der bundesrätlichen Skala weitere Bemessungsgrundlagen in tabellarischer Form (sog. Feinrastert) erarbeitet. Diese von der Verwaltung herausgegebenen Tabellen stellen zwar keine Rechtssätze dar und sind für das Gericht nicht verbindlich, umso weniger als Ziff. 1 Abs. 1 von Anhang 3 zur UVV bestimmt, der in der Skala angegebene Prozentsatz des Integritätsschadens gelte im Regelfall, welcher im Einzelfall Abweichungen nach unten wie nach oben ermöglicht. Soweit sie jedoch lediglich Richtwerte enthalten, mit denen die Gleichbehandlung aller Versicherten gewährleistet werden soll, sind sie mit dem Anhang 3 zur UVV vereinbar (BGE 124 V 29 E. 1c, 116 V 156 E. 3a).

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). Auch eine Aktenbeurteilung ohne eigene Untersuchung kann beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (Urteile des Bundesgerichts 9C_335/2015 vom 1. September 2015 E. 3.1 und 9C_196/2014 vom 18. Juni 2014 E. 5.1.1 mit Hinweisen).

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 Versicherungsvertragsnehmer allein 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 Beweiswürdigung 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).

E. 2

Dagegen erhob die Versicherte mit Eingabe vom 14. April 2022 Beschwerde und beantragte die Zusprechung einer höheren Integritätsentschädigung, und zwar von 30 % für einen Integritätsschaden an der Hand und von 50 % für einen Integritätsschaden aufgrund einer Hirnschädigung (Urk. 1). Die Solida Versicherungen AG schloss in der Beschwerdeantwort vom 25. August 2022 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 11), was der Versicherten zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 13). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Streitgegenstand bildet die Frage, ob und in welcher Höhe die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Integritätsentschädigung für Schäden an ihrer Hand und für ihre psychischen beziehungsweise neurologischen Einschränkungen hat. Wie jede Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt auch der Anspruch auf eine Integritätsentschädigung einen Schaden voraus, welcher in einem natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zum Unfall steht (vgl. BGE 142 V 435 E. 1,

129 V 177 E. 3.1 und 3.2, Urteil des Bundesgerichts 8C_763/2020 vom 22. Februar 2021 E. 6.3.1). Insbesondere in Bezug auf die psychischen und neurologischen Einschränkungen wird daher zu prüfen sein, ob diese in einem natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zum Unfall vom 10. November 2019 stehen.

Dass kein Anspruch auf eine Invalidenrente besteht, war bereits im Einspracheverfahren nicht strittig. Beschwerdeweise nicht angefochten wurde, nachdem eine Nachzahlung erfolgt war, die Einstellung der Taggeldleistungen. Diesbezüglich ist somit Teilrechtskraft eingetreten (vgl. dazu BGE 14

E. 2.2

Die Beschwerdegegnerin stützte sich im angefochtenen Einspracheentscheid für die Festlegung der Integritätsentschädigung für den Schaden an der Hand auf die Beurteilungen ihres versicherungsinternen Arztes Dr. med. C.____, praktischer Arzt FMH, vom 17. Juni 2020 und 4. Dezember 2020. Einen natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zwischen den psychischen respektive neurologischen Einschränkungen und dem Unfall vom 10. November 2019 verneinte sie (Urk. 2).

E. 2.3

Die Beschwerdeführerin führte aus, ihre Hand sei in der Bewegungsfähigkeit dauerhaft und erheblich eingeschränkt. Deshalb fordere sie hierfür eine Integritätsentschädigung von 30 %. Die beim Unfall vom 10. November 2019 erlittene Kopfprellung habe zu bleibenden

Schäden geführt. Die Speicherfähigkeit des Gehirns habe sich zwar seit kurzem wieder eingestellt, jedoch hätten sich die Vergesslichkeit, die Kontrollverluste, die Schlafstörungen, die kognitiven Störungen, die fehlende Belastbarkeit und die Konzentrationsstörungen nicht zurückgebildet. Deswegen stehe ihr eine Integritätsentschädigung von 50 % zu (Urk. 1). 3. 3.1

Aus den medizinischen Akten, soweit entscheidungsrelevant, ist Folgendes zu entnehmen: 3.2

Die erstbehandelnden Ärzte des Notfallzentrums der Klinik Dr. _____

nannten im Bericht vom 19. November 2019 folgende Diagnosen: (1) Stolpersturz am 10. November 2019 mit (i) Commotio cerebri, (ii) Rissquetschwunde submental ca. 5 cm lang, (iii) nicht dislozierte, leicht impaktierte Fraktur distaler Radius sowie Processus styloideus

Ulnae rechtsseitig, (iv) Schwellung über OS zygomaticum (Jochbein) rechts, (v) Schulterprellung rechts, und (vi) Distorsion oberes Sprunggelenk (OSG) rechts, sowie (2) Morbus Waldenström (Status nach Immuntherapie). Die Notfallärzte hielten fest, die Beschwerdeführerin sei nach eigenen Angaben gegen 2.45 Uhr morgens aufgestanden und habe sich ein Glas zum Trinken holen wollen. Sie sei deshalb wie gewohnt im Dunkeln die Treppe vom 1. Stock ins Erdgeschoss gelaufen und müsse dabei wohl ausgerutscht sein, dies wisse sie aber nicht genau. Sie wisse auch nicht genau, ob sie den Kopf angeschlagen oder ob sie das Bewusstsein verloren habe. Aktuell tue ihr vor allem die rechte Hand weh, ansonsten gehe es ihr gut. Die Ärzte führten sodann aus, dass die Beschwerdeführerin gemäss Angaben der Rettungssanitäter wohl 5-6 Treppenstufen heruntergefallen sei (davon zeugten Marken an der Holzterrasse) und dann auf dem Steinboden aufgeschlagen sein müsse. Der Mann und die Tochter hätten daraufhin die Ambulanz informiert. Initial sei die Beschwerdeführerin wohl etwa 90 Sekunden lang etwas desorientiert, danach wieder vollständig adäquat gewesen. Einzig zum Ereignis habe eine retrograde Amnesie, aber kein Einnässen, kein Einstuhlen und kein Zungenbiss bestanden. Dem Bericht ist weiter zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin beim Eintritt ein Glasgow Coma Score (CGS) von 15 aufwies (Urk. 12/M1). 3.3

Die weiteren Abklärungen ergaben, dass die Beschwerdeführerin beim Sturz eine dislozierte, dystale metaphysäre Radiusfraktur an der rechten Hand erlitten hatte, weshalb am 12. November 2019 eine Osteosynthese erfolgte (Urk. 12/M2). Am 16. Dezember 2019 wurde eine neurologische Untersuchung der rechten Hand durchgeführt. Diagnostiziert wurde zusätzlich eine Hypästhesie der

volaren Handfläche sowie der Fingerkuppen Dig. I - III rechts (Erstmanifestation nach operativer Sanierung der distalen Radiusfraktur im November 2019; Urk. 12/M6). 3.4

Die Hausärztin Dr. med. E. _____, praktische Ärztin FMH, diagnostizierte im Bericht vom 28. Mai 2020 eine komplexe posttraumatische Belastungsstörung sowie einen Treppensturz mit Schädelhirntrauma, dislozierter Radiusfraktur und weiteren Kontusionen. Sie hielt dazu fest, die Beschwerdeführerin leide seit dem Sturz an starker Erschöpfung, die möglicherweise vom Trauma verursacht sei (Urk. 12/M14.1). 3.5

Dr. C. _____ führte in der Stellungnahme vom 23. Juni 2020 gestützt auf die im Auftrag der Beschwerdeführerin gleichentags erfolgte Untersuchung aus, dass die Beschwerdeführerin eine deutliche Störung der Funktionalität der rechten oberen Extremität aufweise. Aus ärztlicher Sicht sei der Beschwerdeführerin die Tätigkeit als OP-Pflegefachfrau drei Stunden zu 100 % zumutbar. Auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt

seien der Beschwerdeführerin sämtliche leichten Tätigkeiten, die vor allem auf Tischhöhe ausgeführt werden könnten, zumutbar, wobei stark monotone Tätigkeiten mit der rechten Hand ausgeschlossen seien. Diese leichten Tätigkeiten seien der Beschwerdeführerin in einem Pensum von 75 % zu 100 % zumutbar. Die Steigerung der Arbeitsfähigkeit hänge vom weiteren Heilverlauf ab. Weiter hielt Dr.

C.____ fest, dass die von Dr. med. F.____ (richtig: Dr. E.____) erwähnte komplexe posttraumatische Belastungsstörung aus versicherungsrechtlicher Sicht in einem möglichen Zusammenhang mit dem Ereignis stehe (Urk. 12/M16). 3.6

Die radiologische Abklärung des rechten Handgelenks am 1. September 2020 ergab den Befund von überstehenden Schrauben im proximalen Plattenbereich (Urk. 12/M19). Darauf bezugnehmend erklärte Prof. Dr. med. G.____, Chefarzt am Departement Chirurgie des Kantonsspitals H.____, im Bericht vom 26. Oktober 2020, die distale Radiusfraktur zeige sich ossär komplett konsolidiert. Klinisch fänden sich keine Hinweise für ein Complex Regional Pain Syndrome (CRPS). Aufgrund der klinischen Untersuchung sei eine Irritation der Streckmuskulatur durch die zu langen Schaftschrauben sehr wahrscheinlich. Von einer Entfernung des Osteosynthesematerials würde die Beschwerdeführerin profitieren (Urk. 12/M23). Diese erfolgte am 12. November 2020. Im entsprechenden Operationsbericht hielt Prof. Dr. G.____ fest, eine normale Belastung und freie Mobilisation des Handgelenks sei ab sofort erlaubt und eine Nachkontrolle sei nur bei Problemen notwendig (Urk. 12/M24). 3.7

Prof. Dr. med. I.____, Facharzt für Neurologie, und lic. phil. J.____, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, untersuchten die Beschwerdeführerin am 10. und 24. November 2020 neuropsychologisch. Im entsprechenden Bericht hielten sie unter der Anamnese fest, die Beschwerdeführerin habe im Jahr 2017 bei der Arbeit den Kopf angeschlagen, was für einige Tage Kopfschmerzen und Schwindel ausgelöst habe. Nach einer Woche Arbeitsunfähigkeit habe sie wieder zu arbeiten begonnen, habe aber eine anhaltende verminderte Konzentrationsfähigkeit und Stresstoleranz bemerkt. Im Jahr 2018, auf dem Notfall des Universitätsspitals K.____ tätig, habe sie sich den Kopf an einem Bildverstärker/Monitor angeschlagen. Es habe geknallt und sie habe stark geblutet. Sie habe in der Folge während Tagen bis wenigen Wochen starke Übelkeit, Kopfschmerzen und eine verstärkte Ermüdung verspürt und viel geschlafen. Im Februar 2019 habe sie sich den Kopf erneut an einem Gegenstand angeschlagen, was dieselben Beschwerden verstärkt habe. In den Folge Monaten habe sie sich wieder recht gut erholt und sei wieder einigermaßen belastbar gewesen. Im November 2019 habe sich dann der Stolpersturz ereignet. Sie sei nach diesem für einige Zeit benommen gewesen und habe sich an zurückliegende Ereignisse (retrograd), nicht aber an den Sturz erinnern können. Die Erinnerungen an die Zeit nach dem Sturz seien für einige Wochen fragmentarisch gewesen. Seit dem Sturz leide sie anhaltend unter Konzentrations- und Gedächtnisstörungen. Sie vergesse Dinge und mache gehäuft Flüchtigkeitsfehler. Das parallele Verarbeiten/Multi-Tasking sei sehr anstrengend, vor allem unter Zeitdruck. Sie könne sich nicht mehr gut an Namen erinnern, auch in der erweiterten Familie. Psychisch/affektiv gehe es ihr schlecht. Sie sei sehr unsicher geworden, habe das Vertrauen in sich verloren, werde

rascher als früher aggressiv, impulsiv und sei vermindert stress-/frustrationsresistent. Innerlich sei sie nervös und unruhig geworden und leide unter Einschlafstörungen.

Prof. Dr. I.____ und lic. phil. J.____

erklärten, dass sich die anamnestischen Angaben in der Verhaltensbeobachtung und der aktuellen Untersuchung bestätigt hätten. Testpsychologisch hätten sich Minderleistungen in den Aufmerksamkeitsfunktionen, in aufmerksamkeits gebundenen Leistungen (Lernen, Arbeitsgedächtnis) sowie in exekutiven Leistungen (Arbeitssystematik, Planung, Kontrolle, Antrieb, Interferenzresistenz) ergeben. Wesentlich seien auch die dies es Mal sehr länger andauernden affektiven und Verhaltenssymptome. Diese Befunde liessen sich mit Veränderungen nach Kopfreisungen (wie bei Hirnschüttelungen, leichtem Schädelhirntrauma) vereinbaren. Die Beschwerdeführerin leide affektiv sichtbar unter den Veränderungen. Anhand der Bildgebung und der aktuellen Befunde lasse sich nicht hinreichend gut differenzieren, ob und wie stark die Einschränkungen durch eventuelle Scherverletzungen im Gehirn bedingt seien. Hämorrhagische Scherverletzungen hätten bildgebend nicht, nicht-hämorrhagische Scherverletzungen nicht sicher differenziert werden können. Die kognitive Leistungsfähigkeit sei überlagert durch die psychische Komponente. Die Beschwerdeführerin scheine nach dem letzten Sturz stärker als zuvor psychisch destabilisiert zu sein. Eine Wirkung könne der

kumulative Effekt von mehreren Hirnerschütterungen haben. Aus der Concussion-Forschung mit Eishockeyprofis sei bekannt, dass sich von akkumulierten Hirnerschütterungen Betroffene mit jeder neuen Hirnerschütterung oft weniger schnell und vollständig erholen würden. Schliesslich beurteilten Prof. Dr. I. ___ und lic. phil. J. ___, dass sich bei der Beschwerdeführerin eine affektive Störung (depressive Symptomatik) mit einer Angstkomponente entwickelt habe. Die Angst beim Treppenhinuntersteigen weise auf posttraumatische Belastungssymptome hin. Sie würden diese Veränderungen als bedingt durch das Unfallereignis interpretieren. Diese würden sich zusätzlich konfundierend auf die kognitiven Leistungen und die kognitive Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit auswirken (Bericht vom 24. November 2020, Urk. 12/M25). 3.8

In der Aktenbeurteilung vom 4. Dezember 2020 führte Dr. C. ___ aus, die Metallentfernung an der Hand sei von der Beschwerdegegnerin zu übernehmen, dies ändere an der zumutbaren Arbeitsfähigkeit aber nichts. Die Comotio cerebri beziehungsweise die im Bericht von Prof. Dr. I. ___ und lic. phil. J. ___ erwähnten kognitiven Minderleistungen könnten mit der anlässlich des aktuellen Unfallereignisses erlittenen Comotio cerebri nicht erklärt werden. Prof. Dr. I. ___ und lic. phil. J. ___ hätten recht, dass rezidivierende Comotionen zu dauerhaften Hirnfunktionsstörungen führen könnten. Die am 10. November 2019 erlittene Comotio cerebri ohne gesicherte Bewusstlosigkeit bei einem GCS von 15 bei der Notfallaufnahme in der Klinik D. ___ sei jedoch nicht geeignet gewesen, die kognitiven Defizite zu verursachen. Diese seien überwiegend wahrscheinlich mit den früheren rezidivierenden Comotionen cerebri zu erklären. Sodann hielt der beratende Arzt fest, dass der Endzustand, nachdem die Metallentfernung durchgeführt worden sei und der Verlauf als unauffällig beschrieben werde, nun nach über einem Jahr nach dem Unfallereignis überwiegend wahrscheinlich erreicht sei. Der Integritätsschaden sei überwiegend wahrscheinlich erheblich. Im Bereich des Handgelenks bestehe eine massive Inkongruenz in der Radiusgelenkfläche und eine funktionelle Einschränkung. Dieser Zustand sei als posttraumatische Handgelenksarthrose massigen Grades zu interpretieren und entspreche einem Wert von

E. 4

V 354 E. 4.3 mit Hinweis).

E. 5

%. Im Bereich des OSG, wo die Beschwerdeführerin eine einfache Distorsion erlitten habe, und im Bereich der Schulter bestehe kein erheblicher Integritätschaden (Urk. 12/M26). 3.9

Dr. med. L.____, Fachärztin für Neurologie, untersuchte die Beschwerdeführerin konsiliarisch am 22. Januar und 11. Februar 2021. Im Bericht vom 16. Februar 2021 diagnostizierte sie eine posttraumatische Belastungsstörung nach Treppensturz am 10. November 2019 mit kognitiven Defiziten und Verhaltensauffälligkeiten, eine dislozierte Radiusfraktur rechts (operiert am 12. November 2019), ein posttraumatischer Kopfschmerz, ein Morbus Waldenström und eine bekannte Migräne. Dazu führte sie aus, im CCT habe sich kein Nachweis für Traumafolgen gefunden. Die Beschwerdeführerin habe erneut ein Trauma, einen Treppensturz, erlitten, mit jetzt anhaltenden kognitiven Defiziten und Verhaltensauffälligkeiten, die bereits im Rahmen einer neuropsychologischen Diagnostik in der Praxis M.____ ausführlich untersucht und diskutiert worden seien. Sie habe nun noch ein MRI des Neurokraniums ergänzt, um strukturelle Traumafolgen festhalten zu können, was aber nicht der Fall sei. So könnten die Defizite, ähnlich wie bereits nach dem letzten Trauma, nicht sicher auf strukturelle Hirnschädigungen zurückgeführt werden. Sie sei der Meinung, dass das auch gar nicht notwendig sei. In ihrem Erachtens seien die Einschränkungen klar in direktem Zusammenhang mit den rezidivierenden Traumata aufgetreten und darauf zurückzuführen, möglicherweise als Mischbild aus auf Hirnschädigung zurückführenden kognitiven Defiziten in Kombination mit einer posttraumatischen Belastungsstörung oder aber auch schwerpunktmässig durch letztere bedingt. Ergänzend habe sie aufgrund der bildgebend nachgewiesenen Marklagerveränderungen doppler-/duplexsonographisch Stenosen der hirnversorgenden Gefässe ausgeschlossen. Klinisch-neurologisch habe einzig ein Abweichen im Unterberger-Tretversuch als möglicher Hinweis auf eine vestibuläre Einschränkung rechts bestanden (Urk. 12/M30). 4.

Was die Bemessung der Integritätsentschädigung für den Integritätsschaden an der Hand angeht, kann vollumfänglich auf die Stellungnahme von Dr. C.____ vom 4. Dezember 2020 abgestellt werden. Dabei handelt es sich um eine zulässige Aktenbeurteilung, da ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht. Die Beurteilung von Dr. C.____ erweist sich als schlüssig und es kommt ihr voller Beweiswert zu (vgl. dazu E. 1.5). Bei der Beschwerdeführerin besteht eine posttraumatische Handgelenksarthrose mässigen Grades, was zu funktionellen Einschränkungen führt. Dr. C.____ legte den dadurch bedingten Integritätsschaden auf 5 % fest (Urk. 12/M26). Dieser Wert entspricht den einschlägigen Suva-Tabellen (vgl. E. 1.6 hiervor). Gemäss Tabelle 5 (Integritätschaden bei Arthrosen) ist bei einer mässigen Handgelenks-Arthrose eine Integritätsentschädigung von 5-10 % geschuldet. Unter Berücksichtigung dieser Bandbreite ist die Schätzung von Dr. C.____ nicht zu beanstanden. Es bestehen denn auch keine anderweitigen ärztlichen Beurteilungen, die einen höheren Integritätsschaden postulieren. Soweit die Beschwerdeführerin in der Beschwerde auf die bestehende Bewegungseinschränkung hinweist, ist festzuhalten, dass Prof. Dr. G.____ am 26. Oktober 2020 eine aktive Extension von 70° und eine aktive Flexion von 30° mass (Urk. 12/M23). Nach erfolgter Operation am 12. November 2020 (Entfernung Osteosynthesematerial) erachtete er eine normale Belastung und freie Mobilisation des Handgelenks als sofort erlaubt (Urk. 12/M24). Die Beschwerdeführerin macht einen Integritätsschaden von 30 % geltend (Urk. 1). Ein solcher

liegt etwa vor bei einer Hand steif in Beugung oder Streckung von 45 % (vgl. Suva-Tabelle 1 - Integritätsschaden bei Funktionsstörungen an den oberen Extremitäten), was mit den Einschränkungen, welche die Beschwerdeführerin zu gewärtigen hat, nicht vergleichbar ist.

E. 5.1

In den Akten finden sich keine ärztlichen Aussagen zu einem Integritätsschaden aufgrund der psychischen beziehungsweise neurologischen Einschränkungen. Da eine Integritätsentschädigung einen Schaden voraussetzt, welcher in einem natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zum Unfall steht (vgl. E. 2.1 hiervor), ist zunächst darauf einzugehen.

E. 5.2

Sowohl Prof. Dr. I. ___ und lic. phil. J. ___ als auch Dr. L. ___ erklärten die kognitiven Defizite mit den wiederholten Traumata und der posttraumatischen Belastungsstörung. Die Fachärzte führten also, wenngleich nicht abschliesslich, das Beschwerdebild auch auf den Unfall vom 10. November 2019 zurück. Damit ist der natürliche Kausalzusammenhang zu bejahen, da hierfür das Vorliegen einer Teilkausalität genügt.

E. 5.3

Objektivierbare organische Schäden beziehungsweise eine strukturelle Hirnverletzung konnten nicht festgestellt werden (Urk. 12/M25, Urk. 12/M30). Bei der Beurteilung der Adäquanz von organisch nicht (hinreichend) nachweisbaren Unfallfolgeschäden ist wie folgt zu differenzieren: Es ist zunächst abzuklären, ob die versicherte Person beim Unfall ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule, eine dem Schleudertrauma äquivalente Verletzung (SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67 E. 2) oder ein Schädel-Hirntrauma erlitten hat. Ist dies nicht der Fall, gelangt die Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 140 E. 6c/ aa zur Anwendung. Ergeben die Abklärungen indessen, dass die versicherte Person eine der soeben erwähnten Verletzungen erlitten hat, muss beurteilt werden, ob die zum typischen Beschwerdebild einer solchen Verletzung gehörenden Beeinträchtigungen (vgl. dazu: BGE 119 V 337 E. 1, BGE 117 V 360 E. 4b) zwar teilweise vorliegen, im Vergleich zur psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund treten. Trifft dies zu, sind für die Adäquanzbeurteilung ebenfalls die in BGE 115 V 140 E. 6c/ aa für Unfälle mit psychischen Folgeschäden aufgestellten Grundsätze massgebend; andernfalls erfolgt die Beurteilung der Adäquanz gemäss den in BGE 117 V 366 E. 6a und 382 E. 4b festgelegten Kriterien (BGE 127 V 102 E. 5b/ bb).

Gemäss Rechtsprechung genügt ein Schädel-Hirntrauma, welches höchstens den Schweregrad einer Commotio cerebri – nicht im Grenzbereich zu einer Contusio cerebri – erreicht, grundsätzlich nicht für die Anwendung der Schleudertrauma-Praxis. Eine Commotio cerebri ist ein Zustand vorübergehender, schnell reversibler neurologischer Dysfunktion, der mit kurzzeitiger Bewusstlosigkeit kurz nach der Verletzung einhergeht. Der Verletzte hat oft eine Amnesie für die Zeit der Verletzung und/oder für die Zeit vor der Verletzung. Es bestehen aber keine neurologischen Auffälligkeiten. Die Contusio cerebri ist eine fokale Gewalteinwirkung auf das zerebrale Gewebe, die mit kleinen parenchymatösen Blutungen oder einem lokalen Ödem einhergeht (Urteil des Bundesgerichts 8C_75/2016 vom 18. April 2016 E. 4 mit weiteren Hinweisen).

E. 5.4

Ärztlicherseits ist unbestritten, dass die Beschwerdeführerin anlässlich des Unfalls vom

E. 5.5

Ausgangspunkt der Adäquanzbeurteilung bildet das (objektiv erfassbare) Unfall ereignis (vgl. E.

E. 5.6

Was die einzelnen Kriterien anbelangt (vgl. E. 1.3.3 hiervor), ist festzuhalten, dass besonders dramatische Begleitumstände zu verneinen sind und der Unfall auch nicht als besonders eindrücklich bezeichnet werden kann. Die erlittenen Verletzungen sind nicht als schwer oder von besonderer Art zu qualifizieren. Auch kann nicht gesagt werden, dass diese Gesundheitsschädigungen erfahrungsgemäss geeignet wären, psychische Fehlentwicklungen auszulösen. Es finden sich auch keine Anhaltspunkte für eine ärztliche Fehlbehandlung. Das Kriterium der ungewöhnlich lang dauernden ärztlichen Behandlung ist ebenfalls nicht erfüllt, auch wenn im Dezember 2020 störendes Osteosynthesematerial, welches zu Irritationen der Strecksehnen geführt hatte (Urk. 12/M23-24), entfernt werden musste. Auch das Kriterium der körperlichen Dauerschmerzen ist zu verneinen. Zwar treten Schmerzen bei stärkeren Belastungen im rechten Handgelenk auf (Urk. 1), eine normale Belastung ist aber möglich (Urk. 12/M24). Eine massgeblich physisch bedingte Arbeitsunfähigkeit ist nicht ausgewiesen, nachdem von einer Arbeitsfähigkeit für leidensangepasste Tätigkeiten von 75 bis 100 % auszugehen ist (Urk. 12/M16, Urk. 12/M26). Limitierend wirken sich die (durch die psychische Komponente überlagerten) kognitiven Einbussen aus, was jedoch im vorliegenden Zusammenhang ausser Acht zu lassen ist (vgl. E. 1.3.3 hiervor). 5.7

Da somit die psychischen beziehungsweise neurologischen Einschränkungen nicht adäquat kausal auf den Unfall vom 10. November 2019 zurückzuführen sind, ist für diese Einschränkungen auch keine Integritätsentschädigung geschuldet. 6.

Diese Erwägungen führen zur Abweisung der Beschwerde. Soweit die Beschwerdeführerin auf künftige Zahnarztbehandlungen sowie auf den Bericht ihres Ohrenarztes hinweist (Urk. 1), ist nicht ersichtlich, inwiefern dies im vorliegenden Zusammenhang von Belang sein soll. Diesbezüglich kann auf die zutreffenden Ausführungen der Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort (Urk. 11 S. 22 ff.) verwiesen werden. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - X.____ - MLaw

Y.____ - Bundesamt für Gesundheit 4.

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

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

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

E. 10

November 2019 eine Commotio cerebri erlitt. Dazu ist festzuhalten, dass die neurologische Überwachung nach dem Unfall sich insoweit als komplikationslos erwies. Neurologisch lagen keine Befunde vor (Urk. 12/M1). Der GCS-Wert von 15 Punkten entspricht praxisgemäss höchstens einer leichten Commotio cerebri mit leichter Bewusstseinsstörung, was grundsätzlich nicht für die Anwendung der Adäquanzbeurteilung gemäss Schleudertrauma-Praxis genügt (Urteile des Bundesgerichts 8C_236/2016 vom 11. August 2016 E. 5.2.2, 8C_386/2020 vom 24. August 2020 E. 4.3.2). Die adäquate Unfallkausalität der gesundheitlichen Beschwerden der Beschwerdeführerin ist daher nach der in BGE 115 V 133 für psychische Fehlentwicklungen nach Unfall begründeten Rechtsprechung, mit hin einzig unter Berücksichtigung der physischen Komponenten des Gesundheitsschadens, zu prüfen (Urteil des Bundesgerichts 8C_44/2017 vom 19. April 2017 E. 6.1 mit weiteren Hinweisen).

E. 13

vom 15. Mai 2014 E. 5.1.2 mit Hinweisen).

Der hier zu beurteilende Unfall ist im Lichte der dargelegten Präjudizien den mittelschweren Unfällen im Grenzbereich zu den leichten zuzuordnen. Da der Einteilung der Unfälle in die dargelegten Schweregrade, insbesondere in den jeweiligen Übergangsbereichen, naturgemäss ein gewisser Ermessensspielraum zugrunde liegt (vgl. dazu auch BGE 138 V 147 E. 3.2.3), ist der vorinstanzlichen Qualifikation des Ereignisses als mittelschwer an der Grenze zu einem leichten, zu folgen. Es müssten daher mindestens vier Kriterien in der einfachen Form

oder aber eines in ausgeprägter Weise - erfüllt sein, damit der adäquate Kausalzusammenhang bejaht werden könnte.

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