

200 21 325 UV  
MAK/RUM/WSI

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 27. Oktober 2021**

Verwaltungsrichterin Mauerhofer, Kammerpräsidentin  
Verwaltungsrichter Schwegler, Verwaltungsrichter Furrer  
Gerichtsschreiber Rufenacht

**A.** \_\_\_\_\_  
vertreten durch Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführerin

gegen

**Suva**  
Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern  
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 9. April 2021



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Die 1974 geborene A. \_\_\_\_\_ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) war über ihre Arbeitgeberin bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch unfallversichert, als sie gemäss den Angaben in den Akten beim Fensterputzen im alkoholisierten Zustand (1,54 Promille) aus max. zwei Metern Höhe aus dem Fenster fiel und sich dabei am rechten Arm verletzte (Antwortbeilagen [AB] 1, 30/1, 30/3). Die Suva nahm die Abklärungen auf und erbrachte die gesetzlichen Unfallversicherungsleistungen in Form von Heilbehandlung und Taggeld (AB 5 f.). Mit Schreiben vom 24. August 2020 teilte sie der Versicherten den Fallabschluss mit Einstellung der vorübergehenden Leistungen per Ende September 2020 mit (AB 252). Mit Verfügung vom 12. November 2020 sprach die Suva bei einem Invaliditätsgrad von 12 % eine Rente ab 1. Oktober 2020 sowie eine auf einer Integritätseinbusse von 5 % basierende Integritätsentschädigung zu (AB 262). Daran hielt sie auf Einsprache hin (AB 270, 274) mit Entscheid vom 9. April 2021 fest (AB 279).

### **B.**

Mit Eingabe vom 5. Mai 2021 erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_, Beschwerde. Sie beantragt, in Aufhebung des angefochtenen Entscheids seien ihr die gesetzlichen Leistungen, namentlich Taggeldleistungen, über den 30. September 2020 hinaus zu gewähren.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 8. Juni 2021 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

## **Erwägungen:**

### **1.**

**1.1** Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb sie zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 58 Abs. 1 ATSG). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

**1.2** Anfechtungsobjekt bildet der Einspracheentscheid vom 9. April 2021 (AB 279). Streitig ist der Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 28. Oktober 2016 und dabei insbesondere, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen den Fall per Ende September 2020 abgeschlossen und die weiteren Leistungen auf der Basis eines Invaliditätsgrades von 12 % und einer Integritätseinbusse von 5 % festgelegt hat.

**1.3** Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG).

**1.4** Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

## **2.**

**2.1** Am 1. Januar 2017 sind die Änderung vom 25. September 2015 des Bundesgesetzes vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) und die Änderung vom 9. November 2016 der Verordnung vom 20. Dezember 1982 über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) in Kraft getreten. Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich – wie vorliegend (28. Oktober 2016 [AB 1]) – vor dem Inkrafttreten der Änderung vom 25. September 2015 des UVG ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, werden nach bisherigem Recht gewährt (Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 des UVG).

**2.2** Die Zusprechung von Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt grundsätzlich das Vorliegen eines Berufsunfalles, eines Nichtberufsunfalles oder einer Berufskrankheit voraus (Art. 6 Abs. 1 UVG). Unfall ist die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat (Art. 4 ATSG).

Der Unfallversicherer haftet für einen Gesundheitsschaden jedoch nur insofern, als dieser nicht nur in einem natürlichen, sondern auch in einem adäquaten Kausalzusammenhang zum versicherten Ereignis steht (BGE 129 V 177 E. 3.1 f. S. 181; Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 19. April 2021, 8C\_268/2020 [zur Publikation vorgesehen], E. 3.1).

## **2.3**

**2.3.1** 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 bzw. nicht als 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 ("conditio sine qua non"; BGE 147 V 161 E. 3.2 S. 163, 142 V 435 E. 1 S. 438, 129 V 177 E. 3.1 S. 181; SVR 2019 IV Nr. 9 S. 26 E. 3.1). Für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs genügt es, wenn der Unfall für eine bestimmte gesundheitliche Störung eine Teilursache darstellt (BGE 134 V 109 E. 9.5 S. 125, 123 V 43 E. 2b S. 45; SVR 2009 UV Nr. 3 S. 12 E. 8.3).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung bzw. 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 Zusammenhanges genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 142 V 435 E. 1 S. 438, 129 V 177 E. 3.1 S. 181; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 121 E. 5.1).

**2.3.2** Steht aufgrund einer speziellen Adäquanzprüfung fest, dass ein allfällig bestehender natürlicher Kausalzusammenhang nicht adäquat und damit nicht rechtsgenügend wäre, braucht die Frage, ob der natürliche Kausalzusammenhang tatsächlich besteht, nicht geprüft zu werden (BGE 135 V 465 E. 5.1 S. 472; SVR 2019 UV Nr. 41 S. 157 E. 7.3).

## **2.4**

**2.4.1** 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 S. 181, 125 V 456 E. 5a S. 461; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 122 E. 5.2).

Ob beim Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem versicherten Ereignis und der eingetretenen gesundheitlichen Schädigung auch der erforderliche adäquate, d.h. rechtserhebliche Kausalzusammenhang besteht, ist eine Rechtsfrage, die nach den von Doktrin und Pra-

xis entwickelten Regeln zu beurteilen ist. Dabei hat die Beantwortung der Frage nach der Adäquanz von Unfallfolgen als einer Rechtsfrage – im Gegensatz zur Frage nach dem natürlichen Kausalzusammenhang – nicht nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu erfolgen (BGE 112 V 30 E. 1b S. 33).

**2.4.2** Bei organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen deckt sich die adäquate Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier praktisch keine selbstständige Bedeutung (BGE 140 V 356 E. 3.2 S. 358; SVR 2018 UV Nr. 3 S. 10 E. 3.1).

Bei organisch nicht objektiv ausgewiesenen Beschwerden ist für die Beurteilung der Adäquanz vom augenfälligen Geschehensablauf auszugehen, und es sind je nachdem weitere unfallbezogene Kriterien einzubeziehen. Bei psychischen Fehlentwicklungen nach Unfall werden diese Adäquanzkriterien unter Ausschluss psychischer Aspekte geprüft (BGE 140 V 356 E. 3.2 S. 358, 115 V 133 E. 6c aa S. 140), während bei Schleudertraumen und äquivalenten Verletzungen der Halswirbelsäule sowie Schädel-Hirntraumen auf eine Differenzierung zwischen physischen und psychischen Komponenten verzichtet wird (BGE 134 V 109 E. 2.1 S. 112; SVR 2018 UV Nr. 29 S. 101 E. 2.2). Dabei 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 1997 UV Nr. 95 S. 346 E. 2a, 1995 UV Nr. 23 S. 67 E. 2) oder ein Schädel-Hirntrauma (BGE 117 V 369 E. 4b S. 382; SVR 2001 UV Nr. 1 S. 2 E. 3) erlitten hat, wobei die Schleudertrauma-Praxis nur dann Anwendung findet, wenn sich innert der Latenzzeit von 24 bis 72 Stunden Beschwerden in der Halsregion und der Halswirbelsäule (HWS) manifestieren (SVR 2009 UV Nr. 30 S. 107 E. 5.2). Liegt keine der erwähnten Verletzungen vor, gelangt die Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 133 für Unfälle mit psychischen Folgeschäden 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 (diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Übelkeit, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression,

Wesensveränderung usw.; BGE 119 V 335 E. 1 S. 338, 117 V 359 E. 4b S. 360) zwar teilweise vorliegen, im Vergleich zur psychischen Problematik aber bereits unmittelbar nach dem Unfall ganz in den Hintergrund treten oder die physischen Beschwerden im Verlaufe der ganzen Entwicklung vom Unfall bis zum Beurteilungszeitpunkt gesamthaft nur eine sehr untergeordnete Rolle gespielt haben und damit ganz in den Hintergrund getreten sind (vgl. RKUV 2002 U 465 S. 438 E. 3a). Trifft dies zu, sind für die Adäquanzbeurteilung ebenfalls die in BGE 115 V 133 für Unfälle mit psychischen Folgeschäden aufgestellten Grundsätze massgebend; andernfalls erfolgt die Beurteilung der Adäquanz gemäss den in der Schleudertrauma-Praxis (BGE 134 V 109, 117 V 359) festgelegten Kriterien, d.h. ohne Unterscheidung zwischen körperlichen und psychischen Beschwerden (BGE 134 V 109 E. 2.1 S. 112, 127 V 102 E. 5b bb S. 103). Die Grundsätze gemäss BGE 115 V 133 sind auch anwendbar, wenn die im Anschluss an den Unfall auftretenden psychischen Störungen nicht zum typischen Beschwerdebild eines HWS-Traumas gehören. Erforderlichenfalls ist vorgängig der Adäquanzbeurteilung zu prüfen, ob es sich bei den im Anschluss an den Unfall geklagten psychischen Beeinträchtigungen um blossе Symptome des erlittenen Traumas oder aber um eine selbstständige (sekundäre) Gesundheitsschädigung handelt, wobei für die Abgrenzung insbesondere Art und Pathogenese der Störung, das Vorliegen konkreter unfallfremder Faktoren oder der Zeitablauf von Bedeutung sind (SVR 2007 UV Nr. 8 S. 28 E. 2.2).

**2.5** Der Unfallversicherer hat den Fall unter Einstellung von Heilbehandlung und Taggeld sowie Prüfung des Anspruchs auf Invalidenrente und Integritätsentschädigung abzuschliessen, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind (Art. 19 Abs. 1 UVG; BGE 143 V 148 E. 3.1.1 S. 151, 137 V 199 E. 2.1 S. 201). Die Besserung bestimmt sich namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit unfallbedingt beeinträchtigt, wobei die durch weitere Heilbehandlung zu erwartende Besserung ins Gewicht fallen muss. Unbedeutende Verbesserungen genügen nicht (BGE 134 V 109 E. 4.3 S. 115). Diese

Frage ist prospektiv zu beurteilen (SVR 2010 UV Nr. 3 S. 14 E. 8.2; zum Ganzen SVR 2020 UV Nr. 24 S. 96 E. 5.2).

**2.6** Zur Klärung des Leistungsanspruchs und namentlich um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99; SVR 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.1).

Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

### **3.**

**3.1** Dass das Ereignis vom 28. Oktober 2016 (vgl. AB 1) die kumulativen Tatbestandsvoraussetzungen des Unfallbegriffs gemäss Legaldefinition (vgl. E. 2.2 hiervor) erfüllt, ist zu Recht unbestritten.

Zu prüfen ist im Folgenden der medizinische Sachverhalt.

**3.2** Anlässlich des Unfalls vom 28. Oktober 2016 erlitt die Beschwerdeführerin eine mediale Kollateralbandläsion im Ellbogen rechts (AB 26). Aufgrund der daraus folgenden Instabilität im medialen Bereich

des Ellbogens rechts (AB 39/2) wurde am 30. Januar 2017 im Spital C.\_\_\_\_\_ eine Re-Fixation des medialen Seitenbandes vorgenommen (AB 33/2-4, 48). Zuzufolge einer persistierenden medialen Instabilität des rechten Ellbogens und einer Irritation des Nervus ulnaris (Ellennerv; AB 49) unterzog sich die Beschwerdeführerin am 8. Mai 2017 im Spital C.\_\_\_\_\_ einer erneuten Operation mit einer Bandplastik des medialen Seitenbandes und einer Vorverlagerung des Ellennervs im rechten Ellbogen (AB 54 f.). Bei weiterhin geklagten Schmerzen und bestehender Irritation des betroffenen Nervs (AB 64 f.) wurde in der Folge Dr. med. D.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, für eine konsiliarische Untersuchung und Beratung hinzugezogen.

Betreffend den weiteren Verlauf lassen sich den Akten im Wesentlichen die folgenden Angaben entnehmen:

**3.2.1** Im Bericht vom 13. September 2017 hielt der Neurologe, Dr. med. D.\_\_\_\_\_, als Diagnose ein sensibles Reiz- und sensomotorisches Ausfallsyndrom des Nervus ulnaris rechts fest. Die Beschwerdeführerin klagte über persistierende Beschwerden im Versorgungsgebiet des Nervus ulnaris rechts, wobei der Schmerz deutlich über das neurologische Versorgungsgebiet des Nervs hinausgehe. Der elektrophysiologische Befund sei vereinbar mit einem traumatisierten Nerv, der aber in seiner Kontinuität ohne Zeichen einer anhaltenden Schädigung sei. Der nervensonographische Befund passe auch dazu. Die Ausbreitung der Sensibilitätsstörung sei anatomisch grösser, als von einer Ulnarisläsion zu erwarten sei. Möglichweise spiele hier auch Angst und Zermürbung eine Rolle (AB 69).

**3.2.2** Im Bericht vom 11. Januar 2018 führte Dr. med. D.\_\_\_\_\_ aus, der heutige Befund sei gegenüber der Voruntersuchung weder klinisch noch elektrophysiologisch verändert. Zu beachten sei, dass das Maximum des Schmerzes nicht im Bereich des vorverlagerten Nervs, sondern des Ellbogens selbst liege und die maximale Schmerzauslösung durch die forcierte Extension geschehe. Neurographisch habe sich der Nervus ulnaris bezüglich seiner bereits in der Voruntersuchung reduzierten Nervenamplitude bei erhaltener Nervenleitgeschwindigkeit nicht wesentlich verändert, allenfalls minimal verbessert, sicher nicht verschlechtert. Auch

wenn eine gewisse Sensibilitätsstörung auf eine Störung des Nervs hinweise, werde vermutet, dass ein Grossteil der Schmerzen nicht durch den Nerv, sondern durch die Weichteile des rechten Ellbogens vermittelt werde (AB 90).

**3.2.3** Im Bericht vom 5. Dezember 2018 des Spitals E.\_\_\_\_\_ wurde als Diagnose eine mittelgradige depressive Episode im Rahmen des chronischen Schmerzsyndroms (ICD-10 F32.11) aufgeführt. Die zuvor sehr aktive und engagierte Beschwerdeführerin habe im Rahmen der durch die Schmerzproblematik bedingten Arbeitsunfähigkeit und auch vermehrter körperlicher Inaktivität (bisherige Sportaktivitäten nicht mehr möglich) eine zunehmende depressive Symptomatik und zusätzliche Chronifizierung der Schmerzproblematik entwickelt. Momentan sei eine Wiederaufnahme der Arbeit noch nicht absehbar, insbesondere nicht im bisherigen Bereich der .... Aufgrund des bisherigen Verlaufs sei bezüglich der Schmerzen eher ein chronischer Verlauf mit möglichem bleibendem Nachteil zu erwarten. Ob eine schmerzadaptierte Tätigkeit in Frage komme, müsse abgeklärt werden (AB 155).

**3.2.4** Im Bericht vom 5. Mai 2019 über die kreisärztliche Untersuchung vom 30. April 2019 hielt Dr. med. F.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, als Diagnosen ein sensorisches Nervus-ulnaris-Syndrom rechts, ein chronisches Schmerzsyndrom und eine mittelschwere depressive Episode fest. Seit dem Eingriff vom 8. Mai 2017 bestünden anhaltende Belastungsschmerzen des linken (richtig: rechten) Ellbogengelenks. Die Beschwerdeführerin führe noch ergotherapeutische Massnahmen unter Anleitung durch. Zudem trage sie eine Nachtlagerungsschiene. Der sensible Nervenschaden (die ENMG-Messung sei unauffällig gewesen) sei offensichtlich langsam rückläufig. Es bestünden noch eine Hyposensibilität am kleinen Finger, zudem, allerdings nicht nachvollziehbar, Blockierungen der Fingergelenke. Es werde über einen erheblichen Belastungsschmerz geklagt. Da sich im Verlauf die Symptomatik langsam gebessert habe, sei mittelfristig mit einem weiteren Rückgang der Sensibilitätsstörungen zu rechnen. Die Funktionsbehinderungen seien eher auf ein chronifiziertes

Schmerzsyndrom zurückzuführen. Zu den Abschlussfragen könne derzeit noch nicht endgültig Stellung genommen werden (AB 183).

**3.2.5** Im Bericht vom 27. Mai 2019 des Spitals G.\_\_\_\_\_ wurde als Diagnose ein sensorisches Nervus ulnaris Syndrom rechts festgehalten. Bei der Durchsicht des "Mappings" vom 6. März 2019 zeige sich eine erfreuliche Verbesserung der Sensibilität im Vergleich zum Mai 2018. Es werde die Weiterführung der ergotherapeutischen Massnahmen, Nervenleitübungen und TENS-Übungen zur Schmerztherapie und Muskelstimulation empfohlen. Zumutbar seien leichte Arbeiten ohne Vibrationen, repetitive Schläge oder Kälteexposition (AB 189).

**3.2.6** Im Bericht vom 16. Januar 2020 des Spitals G.\_\_\_\_\_ wurden als Diagnose persistierende neuropathische Schmerzen über dem Innervationsgebiet des Nervus ulnaris rechts (dominant) festgehalten. Mehr als zwei Jahre nach der subfaszialen Vorverlagerung des Nervus ulnaris rechts leide die Beschwerdeführerin weiterhin an neuropathischen Schmerzen über dessen Versorgungsgebiet. Die ENMG-Untersuchung vom 6. Januar 2020 zeige keinen Hinweis auf eine Nervenleitungsstörung. Die motorische und sensible Neurographie des Nervs sei physiologisch. Bis auf eine leichte, potenziell schmerzbedingte Kraftminderung der intrinsischen Handmuskulatur, bestehe keine Ausfallsymptomatik des Nervs (AB 226).

**3.2.7** Im Verlaufsbericht vom 11. Mai 2020 des Spitals E.\_\_\_\_\_ wurden als Diagnosen eine schwergradige depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2), eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) sowie ein Verdacht auf eine Panikstörung (ICD-10 F41.0) aufgeführt. Es zeige sich ein chronifiziert depressives Zustandsbild mit Konzentrationsproblemen, Verlangsamung des Denkens, Interessensverlust und Antriebsarmut. Die Stimmung sei häufig deprimiert, zwischenzeitlich habe eine gewisse Aufhellung festgestellt werden können. Zuletzt hätten vermehrt Panikattacken mit Herzrasen und Schweissausbrüchen bestanden. Es bestehe eine klare und eindeutige Distanzierung von Suizidalität. Für die bisherige Tätigkeit als ... bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Trotz schmerzadaptierter Tätigkeit und hohen Pflichtbewusstseins der

Beschwerdeführerin sei im Belastbarkeitstraining nur eine Gesamtleistung von 25 % erreicht worden, so dass die Patientin im ersten Arbeitsmarkt nicht vermittelbar sei (AB 234).

**3.2.8** Im Bericht vom 18. Juni 2020 über die ärztliche Abschlussuntersuchung vom 10. Juni 2020 hielt der Suva-Kreisarzt, Dr. med. F.\_\_\_\_\_, als Diagnose persistierende Schmerzen über dem Innervationsgebiet des Nervus ulnaris rechts (dominant) fest. Durch weitere ergotherapeutische und sonstige konservative Massnahmen habe sich subjektiv keine namhafte Besserung der Beschwerden im Verlauf des Nervus ulnaris rechts ergeben. Weitere Massnahmen, die eine namhafte Besserung des derzeitigen Gesundheitszustandes erwarten liessen, böten sich nicht an. Auf orthopädischem Fachgebiet ergebe sich folgendes definitives Zumutbarkeitsprofil für den allgemeinen Arbeitsmarkt: Die Beschwerdeführerin sei noch in der Lage mit dem rechten Arm leichte körperliche Tätigkeiten durchzuführen. Das Heben und Tragen mit dem rechten Arm sei körpernah auf 10 kg, körperfern auf 2.5 kg zu beschränken. Zu vermeiden seien Schlag-, Zug-, Stoss- und Vibrationsbelastungen für den rechten Arm ebenso wie repetitive Umwendbewegungen des Unterarmes. Anhaltende Kälte- und Nässeexposition seien zu vermeiden. Unter den genannten Voraussetzungen sei ein ganztägiger Arbeitseinsatz möglich (AB 241).

**3.2.9** In der Beurteilung des Integritätsschadens vom 6. Dezember 2020 hielt der Suva-Kreisarzt, Dr. med. F.\_\_\_\_\_, fest, die Gebrauchsfähigkeit der rechten Hand sei eingeschränkt, die Grobkraft sei deutlich reduziert, ebenso der Pinchgriff. Analog zur Tabelle 3 "Integritätsschaden bei einfachen oder kombinierten Finger-, Hand- und Armverlusten" sei eine Integritätseinbusse von 5 % festzusetzen (AB 257).

### **3.3**

**3.3.1** Der angefochtene Einspracheentscheid (AB 279) stellt in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf die Einschätzung des Suva-Kreisarztes, Dr. med. F.\_\_\_\_\_, vom 18. Juni 2020 (AB 241) ab. Dieser Bericht basiert seinerseits auf den Untersuchungen des Kreisarztes vom 10. Juni 2020 (AB 241) und 30. April 2019 (AB 183) sowie auf den aktenkundigen Berichten der behandelnden Fachärzte des Spitals C.\_\_\_\_\_, des Spi-

tals G.\_\_\_\_\_ und den Berichten des neurologischen Konsiliararztes, Dr. med. D.\_\_\_\_\_. Daraus ergibt sich in somatischer Hinsicht im Wesentlichen was folgt.

**3.3.2** Die vom Neurologen Dr. med. D.\_\_\_\_\_ am 11. September 2017 erhobenen klinischen, elektrophysiologischen und nervensonographischen Befunde ergaben einen traumatisierten, aber nicht anhaltend geschädigten Nerv. Zudem wies Dr. med. D.\_\_\_\_\_ auf eine Diskrepanz zwischen der geklagten Ausbreitung der Sensibilitätsstörung und den von einer Ulnarisläsion medizinisch-theoretisch zu erwartenden Beschwerden hin (AB 69). Die Verlaufsuntersuchung vom 8. Januar 2018 bestätigte diese Beurteilung und ergab einen gegenüber der Voruntersuchung sogar minimal verbesserten Befund mit einer allein noch objektivierbaren diskreten Kraftminderung sowie einer gewissen Sensibilitätsstörung der Finger und Dolenz im Ellbogenbereich. Nach Angaben von Dr. med. D.\_\_\_\_\_ wurde bzw. wird ein Grossteil der geklagten Schmerzen nicht durch den Ellenerv vermittelt (AB 90/2).

Die weitere Untersuchung und Behandlung (ab 16. April 2018; AB 111) erfolgte am Spital G.\_\_\_\_\_. Ein dort durchgeführtes Neuro-MRI zeigte als mögliche Ursache des klinisch persistenten sensomotorischen Ellennerv-Syndroms rechts Hinweise auf eine Kompression des betroffenen Nervs (AB 128). Die in der Folge durchgeführten ENMG-Untersuchungen ergaben jedoch wiederholt normale Werte (AB 141, 226). Die Sensibilität verbesserte sich im Verlauf (AB 189). Bis auf eine leichte, potenziell schmerzbedingte Kraftminderung der intrinsischen Handmuskulatur vermochten auch die behandelnden Ärzte des Spitals G.\_\_\_\_\_ schliesslich keine Ausfallsymptomatik des Ellennervs rechts zu erheben (AB 226/2).

**3.3.3** Zusammenfassend liegt mit den echtzeitlichen Berichten der behandelnden Fachärzte hinsichtlich des beim Unfall erlittenen körperlichen Gesundheitsschadens ein umfassend dokumentierter und lückenloser Befund vor. Gestützt darauf ist mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (vgl. dazu BGE 144 V 427 E. 3.2 S. 429) erstellt, dass die von der Beschwerdeführerin geklagten somatischen Beschwerden im Bereich des rechten Arms (konstante krampfartige, brennende und elektrisierende Schmerzen über dem Innervationsgebiet des Ellennervs rechts

[AB 226/1; vgl. AB 225/1, 189/1]) nicht bzw. nur betreffend eine verbleibende leichte Kraftminderung der Handmuskulatur objektivierbar sind, und nur insoweit auf den unfallbedingten Status nach Läsion des medialen Kollateralbandes des Ellbogen rechts mit Naht und nachfolgender medialer Seitenbandplastik sowie Vorverlagerung des Ellenervs zurückzuführen sind (AB 226). Auf dieser Basis hat der Kreisarzt, Dr. med. F. \_\_\_\_\_, im Bericht vom 18. Juni 2020 nachvollziehbar und schlüssig festgehalten, dass die Beschwerdeführerin aus orthopädischer Sicht in der Lage ist, mit dem rechten Arm leichte körperliche Tätigkeiten ganztags vorzunehmen (AB 241/3 f.). Das vom Suva-Kreisarzt formulierte Zumutbarkeitsprofil steht namentlich auch in Übereinstimmung mit den Angaben der behandelnden Ärzte des Spitals G. \_\_\_\_\_ (AB 189/2), so dass darauf abzustellen ist. Das Zumutbarkeitsprofil wird denn auch von der Beschwerdeführerin zu Recht nicht in Frage gestellt (Beschwerde, S. 8 ff.).

**3.4** Die Beschwerdeführerin macht indes geltend, es lägen nebst somatischen auch psychische Unfallfolgen vor, deren Erheblichkeit von der Beschwerdegegnerin aus unfallversicherungsrechtlicher Sicht zu Unrecht bestritten werde (Beschwerde, S. 8 ff. Rz. 20 ff.).

**3.4.1** Bereits der Neurologe Dr. med. D. \_\_\_\_\_ hielt im Bericht vom 13. September 2017 eine Ausbreitung der geklagten Sensibilitätsstörung fest, welche anatomisch grösser sei, als von einer Ulnarisläsion zu erwarten sei. Dabei vermutete er, dass Angst und Zermürbung eine Rolle spielen (AB 69/2 f.), und wies damit letztlich (jedoch ausserhalb seines angestammten Fachbereichs) auf eine mögliche psychogene Überlagerung der Beschwerden hin. Auch die behandelnden Ärzte des Spitals G. \_\_\_\_\_ hielten eine psychosomatische Komponente im Bericht vom 3. Dezember 2018 für "nicht unwahrscheinlich" (AB 156/2).

Die Psychiatrischen Dienste des Spitals C. \_\_\_\_\_ diagnostizierten im Bericht vom 5. Dezember 2018 zunächst eine mittelgradige, depressive Episode im Rahmen eines chronischen Schmerzsyndroms (ICD-10 F32.11; AB 155/1). Später wurde im Bericht vom 11. Mai 2020 nebst einer schwergradigen depressiven Episode und einem Verdacht auf eine Panikstörung eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41), mithin eine Erkrankung aus der Gruppe der somato-

formen Störungen (ICD-10 F45.-), aufgeführt (AB 234/1). Damit wird letztlich ein psychisch bedingtes Schmerzgeschehen bestätigt. Nicht unüblich zu überzeugen vermag dagegen die zuletzt postulierte schwergradige Depression. Denn nach den klinisch-diagnostischen Leitlinien zu den psychischen Störungen ist sehr unwahrscheinlich, dass eine Patientin bzw. ein Patient während einer schweren depressiven Episode in der Lage ist, soziale, häusliche, berufliche Aktivitäten fortzuführen, bzw. allenfalls nur sehr begrenzt (DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl. 2015, S. 174). Die Beschwerdeführerin nahm hingegen im Zeitraum vom 25. Februar bis 24. Mai 2020, d.h. kurz vor dem erwähnten Bericht, an einem Aufbautraining der Invalidenversicherung teil, wobei sie gemäss Angaben der Durchführungsstelle täglich und ohne nennenswerte Absenzen, wenn auch mit eingeschränkter Leistungsfähigkeit, zugegen war (AB 237/1 f.). Auch in den Berichten der den Ellbogen behandelnden Ärzte des Spitals G.\_\_\_\_\_ vom 18. November 2019 und 16. Januar 2020 (AB 225 f.) sowie im Bericht vom 16. Juni 2020 über die kreisärztliche Abschlussuntersuchung (AB 241) finden sich keine Hinweise auf das Vorliegen einer schweren depressiven Erkrankung. Wie es sich damit verhält, braucht jedoch nicht abschliessend geklärt zu werden.

**3.4.2** Wie nachfolgend (E. 4) darzulegen ist, kann im vorliegenden Fall offen bleiben, ob ein psychischer Gesundheitsschaden besteht und (bejahendenfalls), ob ein solcher überhaupt natürlich (teil-)kausale Unfallfolge (dazu E. 2.3.1 hiervor) wäre. Dies weil so oder anders die Adäquanz eines allfälligen Kausalzusammenhangs der geklagten Beschwerden zu verneinen ist (vgl. E. 2.3.2 hiervor). Weitere medizinische Abklärungen in psychiatrischer Hinsicht sind somit nicht nötig, da sie nichts am fehlenden Anspruch zu ändern vermöchten.

#### **4.**

**4.1** Im Notfallbericht des erstbehandelnden Spitals C.\_\_\_\_\_ vom 28. Oktober 2016 wurde unter Diagnosen ein Verdacht auf eine Hirnerschütterung aufgeführt. Ein direkter Kopfanprall wurde von der Beschwer-

deführerin verneint bzw. als nicht wahrscheinlich bezeichnet. Damit übereinstimmend war ein am gleichen Tag erfolgtes Röntgen des Schädels und der Halswirbelsäule unauffällig. Die Beschwerdeführerin berichtete initial zwar über Schmerzen der Halswirbelsäule, verneinte solche gemäss Notfallbericht jedoch später wieder. Abgesehen von einer gewissen psychischen Auffälligkeit im Sinne einer Verlangsamung, passiven Aggressivität und teilweisen Somnolenz wurden keine weiteren für ein Schleudertrauma, eine diesem äquivalente Verletzung oder ein Schädel-Hirntrauma typischen Befunde erhoben. Dementsprechend wurden auch keine weiteren (diesbezüglichen) Untersuchungen mehr geplant, sondern nur eine Wiedervorstellung bei Commotiozeichen bzw. bei Bedarf empfohlen (AB 30/3-5). Dazu kam es aber nicht; vielmehr bezogen sich die nachfolgenden aktenkundigen Abklärungen und Behandlungen bis Oktober 2018 (AB 155/1 Ziff. 2; ab diesem Zeitpunkt stand die Beschwerdeführerin auch in psychiatrischer Behandlung) ausschliesslich auf die Ellbogenproblematik (vgl. u.a. AB 26, 39, 48 f., 64 f., 69, 72, 84, 90, 111, 128, 141). Demnach ist aufgrund der Akten mit überwiegender Wahrscheinlichkeit (BGE 144 V 427 E. 3.2 S. 429) erstellt, dass die Beschwerdeführerin beim Sturzunfall am 28. Oktober 2016 kein Schleudertrauma bzw. eine diesem äquivalente Verletzung oder ein Schädel-Hirntrauma erlitten hat. Daran ändert namentlich auch nichts, dass der die Ellbogenverletzung operierende Orthopäde in den ersten zwei Berichten unter den Diagnosen offensichtlich einzig gestützt auf die Angaben im (hiervor erwähnten) Notfallbericht des Spitals C.\_\_\_\_\_ noch eine Kopfprellung (Contusio Capitis) aufführte; denn weitere Angaben namentlich zu allfälligen entsprechenden klinischen und/oder bildgebenden Befunden finden sich nicht. In der Folge ist die Adäquanz aufgrund der Praxis gemäss BGE 115 V 133, d.h. unter Ausschluss psychischer Aspekte (vgl. E. 2.4.2 hiervor), zu prüfen, was in der Beschwerde im Übrigen nicht bestritten wird.

**4.2** Wie bereits die Beschwerdegegnerin zu Recht festhielt (Beschwerdeantwort, S. 6 Ziff. 4.5), kann die Prüfung der Adäquanz im Anwendungsbereich der Praxis gemäss BGE 115 V 133 erfolgen, sobald die Heilbehandlung der physischen Gesundheitsschäden abgeschlossen ist. Die Tatsache, dass möglicherweise der psychische Endzustand noch nicht erreicht ist, steht der Vornahme der Adäquanzprüfung nicht entgegen. Wesentlich

ist allein der Umstand, dass die massgebenden physischen Komponenten der unfallbezogenen Merkmale feststanden und insofern die Heilbehandlung abgeschlossen war (Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute Bundesgericht] vom 7. Juni 2006, U 414/05, E. 4.5 f.; vgl. allgemein zum Fallabschluss E. 2.5 hiavor).

Die kreisärztliche Abschlussuntersuchung fand am 10. Juni 2020 statt (Bericht vom 18. Juni 2020; AB 241), der Fallabschluss erfolgte schliesslich mit formlosem Schreiben vom 24. August 2020 per Ende September 2020 (AB 252). In der Folge wurde das Dossier dem Kreisarzt nochmals zur Beurteilung des Integritätsschadens vorgelegt. Dieser nahm mit Bericht vom 6. Dezember 2020 dazu Stellung und bezifferte die Integritätseinbusse mit 5 % (AB 257). Entgegen der in der Beschwerde (S. 10 Ziff. 26) vertretenen Auffassung erfolgten der Fallabschluss und somit auch die Prüfung der Adäquanz eines allfälligen unfallbedingten psychischen Gesundheitsschadens im angefochtenen Einspracheentscheid nicht zu früh. Der Suva-Kreisarzt hat im Bericht vom 18. Juni 2020 nachvollziehbar dargelegt, dass von einer weiteren Behandlung keine (weitere) Besserung des physischen Gesundheitszustandes mehr zu erwarten ist (AB 241/3). Eine namhafte Besserung ist rechtsprechungsgemäss nur anzunehmen, wenn damit die Arbeitsfähigkeit bedeutend gesteigert oder wiederhergestellt werden kann (vgl. E. 2.5. hiavor). Im Bericht vom 27. Mai 2019 hielten die behandelnden Ärzte des Spitals G. \_\_\_\_\_ aus somatischer Sicht – bei einer 100 %igen Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als ... (vgl. AB 165/1) – eine volle Arbeitsfähigkeit für angepasste leichte Arbeiten fest (AB 189/2), womit eine weitere Steigerung der Arbeitsfähigkeit aufgrund medizinischer Massnahmen ab diesem Zeitpunkt bereits ausser Betracht fällt. Aus dem Verlaufsbericht vom 16. Januar 2020 ergibt sich schliesslich explizit, dass aus somatischer Sicht keine Massnahmen zur Verbesserung des Gesundheitszustandes mehr vorgesehen waren, sondern nur noch eine Symptombehandlung im Rahmen einer weiteren schmerzstillenden Medikation (AB 226/2). Der Fallabschluss durch die Verwaltung per Ende September 2020 ist demnach nicht zu beanstanden. Dass der psychische Endzustand allenfalls noch nicht erreicht war, stand und steht der Adäquanzprüfung (dazu sogleich), wie erwähnt, nicht entgegen.

## 4.3

**4.3.1** Bei psychischen Unfallfolgen setzt die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs grundsätzlich voraus, dass dem Unfallereignis für die Entstehung einer psychisch bedingten Erwerbsunfähigkeit eine massgebende Bedeutung zukommt. Das trifft dann zu, wenn es objektiv eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt. Für die Beurteilung dieser Frage ist gemäss BGE 115 V 133 E. 6 S. 138 an das objektiv erfassbare Unfallereignis anzuknüpfen, wobei – ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf mit den sich dabei entwickelnden Kräften – eine Katalogisierung der Unfälle in leichte (banale), im mittleren Bereich liegende und schwere Unfälle vorzunehmen ist. Die erlittenen Verletzungen können dabei Rückschlüsse auf die Kräfte, die sich beim Unfall entwickelt haben, gestatten. Abhängig von der Unfallschwere sind je nachdem weitere Kriterien in die Beurteilung einzubeziehen. Diese werden unter Ausschluss psychischer Aspekte geprüft (BGE 140 V 356 E. 5.1 S. 359, 129 V 177 E. 4.1 S. 183; SVR 2018 UV Nr. 21 S. 76 E. 4.2, 2011 UV Nr. 10 S. 36 E. 4.2.2).

**4.3.2** Bei Unfällen aus dem mittleren Bereich lässt sich die Frage, ob zwischen Unfall und psychisch bedingter Erwerbsunfähigkeit ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht auf Grund des Unfalles allein schlüssig beantworten. Das Bundesgericht hat daher festgestellt, dass weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte bzw. indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen sind. Als wichtigste Kriterien sind zu nennen (BGE 129 V 177 E. 4.1 S. 183, 115 V 133 E. 6c aa S. 140):

- Besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls;
- die Schwere oder besondere Art der erlittenen (somatischen) 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.

**4.3.3** Der Einbezug sämtlicher objektiver Kriterien in die Gesamtwürdigung ist jedoch nicht in jedem Fall erforderlich. Je nach den konkreten Umständen kann für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen Unfall und psychisch bedingter Erwerbsunfähigkeit neben dem Unfall allenfalls 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 ist oder sogar als Grenzfall zu einem schweren Unfall zu qualifizieren ist. Sowohl einem mittelschweren wie auch einem im Grenzbereich zu den leichten Unfällen liegenden Ereignis kommt nur dann im Sinne adäquater Kausalität massgebende Bedeutung für die aktuelle Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit zu, wenn ein einzelnes der unfallbezogenen Kriterien in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist oder aber diese in gehäufte oder auffallender Weise gegeben sind (RKUV 2005 U 548 S. 232 E. 3.2.3). Liegt im eigentlichen mittleren Bereich keines der Einzelkriterien in besonders ausgeprägter oder auffallender Weise vor, so müssen für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs drei Kriterien erfüllt sein (SVR 2018 UV Nr. 3 S. 10 E. 5.1). Handelt es sich um einen mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den leichten Unfällen müssen für die Bejahung der Adäquanz vier Kriterien gegeben sein (SVR 2018 UV Nr. 29 S. 102 E. 4.2.2). Diese Würdigung des Unfalles zusammen mit den objektiven Kriterien führt zur Bejahung oder Verneinung der Adäquanz (BGE 117 V 359 E. 6b S. 367, BGE 115 V 133 E. 6c bb S. 140; vgl. RKUV 1997 U 272 S. 174 E. 4b).

**4.4** Nach übereinstimmenden Angaben in den Akten stürzte die Beschwerdeführerin beim Fensterputzen aus einer Höhe von ca. 1.5 bis zwei Metern auf den Boden (AB 1, 30/1, 30/3), wobei die Beschwerdeführerin selbst angegeben hatte, wohl auf den Füßen gelandet und dann zur rechten Körperseite gefallen zu sein (AB 30/1). Ausgehend vom beschriebenen Geschehensablauf ging die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Einspracheentscheid von einem mittelschweren Unfall im engeren Sinn aus (AB 279/6 Ziff. 4.7). Die höchstrichterliche Rechtsprechung bezeichnet einen Sturz aus einer Höhe von zwei Metern als Unfall im mittleren Bereich,

führt jedoch aus, dass ein solcher Sturz auch als Grenzfall zu den leichten Unfällen eingestuft werden kann (BGE 115 V 133 E. 11 S. 144; vgl. Entscheide des EVG vom 6. September 2002, U 43/02, E. 3a, und vom 14. Februar 2002, U 410/00, E. 2c). Ob dementsprechend der Unfall vom 28. Oktober 2016 nur als mittelschweres Ereignis im Grenzbereich zu den leichten Unfällen zu taxieren ist, kann offen bleiben, weil die Adäquanz auch bei Annahme eines mittelschweren Unfalls im mittleren Bereich verneint werden muss.

**4.5** Nach dem bisher Dargelegten müsste für die Bejahung der Adäquanz bei einem mittelschweren Unfall im mittleren Bereich nach BGE 115 V 133 entweder ein einzelnes der unfallbezogenen Kriterien (vgl. E. 4.3.2 hiervor) in besonders ausgeprägter oder auffallender oder mindestens drei Kriterien in einfacher Weise erfüllt sein (vgl. 4.3.3 hiervor). Bei der Prüfung der einzelnen Kriterien sind nur die organisch bedingten Beschwerden zu berücksichtigen, während die psychisch begründeten Anteile ausgeklammert bleiben (vgl. E. 2.4.2 hiervor).

**4.5.1** Obschon dem Unfall vom 28. Oktober 2016 wie sämtlichen mittelschweren Unfällen im mittleren Bereich (so u.a. Entscheid des BGer vom 15. Januar 2016, 8C\_568/2015, E. 3.5) eine gewisse Eindrücklichkeit nicht abgesprochen werden kann, liegen keine Umstände vor, die zur Bejahung einer besonderen Dramatik oder Eindrücklichkeit der Begleitumstände führen könnten, zumal die Sturzhöhe von 1.5 bis max. zwei Metern nicht sehr hoch und die Beschwerdeführerin nach eigenen Angaben glücklicherweise vorab auf den Füßen gelandet war. Das entsprechende Adäquanzkriterium ist somit nicht erfüllt.

**4.5.2** Auch die infolge des Sturzes erlittene somatische Verletzung (mediale Kollateralbandläsion im Ellbogen rechts; vgl. AB 39) war als solche weder besonders schwer noch von besonderer Art noch erfahrungsgemäss geeignet, psychische Fehlentwicklungen auszulösen. Auch dieses Kriterium ist nicht erfüllt.

**4.5.3** Bezüglich des Kriteriums der ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung ist festzuhalten, dass die Nachbehandlung im Anschluss an die zweite Operation vom 8. Mai 2017 sechs Wochen dauerte (AB 55/2)

und mit der klinischen und radiologischen Nachkontrolle vom 20. Juni 2017 abgeschlossen wurde (AB 64). Ab diesem Zeitpunkt erfolgten in somatischer Hinsicht nur noch Verlaufsbeurteilungen, weitere fachärztliche (neurologische, handchirurgische) Abklärungen, die medikamentöse Behandlung der (im Verlauf somatisch weitestgehend nicht mehr erklärbaren [vgl. E. 3.3.3 hiervor]) Schmerzen sowie physio- und ergotherapeutische Behandlungen (AB 64 f., 69, 72, 84, 90, 111, 128, 141, 156, 165, 167, 189, 225 f.). Allein solche Massnahmen stellen rechtsprechungsgemäss jedoch keine ärztliche Behandlung im Sinne des Kriteriums dar (u.a. Entscheid des BGer vom 13. November 2020, 8C\_542/2020, E. 6.3). Auf weitere operative Massnahmen wurde aufgrund wiederholt positiver Untersuchungsergebnisse mehrmals explizit verzichtet (AB 69/2 f., 84/2, 90/2, 141/2, 165/2). Zudem ergibt sich aus den Akten, dass die objektivierbaren somatischen Anteile gegenüber den psychischen Komponenten ab Mitte 2017 rasch in den Hintergrund getreten sind (vgl. E. 3.3.2 f. und 3.4.1 hiervor). Unter Berücksichtigung des für die Operationen und die daran anschliessende notwendige (somatische) Nachbehandlung erforderlichen Zeitraums von rund acht Monaten (28. Oktober 2016 bis 20. Juni 2017) kann von einer ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung nicht gesprochen werden; das Kriterium ist nicht erfüllt.

**4.5.4** Was die körperlichen Dauerschmerzen anbetrifft, ist festzuhalten, dass bei der Beurteilung dieses Kriteriums die somatisch nicht hinreichend erklärbaren Beschwerden auszuklammern sind und zwar namentlich auch dann, wenn sie körperlich imponieren (Entscheide des BGer vom 13. November 2020, 8C\_542/2020, E. 6.3, vom 15. Januar 2016, 8C\_568/2015, E. 3.6, und vom 9. April 2009, 8C\_825/2008, E. 4.6). Die nach dem Unfall von Ende Oktober 2016 geklagten Schmerzen wurden auf eine Instabilität des Ellbogengelenks rechts zufolge der erlittenen Bandläsion zurückgeführt. Diese Instabilität wurde in der Folge im Rahmen zweier Operationen (letztmals im Mai 2017) erfolgreich behoben (AB 64/2 "Befunde"). Ab diesem Zeitpunkt konnten die behandelnden Ärzte die persistierenden Beschwerden weder mit dem Ellbogengelenk (vgl. AB 64 f.) noch mit dem Ellenerv (vgl. AB 69/2 f., 72/3, 90/2, 141/2, 156/2) erklären (vgl. E. 3.3.2 f. und 3.4.1 hiervor). Die allein körperlich erklärbaren Beschwerden sind bzw. waren somit nicht so stark bzw. von derart langer Dauer, als dass sich die

Bejahung des Kriteriums der körperlichen Dauerschmerzen rechtfertigen würde. Was in der Beschwerde (S. 9) dagegen vorgebracht wird, überzeugt nicht. Zur Frage, ob die geklagten Beschwerden somatisch erklärbar sind (AB 241/3), äussert sich der Suva-Kreisarzt nicht, was in Anbetracht der diesbezüglich vollständigen sowie nachvollziehbaren und übereinstimmenden Angaben der behandelnden Ärzte aber auch nicht schadet. Ebenso wenig vermag die behauptete Fehlbehandlung daran etwas zu ändern, zumal diese nicht als erwiesen angesehen werden kann (vgl. dazu sogleich).

**4.5.5** Für die in der Beschwerde (S. 9 Ziff. 25) geltend gemachte ärztliche Fehlbehandlung im Rahmen der zweiten Operation vom 8. Mai 2017 mit (u.a.) subfasziärer Vorverlagerung des Ellenervs finden sich in den Akten keine Anhaltspunkte. Die geklagten neurologischen Beschwerden bestanden nicht erst nach der zweiten Operation, sondern bereits zuvor und waren nebst der persistierenden Instabilität ein weiterer Grund, weshalb die zweite Operation mit kombinierter Vorverlagerung des Ellenervs empfohlen wurde (AB 48 f.). Denn bereits anlässlich der ersten Operation wurde gemäss dem Operationsbericht festgestellt, dass der Ellenerv zufolge vorbestehender fehlender Überdachung schlecht fixiert war und medialisseitig luxierte. Auf eine Korrektur wurde zunächst noch verzichtet (AB 33/4). Aufgrund des Beschwerdebildes wurde dies im Rahmen des zweiten Eingriffs vom 8. Mai 2017 dann vorgenommen (AB 49/1 [unten], 55). Die von der Beschwerdeführerin initial geklagten neurologischen Beschwerden waren somit auf eine vorbestehende Störung des Nervs zurückzuführen, welche in der Folge operativ behoben wurde. Der nach der zweiten Operation konsiliarisch hinzugezogene Neurologe, Dr. med. D. \_\_\_\_\_, hielt auf der Basis seiner "intakten" klinischen und elektrophysiologischen Befunde einen zwar – wie erwähnt vor der Operation – traumatisierten, jedoch nicht anhaltend geschädigten Nerv fest (AB 69/2). Seine weitere Untersuchung ergab nichts anderes (AB 90/2). Es besteht kein Anlass, an der Richtigkeit dieser Einschätzungen zu zweifeln. Die Beschwerdeführerin vermag denn auch keinen Arztbericht anzuführen, in welchem eine ärztliche Fehlbehandlung des Operateurs in Betracht gezogen würde. Die stattdessen in der Beschwerde angedeutete fehlende Unabhängigkeit der Beurteilung durch einen "befreundeten sowie – offensichtlich – wohlgesinnten Kollegen, Dr. med. D. \_\_\_\_\_" (S. 3 f. Ziff. 7) entbehrt jeglicher Grundlage, zumal auch

die Ärzte des Spitals G. \_\_\_\_\_ später im Rahmen eigener elektrophysiologischer Abklärungen wiederholt normale Befunde erhoben (AB 141, 226). Namentlich bestätigten die Ergebnisse die anfänglich im Spital G. \_\_\_\_\_ noch vermutete Kompression des Nervs durch eine Narbe bzw. Sehnenarkade nach Vorverlagerung (AB 124/1, 111/3) nicht, weshalb auf eine erneute (dritte) operative Sanierung verzichtet wurde (AB 141, 165). Im Übrigen liesse sich, selbst wenn eine Nervenkompression nach dem operativen Eingriff im Mai 2017 bestätigt worden wäre, daraus nicht zwingend auf eine ärztliche Fehlbehandlung schliessen. Das Kriterium ist somit entgegen der in der Beschwerde vertretenen Auffassung ebenfalls nicht erfüllt.

**4.5.6** Im Austrittsbericht des Spitals C. \_\_\_\_\_ vom 11. Mai 2017 wurde ein perioperativ komplikationsloser Verlauf festgehalten (AB 54). Die nachfolgende Entwicklung des Ulnaris-Syndroms liegt zwar ausserhalb des normalen Heilungsverlaufs nach der initialen Verletzung mit einer medialen Kollateralbandläsion im Ellbogen rechts. Dabei gilt es aber zu berücksichtigen, dass – wie erwähnt – ab Mitte 2017 rasch eine psychogene Überlagerung stattfand und die anhaltend geklagten Beschwerden auf kein somatisches Korrelat, weder orthopädisch noch neurologisch, mehr zurückgeführt werden konnten (vgl. E. 3.3.2 f. und 3.4.1 hiervor). Entgegen den Ausführungen in der Beschwerde (S. 8 f.) imponiert der Heilungsverlauf nicht als schwierig oder als mit erheblichen Komplikationen behaftet, zumal die Beurteilung der Adäquanzkriterien im Rahmen von BGE 115 V 133 unter Ausklammerung der psychischen Anteile zu erfolgen hat (E. 4.5 hiervor). Das Kriterium ist nicht erfüllt, insbesondere nicht in erheblicher Weise.

**4.5.7** Der Beschwerdeführerin wurde ab dem Unfalldatum durchgehend eine volle Arbeitsunfähigkeit bescheinigt, bis der Suva-Kreisarzt ihr erstmals im Bericht vom 16. Januar 2019 eine volle Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit attestierte (AB 158/3). Dies steht im Einklang mit den behandelnden Ärzten des Spitals G. \_\_\_\_\_, die rund einen Monat zuvor im Bericht vom 3. Dezember 2018 (erstmalig) eine Wiedereingliederung bzw. Umschulung der Beschwerdeführerin empfohlen hatten (AB 156). Letzteres bestätigten sie später im Bericht vom 27. Mai 2019 und wiesen darin explizit auf die Zumutbarkeit angepasster leichter Tätigkeiten hin (AB 189). Wird demnach sowie mit Blick darauf, dass die nach den Operationen weiterhin

geklagten Beschwerden keinem organischen Korrelat mehr entsprachen, in somatischer Hinsicht spätestens ab Januar 2019 eine volle Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit angenommen, besteht eine massgebende Arbeitsunfähigkeit während etwas mehr als zwei Jahren. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist das entsprechende Adäquanzkriterium bei einer vollen physischen Arbeitsunfähigkeit während fast drei Jahren erfüllt, nicht jedoch wenn der Versicherte nach rund eineinhalb Jahren nach dem Unfall aus somatischer Sicht in seiner angestammten Tätigkeit nicht mehr relevant in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist (Entscheid des BGer vom 10. März 2020, 8C\_627/2019, E. 5.4.5). Wie es sich damit im vorliegenden Fall verhält, kann letztlich offenbleiben; da selbst bei gegebenem Kriterium die Adäquanzkriterien insgesamt weder in der erforderlichen gehäuften noch ausgeprägten Weise (vgl. E. 4.5 hiavor) erfüllt sind.

Damit fehlt es an der erforderlichen Unfalladäquanz der geklagten psychischen Beschwerden. Diese sind daher nicht weiter zu berücksichtigen und die Beschwerdegegnerin hat nur für die körperlichen Unfallfolgen einzustehen, wie sie der Kreisarzt im überzeugenden Zumutbarkeitsprofil umschrieben hat (AB 241/3 f.; vgl. E. 3.3.3 hiavor).

## **5.**

Auf der Basis des vom Suva-Kreisarzt im Bericht vom 18. Juni 2020 festgehaltenen Zumutbarkeitsprofils (AB 241/3 f.) ist im Folgenden die Invaliditätsbemessung zu prüfen.

### **5.1**

**5.1.1** Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Massgebend ist – im Unterschied zur Arbeitsunfähigkeit – nicht die Arbeitsmöglichkeit im

bisherigen Tätigkeitsbereich, sondern die nach Behandlung und Eingliederung verbleibende Erwerbsmöglichkeit in irgendeinem für die betroffene Person auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in Frage kommenden Beruf. Der volle oder bloss teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346).

**5.1.2** Ist die versicherte Person infolge des Unfalles zu mindestens 10 % invalid (Art. 8 ATSG), so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (aArt. 18 Abs. 1 UVG in der bis 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Fassung). Der Bundesrat regelt die Bemessung des Invaliditätsgrades in Sonderfällen. Er kann dabei auch von Art. 16 ATSG abweichen (Art. 18 Abs. 2 UVG).

**5.1.3** Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und 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). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt. Insoweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 128 V 29 E. 1 S. 30, 104 V 135 E. 2b S. 136; SVR 2019 BVG Nr. 16 S. 64 E. 4.4.2).

## **5.2**

**5.2.1** Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung

angepassten Verdienst angeknüpft (BGE 144 I 103 E. 5.3 S. 110, 134 V 322 E. 4.1 S. 325; SVR 2017 IV Nr. 52 S. 157 E. 5.1). Für die Bemessung des Valideneinkommens ist in der Unfallversicherung nach jenem hypothetischen Verdienst zu fragen, welchen die versicherte Person ohne die unfallbedingte Schädigung wahrscheinlich erzielen würde. Dieser kann sich zwar mit dem mutmasslichen Verdienst als gesunde Person decken, aber nur dann, wenn keine weiteren, nicht unfallbedingten, leistungsschmälernden Beeinträchtigungen vorhanden sind (SVR 2018 UV Nr. 33 S. 115 E. 2.1).

**5.2.2** Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 296). Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen LSE herangezogen werden (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 297; SVR 2019 IV Nr. 28 S. 88 E. 5.1.3). Dabei gilt es zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481).

Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalls ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemässen Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25 % zu begrenzen ist (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2018 IV Nr. 46 S. 148 E. 3.3).

**5.3** Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei

Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 143 V 295 E. 4.1.3 S. 300, 129 V 222).

Nach Art. 19 Abs. 1 UVG entsteht der (allfällige) Rentenanspruch mit dem Fallabschluss. Die Beschwerdegegnerin hat den Fall zu Recht per 30. September 2020 abgeschlossen (E. 2.5 und 4.2 hiervor). Somit ist der Einkommensvergleich auf diesen Zeitpunkt hin gestützt auf die Zahlen für das Jahr 2020 vorzunehmen.

**5.4** Die ungelernte Beschwerdeführerin war immer als ... tätig (vgl. AB 129/3), so auch im Unfallzeitpunkt als temporäre Angestellte der H. \_\_\_\_\_ AG für die I. \_\_\_\_\_ (AB 1, 2). Sie verlor die Stelle daraufhin infolge der gesundheitlich bedingten Abwesenheit von der Arbeit (AB 76). Die Beschwerdegegnerin legte das Valideneinkommen auf der Basis von 2187 Jahresarbeitsstunden und dem Minimallohn von Fr. 19.48 pro Stunde gemäss Gesamtarbeitsvertrag Personalverleih zuzüglich des Anteils 13. Monatslohn sowie den Überzeitzuschlägen und Schichtzulagen nach Angaben der Arbeitgeberin fest (AB 259, 279/24 Ziff. 8.2; vgl. AB 247, 249). Das ist mit Blick auf die beschriebenen erwerblichen Gegebenheiten vor und nach dem Unfall nicht zu beanstanden. Damit beträgt das zu berücksichtigende Valideneinkommen im Jahr 2020 Fr. 57'132.-- (AB 259), was im Übrigen auch unbestritten geblieben ist (vgl. Beschwerde, S. 10 ff.).

**5.5** Die Beschwerdeführerin hatte im Zeitpunkt des hypothetischen Rentenbeginns (1. Oktober 2020 [E. 5.3 hiervor]) keine (zumutbare) neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so dass das Invalideneinkommen anhand statistischer Werte gemäss LSE zu bestimmen ist (vgl. E. 5.2.2 hiervor). In Anbetracht der fehlenden beruflichen Ausbildung (vgl. AB 120) kommen als Verweistätigkeiten zum Vornherein nur Hilfsarbeiten ohne besondere berufliche Anforderungen in Frage. Damit steht der Beschwerdeführerin, entgegen der in der Beschwerde vertretenen Auffassung (S. 11 f.), auf dem hypothetischen, ausgeglichenen Arbeitsmarkt nach Art. 16 ATSG nach wie vor ein breites Spektrum an zumutbaren Arbeitsgelegenheiten offen – dies namentlich auch aufgrund der verbleibenden vollen Arbeitsfähigkeit sowie mit Blick auf das massgebende medizinische Zumutbarkeitsprofil

(AB 241/3 f.; E. 3.3.3 hiervor). Denn der nach Art. 16 ATSG ausgeglichene Arbeitsmarkt ist rechtsprechungsgemäss gekennzeichnet durch ein gewisses Gleichgewicht zwischen Angebot und Nachfrage nach Arbeitskräften und weist einen Fächer verschiedenster Tätigkeiten auf und zwar sowohl bezüglich der dafür verlangten beruflichen und intellektuellen Voraussetzungen wie auch hinsichtlich des körperlichen Einsatzes. Er umfasst auch sogenannte Nischenarbeitsplätze, also Stellen- und Arbeitsangebote, bei welchen Behinderte mit einem sozialen Entgegenkommen von Seiten des Arbeitgebers rechnen können (BGE 110 V 273 E. 4b S. 276; Entscheid des BGer vom 6. Juli 2017, 9C\_253/2017, E. 2.2.1).

Hinzu kommt, dass die Beschwerdeführerin gemäss medizinischem Zumutbarkeitsprofil (leichte körperliche Tätigkeiten, wobei das Heben und Tragen mit dem rechten Arm körpernah auf 10 kg und körperfern auf 2.5 kg beschränkt ist; zu vermeiden sind Schlag-, Zug-, Stoss- und Vibrationsbelastungen des rechten Arms und repetitive Umwendbewegungen des Unterarms ebenso wie anhaltende Kälte- und Nässeexpositionen [AB 241/3 f.; E. 3.3.3 hiervor]) bei zumutbarer voller Arbeitsfähigkeit nicht derart eingeschränkt ist, dass selbst eine Hilfsarbeitertätigkeit auf dem hypothetischen, ausgeglichenen Arbeitsmarkt als realitätsfremde Einsatzmöglichkeit erschiene. Auf der Basis dieses Zumutbarkeitsprofils kann von einer faktischen Einarmigkeit bzw. Einhändigkeit, wie dies in der Beschwerde (S. 11) vorgebracht wird, nicht die Rede sein. Was die geltend gemachte fehlende berufliche Erfahrung ausserhalb des angestammten Tätigkeitsfeldes anbetrifft (vgl. Beschwerde S. 11), ist eine solche bei den allein möglichen Hilfsarbeiten (im Anforderungsniveau 1 gemäss LSE) nicht besonders vorausgesetzt und rechtfertigt deshalb keinen (zusätzlichen) Tabellenlohnabzug.

Gleiches gilt schliesslich auch mit Hinweis auf das Gutachten "Nutzung Tabellenmedianlöhne LSE zur Bestimmung der Vergleichslöhne bei der IV-Rentenbemessung" vom 8. Januar 2021 der Abklärungsstelle J. \_\_\_\_\_ (abrufbar unter <[www.wesym.ch](http://www.wesym.ch)>, Rubrik: Downloads). Die Beschwerdeführerin bringt vor, gemäss diesem Gutachten sei statistisch nachgewiesen, dass die Löhne von Personen mit gesundheitlichen

Einschränkungen signifikant, nämlich 10-15 % tiefer seien, als jene von voll leistungsfähigen Erwerbstätigen. Weil die LSE-Lohndaten auf Löhnen von gesunden Personen beruhen, sei deren unbesehene Anwendung daher nicht vereinbar mit den Vorgaben von Art. 16 ATSG. Solange keine angepassten Lohn-Tabellen auf der Basis geeigneter Funktionsprofile bzw. Tätigkeiten (teil-)invaliden Erwerbstätiger vorlägen, seien die bestehenden LSE-Lohndaten daher, nebst dem ohnehin gebotenen Tabellenlohnabzug, zusätzlich zu kürzen, oder könnte alternativ auch auf den unteren Quartilsbereich (Q1-Lohn) abgestellt werden (Beschwerde, S. 11 f.).

Die Autoren des Gutachtens der Abklärungsstelle J.\_\_\_\_\_ kommen gestützt auf empirische Erhebungen im Wesentlichen zum Schluss, dass der Medianlohn von Erwerbstätigen mit starken gesundheitlichen Einschränkungen – unabhängig davon, ob sie eine IV-Rente beziehen oder nicht – signifikant tiefer ist als jener von voll leistungsfähigen Erwerbstätigen, wobei der weitaus grösste Anteil der Lohnunterschiede nicht auf lohnrelevante Faktoren wie bspw. Geschlecht, Alter, Kompetenzniveau oder Brancheneffekte zurückzuführen ist. Gemäss Gutachten der Abklärungsstelle J.\_\_\_\_\_ sind auch die Löhne von Arbeiten auf dem Kompetenzniveau 1 (Hilfsarbeiten) von Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen tiefer (Gutachten der Abklärungsstelle J.\_\_\_\_\_, S. III f. und S. 34 Ziff. 6.1). Der Faktor "Starke gesundheitliche Einschränkungen" wird dabei definiert als (sehr) schlechter allgemeiner Gesundheitszustand (IZ40/4 bzw. IZ40/5) oder (kumulativ) eine länger andauernde Krankheit bzw. gesundheitliche Probleme (IZ41/1) sowie mindestens sechs Monate dauernde starke Einschränkung des täglichen Lebens wegen gesundheitlicher Probleme (IZ42/1; Gutachten der Abklärungsstelle J.\_\_\_\_\_ S. 17 Fn. 4; vgl. Schweizerische Arbeitskräfteerhebung [SAKE] des Bundesamtes für Sozialversicherung [BFS], Variablenliste 2019, S. 19 und S. 48, abrufbar unter <[www.bfs.admin.ch](http://www.bfs.admin.ch)>).

Im vorliegenden Fall enthalten die medizinischen Akten keine Anhaltspunkte dafür, dass die Beschwerdeführerin einen schlechten oder sogar sehr schlechten Allgemeinzustand aufweist. Zudem ist sie, wie hiavor erwähnt, hauptsächlich durch die Minderbelastbarkeit des rechten Arms eingeschränkt, womit sie im täglichen Leben nicht "stark eingeschränkt" ist. Dar-

aus ergibt sich, dass aus dem angerufenen Gutachten der Abklärungsstelle J.\_\_\_\_\_ keine Schlussfolgerungen abgeleitet werden können, die hier für einen höheren Tabellenlohnabzug sprächen.

Somit ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin unter den gegebenen Umständen einen Tabellenlohnabzug von 10 % gewährt hat (vgl. AB 279 S. 24 Ziff. 7.4); dieser ist mit Blick auf die beschriebenen leichten Einschränkungen betreffend den Einsatz des rechten Armes bei im Übrigen uneingeschränkter Arbeits- und Leistungsfähigkeit (unter Ausklammerung allfälliger, jedoch unfallfremder psychischer Einschränkungen; vgl. E. 4.5.7 hiervor [am Schluss]) sowie mit Blick auf die verbleibende Aktivitätsdauer von gut 17 Jahren angemessen.

Demnach ist das von der Beschwerdegegnerin im angefochtenen Einspracheentscheid auf der Basis der LSE 2018, TA1\_skill-level, Anforderungsniveau 1, Totalwert, Frauen (Fr. 4'371.--) ermittelte Invalideneinkommen im Jahr 2020 von Fr. 50'103.-- (AB 279/10 Ziff. 7.5) nicht zu beanstanden (zur diesbezüglich korrekten Berechnung: AB 259).

**5.6** Bei einem Valideneinkommen von Fr. 57'132.— und einem Invalideneinkommen von Fr. 50'103.— beträgt die unfallbedingte Erwerbseinbusse Fr. 7'029.—, was einem Invaliditätsgrad von gerundet 12 % entspricht (zur Rundung BGE 130 V 121 E. 3.2 und 3.3 S. 123; SVR 2019 IV Nr. 61 S. 198 E. 7.1). Der angefochtene Einspracheentscheid erweist sich im Rentenpunkt demnach als rechtens.

## **6.**

Zu prüfen bleibt die Integritätsentschädigung.

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

sprechend 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. Gemäss dessen Abs. 2 gelten für die Bemessung der Integritätsentschädigung die Richtlinien des Anhangs 3. Darin hat der Bundesrat in einer als gesetzmässig erkannten, nicht abschliessenden Skala häufig vorkommende und typische Schäden prozentual gewichtet (BGE 124 V 29 E. 1b S. 32).

**6.2** Gemäss dem Bericht vom 6. Dezember 2020 bezifferte der Suva-Kreisarzt die massgebende Integritätseinbusse auf der Basis der Tabelle 3 der von der Suva herausgegebenen Richtlinien betreffend Integritätsschaden bei einfachen oder kombinierten Finger-, Hand- und Armverlusten (zur Verordnungskonformität dieser sog. Feinraster: BGE 124 V 29 E. 1c S. 32; RKUV 2004 U 514 S. 416, E. 5.1) mit 5 %. Dazu führte er aus, dass aufgrund der verminderten Gebrauchsfähigkeit der rechten dominanten Hand mit Belastungsschmerz und verringerter Kraft entsprechend der Tabelle 3, Figur 45, eine leichte Einschränkung der Gebrauchsfähigkeit zu attestieren sei (AB 257).

Diese Beurteilung ist nachvollziehbar und überzeugend. Sie stimmt insbesondere mit dem Bericht des Spitals G.\_\_\_\_\_ vom 16. Januar 2020 überein, wonach aus somatischer Sicht bis auf eine leichte, potenziell schmerzbedingte Kraftminderung der intrinsischen Handmuskulatur keine weiteren einschränkenden Befunde – namentlich keine Ausfallsymptomatik des Ellenervs – vorliegen (AB 226). Bei den neuropathischen Beschwerden handelt es sich entgegen den Ausführungen in der Beschwerde (S. 12) nicht um Lähmungserscheinungen. Eine eingeschränkte Beweglichkeit wird seitens der behandelnden Ärzte des Spitals G.\_\_\_\_\_ nicht dokumentiert. Wie hiavor (E. 3.3.2 f. und E. 3.4.1) dargelegt wurde, sind die geklagten (krampfartigen, brennenden und elektrisierenden [AB 226/1]) Schmerzen organisch nicht erklärbar. Selbst wenn diese Beschwerden allenfalls auf eine psychische Krankheit (vgl. die von den Psychiatrischen Dienste des Spitals C.\_\_\_\_\_ diagnostizierte chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren aus der Gruppe der somatoformen

Störungen [ICD-10 F45.-]; AB 234) zurückzuführen wären, entfällt ein unfallbedingter Integritätsschaden mangels Unfallkausalität.

Aufgrund des lückenlosen und schlüssigen Beweisergebnisses auf der Basis der kreisärztlichen Beurteilung vom 6. Dezember 2020 (AB 257) und der Berichte der behandelnden Ärzte des Spitals G.\_\_\_\_\_ bedarf es auch betreffend die Integritätseinbusse keiner weiteren Abklärungen. Die Integritätsentschädigung von 5 % ist nicht zu beanstanden; die Beschwerde ist auch in diesem Punkt abzuweisen.

## 7.

**7.1** In Anwendung von Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. f<sup>bis</sup> ATSG (Umkehrschluss) sind keine Verfahrenskosten zu erheben.

**7.2** Bei diesem Verfahrensausgang hat die unterliegende Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG); auch die obsiegende Beschwerdegegnerin hat keinen Anspruch auf Ausrichtung einer Parteientschädigung (BGE 126 V 143 E. 4a S. 150).

### **Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch wird eine Parteientschädigung zugesprochen.
3. Zu eröffnen (R):
  - Rechtsanwalt B.\_\_\_\_\_ z.H. der Beschwerdeführerin
  - Suva
  - Bundesamt für Gesundheit

Die Kammerpräsidentin:

Der Gerichtsschreiber:

**Rechtsmittelbelehrung**

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.