



**Fall-Nr.:** UV 2014/36  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** UV - Unfallversicherung  
**Publikationsdatum:** 30.08.2019  
**Entscheiddatum:** 07.03.2017

### **Entscheid Versicherungsgericht, 07.03.2017**

**Art. 6 UVG. Leistungspflicht der Unfallversicherung. Würdigung medizinischer Gutachten. Zum Zeitpunkt der Leistungseinstellung bestanden noch gewisse unfallkausale Restfolgen, die Beschwerdeführerin war jedoch adaptiert voll arbeitsfähig. Abweisung der Beschwerde (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 7. März 2017, UV 2014/36).**

Entscheid vom 7. März 2017

Besetzung

Präsident Joachim Huber, Versicherungsrichterinnen Christiane Gallati Schneider und Lisbeth Mattle Frei; Gerichtsschreiberin Katja Meili

Geschäftsnr.

UV 2014/36

Parteien

**A.**\_\_\_\_,

**Beschwerdeführerin,**

vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Rudolf Strehler, S E K Advokaten, Dorfstrasse 21, 8356 Ettenhausen,



## St.Galler Gerichte

gegen

**SWICA Versicherungen AG**, Römerstrasse 37,

Postfach, 8401 Winterthur,

**Beschwerdegegnerin,**

Gegenstand

## Versicherungsleistungen

### Sachverhalt

A.

A.a A.\_\_\_\_ war bei der B.\_\_\_\_ GmbH als Servicemitarbeiterin tätig und dadurch obligatorisch bei der Swica Versicherungen AG (nachfolgend: Swica) gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert, als sie am 10. Mai 2010 ihren linken Daumen in einer Fahrzeugtüre einklemmte (act. 1 und 14 bei den UV-Akten bzgl. Unfall Daumen [nachfolgend: UV1-act. x]). Der erstbehandelnde Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Allgemeinmedizin, diagnostizierte eine Kontusion des linken Daumens und attestierte der Versicherten vom 10. bis 31. Mai 2010 eine Arbeitsunfähigkeit von 100% (UV1-act. 14). Die Swica entrichtete darauf Taggelder und übernahm die Behandlungskosten (Schreiben vom 28. Mai 2010; UV1-act. 8).

A.b Im November 2011 wurde die Versicherte durch die Swiss Medical Assessment- and Business-Center AG (nachfolgend: SMAB) polydisziplinär abgeklärt. In ihrem Gutachten vom 13. Januar 2012 diagnostizierten die untersuchenden Ärzte als unfallrelevant einen Status nach Quetschverletzung der linken Hand mit prolongiertem und protrahiertem Verlauf mit einerseits neurologisch sehr begrenztem posttraumatischem CRPS (komplexes regionales Schmerzsyndrom) und andererseits Folgen eines dysfunktionellen und eines Vermeidungsverhaltens mit diskreter Inaktivitätsatrophie der Handbinnenmuskulatur links. Weiter bestehe ein degeneratives



Cervicalsyndrom bei Mehretagendiskushernien, ein Status nach Distorsionsverletzung des rechten Sprunggelenkes mit langsamem

regredientem Verlauf und eine Anpassungsstörung mit leichter depressiver Symptomatik. Aus polydisziplinärer Sicht sei die früher ausgeübte Tätigkeit im Service nicht zumutbar. Für eine ideal adaptierte Tätigkeit ohne besonderen Einsatz der linken Hand und des linken Daumens bestehe eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20%. Bei dem vor allem neurologisch nur begrenzt nachvollziehbaren Befund eines CRPS I könne mittel- bis langfristig von einer Besserung ausgegangen werden. Der von den Unfallfolgen am linken Daumen ausgelöste Integritätsschaden entspreche 5% (UV1-act. 114).

A.c Mit Schreiben vom 28. Februar 2012 kündigte die Swica der Versicherten im Sinne der Gewährung des rechtlichen Gehörs die Zusprache einer Integritätsentschädigung basierend auf einem Integritätsschaden von 5% und die Einstellung der Taggeldleistungen per 29. Februar 2012 an (UV1-act. 115). Nach Intervention der Versicherten (Schreiben vom 11. Mai 2012; UV1-act. 132) kündigte die Swica mit Schreiben vom 25. Mai 2012 eine erneute Begutachtung an (UV1-act. 133).

A.d Mit Schreiben vom 11. Juni 2012 orientierte die Versicherte die Swica formell über einen Schadenfall vom 14. Oktober 2011. Eine Frau sei ihr mit dem Einkaufswagen von hinten in die Ferse des linken (richtig: rechten) Fusses gefahren. Sie sei deshalb zu 100% arbeitsunfähig (UV1-act. 141, vgl. UV1-act. 134 f.). Dr. med. D.\_\_\_\_, Leitender Arzt Orthopädie des Spitals E.\_\_\_\_, diagnostizierte am 2. November 2011 eine Fersenkontusion links (gemeint: rechts) mit konsekutiver Entlastung und Entwicklung einer ausgeprägten Enthesiopathie am Fuss links (gemeint: rechts) (act. 6 bei den UV-Akten bzgl. Unfall Fuss [nachfolgend: UV2-act. x], vgl. auch UV2-act. 1). Am 2. August 2012 wurde die Versicherte im Auftrag der Swica bezüglich ihres Fusses von Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, untersucht. Dieser stellte fest, es bestehe der dringende Verdacht auf ein CRPS am rechten Fuss. Rein bezogen auf die rechte Ferse sollte in

einer sitzenden Tätigkeit ein 50%iges Arbeitspensum möglich sein (UV2-act. 12). Die Swica kam im Rahmen der Abredeversicherung für die Unfallfolgen bezüglich Fuss auf (UV2-act. 14).



## St.Galler Gerichte

A.e Am 23. August 2012 wurde die Versicherte durch Dr. med. G.\_\_\_\_, Zentrum H.\_\_\_\_, untersucht. Diese diagnostizierte mit Gutachten vom 3. September 2012 einen Status nach Quetschung des linken Daumens und einen Status nach Kontusion der rechten Ferse/Achillessehnenregion, beides unter anderem mit einem CRPS I. In der bisherigen Tätigkeit als Serviceangestellte sei sie 100% arbeitsunfähig. Der Integritätsschaden betrage bezogen auf die linke Hand und den rechten Fuss je 15% (UV1-act. 154). Nachdem die Swica der Gutachterin mit Schreiben vom 3. Oktober 2012 zwischenzeitlich eingegangene medizinische Berichte zugestellt und mitgeteilt hatte, das Gutachten habe sich nur auf die Handverletzung zu beziehen (UV1-act. 161), nahm diese mit Bericht vom 17. Februar 2013 Stellung und passte das Gutachten entsprechend an. Sie führte aus, eine Beurteilung unter isolierter Begutachtung der Schmerzsymptomatik der linken Hand erscheine schwierig, da es sich aufgrund des CRPS auch im Bereich des rechten Fusses um eine komplexe Schmerzsymptomatik handle. Der Endzustand sei noch nicht erreicht, sie empfehle eine interdisziplinäre, schmerztherapeutische Betreuung (UV1-act. 174).

A.f Auf Veranlassung der Swica (UV1-act. 176, 182, 186) befand sich die Versicherte vom 17. April 2013 bis 16. Mai 2013 in der Rehaklinik Bellikon (UV1-act. 194). Im Juli 2013 wurde sie erneut durch die SMAB polydisziplinär abgeklärt. Die Gutachter hielten im Gutachten vom 16. August 2013 als unfallrelevante Diagnosen einen Status nach Quetschverletzung des linken Daumens u.a. mit Status nach abgelaufenem CRPS und neurologisch dokumentierter diskreter Hypästhesie des linken Daumenendgliedes sowie einen Status nach Anpralltrauma mit Kontusion der Ferse und der Achillessehneninsertions-Region fest. Sie beurteilten, ein nach Quetschverletzung des linken Daumens interkurrent aufgetretenes CRPS sei inzwischen vollständig regredient. Für die bisherige Tätigkeit als Servicekraft attestierte der Neurologe noch eine 50%ige Restarbeitsfähigkeit seit 18. Juli 2013. Ansonsten beurteilten sie die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit fachgebietsübergreifend seit dem 18. Juli 2013 als zu 100% gegeben (UV1-act. 209, S. 20 ff.). Den Integritätsschaden bezüglich der Hypästhesie im linksseitigen Daumenendglied schätzten sie auf 2% (UV1-act. 209, S. 28).

A.g Mit Schreiben vom 27. August 2013 stellte die Swica der Versicherten die Einstellung des Anspruchs auf Heilbehandlungen und Taggeldleistungen ab 18. Juli



2013, die Verneinung eines Rentenanspruchs bei einem Invaliditätsgrad von 0% sowie die Verneinung eines Anspruchs auf eine Integritätsentschädigung in Aussicht und gewährte ihr das rechtliche Gehör (UV1-act. 210). Die Versicherte beantragte mit Eingabe vom 3. Oktober 2013 die rückwirkende Ausrichtung des Taggeldes zu 100%, die Vornahme weiterer spezialärztlicher Abklärungen und eventuell die Festsetzung von Invalidenrente und Integritätsentschädigung. Der von der SMAB geschilderte klinische Befund entspreche nicht ansatzweise dem Normalzustand. Dies lasse sich auch anhand der eingereichten Fotos der linken Hand und des rechten Fusses der Versicherten erkennen. Das Gutachten der SMAB sei absolut inakzeptabel und ohne Beweiswert (UV1-act. 223). Die um Stellungnahme gebetenen SMAB-Gutachter führten am 21. Oktober 2013 aus, es sei nicht ausgeschlossen, dass die Fehlbelastungen zu leichten temporären Schwellungen führen könnten. Ein Zusammenhang mit den beschriebenen Traumen könne nicht gesehen werden. Weder klinisch noch radiologisch bestünden Hinweise für ein persistierendes CRPS I. Die aktuellen MRI-Abklärungsbefunde kontrastierten ganz erheblich mit der vorgelegten Fotodokumentation. Letztere zeige eine deutliche Schwellung und Hämatomfärbung, welche in einer MRI-Abklärung nicht zu übersehen sein dürfte. Der Befund – sowie er sich in der Fotodokumentation darstelle – könne von ihnen nicht erklärt werden (UV1-act. 226). Am 30. Oktober 2013 verfügte die Swica entsprechend ihrer Mitteilung vom 27. August 2013 und verzichtete auf die Rückforderung bereits erbrachter Leistungen (UV1-act. 227).

B.

B.a Gegen die Verfügung vom 30. Oktober 2013 erhob die Versicherte am 2. Dezember 2013 Einsprache und beantragte deren Aufhebung. Es sei festzustellen, dass die geklagten Beschwerden Folgen der Unfallereignisse vom 10. Mai 2010 und 14. Oktober 2011 seien und es seien ihr ab 18. Juli 2013 weiterhin die gesetzlichen Leistungen zu erbringen. Eventuell seien weitere medizinische Abklärungen durchzuführen. Sie brachte vor, die eingereichte Fotodokumentation sei nach dem Gutachten aufgenommen worden, weshalb davon auszugehen sei, dass die Symptome wie Schwellungen, Verfärbungen und Berührungsempfindlichkeit an der linken Hand und am rechten Fuss heute noch vorhanden seien. Das Gutachten der SMAB sei damit nicht vollständig, nicht nachvollziehbar und auch nicht schlüssig (UV1-act. 236).



B.b Mit Einspracheentscheid vom 4. April 2014 wies die Swica die Einsprache ab (UV1-act. 239).

C.

C.a Mit Beschwerde vom 16. Mai 2014 beantragt die Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführerin) die Aufhebung der Verfügung vom 30. Oktober 2013 und des Einspracheentscheids vom 4. April 2014. Weiter sei festzustellen, dass die geklagten Beschwerden der Beschwerdeführerin Folge der Unfallereignisse vom 10. Mai 2010 und vom 14. Oktober 2011 seien und es sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, ihr ab dem 18. Juli 2013 weiterhin die gesetzlichen Leistungen nach UVG zu erbringen. Es sei ein Obergutachten anzuordnen und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, die Beschwerdeführerin angemessen ausserrechtlich zu entschädigen (act. G1).

C.b Die Beschwerdegegnerin beantragt mit Beschwerdeantwort vom 19. Juni 2014 die Abweisung der Beschwerde; unter Kosten- und Entschädigungsfolge (act. G3).

C.c Mit Schreiben vom 21. Juli 2014 informierte die Beschwerdeführerin das Gericht über eine beim Verwaltungsgericht des Kantons Thurgau eingereichte Beschwerde gegen die Verfügungen der IV-Stelle des Kantons Thurgau betreffend Rente und berufliche Massnahmen (act. G5). Sie legte eine Kopie des diesbezüglich am 2. Juli 2014 ergangenen Entscheides ins Recht, welcher die Beschwerde teilweise guthiess und die Sache zu weiteren Abklärungen an die IV-Stelle des Kantons Thurgau zurückwies (act. G5.1). In ihrer Replik vom 25. August 2014 hielt die Beschwerdeführerin an ihren bisherigen Anträgen und Ausführungen vollumfänglich fest. Sie beantragte zudem die Sistierung des Verfahrens bis zum Vorliegen der vom Verwaltungsgericht des Kantons Thurgau angeordneten ergänzenden medizinischen Beurteilungen (act. G6).

C.d Das Versicherungsgericht St.Gallen forderte die Beschwerdegegnerin mit Schreiben vom 26. August 2014 zur Einreichung einer Duplik, insbesondere zur Stellungnahme zum Sistierungsantrag, auf. Bei Verzicht auf eine Duplik werde das Verfahren antragsgemäss bis zum Erlass der Verlaufsbeurteilung durch die SMAB



## St.Galler Gerichte

sistiert (act. G7). Die Beschwerdegegnerin liess sich darauf nicht mehr vernehmen, weshalb das Verfahren mit Schreiben vom 14. Oktober 2014 sistiert wurde (act. G8).

C.e Mit Eingabe vom 14. August 2015 reichte die Beschwerdeführerin das Folgegutachten der SMAB vom 13. Mai 2015 (act. G12.2) sowie ein Schreiben der IV-Stelle des Kantons Thurgau (act. G12.1) ein (vgl. act. G12). Die SMAB-Gutachter diagnostizierten mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein degeneratives HWS-Syndrom ohne radikuläre Ausfälle. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestünden unter anderem ein Zustand nach Quetschverletzung des linken Daumens und ein Status nach Anpralltrauma der rechten Ferse. Anhaltspunkte für ein CRPS lägen zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht mehr vor. Die Beschwerdeführerin vermöge leichte bis mittelschwere Tätigkeiten zu verrichten, wobei das regelmässige Heben und Tragen von Lasten über 15kg vermieden werden sollte. Auch ständige Überkopparbeiten sowie Tätigkeiten in regelmässigen Zwangshaltungen seien zu vermeiden, dasselbe gelte auch für dauerhafte Tätigkeiten unter ungünstigen Witterungsbedingungen. In psychiatrischer Hinsicht seien Tätigkeiten nicht geeignet, die sehr hohe Anforderungen an Anpassungs- oder Umstellungsvermögen sowie emotionale Belastbarkeit stellten. In der letzten beruflichen Tätigkeit als Servicekraft bestehe eine Arbeitsfähigkeit in der Grössenordnung von 80% (bei Präsenz von 100%), in einer leidensadaptierten Tätigkeit eine solche von 100% (act. G12.2, S. 28 ff.).

C.f Mit Schreiben vom 18. August 2015 hob das Versicherungsgericht St.Gallen die Sistierung auf und setzte der Beschwerdegegnerin eine neue Frist zur Einreichung einer Duplik an (act. G13). Mit Schreiben vom 22. September 2015 kündigte es der Beschwerdeführerin an, ohne Gegenbericht innert Frist werde auf die Durchführung einer mündlichen Verhandlung verzichtet (act. G14). Die Parteien liessen sich darauf nicht mehr vernehmen (vgl. act. G15).

## Erwägungen

1.

Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen (Heilbehandlung und Taggeld) zu Recht per 18. Juli 2013 eingestellt und den Anspruch auf eine Rente und Integritätsentschädigung verneint hat.



1.1 Ist die versicherte Person infolge des Unfalls voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]), so hat sie Anspruch auf ein Taggeld (Art. 16 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [UVG; SR 832]). Sie hat zudem Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Art. 10 UVG). Ist die versicherte Person infolge des Unfalls mindestens zu 10 Prozent invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Erleidet die versicherte Person durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen oder geistigen Integrität, so hat sie Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung (Art. 24 Abs. 1 UVG). Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustands der versicherten Person mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV) abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggelleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG). Eine Integritätsentschädigung wird gemäss Art. 24 Abs. 2 UVG mit der Invalidenrente festgesetzt oder, falls kein Rentenanspruch besteht, bei der Beendigung der ärztlichen Behandlung gewährt.

1.2 Die Unfallkausalität bildet Anspruchsvoraussetzung für sämtliche Versicherungsleistungen der Unfallversicherung. Eine Leistungspflicht des Unfallversicherers besteht demnach nur für Gesundheitsschäden, die natürlich und adäquat-kausal mit einem versicherten Unfallereignis zusammenhängen. Ursachen im Sinn des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein die gesundheitliche Beeinträchtigung nicht oder nicht in gleicher Weise oder nicht zur gleichen Zeit eingetreten wäre. Für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs ist nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Faktoren für die Schädigung verantwortlich ist, der Unfall mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiere (BGE 129 V 177 E. 3.1 mit Hinweisen). Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Bei organischen Unfallfolgen ist die Adäquanz gemäss Rechtsprechung jedoch nicht gesondert zu prüfen, sondern sie ist in der Regel ohne



weiteres anzunehmen, wenn die natürliche Kausalität feststeht (vgl. dazu BGE 129 V 181 f. E. 3.1 f.; BGE 118 V 291 f. E. 3a, 117 V 365 E. 5d/bb; ALEXANDRA RUMO-JUNGO/ANDRÉ PIERRE HOLZER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2012, S. 53 ff.; ULRICH MEYER-BLASER, Kausalitätsfragen aus dem Gebiet des Sozialversicherungsrechts, in: SZS 1994 S. 99 f. und 104).

1.3 Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, [ATSG; SR 830.1]). Danach haben die urteilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen und alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten (vgl. UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2015, N 52 ff. zu Art. 43). Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Fachperson begründet und nachvollziehbar sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen). Rechtsprechungsgemäss bildet das Datum des streitigen Einspracheentscheids die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (vgl. BGE 129 V 169 E. 1; KIESER, a.a.O., N 99 zu Art. 61). Spätere Arztberichte (und andere einschlägige Dokumente) sind allerdings in die Beurteilung miteinzubeziehen, soweit sie Rückschlüsse auf die im Zeitpunkt des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens gegebene Situation erlauben (BGE 121 V 366 E. 1b, Urteil des Bundesgerichts vom 30. Oktober 2009, 8C\_447/2009 E. 3.5).

2.

Zu klären ist vorerst der Kausalzusammenhang der von der Beschwerdegegnerin über den Zeitpunkt der Leistungseinstellung hinaus geltend gemachten Beschwerden mit den Unfällen vom Mai 2010 und/oder Oktober 2011. Die Beschwerden bezüglich der



Halswirbelsäule bzw. das diagnostizierte cervicovertebrale Syndrom sind dabei unbestritten vollständig unfallunabhängig (vgl. UV1-act. 209, S. 19 f., act. G12.2, S. 28). Ebenfalls unbestritten hat die Beschwerdeführerin durch die Unfälle eine Quetschverletzung des linken Daumens sowie ein Anpralltrauma des rechten Fusses mit Kontusion der Ferse und der Achillessehneninsertionsregion erlitten und in der Folge ein CRPS sowie eine Nervenschädigung entwickelt. Umstritten ist jedoch, ob nach dem 18. Juli 2013 noch ein unfallkausaler Gesundheitsschaden vorlag. Die Beschwerdegegnerin stützte sich in ihrer Einspracheentscheid vom 4. April 2014 in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf das Gutachten der SMAB vom 16. August 2013 (vgl. UV1-act. 209). Die Beschwerdeführerin spricht diesem die Beweiskraft ab (vgl. UV1-act. 236, act. G1).

2.1 Die SMAB-Gutachter beurteilten in ihrem Gutachten vom 16. August 2013 das CRPS als vollständig regredient.

2.1.1 Beim CRPS handelt es sich um eine zusammenfassende Bezeichnung für Krankheitsbilder, welche die Extremitäten betreffen, sich nach einem schädigenden Ereignis entwickeln und durch anhaltenden Schmerz mit Störungen des vegetativen Nervensystems, der Sensibilität und der Motorik gekennzeichnet sind. Das CRPS (auch sympathische Algodystrophie, Sudeck-Syndrom; früher sympathische Reflexdystrophie) ist eine Erkrankung der Extremität, die ohne definierte Nervenläsion nach relativ geringfügigem Trauma ohne Bezug zum Innervationsgebiet eines Nerven auftritt. Es kommt am häufigsten nach distaler Radiusfraktur bei wiederholten Repositionsmanövern, einengenden Gipsverbänden oder ohne nachvollziehbare Ursache vor. Eingeteilt wird es in drei Stadien: I: Entzündungsstadium; II: Dystrophie; III: Atrophie (irreversibel). Klinische Zeichen bzw. Symptome des CRPS sind schwer lokalisierbare brennende Schmerzen (z.B. Allodynie, Hyperalgesie) zusammen mit autonomen (Ödeme, Temperatur- und Schweißsekretionsstörung, eventuell trophische Störung der Haut, Nagelveränderungen, lokal vermehrtes Haarwachstum), sensiblen und motorischen Störungen. Im weiteren Verlauf kann es zu Knochenabbau (Demineralisation), Ankylose und Funktionsverlust kommen. Das CRPS gehört zu den neurologisch-orthopädisch-traumatologischen Erkrankungen und ist ein organischer bzw. körperlicher Gesundheitsschaden (Urteil des Bundesgerichts vom 19. Februar 2011, 8C\_1021/2010 E. 7 mit weiteren Hinweisen).



2.1.2 In ihrem Gutachten vom 16. August 2013 stellten die SMAB-Gutachter die unfallrelevanten Diagnosen Status nach Quetschverletzung des linken Daumens mit Status nach ossärem Beugesehnenauriss an der Basis der Endphalanx mit Gelenkbeteiligung im Ansatzbereich des Musculus flexorum digitorum profundus und Status nach abgelaufenem CRPS sowie eine neurologisch dokumentierte diskrete Hypästhesie des linken Daumenendgliedes als Folge der Quetschverletzung. Weiter bestehe ein Status nach Anpralltrauma der rechten Ferse mit Kontusion der Ferse und der Achillessehneninsertions-Region. Die im MRI beschriebene Bursitis subachillea und Peritendinitis der Achillessehne habe keinen pathologisch-topographischen Bezug zur vorgeführten Einschränkung der Steh- und Gehfähigkeit. Ein nach der Quetschverletzung des linken Daumens interkurrent aufgetretenes CRPS gelte inzwischen als vollständig regredient. Neurologisch sei eine verbliebene diskrete Gefühlsempfindung (Hypästhesie) des linken Daumenendgliedes beschrieben worden. Alle darüber hinausgehenden subjektiv vorgetragenen Beschwerden – einschliesslich der behaupteten Einschränkung der Beugefähigkeit des Endgliedes – könnten pathomorphologisch weder klinisch noch bildgebend zugeordnet werden. Sodann könnten Folgen des Anpralltraumas der rechten Ferse weder klinisch noch bildgebend ausgemacht werden. Die im MRI beschriebene Bursitis subachillea und die Peritendinitis der Achillessehne könne nicht als traumaverursacht erklärt werden. Der Aspekt, dass die Beschwerdeführerin beim Stehen und Gehen den Fersenauftritt schonen und nur den Vorfuss belaste, sei ohne Bezug zum Trauma vom 14. Oktober 2011. Es sei nicht auszuschliessen, dass die im MRI beschriebenen Befunde eine Folge der funktionellen Fehlbelastung des rechten Fusses seien. Deren Verursachung gründe rein im Verhalten der Versicherten und nicht auf traumaverursachten Gewebeschädigungen (UV1-act. 209, S. 20).

2.1.3 Mit Stellungnahme vom 3. Oktober 2013 liess die Beschwerdeführerin undatierte Fotos einreichen, auf welchen Schwellungen des linken Daumens und des rechten Fusses erkennbar sind (UV1-act. 223). Die SMAB-Gutachter führten dazu aus, anlässlich ihrer orthopädischen und neurologischen Untersuchung hätten keine Schwellungen im Bereich der linken Hand und des rechten Fusses festgestellt werden können. Es sei ausdrücklich darauf hingewiesen worden, dass der MRI-beschriebene Befund einer Bursitis subachillea und einer Peritendinitis der Achillessehne die Folge einer funktionellen Fehlbelastung des rechten Fusses sein könnten. Das gleiche gelte



für die linke Hand, wo im MRI vom 17. Juli 2013 wenig Flüssigkeit im MCP I festgestellt worden sei. Diese Fehlbelastungen gründeten jedoch nicht auf traumaverursachten Gewebeschädigungen. Es sei nicht ausgeschlossen, dass diese Fehlbelastungen zu leichten temporären Schwellungen führen könnten. Ein Zusammenhang mit den beschriebenen Traumen könne nicht gesehen werden. Im Übrigen kontrastierten die MRI-Abklärungsbefunde erheblich mit der vorgelegten Fotodokumentation. Die auf der Fotodokumentation ersichtliche deutliche Schwellung und Hämatomfärbung wäre in einer MRI-Abklärung nicht zu übersehen gewesen. Es sei darauf hinzuweisen, dass die Beschwerdeschilderung und der Beschwerdeverlauf der Beschwerdeführerin ungewöhnlich seien. Die geklagten Beschwerden seien mit objektiven Befunden nicht erklärbar (UV1-act. 226). Entgegen den Ausführungen der Beschwerdeführerin (vgl. act. G1) bestritten die SMAB-Ärzte nicht explizit die Authentizität der Fotos, sondern hielten lediglich fest, sie seien mit den MRI-Aufnahmen nicht vereinbar und liessen sich wohl einzig mit der Fehlbelastung erklären. Auf den mit der Einsprache vom 2. Dezember 2013 eingereichten, mit 6. bzw. 7. Oktober 2013 datierten Fotos, welche sich lediglich als schwarz-weiss Kopien bei den Akten finden, lassen sich sodann aus der Sicht eines medizinischen Laien, abgesehen von einer allenfalls leichten Schwellung des linken Daumenendgliedes und der rechten Ferse, keine Auffälligkeiten erkennen (UV1-act. 236). Auf den mit der Beschwerde eingereichten Fotos sind ebenfalls (leichte) Schwellungen und Hautverfärbungen erkennbar (vgl. act. G1.2). Mit der Beschwerdegegnerin (act. G3) ist der Erklärung der SMAB zu folgen, wonach sich solche Schwellungen durch nicht unfallbedingte Fehlbelastungen erklären lassen. Im SMAB-Gutachten vom 13. Mai 2015 wurden erneut keine Schwellungen, Hämatome oder andere Symptome eines CRPS festgestellt, obwohl die Beschwerdeführerin gemäss eigenen Angaben vor der Untersuchung eine Strecke von mindestens 500 Metern zu Fuss zurückgelegt hatte (act. G12.2, S. 30). Es erscheint nicht nachvollziehbar, dass die eingereichten Fotos wie von der Beschwerdeführerin geltend gemacht dem Normalzustand entsprechen sollen (vgl. act. G1), die Symptome jedoch bei den beiden letzten SMAB Untersuchungen nicht festgestellt werden konnten. Es ist damit davon auszugehen, dass die zum Zeitpunkt der Leistungseinstellung offenbar noch teilweise auftretenden Schwellungen und Hautauffälligkeiten durch Fehlbelastungen bedingt sind und kein CRPS mehr vorliegt.



2.1.4 Die Beschwerdeführerin bringt weiter vor, die Diagnostik eines CRPS sei höchst anspruchsvoll, komplex und die Abklärung könne sich nicht in einer einmaligen Untersuchung erschöpfen. Die Begutachtung der SMAB sei überhaupt nicht CRPS spezifisch durchgeführt worden. Eine Auseinandersetzung mit den sogenannten “Budapest-Kriterien“, welche für die Diagnostik von zentraler Bedeutung seien, sei dem Gutachten nicht zu entnehmen. Hingegen sei auf die Bildgebung verwiesen worden, obwohl diese für die Diagnostik von untergeordneter Bedeutung sei bzw. hauptsächlich der Differentialdiagnose (Ausschluss anderer Erkrankungen) diene (act. G1). Entgegen den Ausführungen der Beschwerdeführerin setzten sich die Gutachter mindestens teilweise mit den “Budapest-Kriterien“ (vgl. dazu [http://www.schmerz-nottwil.ch/files/pdf4/13\\_CRPS\\_5.11.pdf](http://www.schmerz-nottwil.ch/files/pdf4/13_CRPS_5.11.pdf), eingesehen am 1. März 2017; auszugsweise eingereicht als act. G1.4) auseinander. So führten sie aus, es bestünden keine trophischen Störungen der oberen Extremität, abgesehen von einer symmetrisch mässig ausgeprägten Cubiti valga bestünden keine weiteren Aspekte eines Hypermobilitätssyndroms. Die Beweglichkeit in den Armgelenken sei beidseits frei, es bestehe keine erkennbare muskuläre Atrophie. Die Hauttemperatur beider Beine sei seitengleich. Es bestünden keine Ödeme und keine trophischen Störungen in den Beinen. Die Beweglichkeit in allen Gelenken der unteren Extremitäten sei frei (UV1-act. 209, S. 13 f.). Am linken Daumenendglied bestehe eine diskrete Hypästhesie (UV1-act. 209, S. 19). Sie folgerten, für die umfangreich geltend gemachten Beschwerden hätten keine adäquat korrelierenden klinisch-pathologischen Befunde ausfindig gemacht werden können. Für die subjektiv mitgeteilte schmerzhafte Beugeeinschränkung des Endgliedes des linken Daumens finde sich weder klinisch noch im MRI eine plausible korrelierende Erklärung. Für die vorgeführte Minderbelastbarkeit des rechten Fusses und der linken Hand finde sich keine pathomorphologische Erklärung (UV1-act. 209, S. 16). Obwohl sie die “Budapest-Kriterien“ nicht konkret erwähnten, kann den Gutachtern damit nicht vorgeworfen werden, sie hätten sich nicht damit befasst.

2.1.5 Auch weitere aktenkundige medizinische Berichte deuten auf die (vollständige) Regredienz des CRPS hin. So diagnostizierte Dr. D.\_\_\_\_ bereits am 18. Mai 2012 einen Status nach durchgemachter Sudeckkrankheit des linken Handgelenks (vgl. UV2-act. 1) und ging somit davon aus, das CRPS der linken Hand sei (vollständig) regredient. Dr. G.\_\_\_\_ diagnostizierte am 3. September 2012 zwar am linken Daumen und rechten Fuss ein CRPS I, erwähnte jedoch, die geschilderte Symptomatik, die radiologischen



Verlaufsbefunde des linken Daumens mit zunehmender Osteopenie sowie die klinischen und elektrographischen Untersuchungsbefunde passten “zu einem abgelaufenen CRPS an der linken Hand und am rechten Fuss“ (UV1-act. 154). Folglich ging auch sie von einem regredienten bzw. mindestens gebesserten CRPS aus. Zudem wies sie darauf hin, dass bei weiterer Behandlung allenfalls eine Besserung möglich sei (UV1-act. 154). Die Rehaklinik Bellikon erwähnte am 15. Mai 2013 einen Status nach abgelaufenem CRPS I des linken Daumens sowie ein CRPS I der rechten Ferse (UV1-act. 194). Weitere im SMAB-Gutachten vom 13. Mai 2015 aufgeführte Arztberichte stützen gemäss den nachvollziehbaren Ausführungen der Gutachter die Einschätzung, wonach das CRPS I vollständig regredient sei (vgl. act. G12.2, S. 21 ff.).

2.1.6 Mit Gutachten vom 13. Mai 2015 diagnostizierten die SMAB-Ärzte mit Auswirkung auf die Arbeitsunfähigkeit nur das unbestrittenermassen unfallabhängige degenerative HWS-Syndrom (act. G12.2, S. 28). Die aktuelle neurologische Untersuchung an der linken Hand und dem rechten Fuss verlaufe vollkommen unauffällig ohne Hinweise für eine Störung der Motorik, Sensibilität und Trophik. Das HWS-Syndrom führe zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der letzten beruflichen Tätigkeit als Servicekraft in der Grössenordnung von 20%. Ansonsten sei die Arbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit zu 100% gegeben (act. G12.2, S. 29 f.). Das Gutachten bestätigt damit die frühere medizinische Beurteilung der SMAB, wonach kein CRPS mehr vorliegt.

2.1.7 Zusammenfassend ist die Diagnose eines CRPS bezüglich der Quetschverletzung des linken Daumens und des Anpralltraumas der rechten Ferse im Zeitpunkt der Leistungseinstellung nicht mehr mit dem notwendigen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen.

2.2 Die SMAB-Gutachter hielten in ihrem Gutachten vom 16. August 2013 ausserdem die unfallrelevante Diagnose einer neurologisch dokumentierten diskreten Hypästhesie des linken Daumenendgliedes als Folge der Quetschverletzung vom Mai 2010 fest (UV1-act. 209, S. 20). Sie beurteilten, aufgrund der persistierenden diskreten Hypästhesie des linken Daumenendgliedes bestehe ab dem 18. Juli 2013 für die bisherige Tätigkeit als Serviceangestellte eine Arbeitsfähigkeit von 50%. In einer angepassten Tätigkeit ohne permanenten Kontakt mit dem linken Daumenendglied und



ohne Arbeiten, bei denen feinmotorische Bewegungsabläufe der linken Hand im Vordergrund stünden, seien 100% zumutbar. Die diskrete Hypästhesie im linksseitigen Daumenendglied entspreche einem Integritätsschaden von 2% (UV-act. 209, S. 21 und 27 f.). Diese, durch die SMAB-Gutachter nachvollziehbar begründete Einschränkung wurde in der Folge nicht bestritten und liegt der Verfügung vom 30. Oktober 2013 (UV1-act. 227) sowie dem Einspracheentscheid vom 4. April 2014 (UV1-act. 239) zugrunde. In ihrem Gutachten vom 13. Mai 2015 hielten die SMAB-Gutachter sodann fest, im Vergleich zur letzten neurologischen Begutachtung vom 18. Juli 2013, wo im Lokalbefund der linken Hand noch eine Hypästhesie nachweisbar gewesen sei, sei eine Besserung eingetreten (act. G12.2, S. 29 f.). Sie zweifelten jedoch die frühere Diagnose einer Hypästhesie des linken Daumenendgliedes als Folge der Quetschverletzung nicht an. Damit bestand zum massgeblichen Zeitpunkt überwiegend wahrscheinlich eine unfallkausale Hypästhesie, welche sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkte.

2.3 Hausärztin Dr. med. J.\_\_\_\_, Innere Medizin FM, erwähnte am 8. Januar 2014 eine komplexe somatoforme Störung, welche in besonderem Masse das Bewegungssystem betreffe und zu einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit führe (vgl. UV1-act. 237). Die SMAB-Gutachter vermuteten bzw. diagnostizierten am 16. August 2013 ebenfalls eine Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.0), verneinten aber eine diesbezügliche Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Gleiches gelte für die Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10: F43.21) (UV1-act. 209, S. 18 f.). Am 13. Mai 2015 beurteilten sie sodann, es liege eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) sowie Angst und depressive Störung, gemischt (ICD-10: F45.41) vor, welche sich jedoch nicht auf die Arbeitsfähigkeit auswirkten (act. G12.2, S. 26 ff.). Dr. J.\_\_\_\_ stellte nur psychiatrische Diagnosen, deren Unfallkausalität ausser Betracht fällt (vgl. BGE 115 V 133).

2.4 Bei der Würdigung der medizinischen Situation fällt weiter ins Gewicht, dass die SMAB-Gutachten vom 16. August 2013 und 13. Mai 2015 auf umfassender Aktenkenntnis sowie polydisziplinären eigenen Untersuchungen beruhen, das gesamte Leidensbild der Beschwerdeführerin berücksichtigen und die auf dieser Grundlage gezogenen Schlüsse nachvollziehbar sind. Aus den von der Beschwerdeführerin vorgebrachten Einwänden ergeben sich zudem keine objektiven Gesichtspunkte, welche die Gutachter ausser Acht gelassen hätten. Schliesslich wurden auch keine



zwischen dem SMAB-Gutachten vom 16. August 2013 und dem umstrittenen Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 4. April 2014 (UV1-act. 239) eingetretenen massgeblichen Veränderungen mit negativen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit geltend gemacht und solche ergeben sich auch nicht aus den Akten. Im Gegenteil ergibt sich aus dem SMAB-Gutachten vom 13. Mai 2015 eine seit dem letzten Gutachten vom 16. August 2013 eingetretene gesundheitliche Verbesserung. Ein Obergutachten erübrigt sich. Die inzwischen drei Gutachten der SMAB sowie eine Stellungnahme zur Fotodokumentation sind umfassend und setzen sich auch mit dem Verlauf des Gesundheitszustandes auseinander. Es kann darauf abgestellt werden.

2.5 Damit ist mit der Beschwerdegegnerin davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der Leistungseinstellung unter Berücksichtigung der unfallkausalen Hypästhesie des linken Daumenendglieds in einer adaptierten Tätigkeit zu 100% arbeitsfähig war. Hinsichtlich der weiteren von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden ist eine unfallbedingt erklärbare Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit im Zeitpunkt der Leistungseinstellung nicht mit dem notwendigen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen.

3.

3.1 Die Beschwerdeführerin ist überwiegend wahrscheinlich seit 18. Juli 2013 für eine adaptierte Tätigkeit wieder zu 100% arbeitsfähig und es kann durch weitere medizinische Behandlung nicht mehr mit einer namhaften Verbesserung des Gesundheitszustandes gerechnet werden. Die Beschwerdegegnerin hat damit zurecht die Rentenfrage geprüft (vgl. Art. 19 Abs. 1 UVG).

3.2 Ein zentrales Element der Bemessung des zumutbaren Invalideneinkommens - und damit indirekt des Invaliditätsgrads - ist in aller Regel der Grad der verbliebenen Arbeitsfähigkeit. Ausgehend von einer 100%igen Arbeitstätigkeit in der angestammten Tätigkeit als Hilfsarbeiterin (Servicemitarbeiterin) im Validenfall und einer Arbeitsfähigkeit von 100% für eine adaptierte Hilfsarbeitertätigkeit im Invalidenfall erübrigt sich die Vornahme eines konkreten Einkommensvergleichs, da – vor dem Hintergrund dessen, dass die Beschwerdeführerin stets unterdurchschnittlich verdient hat (vgl. UV1-act. 103) und vorliegend keine Gründe für einen Leidensabzug ersichtlich



sind – offensichtlich kein rentenbegründender Mindestinvaliditätsgrad von 10% resultiert. Die Beschwerdegegnerin hat damit einen Rentenanspruch zu Recht verneint.

3.3 Mit Gutachten vom 16. August 2013 schätzten die SMAB-Gutachter den Integritätsschaden aufgrund der damals noch festgestellten diskreten Hypästhesie des linken Daumenendglieds nachvollziehbar auf 2% (UV1-act. 209). Eine höhere Integritätsentschädigung rechtfertigt sich mangels weiterer unfallkausaler Restfolgen nicht. Da gemäss Anhang 3 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) Integritätsschäden unter 5% keinen Anspruch auf eine Integritätsentschädigung auslösen, ist die Verneinung eines entsprechenden Anspruchs nicht zu beanstanden.

4.

4.1 Im Sinne der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde vollumfänglich abzuweisen.

4.2 Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG).

4.3 Ausgangsgemäss hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung. Als Versicherungsträger hat die obsiegende Beschwerdegegnerin praxisgemäss keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung, soweit - wie vorliegend - die Prozessführung der Gegenpartei nicht als mutwillig oder leichtsinnig zu bezeichnen ist (vgl. KIESER, a.a.O., N 199 zu Art. 61).

### Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Es werden keine Gerichtskosten erhoben.



3.

Für dieses Verfahren wird keine Parteientschädigung zugesprochen.