



Fall-Nr.: UV 2014/7
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: UV - Unfallversicherung
Publikationsdatum: 04.11.2015
Entscheiddatum: 04.11.2015

Entscheid Versicherungsgericht, 04.11.2015

Art. 6 UVG: Bejahung gewisser somatischer Unfallrestfolgen; Verneinung eines adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen Unfall und psychischer Symptomatik. Art. 6 ATSG: Arbeitsfähigkeit und Verwertbarkeit derselben auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt bei eingeschränkter Gebrauchsfähigkeit der rechten, dominanten Hand; wegen Schmerzsymptomatik und funktionaler Einschränkung ist nur noch ein Gebrauch der rechten Hand als Zudien- bzw. Haltehand möglich (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 4. November 2015, UV 2014/7). Entscheid vom 4. November 2015 Besetzung Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider (Vorsitz), Versicherungsrichter Joachim Huber, Versicherungsrichterin Lisbeth Mattle Frei; Gerichtsschreiber Philipp Geertsen Geschäftsnr. UV 2014/7 Parteien A. ____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Markus Roos, Postgasse 5, Postfach, 9620 Lichtensteig, gegen Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva), Fluhmattstrasse 1, Postfach 4358, 6002 Luzern, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Versicherungsleistungen (Rente; Integritätsentschädigung Sachverhalt

A.

A.a A. __ (nachfolgend: Versicherte) war seit 28. Mai 2001 bei der B. __ AG als Bürstenmacherin angestellt und dadurch bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva) gegen die Folgen von Unfällen versichert. Laut Angaben der Versicherten stoppte am 20. Januar 2011 die Maschine ihres Arbeitsplatzes (eine 6 Prozessstufen umfassende, halbautomatische Büschelpresse) mitten im automatischen Ablauf. Die Versicherte wollte die Störung beheben. Dazu stellte sie die Maschine ab und griff im Bereich der Prozessstufe 4 in die offene Maschine, um ein verklemmtes Teil herauszuholen. Unerwartet bewegte sich einer der



pneumatischen Zylinder, wodurch das rechte Handgelenk der Versicherten eingeklemmt und verletzt wurde (Suva-act. 1, 48). Die Ärzte der Klinik für Neurologie des Kantonsspitals St. Gallen (nachfolgend: KSSG), in deren Notfall-Sprechstunde die Versicherte am Unfalltag untersucht wurde, diagnostizierten eine Läsion des Nervus ulnaris rechts nach Drucktrauma (Suva-act. 14). Die gleichentags konsiliarisch beigezogenen Ärzte der Klinik für Orthopädische Chirurgie des KSSG diagnostizierten eine Neuropraxie des Nervus ulnaris rechts bei Einklemmungstrauma sowie eine Rissquetschwunde des rechten Handgelenks ulnarseitig. Die Röntgenuntersuchung ergab keinen Hinweis auf eine ossäre Läsion (Suva-act. 8). In Anbetracht der klinisch sicher erhaltenen Kontinuität des Nervus ulnaris wurde therapeutisch ein abwartendes Verhalten mit Ruhigstellung und medikamentöser Schmerztherapie festgelegt (Suva-act. 8, 14). Der Versicherten wurde eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (Suva-act. 13). Die Suva anerkannte ihre Leistungspflicht und erbrachte die gesetzlichen Leistungen (Heilkosten und Taggelder; Suva-act. 3, 5).

A.b Am 31. Januar 2011 wurde bei der Versicherten eine elektrophysiologische Untersuchung im Muskelzentrum des KSSG durchgeführt. Im Untersuchungsbericht vom 1. Februar 2011 wurde eine wahrscheinlich über eine Neurapraxie hinausgehende Schädigung des Nervus ulnaris angenommen. Das elektroneurographische Untersuchungsergebnis sei vereinbar mit einer hochgradigen axonalen Schädigung. Das Ausmass der Schädigung bzw. Aussagen hinsichtlich der Integrität und Regenerationsfähigkeit des Nervus ulnaris lasse sich jedoch elektromyographisch frühestens zwei bis drei Wochen nach dem ursächlichen Trauma bestimmen (Suva-act. 92). Der elektrophysiologische Befund des Muskelzentrums des KSSG vom 14. Februar 2011 bestätigte sodann die hochgradige axonale Schädigung des Nervus ulnaris. Dessen partiell erhaltene Kontinuität sprach jedoch gegen eine Neurotmesis. Als Beschwerden wurden im Untersuchungsbericht vom 15. Februar 2011 eine im Vergleich zur Untersuchung vom 31. Januar 2011 unverändert ausgeprägte motorische Einschränkung, eine etwas vermindert ausgeprägte Sensibilitätsstörung sowie eine aktuell im Vordergrund stehende neuropathische Schmerzsymptomatik festgehalten. Entsprechend wurde als Diagnose eine Nervus ulnaris-Läsion rechts mit/bei elektrophysiologischem Nachweis einer hochgradigen axonalen Schädigung mit Hinweis für eine erhaltene Kontinuität des Nerven und neuropathischem Schmerzsyndrom gestellt (Suva-act. 91). Nachdem eine weitere elektrophysiologische



Untersuchung vom 14. März 2011 noch keinen Hinweis auf eine aktive axonale Regeneration in den Nervus ulnaris-versorgten Handmuskeln erbracht hatte (Suva-act. 90), konnte aufgrund des elektrophysiologischen Untersuchungsergebnisses vom 5. Mai 2011 von einer aktiven Reinnervation ausgegangen werden (Suva-act. 89). Laut ärztlichem Zwischenbericht des Hausarztes der Versicherten, Dr. med. C.____, Facharzt für Innere Medizin FMH, vom 24. Juli 2011 war wegen einer depressiven Symptomatik der Versicherten Ende Mai 2011 mit der Durchführung einer medikamentösen Behandlung begonnen worden. Die Handproblematik wurde mit Ergotherapie und Schmerzmitteln behandelt (Suva-act. 40, vgl. auch Suva-act. 42). Am 21. November 2011 erfolgte eine weitere elektrophysiologische Untersuchung im Muskelzentrum des KSSG, bei der sich im Vergleich zur Untersuchung vom Januar 2011 ein deutlicher Reinnervationsfortschritt und ein noch fortbestehender Reinnervationsprozess zeigten. Laut Untersuchungsbericht vom 22. November 2011 befand sich der 5. Finger, weniger der 4. Finger, anlässlich der klinisch neurologischen Untersuchung in einer Beugestellung, wofür eine Kontraktur vermutet wurde. Bei der Zeigefingerspreizung wurde der Kraftgrad 4 erreicht. Belastend wurde nach wie vor das Schmerzsyndrom mit einer ausgeprägten Allodynie beschrieben, die sich auf den 5. Finger und die Hälfte des 4. Fingers, ulnarseitig, begrenzte (Suva-act. 88). Bei einer elektrophysiologischen Untersuchung vom 18. Mai 2012 zeigte sich schliesslich eine weitere Verbesserung und zudem eine weitestgehend abgeschlossene Reinnervation des Musculus abductor digiti (Kleinfingerspreizer) sowie des Musculus interosseus dorsalis I bei fehlenden Zeichen eines aktiven Reinnervationsprozesses. Laut Untersuchungsbericht vom 18. Mai 2012 konnte die nach wie vor ausgeprägte Beugestellung des 5., weniger auch des 4., Fingers, der rechten Hand nicht durch eine reine Neuropathie des Nervus ulnaris erklärt werden. Es wurde bestätigt, dass diese vielmehr Ausdruck einer Kontraktur sei. Die klinische neurologische Untersuchung zeigte ausserdem für die Zeigefingerspreizung weiterhin den Kraftgrad 4. Unverändert präsentierte sich auch die ausgeprägte Allodynie begrenzt auf den 5. Finger sowie die Hälfte des 4. Fingers, die eine Kraftgradprüfung unmöglich machte. Die Versicherte gab demgegenüber eine weitere Verbesserung der Gefühlsstörungen sowie des Bewegungsumfangs an (Suva-act. 87).

A.c Am 12. Juni 2012 erfolgte eine kreisärztliche Untersuchung durch Dr. med. D.____, Facharzt orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates



FMH. Laut gleichentags erstelltem Untersuchungsbericht klagte die Versicherte über anhaltende, unregelmässig auftretende Schmerzen im Bereich des rechtsseitigen Nervus ulnaris. Es bestehe eine Überempfindlichkeit mit Schmerzhaftigkeit im Sinne einer Allodynie im Bereich des 5. Fingers sowie des Hautareals im Bereich des 5. Mittelhandknochens. Die Versicherte könne die rechte Hand nicht kraftmässig einsetzen. Generell habe sie sich umgestellt und verrichte sämtliche Haushaltstätigkeiten mit der linken Hand. Bei Tätigkeiten mit Einsatz beider Hände benötige sie Hilfe. Die Beschwerden hätten sich geringfügig gebessert. Jedoch störe sie weiterhin die Schmerzhaftigkeit im Bereich des 5. Fingers. Objektiv stellte Dr. D.____ eine aktive Beweglichkeitseinschränkung der Finger 4 und 5 bezüglich Streckung in den PIP-Gelenken endgradig fest. Bei vorsichtiger passiver Prüfung der Streckung des 4. Fingers im Bereich des PIP-Gelenks lasse sich das Streckdefizit deutlich verringern. Es bestünden keine Anzeichen für eine Kontraktur im Bereich des PIP-Gelenks des 4. Fingers. Beim Versuch, eine passive Streckung des PIP-Gelenks des 5. Fingers durchzuführen, verweigere sich die Versicherte wegen angeblich ausgelöster Schmerzen. Die aktive Abspreiz- und Anspreizbewegung der Finger 4 und 5 sei nicht möglich. Anzeichen für eine längerfristige Schonung der rechten Hand liessen sich aufgrund fehlender Muskelverschmächtigung sowohl im Bereich der rechten Hand als auch des gesamten rechten Armes ca. 18 Monate nach dem Unfallereignis nicht verifizieren. Bei Überprüfung der Muskelkraft seien aufgrund mangelnder Mitwirkung der Versicherten rechtsseitig keine Werte zu erheben. Man bekomme jedoch den Eindruck, dass bessere Kraftwerte bei entsprechendem Effort zu erreichen wären (Suva-act. 83).

A.d Mit Schreiben vom 20. Juni 2012 ersuchte Dr. C.____ das Psychiatrische Zentrum E.____ die Versicherte zu einer konsiliarischen Untersuchung anzubieten. Neben der Schmerzproblematik infolge der Quetschverletzung der rechten Hand mit Verletzung des Nervus ulnaris würden zunehmend Zukunftsängste und Gefühle der Wertlosigkeit, verbunden mit Schlafschwierigkeiten, Albträumen, Gedankenreisen und Kopfschmerzen, auftreten (Suva-act. 86).

A.e Nach Durchsicht sämtlicher elektrophysiologischer Untersuchungsergebnisse des Muskelzentrums des KSSG reichte Dr. D.____ am 27. Juni 2012 eine ergänzende Stellungnahme zu seinem Untersuchungsbericht vom 12. Juni 2012 ein. Hinsichtlich



Arbeitsfähigkeit hielt Dr. D.____ fest, dass der Versicherten unter Berücksichtigung der Untersuchungsbefunde ein Arbeitsversuch von 30% in der angestammten Tätigkeit als Fabrikarbeiterin unter adäquater Schmerztherapie zuzumuten sei. Eine allfällige Steigerung der Arbeitsfähigkeit sei vom weiteren Heilverlauf abhängig. Das Tragen einer nächtlichen Schiene in Streckstellung sei nicht indiziert. Hingegen sollte die Ergotherapie fortgesetzt werden. Der Behandlungserfolg sollte durch engmaschige Verlaufsberichte kontrolliert werden (Suva-act. 94).

A.f Einem am 9. Juli 2012 aufgenommenen Arbeitsversuch ohne Arbeitsleistung musste die Versicherte nach zwei Tagen abbrechen. Die Arbeitgeberin erklärte dazu am 13. Juli 2012, es sei bei ihnen schwierig, eine Tätigkeit einhändig durchzuführen. Sie hätten einfach zu wenig Arbeiten für die Versicherte. Die Limite für einhändige Arbeiten sei auch sehr tief. Am Arbeitseinsatz der Versicherten habe es jedoch nicht gelegen (Suva-act. 100).

A.g Am 19. Juli 2012 stellte sich die Versicherte nach früheren Kontrollen vom 18. April 2011 (Suva-act. 18), 15. Juli 2011 (Suva-act. 38), 14. Oktober 2011 (Suva-act. 52), 20. Januar 2012 (Suva-act. 71) und vom 20. April 2012 (Suva-act. 79) neuerlich in der Sprechstunde der Klinik für Hand-, Plastische- und Wiederherstellungschirurgie des KSSG vor. Die untersuchenden Ärzte wiesen in ihrem Bericht vom 20. Juli 2012 auf die bei der elektrophysiologischen Untersuchung des Muskelzentrums des KSSG festgestellte Befundverbesserung hin. Nach wie vor bestehe jedoch eine ausgeprägte Beugestellung des 5. Fingers, weniger auch des 4. Fingers der rechten Hand, bei der es sich laut Ärzten des Muskelzentrums des KSSG nicht um eine reine Neuropathie des Nervus ulnaris, sondern wahrscheinlich eher um eine Beugekontraktur beider Finger handle. Die Versicherte berichte über eine depressive Verstimmung aufgrund ihrer seit 1.5 Jahren andauernden Beschäftigungslosigkeit. Von handchirurgischer Seite könne ihr aktuell nichts angeboten werden. Insgesamt würden ihr die intensive Fortführung der Ergotherapie sowie eine psychiatrische Behandlung empfohlen. Die Behandlung in ihrer Klinik werde abgeschlossen (Suva-act. 104). Am 13. August 2012 trat die Versicherte in die Tagesklinik des Psychiatrischen Zentrums E.____ ein, deren behandelnde Ärztin in dem der Suva eingereichten Kostengutsprache gesuch vom 6. September 2012 eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome



St.Galler Gerichte

diagnostizierte (Suva-act. 116). Die bis anhin durchgeführte Ergotherapie wurde aus diesem Grund unterbrochen (Suva-act. 109, 112).

A.h Mit Schreiben vom 10. September 2012 kündigte die B.____ AG per 31. Dezember 2012 das Arbeitsverhältnis mit der Versicherten (Suva-act. 140).

A.i Am 14. September 2012 legte die Suva den Schadenfall zur Prüfung des Fallabschlusses, zur Festlegung der Arbeitsfähigkeit und zur Schätzung eines allfälligen unfallbedingten Integritätsschadens der Versicherten Dr. D.____ vor (Suva-act. 119). Dieser erachtete eine Besserungsmöglichkeit des unfallbedingten Gesundheitsschadens durch konsequente Fortführung der Ergotherapie als gegeben und empfahl die Einholung eines Berichts der Ergotherapeutin sowie die Vorstellung der Versicherten in einer Schmerzambulanz. Die Beurteilung eines allfälligen Integritätsschadens sei angesichts der vorliegenden neurologisch unfallbedingten Gesundheitsschäden frühestens zwei Jahre nach dem Unfallereignis sinnvoll. Dies betreffe ebenso einen etwaigen Fallabschluss (Suva-act. 120). Entsprechend der kreisärztlichen Beurteilung erfolgte die Anmeldung zur Wiederaufnahme der Ergotherapie durch Dr. C.____ sowie die Zuweisung an das Schmerzzentrum des KSSG durch die Suva, wo die Versicherte erstmals am 8. November 2012 vorstellig wurde (Suva-act. 122 f., 133, 137). Am 30. November 2012 erstattete die behandelnde Ergotherapeutin F.____ der Suva einen Kurzbericht hinsichtlich Beweglichkeit der Finger 4 und 5 der rechten Hand (Suva-act. 139). Das Schmerzzentrum des KSSG berichtete über seine Behandlung der Versicherten am 19. Dezember 2012 und diagnostizierte ein chronifiziertes Schmerzsyndrom rechte obere Extremität (Suva-act. 190). Am 25. Februar 2013 brach die Versicherte die psychiatrische Behandlung in der Tagesklinik des Psychiatrischen Zentrums E.____ ab (vgl. Suva-act. 178, 190, 210).

A.j Am 23. Mai 2013 untersuchte Dr. D.____ die Versicherte erneut und empfahl die Durchführung einer neurologischen Untersuchung samt elektrophysiologischer Untersuchung mit der Fragestellung, ob sich seit Eingangsbefund im Januar 2011 eine Änderung des Zustandes bezüglich der rechtsseitigen Ulnarisneuopraxie und Allodynie eingestellt habe (Suva-act. 203). Diese erfolgte am 26. Juni 2013 in der Klinik für Neurologie des KSSG (Suva-act. 213). Dr. D.____ verfasste hierauf eine ergänzende



St.Galler Gerichte

Stellungnahme und äusserte sich zur Arbeitsfähigkeit der Versicherten sowie zur Höhe ihres Integritätsschadens (Suva-act. 215 f.).

A.k Gestützt auf das kreisärztliche Untersuchungsergebnis sowie die ergänzende Stellungnahme von Dr. D.____ teilte die Suva dem Rechtsvertreter der Versicherten, Rechtsanwalt lic. iur. M. Roos, Lichtensteig, mit Schreiben vom 7. August 2013 die Einstellung der Heilkosten- und Taggeldleistungen per 31. August 2013 mit und kündigte ab dem Zeitpunkt des Fallabschlusses die Prüfung eines Anspruchs auf eine Invalidenrente an (Suva-act. 222).

A.l Mit Verfügung vom 21. August 2013 sprach die Suva der Versicherten eine Invalidenrente ab 1. September 2013 auf der Basis eines Invaliditätsgrades von 14% sowie eine Integritätsentschädigung aufgrund einer Integritätseinbusse von 10% zu (Suva-act. 225).

A.m Auf Einwand von Dr. C.____ vom 26. August 2013 gegen die Einstellung der Heilkostenleistungen per 31. August 2013 (Suva-act. 229), sicherte die Suva der Versicherten weiterhin die Übernahme der Kosten der Behandlung der unfallbedingten Schmerzen im Bereich der rechten Hand in Form von medikamentösen und anderen schmerztherapeutischen Massnahmen inklusive Ergotherapie zu (Suva-act. 230).

B.

B.a Mit Eingabe vom 18. September 2013 liess die Versicherte durch ihren Rechtsvertreter Einsprache gegen die Verfügung vom 21. August 2013 erheben. Es wurde insbesondere geltend gemacht, Dr. D.____ habe sich nicht zur neurologischen Beurteilung vom 29. Juni 2013 geäussert (Suva-act. 234). Unter diesem Aspekt nahm Dr. D.____ am 16. Dezember 2013 nochmals zur Arbeitsfähigkeit bzw. zum Zumutbarkeitsprofil der Versicherten Stellung (Suva-act. 255).

B.b Inzwischen waren bei der Versicherten am 8. Oktober sowie 12. November 2013 Verlaufsuntersuchungen im Schmerzzentrum des KSSG durchgeführt worden (Suva-act. 248, 253). Eine Nächste erfolgte am 19. Dezember 2013 (Suva-act. 257).



B.c Mit Einspracheentscheid vom 7. Januar 2014 wies die Suva die Einsprache des Rechtsvertreters der Versicherten vom 18. September 2013 gegen die Verfügung vom 21. August 2013 ab (Suva-act. 258).

C.

C.a Dagegen erhob der Rechtsvertreter der Versicherten (nachfolgend: Beschwerdeführerin) am 10. Februar 2014 Beschwerde mit folgenden Anträgen: Der angefochtene Einspracheentscheid sei vollumfänglich aufzuheben, es sei ein Erwerbsunfähigkeitsgrad von mindestens 46.44 % festzulegen und entsprechend sei die monatliche Rente neu festzulegen. Die Schätzung des Integritätsschadens von 10% bzw. von Fr. 12'600.-- sei aufzuheben. Nach Durchführung eines medizinischen Gutachtens sei eine höhere Integritätsentschädigung festzulegen. Der Beschwerdeführerin sei ausserdem im vorliegenden Beschwerdeverfahren die unentgeltliche Rechtspflege zu gewähren, unter Kosten- und Entschädigungsfolge (act. G 1).

C.b Mit Beschwerdeantwort vom 13. März 2014 beantragte die Suva (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) die Abweisung der Beschwerde. Der im angefochtenen Einspracheentscheid berechnete Invaliditätsgrad von 14% sei im Rahmen einer Reformatio in peius auf den korrekten Prozentsatz von 13% zu reduzieren. Im Übrigen sei der Einspracheentscheid zu bestätigen (act. G 6).

C.c Die Verfahrensleitung bewilligte am 17. März 2014 das Gesuch um unentgeltliche Rechtsverbeiständung für das Gerichtsverfahren (act. G 7).

C.d Mit Replik vom 29. August 2014 hielt der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin an den gestellten Anträgen fest (act. G 15).

C.e Mit Duplik vom 30. September 2014 erneuerte auch die Beschwerdegegnerin ihren Antrag auf Beschwerdeabweisung (act. G 17) und Reduzierung des im angefochtenen Einspracheentscheid berechneten Invaliditätsgrads von 14% im Rahmen einer Reformatio in peius auf 13%.



C.f Auf die Begründungen in den einzelnen Rechtsschriften sowie den (weiteren) Inhalt der medizinischen Akten wird, soweit entscheidnotwendig, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Erwägungen

1.

Streitig und zu prüfen ist die Höhe des Invalidenrenten- und Integritätsentschädigungsanspruchs der Beschwerdeführerin. Unbestritten geblieben ist, dass spätestens per 31. August 2013 (vgl. dazu Suva-act. 104, 213, 222) der gesundheitliche Endzustand erreicht und daher ein Renten- und Integritätsentschädigungsanspruch ab bzw. in diesem Zeitpunkt zu prüfen war. Die von der Beschwerdegegnerin mit Schreiben vom 5. September 2013 zugesicherten, weiter ausgerichteten Heilkostenleistungen werden offensichtlich im Rahmen von Art. 21 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) gewährt und bilden nicht Anfechtungsgegenstand des vorliegenden Beschwerdeverfahrens.

2.

2.1 Ist die versicherte Person infolge des Unfalls zu mindestens 10 Prozent invalid (Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]), 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, geistigen oder psychischen Integrität, so hat sie Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung (Art. 24 Abs. 1 UVG). Der Unfallversicherer ist demnach nur für Gesundheitsschäden leistungspflichtig, die natürlich und adäquat-kausal mit einem versicherten Unfallereignis zusammenhängen (vgl. dazu BGE 129 V 181 f. E. 3.1 f.; Alexandra Rumo-Jungo/André Pierre Holzer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2012, S. 53 ff.). Aufgabe des Arztes ist es, den natürlichen Kausalzusammenhang zu beurteilen, während es dem Gericht obliegt, die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang zu beantworten (PVG 1984 Nr. 82, 174). Bei physischen Unfallfolgen spielt indessen die Adäquanz als



rechtliche Eingrenzung der aus dem natürlichen Kausalzusammenhang sich ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle (BGE 117 V 365 mit Hinweisen; SVR 2000 Nr. 14 Nr. 45).

2.2 Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die beklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten oder der Expertin begründet sind.

Ausschlaggebend für den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens ist grundsätzlich weder dessen Herkunft noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 352 E. 3a). Die Kreisärzte und Kreisärztinnen der Suva sind nach ihrer Funktion und beruflichen Stellung Fachärzte bzw. Fachärztinnen im Bereich der Unfallmedizin. Da sie ausschliesslich Folgen von Unfällen, unfallähnliche Körperschädigungen und Berufskrankheiten diagnostisch beurteilen und therapeutisch begleiten, verfügen sie über besonders ausgeprägte traumatologische Kenntnisse und Erfahrungen. Im Verhältnis zu Allgemeinpraktikern kommt ihnen eine spezialärztliche Stellung zu, wobei diese neben überwachenden und korrigierenden auch beratende Funktionen umfasst (Urteil des Bundesgerichts vom 3. Oktober 2008, 8C_510/2007, E. 7.5.4).

Selbstverständlich ist jedoch auch der Beweiswert kreisärztlicher Beurteilungen nach den allgemeinen Grundsätzen der Schlüssigkeit, Nachvollziehbarkeit, Widerspruchsfreiheit sowie des Fehlens von Indizien, welche gegen die Zuverlässigkeit der spezialärztlichen Beurteilung sprechen, zu beurteilen (RKUV 1991 Nr. 133 S. 311 ff.). Nicht angenommen werden kann hingegen, dass bei Kreisärzten und Kreisärztinnen per se eine Befangenheitssituation vorliegt. Hinweise auf eine konkrete Befangenheit Dr. D.____' werden vom Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin keine angeführt und können dessen Beurteilungen auch nicht entnommen werden. Inwieweit ihnen materiell rechtlich gefolgt

werden kann, gilt es nachfolgend zu prüfen.

3.



3.1 Vorab ist abzuklären, welche gesundheitlichen Beeinträchtigungen als unfallkausal zu betrachten sind und damit für die Festlegung der Leistungsfähigkeit, der Rentenleistungen sowie der Integritätsbeeinträchtigung bzw. Integritätsentschädigung relevant sind.

3.2

3.2.1 Anlässlich des Unfallereignisses vom 20. Januar 2011 erlitt die Beschwerdeführerin unbestrittenermassen ein Quetschtrauma des distalen Unterarms rechts mit Läsion des Nervus ulnaris. Elektrophysiologisch liess sich eine hochgradige axonale Schädigung mit Hinweis für eine erhaltene Kontinuität des Nervs nachweisen (Suva-act. 91). In der Folge zeigte sich elektrophysiologisch eine aktive Reinnervation bzw. axonale Regeneration des Nervus ulnaris in der durch diesen versorgten Handmuskeln Musculus digiti minimi und Musculus interosseus dorsalis I (Suva-act. 89), welche am 18. Mai 2012 weitestgehend als abgeschlossen bezeichnet wurde. Vorhanden war hingegen im Seitenvergleich nach wie vor eine verminderte Amplitude der motorischen und sensiblen Potentiale des rechten Nervus ulnaris (Suva-act. 87; vgl. auch Suva-act. 213: EMG [Elektromyographie] vom 26. Juni 2013). In dieser Hinsicht sind gewisse Unfallrestfolgen zu erwarten.

3.2.2 Anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung von Dr. D.____ vom 23. Mai 2013 klagte die Beschwerdeführerin über ziehende Schmerzen, ausgehend von der rechten Hand, unter Einschluss der gesamten rechten oberen Extremität bis zur rechten Schulter. Ausserdem wurde eine Überempfindlichkeit im Bereich des 5. und 4. Fingers rechts geschildert (Suva-act. 203). Auch anlässlich des Konsiliums der Ärzte der Klinik für Neurologie des KSSG vom 26. Juni 2013 berichtete die Beschwerdeführerin von konstant fortbestehenden Schmerzen der rechten Hand palmar und dorsal ulnarseitig, als auch im Bereich des 4. und 5. Fingers. Der 4. Finger sei nur ulnarseitig betroffen. Es bestehe eine Schmerzempfindlichkeit für Berührung. Im Weiteren beschrieb die Beschwerdeführerin eine deutlich herabgesetzte Beweglichkeit des 4. und 5. Fingers. Die Beweglichkeit der ersten drei Finger sei gut (Suva-act. 213).

3.2.3 Sowohl die Ärzte der Klinik für Hand-, Plastische- und Wiederherstellungschirurgie des KSSG in ihrem Bericht vom 17. Oktober 2011 (Suva-



act. 52) als auch nachfolgend diejenigen des Muskelzentrums des KSSG in ihrem Bericht vom 18. Mai 2012 (Suva-act. 87) hatten den Befund einer Krallenstellung des Ring- und Kleinfingers der rechten Hand bzw. eine extreme Beugestellung des 5. Fingers, weniger auch des 4. Fingers rechts erhoben. Dr. D.____ erfasste objektiv bei Malcompliance der Beschwerdeführerin einen stets in MP-Hyperextensionsstellung sowie PIP- und DIP-Flexionsstellung positionierten 5. Finger rechts (vgl. dazu auch Suva-act. 33). Die Ursache dieser Beweglichkeitseinschränkung wurde nicht durch eine reine Neuropathie des Nervus ulnaris erklärt, sondern als Ausdruck einer Kontraktur betrachtet (vgl. dazu auch Suva-act. 87). Der Faustschluss war anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung rechtsseitig nicht vollständig möglich. Die Greiffähigkeit wurde vornehmlich mit den Fingern 1 bis 3 durchgeführt.

3.2.4 Laut Dr. D.____ gestaltete sich die Untersuchung stellenweise schwierig. Die Beschwerdeführerin habe diverse Bewegungen bzw. Haltungen nur nach mehrfacher Aufforderung des Untersuchers so ausgeführt, dass eine adäquate Untersuchung habe durchgeführt werden können. Zum Teil habe die Untersuchung groteske Züge – aufgrund abnormen Bewegungsverhaltens der Beschwerdeführerin mit der rechten oberen Extremität – angenommen. Die subjektiv angegebene gesamthafte Hyposensibilität auf der Beugeseite des rechten Unterarms sei dermatommässig nicht zuordenbar. Die fortbestehenden Schmerzen im Bereich des 4. und 5. Fingers stellte Dr. D.____ hingegen nicht in Frage. Der Faustschluss sowie die Kraftentwicklung im Bereich der rechten Hand seien abgeschwächt, objektiv jedoch unvereinbar mit den untersuchungsmässig vorgefundenen seitengleichen Umfangmassen an den oberen Extremitäten. Gesamthaft seien die Untersuchungsbefunde mit den von der Beschwerdeführerin geschilderten Beschwerden nicht erklärbar. Zum Teil seien beim Ausziehen des Pullovers flüssige Bewegungsformen durchgeführt worden, die während der Untersuchung mit einem demonstrativ langsamen Ablauf gekennzeichnet gewesen seien. Eine Tendenz zur Symptomverstärkung könne der Beschwerdeführerin nicht abgesprochen werden. Trotz gewisser Vorbehalte stellte Dr. D.____ die offensichtlich unfallkausalen Diagnosen eines chronifizierten neuropathischen Schmerzsyndroms der rechten oberen Extremität bei Status nach Nervus ulnaris-Läsion infolge Quetschtrauma distaler Unterarm im Januar 2011 sowie aktuell einer Hyperextensionsstellung im MP-Gelenk und einer Hyperflexionsstellung im PIP- und DIP-Gelenks des 5. Fingers rechts bei fraglicher Kontraktur (Suva-act. 203).



3.2.5 Auch die Ärzte der Klinik für Neurologie des KSSG erhoben unzweifelhaft weiterhin eine typische Klinik nach Nervus ulnaris-Läsion sowie ein neuropathisches Schmerzsyndrom nach entsprechender Schädigung des Nervus ulnaris im Rahmen des Quetschtraumas am 20. Januar 2011. Wie von den Ärzten der Klinik für Hand-, Plastische- und Wiederherstellungschirurgie als auch denjenigen des Muskelzentrums des KSSG wurde sodann eine Flexionsstellung im Sinne einer Krallenhand bezüglich des 4. und 5. Fingers der rechten Hand erhoben. Die Kraftprüfung des 4. und 5. Fingers war bei ausgeprägter Allodynie nicht konklusiv. Im Gegensatz zu Dr. D.____ stellten die Ärzte der Klinik für Neurologie des KSSG zusätzlich sekundär eine Inaktivitätsatrophie fest, welche sich auch in den Oberarmumfängen widerspiegeln. Im Weiteren anerkannten die Ärzte der Klinik für Neurologie des KSSG, dass aufgrund des Schmerzes eine Fehlhaltung antrainiert worden sei, welche nun sekundär zu Schmerzen im Bereich des rechten Nackens und der rechten Schulter führe. Als Diagnose wurde schliesslich - wie von Dr. D.____ - ein neuropathisches Schmerzsyndrom gestellt (Suva-act. 213).

3.2.6 Der untersuchende Arzt des Schmerzzentrums des KSSG erhob wie die Ärzte der Klinik für Neurologie des KSSG anlässlich seiner Verlaufsuntersuchung vom 8. Oktober 2013 eine ausgeprägte Allodynie im Bereich der linken Hand ulnarseitig, die Finger 4 und 5 mitbetreffend, wobei die Beschwerden an der Handinnenfläche grösser seien als an der Handausserfläche. Die Bewegung des 4. und 5. Fingers sei deutlich herabgesetzt. Die Beweglichkeit der restlichen Finger sei gut. Vermerkt ist schliesslich die einheitliche Diagnose eines chronifizierten Schmerzsyndroms im Bereich des Nervus ulnaris mit neuropathischem Schmerzcharakter. Bestätigt wurde sodann die von den Ärzten der Klinik für Neurologie des KSSG festgestellte Inaktivitätsatrophie infolge der Läsion des Nervus ulnaris und die sekundäre Fehlhaltung mit Schmerzen im Bereich des rechten Arms und der rechten Nackenhälfte (Suva-act. 248).

3.2.7 Aufgrund der dargelegten medizinischen Aktenlage ist mithin mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin infolge des Unfalls vom 20. Juni 2011 unter schmerzbedingten und funktionellen Einschränkungen im Bereich des 4. und 5. Fingers der rechten Hand (vgl. dazu auch Suva-act. 139) sowie unter Schmerzen im Bereich des rechten Arms und der rechten Nackenhälfte leidet, welche nachfolgend im Rahmen der



Invaliditätsbemessung und der Schätzung der Höhe des Integritätsschadens zu berücksichtigen sind.

3.3

3.3.1 Nicht zu berücksichtigen sind jedoch entgegen der Auffassung des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin psychische Unfallfolgen im Sinne einer psychischen Fehlentwicklung nach dem Unfall. Beschwerdeweise wird vorgebracht, als Folge der Traumatisierung im Bereich der rechten Hand habe die Beschwerdeführerin eine reaktive Depression entwickelt, welche bei einem Psychiater behandelt werde (act. G 1). Erste Hinweise auf psychische Probleme der Beschwerdeführerin sind dem ärztlichen Zwischenbericht von Dr. C.____ vom 24. Juli 2011 sowie dem Untersuchungsbericht der Klinik für Hand-, Plastische- und Wiederherstellungschirurgie des KSSG vom 20. Juli 2012 zu entnehmen (Suva-act. 40, 104), weswegen die Beschwerdeführerin antidepressive Medikamente zu sich nahm und sich ab 13. August 2012 einer psychiatrischen Behandlung in der Tagesklinik des Psychiatrischen Zentrums E.____ unterzog (Suva-act. 129). Die behandelnde Ärztin diagnostizierte im Kostengutsprachege such vom 22. Oktober 2012 eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome. Die Beschwerdeführerin sei im formalen Denken eingeeengt auf die Auswirkungen des Arbeitsunfalls, der Erkrankung und die damit verbundene Arbeitsunfähigkeit. Sie berichte von existentiellen Ängsten und einem sozialen Rückzug und mache sich Sorgen, wie es weitergehen könne. Sie leide unter vegetativen Symptomen in Form von Schlafstörungen, hauptsächlich geprägt durch den brennenden Schmerz der rechten Hand (Suva-act. 129). Am 25. Februar 2013 brach die Beschwerdeführerin die psychiatrische Behandlung ab, dies trotz stationärem psychischen Gesundheitszustand (vgl. dazu Suva-act. 171, 191, 210). Die Ausführungen der behandelnden Ärztin des Psychiatrischen Zentrums E.____ lassen eine natürliche Unfallkausalität der Depression der Beschwerdeführerin nicht ohne Weiteres in Abrede stellen. Eine abschliessende Beantwortung der Frage der natürlichen Unfallkausalität der psychischen Problematik und der daraus resultierenden Arbeitsunfähigkeit kann jedoch ausbleiben, nachdem - wie nachstehend zu zeigen ist - der kumulativ erforderliche adäquate Kausalzusammenhang zu verneinen ist (vgl. SVR 1995 UV Nr. 23, S. 68 E. 3c).



3.3.2 Bei der im Rahmen der Prüfung des adäquaten Kausalzusammenhangs vorzunehmenden Katalogisierung des Unfallereignisses sind sich die Parteien zu Recht einig, dass der Unfall der Beschwerdeführerin dem Bereich der mittelschweren Unfälle zuzurechnen ist. Uneinig sind sie sich darüber, ob der Unfall im Grenzbereich zu den leichten Unfällen anzusiedeln sei, wie ihn die Beschwerdegegnerin einstuft, oder im schweren Bereich der mittelschweren Unfälle, was der Meinung des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin entspricht. Diese Unterscheidung ist insofern von Bedeutung, als bei Unfällen im mittelschweren Bereich nach der Praxis eine Anzahl massgeblicher Kriterien (besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls; Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen; ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung; Dauerbeschwerden; ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert; schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen; Grad und Dauer der Arbeitsunfähigkeit; vgl. BGE 115 V 140 E. 6c/aa, BGE 117 367 V E. 6a, BGE 117 V 383 E. 4b) erfüllt sein müssen, um auf Adäquanz zu erkennen, wobei diese Zahl um so grösser zu sein hat, je näher das Ereignis bei den leichten Unfällen liegt. Im ganzen mittelschweren Bereich genügt es für die Bejahung der adäquaten Kausalität, wenn ein einziges dieser Kriterien in ausgeprägtem Mass erfüllt ist. Allerdings wird dies vom Bundesgericht nur mit grösster Zurückhaltung angenommen (vgl. BGE 134 V 126 f. E. 10.1, BGE 117 V 383 f. E. 4b und c; Rumo-Jungo/ Holzer, a.a.O., S. 63 ff.). Angesichts der einschlägigen Praxis (vgl. Rumo-Jungo/ Holzer, a.a.O., S. 64 ff.) fällt in Bezug auf den konkreten Fall die Annahme eines mittelschweren Unfalls im Grenzbereich zu den schweren Ereignissen ausser Betracht. Die Beschwerdegegnerin wendet zu Recht ein, dass der Vergleich des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin mit einer Handamputation (vgl. act. G 15, Ziff. 42) nicht gezogen werden kann. Die Unfallrestfolgen der Beschwerdeführerin betreffen insbesondere die Finger 4 und 5 ihrer rechten Hand. Die weiteren Finger 1 bis 3 sind funktionsfähig und mit ihnen ist eine Greiffunktion möglich, womit die rechte Hand zumindest als Zudien- bzw. Haltehand weiterhin eingesetzt werden kann (vgl. Suva-act. 203, 213; vgl. auch nachfolgende Erwägung 4.2). Ob der Unfall der Beschwerdeführerin im Grenzbereich zu den leichten Ereignissen anzusiedeln oder von einem mittelschweren Unfall im engeren Sinn auszugehen ist, braucht – wie die nachfolgenden Erwägungen 3.3.3 bis 3.3.8 zeigen – nicht abschliessend beantwortet



zu werden, da weder ein einzelnes der massgeblichen Kriterien in ausgeprägter Weise noch vier bzw. drei der massgeblichen Kriterien gegeben sind.

3.3.3 Das Kriterium der dramatischen Begleitumstände ist entgegen der Auffassung des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin nicht erfüllt. Die Beschwerdeführerin selbst machte in ihren Unfallschilderungen in keiner Weise je eine von ihr empfundene Dramatik oder besondere Eindrücklichkeit geltend (vgl. Suva-act. 46, 48). Zu beachten ist im Übrigen, dass praktisch jedem mindestens mittelschweren Unfall eine gewisse Eindrücklichkeit eigen ist, welche jedoch noch nicht für eine Bejahung des Kriteriums ausreichen kann (Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 69; Urteil des Bundesgerichts vom 20. November 2008, 8C_39/2008, E. 5.2).

3.3.4 Die Beschwerdeführerin erlitt beim Unfall vom 20. Januar 2011 eine axonale Schädigung des Nervus ulnaris, keine Neurotmesis (vgl. Suva-act. 91). Dabei handelt es sich nicht um eine schwere Verletzung und insbesondere nicht um eine Verletzung, die erfahrungsgemäss

geeignet ist, psychische Fehlentwicklungen auszulösen.

3.3.5 Die Beschwerdegegnerin betrachtet das Kriterium der erheblichen Beschwerden angesichts der chronischen Schmerzproblematik der Beschwerdeführerin als erfüllt, dies jedoch gerechtfertigtermassen nicht in besonders ausgeprägter Weise. Die im Vordergrund stehende Allodynie bzw. Hypersensibilität der Beschwerdeführerin im Bereich ihres 4. und 5. Fingers macht sich insbesondere bei Berührung der fraglichen Finger mit einem brennenden Schmerz bemerkbar. Laut Angaben des Beschwerdeführers ist der Schmerz nicht ständig vorhanden, sondern tritt in unregelmässigen Abständen auf (vgl. Suva-act. 72, 83, 87). Angesichts dieser Sachlage kann nicht von Dauerschmerzen gesprochen werden.

3.3.6 Die Beschwerdeführerin war und ist voraussichtlich fortdauernd auf Schmerzmittel angewiesen. Im Weiteren wurde bei ihr wiederholt eine Ergotherapie durchgeführt. Einem operativen Eingriff mit anschliessendem längeren Heilungsprozess musste sie sich jedoch nicht unterziehen. Verschiedenen Abklärungsmassnahmen und blossen ärztlichen Kontrollen kommt nicht die Qualität einer regelmässigen,



zielgerichteten Behandlung zu (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 27. April 2006, U 393/05, E. 8.2.4). Der Ablauf der Heilbehandlung stellte sich bei der Beschwerdeführerin immer gleich dar, ohne dass im Verlauf hinsichtlich Allodynie und Beweglichkeit der fraglichen Finger eine wesentliche Besserung eingetreten wäre. Spätestens ab 31. August 2013 war der Heilungsprozess bei stationärem Verlauf der gesundheitlichen Situation der Beschwerdeführerin als abgeschlossen zu betrachten und die weiteren Heilbehandlungen waren nur noch auf die Erhaltung des bestehenden Gesundheitszustandes, nicht mehr auf dessen Verbesserung ausgerichtet (RKUV 2000 Nr. U 549 S. 236 E. 5.2.4; vgl. dazu insbesondere Suva-act. 104, aber auch Suva-act. 190, 201, 203, 222, 230). Insgesamt ist damit das Kriterium der ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung zumindest nicht in der geforderten Stärke als erfüllt zu betrachten. Anzuführen bleibt, dass die psychische Problematik bzw. deren Behandlung hier, wo es um die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen Unfall und psychisch bedingter Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit geht, keine Berücksichtigung finden kann.

3.3.7 Eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen verschlimmert hätte, oder ein schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen, werden vom Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin zu Recht nicht geltend gemacht. Letztes Kriterium wird nur selten bejaht. Die Einnahme vieler Medikamente und die Durchführung verschiedener Therapien – wie im konkreten Fall – genügen nicht zu dessen Bejahung. Gleiches gilt für den Umstand, dass trotz regelmässiger Therapie keine Beschwerdefreiheit erreicht werden konnte (Urteil des Bundesgerichts vom 16. Mai 2008, 8C_252/2007, E. 7.6, und vom 16. Mai 2008, 8C_57/2008, E. 9.6.1; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 72 f.).

3.3.8 Selbst wenn das Kriterium "Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit" als erfüllt betrachtet würde, wäre mithin auch bei Annahme eines mittelschweren Unfalls im engeren Sinn die erforderliche Anzahl der massgebenden Kriterien nicht gegeben. Ein adäquater Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 20. Januar 2011 und den psychischen Beschwerden der Beschwerdeführerin ist daher zu verneinen. Im Rahmen der nachfolgenden Bemessung der unfallbedingten Invalidität sowie des unfallbedingten Integritätsschadens können dementsprechend lediglich die unfallbedingten Beeinträchtigungen in somatischer Hinsicht, diejenigen im



Bereich des 4. und 5. Fingers der rechten Hand in Form von Schmerzen und einer Beweglichkeitseinschränkung sowie im Bereich rechten Arms und der rechten Nackenhälfte in Form von sekundär entstandenen Schmerzen, miteinbezogen werden.

4.

4.1 Der Grad der für den Rentenanspruch massgebenden Invalidität ist gemäss Art. 16 ATSG durch einen Einkommensvergleich zu ermitteln, bei dem das Einkommen, das die versicherte Person nach dem Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt wird zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Grundlage der Bemessung des Invalideneinkommens bilden die Arbeitsfähigkeitsgradschätzung und die Umschreibung der trotz der Gesundheitsbeeinträchtigung noch möglichen und zumutbaren Tätigkeiten. Um das Ausmass der Arbeitsunfähigkeit beurteilen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche 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 versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4).

4.2

4.2.1 Die Beschwerdegegnerin stützt sich bei der Bemessung des Invalideneinkommens auf die Arbeitsfähigkeitsschätzung bzw. Zumutbarkeitsbeurteilung von Dr. D.____ vom 9. Juli 2013 (Suva-act. 215). Laut kreisärztlicher Beurteilung sind der Beschwerdeführerin leichte Tätigkeiten mit Einsatz der rechten Hand als Zudienhand ohne Überkopfarbeiten, ohne ausladende körperferne repetitive Bewegungen und ohne erhöhte Anforderungen an feinmotorische Tätigkeiten mit der rechten Hand auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt vollschichtig zumutbar. Die Beschwerdeführerin werde zukünftig weiterhin auf die Einnahme von Schmerzmitteln angewiesen sein. Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin hält dagegen, dass deren rechte Hand nicht mehr einsetzbar sei und am Arbeitsplatz nur



noch die linke Hand genutzt werden könne. Der Beschwerdeführerin seien mithin bimanuelle Tätigkeiten nicht möglich. Die rechte Hand sei nur als Haltehand, nicht - wie bei bimanuellen Tätigkeiten erforderlich - repetitiv einsetzbar. Die defekte rechte Hand verunmögliche es also der Beschwerdeführerin, Hilfsarbeitertätigkeiten entsprechend dem von Dr. D.____ beschriebenen Zumutbarkeitsprofil auszuüben. Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin stützt sich dabei auf die Beurteilung der Ärzte der Klinik für Neurologie des KSSG vom 28. Juni 2013 (vgl. act. G 1, Ziff. 14). Mit Rücksicht auf die Schmerzsymptomatik sowie die eingeschränkte Motorik formulierten diese, dass der Beschwerdeführerin bimanuelle Tätigkeiten nicht zu 100% möglich seien. Nicht möglich seien zudem bei der rechtshändigen Beschwerdeführerin feinkoordinatorisch/feinmotorisch anspruchsvolle Aufgaben (Suva-act. 213). Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin interpretiert zu Unrecht eine Widersprüchlichkeit in die Beurteilung von Dr. D.____ gegenüber derjenigen der Ärzte der Klinik für Neurologie des KSSG hinein. Der Kreisarzt bestätigte in seiner Ergänzung vom 16. Dezember 2013, dass der Beschwerdeführerin insofern keine bimanuellen Tätigkeiten mehr möglich seien, als damit ein repetitiver und regelmässiger Einsatz der rechten Hand verbunden sei (Suva-act. 255). Die Adaption an die Unfallrestfolgen der rechten Hand besteht darin, dass die rechte Hand - wie von Dr. D.____ erklärt und auch vom Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin eingeräumt - nur noch als Zudien- bzw. Haltehand einsetzbar ist. Angesichts der objektivierten Beschwerden im Bereich der rechten Hand ist genau in dieser Anpassung bzw. Einschränkung der Sinn der Erklärung der Ärzte der Klinik für Neurologie des KSSG zu sehen, dass der Beschwerdeführerin bimanuelle Tätigkeiten nicht zu 100% möglich seien. Die Aussage des behandelnden Arztes des Schmerzzentrums des KSSG im Verlaufsuntersuchungsbericht vom 9. Oktober 2013 - bedingt durch die in den klinischen Untersuchungen nachweisbaren Allodynien sei aktuell keine Arbeitstätigkeit mit der rechten Hand auszuführen (Suva-act. 248) - widerspricht der anderslautenden Aussage des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin und erscheint ohnehin als zu allgemein. So wurde der behandelnde Arzt des Schmerzzentrums des KSSG insbesondere nicht explizit nach der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in einer handadaptierten Tätigkeit befragt. Die schmerzbedingte Einschränkung in Form einer Berührungsempfindlichkeit (vgl. dazu Suva-act. 139, Suva-act. 203 S. 4) sowie die funktionelle Einschränkung im Bereich der rechten Hand beschränken sich auf die Finger 4 und 5. Die Greiffähigkeit



mit den Fingern 1 bis 3 ist offensichtlich möglich bzw. die Beweglichkeit dieser drei Finger ist gut (vgl. Suva-act. 203 S. 6, Suva-act. 248). Mit den Fingern 1 bis 3 ist ein Gebrauch der rechten Hand (nur) als Zudien- bzw. Haltehand ohne Weiteres möglich. Auch die Beschwerdeführerin berichtete Dr. D.____, sie setze die rechte Hand bei leichten Tätigkeiten, vor allem der Körperpflege, ein, und sie könne die Finger 1 bis 3 der rechten Hand benutzen (Suva-act. 203 S. 3). Der Rechtsvertreter macht sodann geltend, die Beschwerdeführerin sei auf beide Hände angewiesen, um als Hilfsarbeiterin den Anforderungen an feinmotorische Tätigkeiten genügen zu können. Dass konkret keine feinkoordinatorisch/feinmotorisch anspruchsvollen Aufgaben ausgeführt werden können, wird wie von den Ärzten der Klinik für Neurologie des KSSG auch von Dr. D.____ erfasst (vgl. Erwägung 4.2). Der vom Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin gezogene Vergleich mit dem Pianospielder ist sodann nicht stichhaltig. Vielmehr ist die Beschwerdeführerin in der Lage, die rechte Hand als Zudien- bzw. Haltehand zur Ausübung einer Tätigkeit zu gebrauchen, was bei bestimmten Hilfsarbeitertätigkeiten durchaus genügend ist, wohingegen ein Pianospielder ohne die volle Funktionalität der Finger seiner beiden Hände eindeutig nicht mehr im Besitz der für ein professionelles Pianospielder erforderlichen Fähigkeiten ist. Den Umständen, dass der Beschwerdeführerin bei Ausübung einer leichten Tätigkeit nicht das ganze Tätigkeitsspektrum einer uneingeschränkt zueihändigen Person offensteht und ihre rechte, dominante Hand gesundheitlich bedingt nur sehr eingeschränkt eingesetzt werden kann, ist selbstverständlich Rechnung zu tragen, dies jedoch erst bei der Bemessung des zumutbaren Invalideneinkommens (vgl. nachstehende Erwägungen 4.3.2 f.).

4.2.2 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass den in Erwägung 3.2 erhobenen Befunden bzw. Schmerzen und Bewegungsdefiziten im Bereich der rechten Hand von Dr. D.____ umfassend Rechnung getragen wurde, indem die Einwirkung auf die Finger 4 und 5 durch Berührung und Belastung weitgehend ausgeschlossen wird. Er hält im Übrigen fest, dass die Beschwerdeführerin zukünftig weiterhin auf die Einnahme von Schmerzmedikamenten angewiesen sei (Suva-act. 215). Der neuropathischen Schmerzkomponente wird also zusätzlich dadurch Rechnung getragen. Es sind keine Anhaltspunkte ersichtlich, die geeignet wären, Zweifel daran zu begründen, dass mit dem kreisärztlichen Zumutbarkeitsprofil die in Frage stehenden Gesundheitsschädigungen bzw. die damit verbundenen Beschwerden und ihre



praktischen Auswirkungen nicht genügend berücksichtigt worden wären. Dr. D.____ sieht die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin nur in qualitativer Hinsicht eingeschränkt. Unter den erwähnten, limitierenden Bedingungen ist denn auch ohne Weiteres eine volle Arbeitsfähigkeit als gegeben zu erachten. Die sekundär aufgetretene Beschwerdeproblematik im Bereich des rechten Arms und der rechten Nackenhälfte ist beim Zumutbarkeitsprofil schliesslich damit Rechnung getragen, dass die Beschwerdeführerin ohne Überkopfarbeiten und ohne ausladende körperferne repetitive Bewegungen eine entsprechende und genügende Schonung erfährt.

4.3

4.3.1 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist jedoch - wie im vorliegenden Fall zufolge Kündigung und Arbeitslosigkeit seit Januar 2013 (vgl. Suva-act. 140, 197 und 213, S. 2) und der (laut Angaben in der Beschwerde, act. G 1, Ziff. 28) blossen Teilnahme an einem RAV-Programm - kein tatsächlich erzielttes Erwerbseinkommen gegeben (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts vom 19. Juni 2008, 9C_81/2008, E. 2.4), so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss Schweizerischer Lohnstrukturerhebung (LSE) herangezogen werden (BGE 129 V 475 E. 4.2.1 mit Hinweisen, BGE 126 V 76 E. 3b/bb).

4.3.2 Das trotz der gesundheitlichen Beeinträchtigung zumutbarerweise erzielbare Einkommen ist bezogen auf einen ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu Ermitteln. Ein solcher Arbeitsmarkt ist 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. Bei der Bestimmung des im Einzelfall in Betracht fallenden, dem gesundheitlichen Anforderungsprofil entsprechenden Arbeitsmarktes ist nicht von realitätsfremden Einsatzmöglichkeiten auszugehen. Es können nur Vorkehren verlangt werden, die unter Berücksichtigung der gesamten objektiven und subjektiven Gegebenheiten zumutbar sind. Andererseits sind an die Konkretisierung von Arbeitsgelegenheiten und Verdienstaussichten keine übermässigen Anforderungen zu stellen (Urteil des Bundesgerichts vom 17. September 2008, 9C_418/2008, E. 3.2.1). Die faktische



Einhändigkeit oder die Beschränkung der dominanten Hand als Zudienhand stellen nach der Rechtsprechung Tatbestände einer erheblich erschwerten Verwertbarkeit der Arbeitsfähigkeit auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt dar. Dennoch wurde von der Rechtsprechung wiederholt bestätigt, dass auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt genügend realistische Betätigungsmöglichkeiten für Personen, welche funktionell als Einarmige zu betrachten sind und überdies nur noch leichte Arbeiten verrichten können, zu finden sind (Urteile des Bundesgerichts vom 23. März 2009, 8C_971/2008, E. 4.2.5; vom 17. April 2009, 9C_418/2008, E. 2.3.2; vom 17. September 2008, 9C_418/2008, E. 3.2 f.; und vom 3. März 2010, 8C_810/2009, E. 2.6.4 je mit Hinweisen). Zu denken ist an einfache Überwachungs-, Prüf- und Kontrolltätigkeiten sowie an die Bedienung und Überwachung von (halb-)automatischen Maschinen oder Produktionseinheiten, die keinen Einsatz von rechtem Arm und rechter Hand voraussetzen (Urteile des Bundesgerichts vom 17. Dezember 2008, 9C_418/2008, E. 3.2.2, und vom 27. August 2008, 8C_635/2007, E. 4.2 je mit Hinweisen). In diesem Rahmen kann nicht von realitätsfremden und in diesem Sinne unmöglichen oder unzumutbaren Einsatzmöglichkeiten ausgegangen werden. Eine zumutbare Tätigkeit ist der Beschwerdeführerin nicht nur in so eingeschränkter Form möglich, dass sie der allgemeine Arbeitsmarkt praktisch nicht kennt oder nur unter nicht realistischem Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers ausgeübt werden kann (vgl. dazu Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 3. Dezember 2003, I 349/01, E. 6.1). So geht es beim als ausgeglichen unterstellten Arbeitsmarkt nicht um reale, geschweige denn offene Stellen, sondern um (gesundheitlich zumutbare) Beschäftigungsmöglichkeiten, welche der Arbeitsmarkt von seiner Struktur her, jedoch abstrahiert von den konjunkturellen Verhältnissen, umfasst (Urteil des EVG vom 16. Juli 2003, I 758/02). Es ist somit davon auszugehen, dass bei der Beschwerdeführerin eine zumutbare wirtschaftliche Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit im Umfang von 100% besteht.

4.3.3 Bei der Beschwerdeführerin ist für die zahlenmässige Bestimmung des Invalideneinkommens im Rahmen der Tabellenlöhne der LSE unbestrittenermassen auf die statistischen Grundlagen des Jahres 2010, Tabelle TA1, privater Sektor, Total, Frauen Anforderungsniveau 4 (einfache und repetitive Tätigkeiten) abzustellen. Insbesondere im Produktions- und Dienstleistungsbereich dürften Kontroll- und Überwachungstätigkeiten oder Tätigkeiten im Kurierdienst, wie sie die



Beschwerdeführerin auszuüben vermöchte, vorhanden sein. Im Jahr 2010 lag der Durchschnittslohn für eine Frau bei einer wöchentlichen Arbeitszeit von 40 Stunden bei Fr. 4'225.--. Bei einer betriebsüblichen Wochenarbeitszeit für das Jahr 2013 von 41.7 und nominallohnindexiert bis 2013 (Index Frauen: 2011: 1.0%; 2012: 1.0%; 2013: 0.7 % [anstatt 1% gemäss angefochtenem Einspracheentscheid, Erwägung 5.b.]) ergibt sich ein Jahreseinkommen von Fr. 54'287.--. Nach der Rechtsprechung ist ein Abzug vom Invalideneinkommen gerechtfertigt, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass eine versicherte Person, die gesundheitsbedingt lediglich noch leichte Hilfsarbeiten ausführen kann, ihre Restarbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg zu verwerten in der Lage ist. Zudem können weitere persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben (BGE 126 V 78 E. 5a mit Hinweisen, BGE 124 V 323 E. 3b/aa). Der Abzug ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen. Er darf 25% nicht übersteigen (BGE 126 V 80 E. 5b/bb-cc). Bei der Überprüfung des Abzugs, der eine Schätzung darstellt und von der Verwaltung kurz zu begründen ist, darf das Sozialversicherungsgericht sein Ermessen nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Verwaltung setzen (BGE 126 V 81 E. 6). Die Beschwerdegegnerin legte den Abzug vom Tabellenlohn im Falle des Tabellenlohnvergleichs bei der Beschwerdeführerin auf 15% fest. Seit BGE 126 V 75 hat die Praxis bei versicherten Personen, welche die dominante Hand gesundheitlich bedingt nur sehr eingeschränkt, beispielsweise als Zudienhand, einsetzen können, verschiedentlich einen Abzug von 20% oder sogar 25% als angemessen bezeichnet (Urteil des Bundesgerichts vom 17. September 2008, 9C_418/208, E. 3.3.2 mit Hinweisen). Dies bedeutet indessen noch nicht, dass die Beschwerdegegnerin ihr Ermessen rechtsfehlerhaft ausübte, wenn sie weniger als 20% annahm, zumal in den Urteilen vom 19. November 2004, I 348/05, und vom 30. August 2005, U 122/05, ein Abzug von 10% bis 15% als angemessen bezeichnet wurde und in BGE 129 V 472, mit Blick auf die Beeinträchtigungen einer im Zeitpunkt des Rentenbeginns 55 Jahre alten versicherten Person (die Beschwerdeführerin war im Zeitpunkt des Rentenbeginns 5_ Jahre alt) nach dislozierter Radiusfraktur rechts, von einem solchen von 15% ausgegangen wurde. Auch im Urteil U 147/00 vom 5. November 2003 wurde bei einem



bei Beginn des Rentenanspruchs 55 Jahre alten Versicherten, der wegen der Beeinträchtigung im Gebrauch der dominanten rechten Hand auch im Rahmen einer geeigneten leichteren, ganztags zumutbaren Beschäftigung in der Leistungsfähigkeit beeinträchtigt war, der Abzug auf 15% festgelegt. Indem die Beschwerdegegnerin am Tabellenlohn einen Abzug von 15% vorgenommen hat, ist dies mithin nicht zu beanstanden. Damit resultiert ein Invalideneinkommen von Fr. 46'144.-- für das Jahr 2013.

4.3.4 Im angefochtenen Einspracheentscheid ging die Beschwerdegegnerin von einem Valideneinkommen 2013 von Fr. 53'775.-- aus. Hierfür legte sie für das Jahr 2013 einen Monatslohn von Fr. 4'075.-- (x 13) zuzüglich den aus dem Jahreslohnkonto 2010 ersichtlichen Bonus von Fr. 800.-- zugrunde (vgl. Suva-act. 115). Die Angaben der ehemaligen Arbeitgeberin betreffend die hypothetische Lohnentwicklung des Beschwerdeführers sind widersprüchlich. Während sie gegenüber der Beschwerdegegnerin am 3. September 2012 den Monatslohn des Jahres 2011 mit Fr. 3'980.-- und denjenigen des Jahres 2012 mit Fr. 4'050.-- bezifferte (Suva-act. 112/3), gab sie am 8. Februar 2013 für die vorgenannten Jahre Monatslöhne von Fr. 3'980.-- bzw. Fr. 4'000.-- an (Suva-act. 170). Deswegen sowie gestützt auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung (vgl. Urteil vom 22. September 2009, 8C_143/2009, E. 2.2.1), wonach in Bezug auf die Ermittlung des Valideneinkommens entscheidend ist, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginnes nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte, und demnach in der Regel an den zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst anzuknüpfen ist, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherigen Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre, rechtfertigt es sich auch im konkreten Fall, vom tatsächlich erzielten Lohn der Beschwerdeführerin auszugehen. Dieser betrug laut Angaben der ehemaligen Arbeitgeberin im Jahr 2010 monatlich Fr. 3'950.-- und im Jahr 2011 monatlich Fr. 4'000.-- (Suva-act. 112/3). Zuzüglich dem aus dem Jahreslohnkonto 2010 ersichtlichen Bonus von Fr. 800.-- und nominallohnindexiert bis 2013 (13 x Fr. 3'950.--; + 1% [2011], + 1% [2012], 0.7% [2013]) errechnen sich Valideneinkommen von Fr. 53'549.-- bzw. Fr. 53'688.--. Aus der Gegenüberstellung mit dem massgebenden Invalideneinkommen von Fr. 46'144.-- resultiert mithin in beiden Fällen ein Anspruch auf eine Invalidenrente basierend auf



einem aufgerundeten Invaliditätsgrad von 14% (vgl. dazu BGE 130 V 121). Die Beschwerde bezüglich Rentenanspruch ist damit abzuweisen.

5.

5.1 Zu prüfen bleibt die Höhe der Integritätsentschädigung. Die Beschwerdegegnerin legte im angefochtenen Einspracheentscheid (Erwägung 7.a.) die rechtlichen Voraussetzungen der Bemessung von Integritätsentschädigungen zutreffend dar; darauf ist zu verweisen.

5.2 Die von der Beschwerdegegnerin zugesprochene Integritätsentschädigung basierend auf einem Integritätsschaden von 10% stützt sich auf die Beurteilung von Dr. D.____ vom 9. Juli 2013 ab (Suva-act. 216). Dieser lehnt sich bei der Einschätzung des Integritätsschadens für die von der Beschwerdeführerin beim Unfall vom 20. Januar 2011 erlittene, elektrophysiologisch nachgewiesene hochgradige axonale Ulnarisschädigung mit einem chronifizierten neuropathischen Schmerzsyndrom und bleibenden funktionellen Einschränkungen (vgl. Erwägung 3.2) an die Suva-Tabelle 1 (Integritätsschaden bei Funktionsstörungen an den oberen Extremitäten) an. Diese sieht für eine proximale Ulnarislähmung einen Wert von 15% und für eine distale Ulnarislähmung einen solchen von 10% vor. Dr. D.____ hält zutreffend fest, dass im konkreten Fall von einer distalen rechtsseitigen Ulnarisschädigung auszugehen ist (vgl. dazu Suva-act. 8, 72, 79: Quetschtrauma im Bereich des distalen Unterarms; Suva-act. 92/4), deren Bewertung mit 10% analog einer Ulnarislähmung aufgrund der konkret verbliebenen funktionalen Einschränkungen angemessen erscheint. Wie in Erwägung 4.2 dargelegt, ist die rechte Hand der Beschwerdeführerin noch existent und in eingeschränktem Masse durchaus noch funktionstüchtig. Eine Bewertung des vorliegenden Integritätsschadens mit dem Wert für eine amputierte Hand (vgl. Anhang 3 der Verordnung über die Unfallversicherung [UVV; SR 832.202]: 40%) entbehrt somit jeglicher Begründung. Mit Bezug auf die psychische Komponente der Beschwerdeführerin sowie Beschwerden, die von ihr psychisch bedingt verstärkt wahrgenommen werden, entfällt ein unfallbedingter Integritätsschaden mangels Unfallkausalität (vgl. Erwägung 3.3). Die Integritätsentschädigung ist damit bei 10% zu belassen und die Beschwerde auch in diesem Punkt abzuweisen.



6.

6.1 Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Bestätigung des Einspracheentscheids vom 7. Januar 2014 abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG).

6.2 Der Beschwerdeführerin wurde die unentgeltliche Rechtsverteidigung am 17. März 2014 bewilligt. Der Staat ist mithin zu verpflichten, für die Kosten ihrer Rechtsvertretung aufzukommen. Die Parteienschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG). In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b Honorarordnung (HonO; sGS 963.75) pauschal Fr. 1'000.-- bis Fr. 12'000.--. In der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit erscheint mit Blick auf vergleichbare Fälle eine pauschale Parteienschädigung von Fr. 4'000.-- angemessen. Diese ist um einen Fünftel zu kürzen (Art. 31 Abs. 3 des Anwaltsgesetzes [AnwG; sGS 963.70]). Somit hat der Staat den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin pauschal mit Fr. 3'200.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen.

6.3 Eine Partei, der die unentgeltliche Rechtsverteidigung gewährt wurde, ist zur Nachzahlung verpflichtet, sobald sie dazu in der Lage ist (Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung [ZPO; SR 272] i.V.m. Art. 99 Abs. 2 des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [VRP; sGS 951.1]).

Entscheid

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

3.

Der Staat entschädigt den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin zufolge



unentgeltlicher Rechtsverbeiständung mit Fr. 3'200.--(inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer).