

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2006/69 vom 28. August 2007**

Sg Versicherungsgericht, 2007-08-28, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_UV\\_2006\\_69](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2006_69)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2006/69 du 28 août 2007

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2006/69 del 28 agosto 2007

## **Regeste**

Art. 6 UVG. Sturz auf das Handgelenk mit Radiustrümmerfraktur. Verneinung organischer Unfallfolgen sowie eines adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen psychischem Gesundheitsschaden und Unfallereignis (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 28. August 2007, UV 2006/69).

## **Erwägungen**

### **E. 1**

a) Der Beschwerdeführer erlitt am 5. Januar 2004 einen Unfall, wobei er sich eine dislozierte, distale, extraartikuläre, mehrfragmentäre Radiustrümmerfraktur rechts zuzog. Die Beschwerdegegnerin erbrachte für die Unfallfolgen zunächst Heilkosten- und Taggeldleistungen. Im angefochtenen Einspracheentscheid stellt sie sich auf den Standpunkt, mangels organischer Unfallfolgen und weil zwischen der psychischen Störung des Beschwerdeführers und dem Unfall kein adäquater Kausalzusammenhang auszumachen sei, bestehe ab dem 31. August 2005 kein Anspruch auf Versicherungsleistungen mehr. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers fordert demgegenüber die Weiterausrichtung der Taggeldleistungen über das Einstellungsdatum hinaus. Vorliegend ist damit streitig und zu prüfen, ob die beim Beschwerdeführer bestehenden gesundheitlichen Probleme im rechten Handgelenk, Arm und Schultergürtel auch für die Zeit nach dem 31. August 2005 noch auf das Unfallereignis vom 5. Januar 2004 zurückgeführt werden können. b) Die Beschwerdegegnerin legte die rechtlichen Voraussetzungen des Vorliegens eines natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen Unfall und in dessen Folge eingetretener Gesundheitsschädigung im angefochtenen Entscheid (Erwägung Ziff. 1) zutreffend dar; darauf kann verwiesen werden. Im Weiteren ist festzuhalten, dass bei einmal gegebener Unfallkausalität die Leistungspflicht des Unfallversicherers erst entfällt, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also letzterer nur noch auf unfallfremden Tatsachen beruht. Das Dahinfallen der kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens muss mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosse Möglichkeit gänzlicher fehlender Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast beim Unfallversicherer (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 46 E. 2, 1994 Nr. U 206 S. 328 f. E. 3b).

### **E. 2**

In tatsächlicher Hinsicht ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer beim Unfall vom 5. Januar 2004, wie bereits erwähnt, eine dislozierte, distale, extraartikuläre,

mehrfragmentäre Radiustrümmerfraktur rechts erlitten hat. Noch am Unfalltag erfolgte die Versorgung der Fraktur durch eine T-Plattenosteosynthese. Aufgrund anhaltender Schmerzen wurde zur Vorantreibung einer Ursacheneinschränkung der Schmerzen die Indikation zur Osteosynthesematerialentfernung gestellt. Dieser Eingriff fand am 5. Oktober 2004 statt, führte jedoch zu keiner Besserung der Beschwerden. Der Beschwerdeführer beklagt seither unverändert Schmerzen im rechten Handgelenk, im weiteren Verlauf übergreifend auf den ganzen rechten Arm und den rechten Schultergürtel. In Übereinstimmung mit der Auffassung der Beschwerdegegnerin gründen diese Schmerzen - wie sich nachfolgend zeigen wird - ab dem Zeitpunkt der Leistungseinstellung (31. August 2005) nicht mehr auf organisch identifizierbaren Unfallfolgen.

### E. 3

a) Als organische Unfallfolge steht insbesondere der Einfluss eines in den medizinischen Akten wiederholt erwogenen Morbus Sudeck bzw. - wie die neue medizinische Bezeichnung dafür lautet - eines CRPS (komplexes regionales Schmerzsyndrom) zur Diskussion. Beim CRPS handelt es sich um einen chronischen Schmerzzustand, der durch Verletzungen von Weichteilen oder Knochen (CRPS Typ 1 bzw. sympathische Reflexdystrophie) oder Nerven (CRPS Typ 2 bzw. Kausalgie) hervorgerufen wird (Das MSD-MANUAL, Urban & Fischer, 2000, S. 1664). Tatsächlich finden sich in den medizinischen Akten Hinweise auf ein vom Beschwerdeführer im Rahmen des Heilungsverlaufs durchgemachtes CRPS. Anfangs hielt Dr. B. \_\_\_ im Operationsbericht vom 16. Oktober 2004 fest, ein Morbus Sudeck habe zu keinem Zeitpunkt vorgelegen (Suva-act. 37). Nach durchgeführter Metallentfernung hielt er am 30. November 2004 fest, dass sich postoperativ ein ausgeprägtes Schmerzsyndrom, wiederum ohne Anhaltspunkte für einen Morbus Sudeck, gezeigt habe. In der Nachkontrolle vom 15. November 2004 sei lediglich eine dezent vermehrte Schweisssekretion, jedoch im Seitenvergleich keine Muskelatrophie feststellbar gewesen. Der Faustschluss sei komplett gewesen und die Extension habe 10/0/10° betragen. Die radiologische Kontrolle habe eine verheilte Fraktur gezeigt sowie eine mässig ausgeprägte Radioulnar- und Radiokarpalarthrose. Sollte bis Mitte Dezember 2004 immer noch die ausgeprägte Schmerzsymptomatik vorliegen, sei eine Szintigraphie vorgesehen (Suva-act. 42). Bei dieser sodann im Institut für Radiologie des KSW am 16. Dezember 2004 durchgeführten Untersuchung waren Zeichen einer ausklingenden Dystrophie mit Mindervaskularisation und vermehrtem Knochenumbau der rechten Hand und des Vorderarms, jedoch kein Nachweis einer Osteomyelitis, erkennbar (Suva-act. 46). Auch bei der Untersuchung im Radiologischen Institut Winterthur (RIW) vom 7. Februar 2005 zeigte sich eine kleinfleckige Demineralisation des Carpus und der mit ihm artikulierenden Skelettstrukturen, vereinbar mit einem Morbus Sudeck (Suva-act. 48). Sowohl der das Untersuchungsergebnis des KSW wiedergebende Dr. B. \_\_\_ als auch das RIW schränkten jedoch das Untersuchungsergebnis insofern ein, als Dr. B. \_\_\_ von einem "allenfalls" ausklingenden Morbus Sudeck sprach und das RIW feststellte, dass die Diagnose primär klinisch gestellt worden sei. Kreisarzt Dr. med. D. \_\_\_ stellte beim Beschwerdeführer anlässlich seiner Untersuchung vom 7. Februar 2005 wiederum eine eindeutig livide Verfärbung der rechten Hand nach längerem Herabhängen fest, was als möglicher klinischer Befund für einen Morbus Sudeck gewertet werden kann (vgl. PSCHYREMBEL, Klinisches Wörterbuch, 259. Aufl. Berlin 2002, S. 1421). Im Austrittsbericht der Rehaklinik Bellikon vom 25. April 2005 wurde sodann von einem im Raum schwebenden CRPS gesprochen, eindeutig konnte jedoch kein solches diagnostiziert werden. Zwar seien zwischenzeitlich eine leichte Überwärmung der rechten Hand sowie

eine sonst leicht schweissige Holhand festgestellt worden (vgl. dazu PSCHYREMBEL, a.a.O., S. 1421), welche ihres Erachtens jedoch von der häufigen Haltung im Faustschluss herrühre. Da die Hand nach Durchführung ergotherapeutischer Belastungen trocken geblieben sei, sei es unsicher, ob es sich wirklich um ein Wiederaufflackern des CRPS handle (Suva-act. 65). Die im Institut für Radiologie des KSW insbesondere zur weiteren Aufklärung des Vorliegens eines Morbus Sudeck durchgeführte kernspintomographische Untersuchung vom 8. Juli 2005, erbrachte - abgesehen von einer möglicherweise posttraumatisch etwas akzeleriert beginnenden und diskreten Radiocarpalarthrose - keinen entsprechenden Befund (Suva-act. 85). Dr. med. C. \_\_\_\_, Facharzt FMH für Chirurgie, hielt schliesslich im kreisärztlichen Untersuchungsbericht vom 16. August 2005 fest, dass die erhobenen Befunde und geltend gemachten Beschwerden gut eineinhalb Jahre nach dem Unfall am ehesten auf ein Fibrositisyndrom des oberen rechten Quadranten hinweisen würden. Ein solches Syndrom, wie auch die damit verbundene Vernachlässigung des Arms, hätten primär eine psychogene Komponente. Sie seien in erster Linie verantwortlich für die dargelegten Bewegungseinschränkungen und die leichten Schonungszeichen (Suva-act. 93).

b) Zusammenfassend ist angesichts dieser Aktenlage festzuhalten, dass die Beeinträchtigung des Heilungsverlaufs durch ein CRPS bzw. einen Morbus Sudeck zwar nicht ausgeschlossen werden kann, dessen Vorliegen allerdings auch nie eindeutig festgestanden hat. Mit den durchgeführten bildgebenden Abklärungen konnte keine eindeutige Schmerzursache eruiert werden, lediglich klinisch fanden sich entsprechende Hinweise. Letztlich massgebend in zeitlicher Hinsicht ist allerdings, wie sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im Zeitpunkt der Leistungseinstellung (31. August 2005) darstellte, d.h. ob die darüber hinaus geklagten Schmerzen noch auf organische Unfallfolgen zurückgeführt werden können.

c) Im August und September 2005 wurde der Beschwerdeführer im Rahmen der interdisziplinären Schmerzprechstunde des KSW nochmals eingehend und umfassend auf ein allfälliges CRPS untersucht. Im Teilbericht des Instituts für Anästhesiologie vom 11. August 2005 wurde festgehalten, dass es beim Beschwerdeführer kein klares morphologisches Korrelat für die persistierenden, bislang therapieresistenten Schmerzen gebe. Die hier zugrunde liegende Problematik sei vielschichtig. Als Therapie wurden eine stationäre Aufnahme zum Beispiel in der Rheumaklinik des KSW zur kontinuierlichen Schmerztherapie, darunter der Ausbau einer intensiven Physiotherapie, und parallel dazu eine intensive psychologische Unterstützung vorgeschlagen (Suva-act. 109). Im neurologischen Teilbericht zur interdisziplinären Schmerzprechstunde vom 6. Oktober 2005 wurde ein chronifiziertes, bewegungsabhängiges Schmerzsyndrom im Bereich des rechten Arms und neu auch in der rechten Körperhälfte ohne sicheren Nachweis einer neuropathischen Ursache der Beschwerden festgestellt. Auch in der bildgebenden Diagnostik (konventionelles Röntgen, MRI) sei kein passendes morphologisches Korrelat für die persistierenden Schmerzen gefunden worden. Ob es sich initial nach der ersten Operation um ein durchgemachtes CRPS Stadium I gehandelt habe (Skelettszintigraphie Dezember 2004), bleibe offen. Aktuell ergäben sich weder klinisch noch skelettszintigraphisch Befunde, welche diese Diagnose unterstützen würden. Aufgrund der Anamnese und des Verhaltens des Beschwerdeführers lasse sich dagegen eine Schmerzverarbeitungsstörung vermuten. Die Therapievorschlüsse des Instituts für Anästhesiologie wurden als sinnvoll betrachtet (Suva-act. 109). Auch in der rheumatologischen Untersuchung vom 14. September 2005 wurde kein morphologisches Korrelat für die angegebenen Beschwerden gefunden, obschon sich myofasziale Befunde am Schultergürtel rechts schmerzverstärkend ausgewirkt

hätten. Beim aktuellen Schmerzproblem handle es sich um ein sogenanntes Quadrantenschmerzsyndrom multifaktorieller Genese, wobei primär sicherlich eine organische Ursache zur zentralen Schmerzfixierung und zur Auslösung des aktuellen autonomen myogenen Schmerzgenerators beigetragen habe. Im ganzen Schmerzerleben würden psychologische und psychosoziale Faktoren mitspielen. Eine nochmalige Skelettszintigraphie vom 19. September 2005 hatte schliesslich nebst den degenerativen Veränderungen keine Sudeck'sche Dystrophie im Sinne eines aktiven Prozesses mehr ergeben (Suva-act. 109). d) Abschliessend ist damit festzuhalten, dass nicht nur Dr. B.\_\_\_\_, sondern auch die Ärzte der interdisziplinären Schmerzprechstunde des KSW kein morphologisches Korrelat für die geklagten Beschwerden des Beschwerdeführers, insbesondere keine Hinweise auf einen aktiven Morbus Sudeck, erheben konnten. Myofasziale Befunde bzw. myogene Schmerzen begründen kein klar fassbares, organisches Korrelat des Beschwerdebildes. Die Ursachen sind rein deskriptiver Natur; sie können vielseitig, insbesondere auch psychisch, bedingt sein (vgl. dazu Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit 1. Januar 2007: Sozialversicherungsrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 3. August 2005 [U 9/05] i/S M., E. 4; ROCHE Lexikon Medizin, S. 1540). Wurde ein Schmerzsyndrom durch eine organische unfallkausale Gesundheitsschädigung ausgelöst, spricht dies zwar für eine natürliche Kausalität zwischen Unfall und Schmerzsyndrom, jedoch nicht für das fortwährende Bestehen der organischen Unfallfolge. Diese kann ausheilen oder im Vergleich zu einer hinzutretenden psychischen Problematik ganz in den Hintergrund treten. Die nachfolgend in Erwägung Ziff. 5a dargestellte, sich im Rahmen des Heilungsverlaufs beim Beschwerdeführer aufgetretene psychische Komponente einerseits und der fehlende Nachweis eines organischen Substrats legen andererseits nahe, dass mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit von einem solchen Sachverhalt auszugehen ist. Für ein von einem organischen Korrelat inzwischen losgelöstes Schmerzsyndrom spricht ausserdem, dass der Rheumatologe den Schmerzgenerator als autonom bezeichnet hat.

#### **E. 4**

a) Auch der Austrittsbericht der Rehaklinik Bellikon vom 25. April 2005 (Suva-act. 65) beinhaltet keinen Nachweis für fortbestehende organische Unfallfolgen und widerspricht damit der in Erwägung Ziff. 2 und 3 dargelegten Aktenlage nicht. Die darin weiterhin attestierte 100%-ige Arbeitsunfähigkeit wurde lediglich mit der grundsätzlich nicht in Frage gestellten Schmerzproblematik begründet. Konkrete, dafür verantwortliche organische Ursachen wurden von den Klinikärzten indessen keine aufgeführt. Diese stellten lediglich die Unsicherheit eines wiederaufflackernden CRPS fest. Wie in Erwägung Ziff. 3c dargetan, liess sich jedoch ein solches im Rahmen ausführlicher medizinischer Untersuchungen nicht bestätigen. Ein Zusammenhang zwischen einer zweifelhaften Konsolidierung der beim Unfall vom 5. Januar 2004 erlittenen Radiustrümmerfraktur und der Schmerzproblematik lässt sich aufgrund der Akten ebenfalls nicht erheben. Das RIW stellte zwar anlässlich ihrer Untersuchung vom 7. Februar 2005 eine in indiskreter dorsaler Fehlstellung verheilte Fraktur fest (Suva-act. 48). Eine daraus resultierende Folge wurde jedoch von keinem der untersuchenden Ärzte erwogen. Im Übrigen fand sich schliesslich anlässlich der kernspintomographischen Untersuchung vom 8. Juli 2005 im Institut für Radiologie des KSW keine Signalalteration im operierten Bereich. Auch die übrigen abgebildeten ossären Anteile zeigten sich unauffällig (Suva-act. 85). Damit übereinstimmend beurteilte Dr. C.\_\_\_\_ die Fraktur im Untersuchungsbericht vom 16. August 2005 nach den zur Verfügung stehenden Röntgenbildern als in guter Stellung konsolidiert

(Suva-act. 93). b) Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die vorliegenden ärztlichen Berichte im Wesentlichen übereinstimmen und auf eingehenden Untersuchungen - nicht nur auf solchen von Dr. B.\_\_\_\_ - beruhen. Damit ist mit der erforderlichen überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass die Beklagte ihre Leistungen auf Ende August 2006 zu Recht eingestellt hat, weil keine objektivierbaren somatischen Unfallfolgen mehr vorhanden waren, welche die geklagten Schmerzen zu erklären vermögen. Wie die nachfolgenden Erwägungen in Ziff. 5a zeigen werden, trat beim Beschwerdeführer vielmehr eine psychische Komponente in den Vordergrund, die das aktuelle Beschwerdebild aufrecht erhält.

## **E. 5**

a) Im psychosomatischen Konsilium der Rehaklinik Bellikon vom 7. März 2005 wurde beim Beschwerdeführer eine subdepressive Stimmung mit Hoffnungslosigkeit und Verunsicherung festgestellt, die im Rahmen einer leichten Anpassungsstörung mit ängstlich-depressiver Reaktion (ICD-10 F43.22) eingeordnet werden könne. Chronifizierungszeichen seien in den Akten erstmals im Oktober 2004 beschrieben worden, nachdem nach der Metallentfernung zunächst eine Verschlechterung des Befindens eingetreten sei (Suva-act. 64). Im psychiatrischen Teilbericht zur interdisziplinären Schmerzsprechstunde vom 3. Oktober 2005 wurden eine depressive Entwicklung mit den Hauptsymptomen Schlaflosigkeit, Müdigkeit und Alpträume sowie soziale Probleme wegen Arbeitslosigkeit, Arbeitsunfähigkeit und Versicherungsfragen diagnostiziert. Der Beschwerdeführer fühle sich durch die Schlafstörungen mit Alpträumen gequält und erhoffe sich diesbezüglich Linderung. Die übrigen depressiven Symptome seien im Ausmass zurzeit als leichtgradig einzuschätzen. Soziale Faktoren wie ungeklärte Versicherungsfragen, Existenzsicherung, berufliche Perspektiven als Hilfsarbeiter, Migrationsproblematik) stünden zurzeit im Vordergrund und würden als Risikofaktoren zur weiteren Chronifizierung beitragen (Suva-act. 109). Der Beschwerdeführer wurde auch im Psychiatrischen Zentrum Wil behandelt. Die dort gestellte Diagnose entspricht derjenigen der Rehaklinik Bellikon. Zusätzlich wurde eine ebenfalls in die Kategorie der psychischen Leiden fallende anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F 43.21/ F 45.4; AHI 2000 S. 159 E. 4b mit Hinweisen) diagnostiziert (Suva-act. 101). Die Diagnose einer Anpassungsstörung spricht grundsätzlich für eine natürliche Folge des Unfallereignisses vom 5. Januar 2004. Ebenfalls von einer natürlichen Teilkausalität zwischen Unfall und psychischem Beschwerdebild geht das Psychiatrische Zentrum Wil aus (Suva-act. 101). Nachdem - wie abschliessend zu zeigen sein wird - das Bestehen eines adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen den psychischen Beschwerden und dem Unfall zu verneinen ist, kann jedoch die Frage des Vorliegens eines natürlichen Kausalzusammenhangs letztlich offen bleiben. b) Die Beschwerdegegnerin legte im angefochtenen Einspracheentscheid die rechtlichen Voraussetzungen des Vorliegens eines adäquat-kausalen Zusammenhangs zwischen Unfall und psychischer Gesundheitsschädigung zutreffend dar (Erwägung Ziff. 1); darauf kann verwiesen werden. c) Bei der im Rahmen der Prüfung des adäquaten Kausalzusammenhangs vorzunehmenden Katalogisierung ist der Unfall vom 5. Januar 2004 aufgrund des Geschehensablaufs - der Beschwerdeführer rutschte beim Verlassen der Dusche auf dem Weg zur Garderobe aus und stürzte -, der erlittenen Verletzung sowie mit Blick auf die entsprechende Kasuistik höchstens den mittelschweren Unfällen zuzuordnen (und dort klar im Grenzbereich zu den leichten Unfällen anzusiedeln; vgl. dazu auch Suva-act. 64, 72). Damit müssen die unfallbezogenen Zusatzkriterien in gehäufte oder auffallender Weise erfüllt sein, damit die

Adäquanz bejaht werden kann. Besonders dramatische Begleitumstände oder eine besondere Eindrücklichkeit des Unfalls vom 5. Januar 2004 sind vorliegend nicht gegeben. Der Unfall ereignete sich für den Beschwerdeführer offensichtlich schnell und unvorbereitet, d.h. also ohne Konfrontation mit einer auf ihn zukommenden Gefahr. Damit fällt ein dramatischer Geschehensablauf weg. Die anfänglich objektivierbare somatische Verletzung einer Radiustrümmerfraktur am rechten Handgelenk ist nicht als besonders schwer zu bezeichnen. Aufgrund der Akten kann aber davon ausgegangen werden, dass der Beschwerdeführer im Rahmen des Heilungsverlaufs einen Morbus Sudeck bzw. ein CRPS durchgemacht hat. Dieser gesundheitlichen Störung muss - soweit es sich um eine eindeutige Diagnose handelt - grundsätzlich die Eignung, eine psychische Fehlentwicklung auszulösen, zugestanden werden. Nachdem aber der Morbus Sudeck im Fall des Beschwerdeführers keinen körperlichen Restschaden darstellt, sondern sich nur vorübergehend und nie in eindeutiger Ausprägung einstellte, kann das Kriterium der Schwere oder besonderen Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen, zumindest nicht in ausgeprägter Form als erfüllt bezeichnet werden. Somatische Unfallrestschäden sind auch sonst keine nachgewiesen (vgl. dazu Erwägung Ziff. 2-4) Die weiteren Zusatzkriterien (ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung, körperliche Dauerschmerzen, schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen sowie Grad und Dauer der Arbeitsunfähigkeit) können ebenfalls nicht in der geforderten Schwere (ungewöhnlich lange, schwierig, erheblich) bzw. hinsichtlich der ihnen mehrheitlich zukommenden zeitlichen Komponente als erfüllt betrachtet werden. Laut Erwägungen in Ziff. 3 war seitens der Ärzte ab April 2005 nur noch von einem fraglichen Wiederaufflackern eines Morbus Sudeck die Rede. Bestätigen liess er sich jedoch in der Folge nicht mehr. Spätestens ab August 2005 belegen die medizinischen Akten mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine abgeschlossene Genesung aus somatischer Sicht und im Verlauf dieser Zeit eine zunehmende Überlagerung durch die psychische Anpassungsstörung. Der psychische Gesundheitsschaden bzw. die daraus resultierende Arbeitsunfähigkeit darf aber nicht in die Adäquanzbeurteilung einbezogen werden (BGE 123 V 99 E. 2a). Bei der vorgenannten Zeitspanne kann nicht von Dauerschmerzen, einer ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung und einer massgebend langen Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit gesprochen werden. Ein schwieriger Heilungsverlauf sowie erhebliche Komplikationen sind ebenfalls nicht zu erkennen. Das vorübergehende Auftreten eines Morbus Sudeck ist nach einer Handgelenksoperation ein bekanntes Phänomen. Letztlich ist auch eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hätte, nicht ersichtlich. Zusammenfassend ist demnach festzuhalten, dass, wenn psychische Einflüsse ausser Acht gelassen werden, kein einziges von den massgebenden Kriterien erfüllt ist. Angesichts der geschilderten Umstände ist mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als erstellt zu erachten, dass der in Frage stehende Unfall nicht geeignet war, eine psychische Fehlreaktion adäquat-kausal zu bewirken. Somit lässt sich der angefochtene Einspracheentscheid, mit welchem eine weitere Leistungsaurichtung ab 1. September 2005 mangels eines nachweisbaren somatischen oder unfalladäquaten psychischen Gesundheitsschadens abgelehnt wurde, nicht beanstanden.

## **E. 6**

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Bestätigung des Einspracheentscheids vom 11. Mai 2006 abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren

gemäss Art. 53 GerG entschieden: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

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