

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2013/63 vom 21. Januar 2015**

Sg Versicherungsgericht, 2015-01-21, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_UV\\_2013\\_63](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2013_63)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2013/63 du 21 janvier 2015

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2013/63 del 21 gennaio 2015

## **Regeste**

Art. 6 UVG. Leistungspflicht der Unfallversicherung. Diagnose eines CRPS. Keine unfallkausalen somatischen Restfolgen. Psychische Beschwerden nicht unfallkausal. Abweisung der Beschwerde (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 21. Januar 2015, UV 2013/63).

## **Erwägungen**

### **E. 1**

1.1 Streitig und zu prüfen ist vorliegend, ob die Beschwerdegegnerin die Leistungen, die sie aufgrund des Unfallereignisses vom 24. April 2010 ausrichtete, zu Recht auf den 31. Dezember 2012 einstellte. 1.2 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers entfällt erst, wenn das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen ist. Da es sich dabei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungs begründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 46 E. 2 mit Hinweisen). Dabei muss der Unfallversicherer nicht den Beweis für unfallfremde Ursachen erbringen. Welche Ursachen ein nach wie vor geklagtes Leiden hat, ist unerheblich. Denn es ist nicht so, dass der Unfallversicherer bei einmal bejahter Unfallkausalität so lange haftet, als er unfallfremde Ursachen nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachzuweisen vermag. Entscheidend ist allein, ob unfallbedingte Ursachen eines Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 329 E. 3b). Ebenso wenig hat der Unfallversicherer den negativen Beweis zu erbringen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliegt oder dass die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei (Urteile des Bundesgerichts [bis 31. Dezember 2006: Eidgenössisches Versicherungsgericht, EVG] vom 18. Dezember 2003, U 258/02, vom 25. Oktober 2002, U 143/02, und vom 31. August 2001, U 285/00). 1.3 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 entfielen (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. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolgs zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolgs also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2 mit Hinweis). Während es Aufgabe der Ärztin oder des Arztes ist, den natürlichen Kausalzusammenhang zu beurteilen, obliegt es dem Gericht, die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang zu beantworten (Alexandra Rumo-Jungo, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 3. Aufl., S. 46; BGE 125 V 456; 123 III 110; 112 V 30). Bei organischen Unfallfolgen ist die Adäquanz gemäss Rechtsprechung nicht gesondert zu prüfen, sondern besteht regelmässig ohne weiteres, wenn die natürliche Kausalität feststeht (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 2003, S. 58 f.; Ulrich Meyer-Blaser, Kausalitätsfragen aus dem Gebiet des Sozialversicherungsrechts, in: SZS 1994 S. 99 f. und 104). Die Kriterien zur Prüfung der Adäquanzfrage für psychische Beeinträchtigungen gibt die Beschwerdegegnerin im Einspracheentscheid vom 21. September 2011 korrekt wieder (vgl. Erwägung 1d).

## **E. 2**

2.1 Beim Sturz am 24. April 2010 zog sich die Beschwerdeführerin unbestrittenermassen einen Bruch des linken Handgelenks zu. Dr. med. F.\_\_\_\_, Oberarzt Klinik für Orthopädie und Traumatologie, Kantonsspital Frauenfeld, diagnostizierte im Operationsbericht vom 3. Mai 2010 eine nach dorsal dislozierte, extraartikuläre distale Radiusfraktur mit Abriss des Processus styloideus ulnae links (AO- 23-A3 [UV-act. M1]). Es ist die Frage zu behandeln, ob aufgrund dieser erlittenen Verletzung des linken Handgelenks im Zeitpunkt der Leistungseinstellung (31. Dezember 2012) noch unfallkausale Restfolgen vorgelegen hatten. 2.2 Für die Annahme unfallkausaler somatischer Restfolgen wird im Regelfall eine strukturelle Läsion bzw. eine schlecht verheilte strukturelle Läsion als objektivierbares Korrelat verlangt. Liegt kein solches vor, wird häufig davon ausgegangen, dass der Schmerz durch eine psychische Komponente unterhalten wird. Darüber hinaus gibt es aber auch anerkannte unfallkausale Schmerzsyndrome, wie das CRPS bzw. den Morbus Sudeck, die auftreten, obwohl die Verheilung einer strukturellen Läsion grundsätzlich günstig verlaufen ist (vgl. dazu Alfred M. Debrunner, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl. Bern 2005, S. 695 ff.). 2.3 Dr. F.\_\_\_\_ stellte bereits anlässlich der Verlaufskontrolle vom 29. Juni 2010 die Verdachtsdiagnose eines CRPS (UV-act. M7). Diese wurde auch durch den die Beschwerdegegnerin beratenden Arzt, Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie, in seiner Stellungnahme vom 21. Juli 2010 bestätigt. Er hielt darin fest, es liege ein komplizierter Heilverlauf bei wahrscheinlicher CRPS-Bildung vor (UV-act. M8). Diese Beurteilung bestätigte er sodann in einer erneuten Stellungnahme vom 1. September 2010, worin er ausführte, der Heilverlauf sei verzögert, bei Verdacht auf passageres CRPS I resp. TFCC-Läsion (UV-act. M 14). Auch Dr. med. H.\_\_\_\_, leitender Arzt Handchirurgie, Kantonsspital Frauenfeld, diagnostizierte am 16. September 2010 ein CRPS I linke Hand, einen Verdacht auf TFCC-Läsion links und einen Status nach distaler intraartikulärer Radiusfraktur links (UV-act. M 16). Dr. med. I.\_\_\_\_, Allgemeine Medizin FMH, führte auf Anfrage der Beschwerdegegnerin am 23. September 2010 aus, die vorgebrachten subjektiven Beschwerden würden sich aufgrund der erhobenen Befunde/Diagnosen eindeutig objektivieren lassen (UV-act. M 17). Dr. H.\_\_\_\_ stellte bei

einer Nachkontrolle der Versicherten am 14. Oktober 2010 einen unveränderten Befund zur Voruntersuchung am 4. Oktober 2010 fest (UV-act. M 18). Dr. G.\_\_\_\_ bestätigte in seiner Stellungnahme vom 27. Oktober 2010 erneut, der Heilverlauf sei schlecht und es entwickle sich eine CRPS-Komplikation. Eine Chronifizierung der Beschwerden mit Auswirkungen auf die Arbeits-/Erwerbsfähigkeit sei nicht auszuschliessen (UV-act. M 20). 2.4 Am 8. Dezember 2010 fand zudem eine neurologische Untersuchung durch Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, statt. In seinem Bericht vom 15. Dezember 2010 stellte er folgende Diagnosen: 1. Einen chronifizierten Kopfschmerz mit Migränekopfschmerzen, aber auch Spannungskopfschmerzen bei Verspannungen im Schulter-Nackebereich. 2. Ein begleitendes, depressives Syndrom, postpartal auftretend, verstärkt durch den Arbeitsplatzverlust und psychosoziale Belastung (Schizophrenie des Ehemannes). 3. Einen Verdacht auf eine labile arterielle Hypertonie. 4. Eine Adipositas. 5. Ein aktuell muskulo-ligamentäres Schmerzsyndrom im Schulter-Nackebereich, rechts mehr als links mit ausgeprägter Druckschmerzhaftigkeit, kein Hinweis für fokale neurologische Defizite. 6. Einen Status nach distaler Unterarmfraktur links am 24. April 2010 mit operativer Massnahme und seither verstärkten Ruheschmerzen linker Unterarm, sowie linke Hand, sowie ein ausgeweitetes generalisiertes Schmerzsyndrom und differenzialdiagnostisch ein CRPS. Weiter führte er aus, bezüglich der chronifizierten Schmerzen sei es am 24. April 2010 zu einer distalen Unterarmfraktur links mit anschliessend verstärkten Schmerzen im Sinne eines generalisierten ausgeweiteten Schmerzsyndroms (CRPS) gekommen (UV-act. M 23). 2.5 Mit Schreiben vom 31. Januar 2011 teilte Dr. I.\_\_\_\_ dem vertrauensärztlichen Dienst der Helsana mit, am 24. April 2010 sei es zu einer distalen Unterarmfraktur gekommen, die sich im weiteren Heilungsverlauf sehr kompliziert gestaltet habe. Hier zeigten sich chronifizierte Schmerzen, ein CRPS. Es sei zu befürchten, dass die Schmerzen chronifiziert bestehen bleiben würden (UV-act. M 25). 2.6 Dr. G.\_\_\_\_ hielt in einer erneuten Stellungnahme am 2. Februar 2011 fest, dass es sich um eine chronifizierte Komplikation (CRPS) bei einer osteosynthetisierten Radiusfraktur links mit TFCC-Läsion handle. Den Heilverlauf beurteilte er als schlecht, bei chronischem CRPS mit zunehmend sekundären psychischen Problemen (UV-act. M 29). 2.7 Am 22. März 2011 fand eine radiologische Untersuchung im Röntgeninstitut K.\_\_\_\_ statt. Dabei wurden intaktes Osteosynthesematerial des distalen Radius links ohne Zeichen einer Lockerung, ein Status nach Abriss des Processus styloideus ulnae links sowie ansonsten beidseits altersentsprechend normale ossäre Strukturen und Gelenkverhältnisse im Handgelenk wie auch Carpus sowie carpometacarpal festgestellt (UV-act. M 31). Ebenfalls am 22. März 2011 wurde die Versicherte durch Dr. D.\_\_\_\_ untersucht. Dieser stellte fest, dass die Platte nicht ideal platziert sei, vor allem der vordere Anteil der Platte, der vor dem Karpalkanal liege, nicht. Dadurch seien die Beuger mit der Zeit gefährdet. Ebenfalls sei auch eine Schraube dorsal etwas vorstehend, genau an der Stelle würden auch die Schmerzen angegeben, welche im Gebiet der Allodynie lägen. Aufgrund dieser Tatsachen schein ihm eine Entfernung der Platte die erste Lösung. Als Diagnose stellte er eine Allodynie nach OS einer Radiusfraktur links (UV-act. M 32). 2.8 Auf erneute Fallvorlage führte Dr. G.\_\_\_\_ mit Bericht vom 20. Juli 2011 aus, es liege eine komplexe postoperative Komplikation eines CRPS I vor. Die Frage, ob ein stationärer Gesundheitszustand vorliege, könne nicht beantwortet werden. Die Entwicklung des CRPS I könne nicht vorausgesagt werden, ein Endzustand sei noch nicht erreicht. Die Arbeitsunfähigkeit von 50% sei unfallbedingt ausgewiesen (UV-act. M 42). Am 23. November 2011 bestätigte Dr. G.\_\_\_\_ die Diagnose eines CRPS und hielt fest, dass der Endzustand noch nicht erreicht, die Prognose aber

schlecht sei (UV-act. M 52). Schliesslich bestätigte er die bisher gestellten Diagnosen am 21. März 2012 erneut ausdrücklich (UV-act. M 61).

2.9 Das CRPS gehört zu den neurologisch-orthopädisch-traumato-logischen Erkrankungen. Der Begriff fasst die synonym verwendeten Bezeichnungen Reflexdystrophie, Morbus Sudeck, Sudeck-Dystrophie, Algodystrophie und sympathische Reflexdystrophie zusammen, die nach vorliegendem Konsens nicht mehr benutzt werden. Die Krankheit ist dadurch gekennzeichnet, dass es nach äusserer Einwirkung (z.B. Traumen, Operationen und Entzündungen) über längere Sicht zu einer Dystrophie und Atrophie von Gliedmassenabschnitten kommt. Als Symptome treten Durchblutungsstörungen, Ödeme, Hautveränderungen, Schmerzen und schliesslich Funktionseinschränkungen auf (vgl. Wikipedia - Komplexes regionales Schmerzsyndrom; Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 262. Aufl. Berlin 2011, S. 1859). Bei den in den Erwägungen 2.3 bis 2.8 zitierten Berichten handelt es sich um Verlaufs- und Untersuchungsberichte. Darin wird die Diagnose eines CRPS – wenn auch teilweise nur als Verdachtsdiagnose – im Nachgang an den Unfall der Beschwerdeführerin mehrmals gestellt. In einigen Berichten wurden auch einzelne der für ein CRPS typischen Befunde (vgl. vorstehend geschilderte Symptome) erhoben. Es ist damit nicht auszuschliessen, dass sich bei der Beschwerdeführerin nach dem Unfall zu Beginn ein CRPS ausgebildet hatte. Zu prüfen ist jedoch der Gesundheitszustand im Zeitpunkt der Leistungseinstellung (31. Dezember 2012).

### **E. 3**

3.1 Die Beschwerdegegnerin stützte sich bei der Einstellung ihrer Leistungen in massgeblicher Weise auf das bei der IB-Bern eingeholte interdisziplinäre Gutachten. Bei der chirurgisch-traumatologischen Untersuchung sei ein funktioneller Ausschluss der linken oberen Extremität gezeigt worden, wobei heute keine residuellen Folgen eines CRPS mehr hätten festgestellt werden können. Die Schmerzangaben seien nicht mit strukturellen Schäden belegbar. Auch die neurologische Untersuchung habe keinen Nachweis neurologischer Defizite ergeben. Psychiatrisch sei davon auszugehen, dass die früher schon diagnostizierte Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion inzwischen in eine chronifizierte Anpassungsstörung übergegangen sei (UV-act. K 168).

3.2 Die von der Beschwerdeführerin gegen dieses Gutachten vorgebrachten Einwendungen vermögen nicht zu überzeugen.

3.2.1 Zunächst bringt die Beschwerdeführerin vor, die IB-Bern erstelle praktisch ausschliesslich IV-Gutachten und sei demzufolge gar nicht in der Lage, komplexe Fälle wie den vorliegenden zu beurteilen. Weiter berief sich der Vertreter der Beschwerdeführerin mehrmals auf das hohe Alter des begutachtenden Arztes, Dr. E.\_\_\_\_, und brachte vor, dieser sei nicht mehr in der Lage, fachkompetente Gutachten zu erstellen. Diese pauschale Kritik ist zurückzuweisen. Zum Einen kann keineswegs gesagt werden, medizinische Beurteilungen in UV-Fällen seien im Allgemeinen komplexer als in IV-Fällen. Zum Anderen ist festzuhalten, dass das vorliegende Gutachten der IB-Bern umfassend und von hoher Qualität ist. Selbst wenn somit die IB-Bern hauptsächlich IV-Gutachten erstellen sollte, ist festzustellen, dass dies in keiner Weise einen Einfluss auf die Qualität des vorliegenden Gutachtens im UV-Bereich hatte. Ebenfalls sind aus dem Gutachten keinerlei Hinweise ersichtlich, dass das Alter von Dr. E.\_\_\_\_ Auswirkungen auf die Qualität seiner gutachterlichen Einschätzungen gehabt hätte.

3.2.2 Weiter brachte die Beschwerdeführerin vor, dass nachdem die Beschwerdegegnerin bereits Unfallversicherungsleistungen erbracht habe, sich die grundsätzliche Frage des natürlichen Kausalzusammenhanges nicht mehr stelle. Vielmehr wäre zu prüfen gewesen, ob der Status quo sine oder Status quo ante erreicht worden sei. Diese Frage werde im angefochtenen

Gutachten jedoch höchstens gestreift. Der Beschwerdeführerin kann dahingehend gefolgt werden, dass im Gutachten der IB-Bern nicht explizit auf die Frage des Status quo sine oder quo ante eingegangen wurde. Diese Frage ist vorliegend jedoch nicht entscheidend. Ausgangspunkt war die von der Beschwerdeführerin am 24. April 2010 erlittene Fraktur, für deren direkte Folgen die Beschwerdegegnerin die Unfallversicherungsleistungen uneingeschränkt erbrachte. Es stellt sich nun einzig noch die Frage, ob sich im Nachgang an die Fraktur ein CRPS entwickelte und noch heute besteht. In diesem Sinne steht die Frage nach dem Status quo sine oder quo ante nicht im Vordergrund. 3.2.3 Weiter weist der Vertreter der Beschwerdeführerin in seiner Beschwerdeschrift darauf hin, dass die Gutachter des IB-Bern nicht wie die behandelnden Mediziner eine intraartikuläre, sondern eine extraartikuläre Radiusfraktur diagnostiziert hätten. Mit Blick auf die medizinische Aktenlage ist festzustellen, dass im Ergebnis nicht eindeutig festgestellt werden kann, ob nun eine extra- oder intraartikuläre Radiusfraktur vorlag. Richtig ist, dass die behandelnden Mediziner im Allgemeinen eine intraartikuläre Radiusfraktur diagnostizierten und im Gutachten des IB-Bern von einer extraartikulären die Rede ist. Ebenfalls ist jedoch darauf hinzuweisen, dass die zu Beginn gestellte Diagnose auf eine extraartikuläre distale Radiusfraktur lautete (vgl. Operationsbericht Kantonsspital Frauenfeld vom 3. Mai 2010; act. UV-act. M 1). Insgesamt ist festzustellen, dass Dr. E.\_\_\_\_ aus der Frage, ob eine intra- oder extraartikuläre Radiusfraktur vorlag, keine wesentlichen Schlüsse zog und auch nicht ersichtlich ist, dass dies für die Beurteilung unerlässlich gewesen wäre. Vielmehr konzentrierte sich die Beurteilung von Dr. E.\_\_\_\_ auf die zentral interessierende Frage, ob (noch) ein CRPS vorliegt oder nicht. 3.2.4 Mit Blick auf die Vorbringen der Beschwerdeführerin ist noch auf die Frage der diagnostizierten Allodynie einzugehen. Fest steht, dass in einigen der medizinischen Berichte eine solche diagnostiziert wurde und eine Allodynie grundsätzlich ein Hinweis auf ein CRPS sein kann. Jedoch bedeutet die Diagnose einer Allodynie allein lediglich eine gesteigerte Schmerzempfindlichkeit (Pschyrembel, a.a.O., S. 56). Diese kann verschiedene organische, aber auch psychische Ursachen haben und muss nicht überwiegend wahrscheinlich in Zusammenhang mit einem CRPS stehen. In diesem Zusammenhang ist auch auf den Bericht von Dr. D.\_\_\_\_ vom 22. März 2011 zu verweisen. In diesem führte er die Allodynie auf das Operationsmaterial zurück und empfahl eine Entfernung der bei der Behandlung der Radiusfraktur eingesetzten Platte. Damit brachte Dr. D.\_\_\_\_ die Allodynie nicht in einen Zusammenhang zu einem allenfalls vorliegenden CRPS (UV-act. M 32). 3.3 Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin ist dem Gutachten der IB-Bern Beweiswert zuzuerkennen. Dieses erging nach einer eingehenden psychiatrischen und chirurgisch-traumatologischen Untersuchung der Beschwerdeführerin am 13. November 2012 sowie einer neurologischen Untersuchung am 22. November 2012 (UV-act. M 72/1). Ebenfalls erging es in Kenntnis der Vorakten und berücksichtigte die geklagten Beschwerden. Damit genügt es den Anforderungen der Rechtsprechung (vgl. BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen). Insgesamt erscheint das Gutachten zudem schlüssig und im Ergebnis, dass zumindest im Zeitpunkt der Begutachtung kein CRPS vorlag, nachvollziehbar. So wurde in Bezug auf die chirurgisch-traumatologisch/manual-medizinischen Untersuchungen festgehalten, es hätten keine residuellen Folgen eines CRPS mehr festgestellt werden können. Es lägen keine muskulären Atrophien für den Arm und die Hand vor. Die Thenar- und Hypothenarmuskulatur zeichne sich seitengleich gut ab. Gehe man vom typischen Verlauf eines CRPS aus, hätte bereits ein Stadium III, d.h. ein dystrophes Stadium mit Gelenkkontrakturen und Verschwinden der Subkutis vorgelegen. Die Haut würde dann

pergamentartig wächsern erscheinen, es würden dystrophe Störungen der Nägel und der Behaarung vorliegen. Auch die Temperatur müsste links unterschiedlich sein zu rechts. Aufgrund des Funktionsausschlusses müssten sich inzwischen Umfangsverminderungen für den gesamten Arm entwickelt haben. Alle diese notwendigen Kriterien, die ein CRPS im Stadium III beweisen würden, lägen aber nicht vor. Die entsprechenden Fotos würden symmetrische Verhältnisse belegen. Die Umfangverhältnisse seien für den Ober- und Unterarm und für das Handgelenk inspektorisch und bei der Umfangmessung seitengleich. Die Nägel würden seitengleich wachsen, Behaarungsstörungen lägen nicht vor. Die Haut sowie die Subkutis seien seitengleich ausgebildet und auch die subkutanen Venen zeichneten sich gut ab. Auf dem Handrücken seien symmetrische Temperaturen gemessen worden. Die Schmerzangaben seien somit nicht mit strukturellen Schäden belegbar. Vieles spreche dafür, dass es sich um eine Pseudodystrophie handle. Die Beschwerdeführerin lasse den linken Arm hängen, was temporär zu lividen Verfärbungen führen könne. Bei der Beschwerdeführerin seien allerdings auch keine durch konsequentes Hängenlassen und Ausschalten der linken oberen Extremität entstehenden Pseudodystrophie-Zeichen zu erkennen, was dafür spreche, dass die Extremität im Alltag funktionell nicht anhaltend und konsequent ausgeschaltet werde. Dies spreche für eine willentlich und willkürlich gesteuerte Selbstlimitierung mit partieller funktioneller Ausschaltung. Mit den klinisch erhobenen Befunden würden sich keine residuellen Folgen im Sinne eines CRPS im Spätstadium mehr belegen lassen (UV-act. M 72, insb. S. 31 f.). Dr. E. \_\_\_ setzte sich im Gutachten der IB-Bern somit detailliert mit den für ein CRPS typischen Befunden auseinander und konnte keine solchen erheben. Das Ergebnis, dass zum Zeitpunkt der gutachterlichen Untersuchung keine Anzeichen für ein CRPS mehr vorhanden waren, erscheint somit nachvollziehbar und der Beurteilung im Gutachten der IB-Bern kann gefolgt werden.

3.4 Auch die beiliegend zur Beschwerde vom 13. September 2013 (act. G 1) durch die Beschwerdeführerin noch eingereichten und nach der Begutachtung durch die IB-Bern erstellten Berichte von Dr. D. \_\_\_ vom 21. Januar 2013 (act. G 1.5) sowie des Kantonsspitals Frauenfeld vom 7. Mai 2013 (act. G 1.4) vermögen den Beweiswert des Gutachtens der IB-Bern nicht in Frage zu stellen. Dr. D. \_\_\_ diagnostizierte nach einer Verlaufskontrolle am 21. Januar 2013 eine Allodynie Arm links nach Fraktur Radius distal links (act. G 1.5). Eine diagnostizierte Allodynie kann wie erwähnt verschiedene Ursachen haben und muss nicht überwiegend wahrscheinlich in einem Zusammenhang mit einem CRPS stehen (vgl. Erw. 3.2.4). Im Bericht des Kantonsspitals Frauenfeld wurde die Diagnose CRPS Hand links bei Status nach distaler intraartikulärer Radiusfraktur links April 2013 zwar gestellt, allerdings ohne eine weitergehende Befunderhebung. Vieles spricht dafür, dass die Diagnose somit von früheren Berichten übernommen wurde. Eine eingehende Begründung für das diagnostizierte CRPS enthält der Bericht zumindest nicht (act. G 1.4).

3.5 Zusammenfassend ist aufgrund der vorzitierten, umfangreichen medizinischen Aktenlage die Diagnose eines CRPS zumindest im Zeitpunkt der Leistungseinstellung nicht mehr mit dem notwendigen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen. Wie im Gutachten der IB-Bern festgestellt, ist hinsichtlich der von der Beschwerdeführerin geklagten Handgelenksbeschwerden nicht mehr von einer objektiven somatisch-strukturell erklärbaren Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin auszugehen.

## **E. 4**

4.1 Zu prüfen bleiben noch die Unfallkausalität allfälliger psychisch bedingter Beschwerden und bejahendenfalls deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit der

Beschwerdeführerin. 4.2 Die Beschwerdeführerin stand bereits seit 2009 wegen gesundheitlicher Beschwerden in ärztlicher Behandlung und war bereits vor dem erlittenen Unfall am 24. April 2010 aus psychiatrischen Gründen seit dem 22. Oktober 2009 anhaltend 100% krankgeschrieben. Per 31. März 2010 war der Beschwerdeführerin ihre Stelle sodann gekündigt worden. 4.2.1 Nach eingehender psychiatrischer Untersuchung der Beschwerdeführerin am 13. November 2012 hielt Dr. med. L.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, im Gutachten der IB-Bern fest, aufgrund der aktuellen Befunde seien die diagnostischen Kriterien der ICD-10 für eine mittelgradige depressive Störung gegenwärtig nicht erfüllt. Retrospektiv könne eine mittelgradige depressive Episode im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung (mit wiederkehrenden Episoden einer Major Depression) nicht ausgeschlossen werden. Der Längsverlauf der depressiven Symptomatik lasse allerdings den typischen episodischen Charakter mit wiederkehrenden, von einem freien Intervall abgrenzbaren depressiven Episoden vermissen. Die von Dr. M.\_\_\_\_ zuletzt gestellte Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung sei deshalb nicht ausreichend abgestützt. Anamnestisch stehe derzeit die Angstsymptomatik gegenüber der depressiven Symptomatik deutlich im Vordergrund, so dass die Differentialdiagnose einer generalisierten Angststörung (GAS) tatsächlich zu erwägen sei. Im Falle der Beschwerdeführerin gehe die Angststörung mit grosser Wahrscheinlichkeit auf die psychosozial erheblich belastenden Jahre vor dem Unfall zurück. Ängste seien auch in der Zeit vor dem Unfall bereits beschrieben worden. Ein Kausalzusammenhang zum Unfallereignis bestehe mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht, wie auch Dr. N.\_\_\_\_ in seiner Aktenbeurteilung vom 16. Juli 2012 festgehalten habe. Die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) könne nicht ansatzweise begründet werden, da dafür weder das in der ICD-10 geforderte schwere Trauma noch das zeitliche Kriterium noch die entsprechende Symptomatik gegeben seien. Die ängstlich-depressive Symptomatik und die aktuellen klinischen Befunde würden sich ätiopathogenetisch, unter Berücksichtigung der Krankheitsgeschichte mit den langjährigen psychosozialen Belastungen und den vorbestehenden längerdauernden (leichtgradigen) depressiven Verstimmungen schon in der Zeit vor der 2. Schwangerschaft 20\_\_ am ehesten als eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion bei anhaltender psychosozialer Belastungssituation verstehen. Die psychosoziale Belastungssituation bestehe seit vielen Jahren und sei erheblich. Betrachte man den Längsverlauf, so falle auf, dass sich während der Schwangerschaft 20\_\_ ein Nachlassen der psychischen Abwehrkräfte abgezeichnet habe und es zu vielen Fehlzeiten bei der Arbeit (wegen Schwangerschaftsbeschwerden und Depression) gekommen sei. Die psychischen Beschwerden seien behandlungsbedürftig geworden. Die Behandlung sei zu Beginn beim Hausarzt erfolgt und anschliessend sei fachärztliche Hilfe hinzugezogen worden. Der unmittelbare Auslöser für diesen Schritt sei die Mitteilung über die Kündigung ihrer Arbeitsstelle im Herbst 2009 gewesen. Zusammenfassend sei im vorliegenden Fall davon auszugehen, dass die früher schon diagnostizierte Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion inzwischen in eine chronifizierte Anpassungsstörung mit anhaltender leichter depressiver Symptomatik übergegangen sei. Die Angstsymptomatik mit begleitender Anspannung, Nervosität und Sorgen könne als eigenständige Diagnose geführt werden. Da die Anpassungsstörung gemäss ICD-10 maximal während 2 Jahren diagnostiziert werden dürfe, biete sich in der ICD-10 für einen fortdauernden und anhaltenden leichten depressiven Zustand die Diagnose der Dysthymia (F 34.1) an, wobei diese Störung aus der unfallunabhängigen, vorbestehenden Anpassungsstörung infolge der

langjährigen, anhaltenden psychosozialen Belastungen hervorgegangen sei. Die diagnostizierte generalisierte Angststörung könne nicht in einen überwiegend wahrscheinlichen Kausalzusammenhang zum Unfall vom 24. April 2010 gebracht werden.

4.2.2 In Bezug auf die psychiatrische Diskussion des chronischen Schmerzsyndroms der linken oberen Extremität führte Dr. L.\_\_\_\_ aus, wenn man die erheblichen, langjährigen psychosozialen Belastungen, die im Zeitpunkt des Unfalls bereits zu krankheitswertigen, behandlungsbedürftigen reaktiven psychischen Störungen geführt hätten, berücksichtige, so erscheine eine psychische (Schmerz-) Fehlverarbeitung im Zusammenhang mit der Radiusfraktur durchaus denkbar – allerdings gebe es auch einige Argumente, die gegen diese Diagnose sprächen. Gemeint seien dabei die deutlichen Hinweise auf eine willkürliche, bewusstseinsnahe und zielgerichtet gesteuerte Selbstlimitierung im Rahmen der Untersuchungen. Bezug zu nehmen sei auch auf die nachweislichen Falschangaben zum Medikamentenkonsum sowie die Hinweise darauf, dass die Versicherte den linken Arm nicht kontinuierlich funktionell ausschalte. Wenn ein Arm dauerhaft inaktiv wäre, wie das die Beschwerdeführerin suggeriere, so müssten organische Zeichen der Inaktivität erkennbar sein, wie z.B. Veränderungen im Bereich der Muskeln, der Haut und auch der Knochen, was hier aber nachweislich nicht der Fall sei. Letztlich verbleibe deshalb als wahrscheinliche Erklärung, dass bei der Beschwerdeführerin im Zusammenhang mit den langjährigen und erheblichen psychosozialen Belastungen vor und zum Zeitpunkt des Unfalls, im Zusammenhang mit der vorbestehenden psychischen Störung (Depression, Angst) und im Zusammenhang mit den fortgesetzten ärztlichen Behandlungen/Diagnosen eine psychische Fehlverarbeitung eingetreten sei, was dann durch einen sekundären Krankheitsgewinn weiter gefördert und aufrechterhalten worden sei und letztlich in einem "Verharren in der Krankenrolle" mit Selbstlimitierung, maladaptivem Vermeidungsverhalten u.ä. gemündet habe (UV-act. M 72/33 ff.).

4.3 Fest steht, dass die Beschwerdeführerin bereits im Unfallzeitpunkt aufgrund psychiatrischer Beschwerden 100% arbeitsunfähig war. Der vorzitierten gutachterlichen Beurteilung von Dr. L.\_\_\_\_ ist zu entnehmen, dass die psychischen Beschwerden auf die Jahre vor dem Unfall zurückgehen und kein Kausalzusammenhang zum Unfall besteht. Dies erscheint nachvollziehbar und schlüssig. Aufgrund der Schilderungen im Gutachten der IB-Bern ist davon auszugehen, dass die bereits bestehenden psychischen Beschwerden zu einer Fehlverarbeitung der Unfallfolgen führten und es zu einer gesteuerten Selbstlimitierung durch die Beschwerdeführerin gekommen ist. Gemäss der gutachterlichen Beurteilung durch Dr. L.\_\_\_\_ ist somit festzustellen, dass die psychischen Beschwerden der Beschwerdeführerin nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit durch den Unfall vom 24. April 2010 kausal verursacht wurden. Aufgrund der fehlenden Kausalität kann somit die Frage nach einem allfälligen Einfluss der psychischen Beschwerden auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin im vorliegenden Verfahren offen gelassen werden.

## **E. 5**

5.1 Zusammenfassend ist festzustellen, dass die Beschwerdegegnerin ihre weitere Leistungspflicht aus der obligatorischen Unfallversicherung zurecht verneint hat. Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Bestätigung des Einspracheentscheids vom 12. August 2013 abzuweisen.

5.2 Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP 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.