



Auftreten und Verschlimmern von Verletzungen nach einem Trauma radioskopisch erstellt sind (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes in Sachen M. vom 28. September 2005, U 248/05, Erw. 2.1 mit Hinweisen). Es entspricht einer medizinischen Erfahrungstatsache, dass selbst im Falle vorbestehender degenerativer Erkrankungen eine traumatische Verschlimmerung in der Regel nach sechs bis neun Monaten, spätestens aber nach einem Jahr abgeschlossen ist und länger dauernde Beschwerden bei einer einfachen Kontusion oftmals auf eine psychische Anpassungsstörung oder Fehlentwicklung zurückgehen (Urteil des Schweizerischen Bundesgerichtes in Sachen M. vom 17. Juli 2007, U 250/06, Erw. 4.2).

### E. 3.3

3.3.1.1 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 Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 181 Erw. 3.2, 405 Erw. 2.2, 125 V 461 Erw. 5a).

3.3.2.2 Bei organisch nachweisbaren Unfallfolgen spielt indessen die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der aus dem natürlichen Kausalzusammenhang sich ergebenden Haftung praktisch keine Rolle, indem die Unfallversicherung auch für seltenste, schwerwiegendste Komplikationen haftet, welche nach der unfallmedizinischen Erfahrung im Allgemeinen gerade nicht einzutreten pflegen (vgl. BGE 128 V 172 Erw. 1c, 123 V 102 Erw. 3b, 118 V 291 Erw. 3a, 117 V 365 Erw. 5d/bb mit Hinweisen auf Lehre und Rechtsprechung; RKUV 2004 Nr. U 505 S. 249 Erw. 2.1).

3.3.3.3 Für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhanges zwischen dem Unfall und psychischen Gesundheitsschädigungen ist demgegenüber im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall für die Entstehung der Arbeits- beziehungsweise Erwerbsunfähigkeit eine massgebende Bedeutung zukommt. Dies trifft dann zu, wenn er objektiv eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt (vgl. RKUV 1996 Nr. U 264 S. 288 Erw. 3b; BGE 115 V 141 Erw. 7 mit Hinweisen). Für die Beurteilung dieser Frage ist an das Unfallereignis anzuknüpfen, wobei - ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf - folgende Einteilung vorgenommen wurde: banale beziehungsweise leichte Unfälle einerseits, schwere Unfälle andererseits und schliesslich der dazwischen liegende mittlere Bereich (BGE 115 V 139 Erw. 6; vgl. auch BGE 120 V 355 Erw. 5b/aa; SVR 1999 UV Nr. 10 Erw. 2).

Bei banalen Unfällen wie z.B. bei geringfügigem Anschlagen des Kopfes oder Überbetreten des Fusses und bei leichten Unfällen wie z.B. einem gewöhnlichen Sturz oder Ausrutschen kann der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychischen Gesundheitsstörungen in der Regel ohne weiteres verneint werden, weil aufgrund der allgemeinen Lebenserfahrung aber auch unter Einbezug unfallmedizinischer Erkenntnisse davon ausgegangen werden darf, dass ein solcher Unfall nicht geeignet ist, einen erheblichen Gesundheitsschaden zu verursachen (BGE 120 V 355 Erw. 5b/aa, 115 V 139 Erw. 6a).

Bei schweren Unfällen ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychisch bedingter Arbeitsunfähigkeit in der Regel zu bejahen. Denn nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung sind solche Unfälle geeignet, invalidisierende psychische Gesundheitsschäden zu bewirken (BGE 120 V 355 Erw. 5b/aa, 115 V 140 Erw. 6b; RKUV 1995 Nr. U 215 S. 90 Erw. 3b).

Bei Unfällen aus dem mittleren Bereich lässt sich die Frage, ob zwischen Unfall und Folgen ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht aufgrund des Unfalles allein schlüssig beantworten. Es sind daher weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte beziehungsweise indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Als wichtigste Kriterien sind zu nennen:

- besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindringlichkeit des Unfalls;
- die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen;
- ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung;
- körperliche Dauerschmerzen;
- ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert;
- schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen;
- Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit (BGE 115 V 140 Erw. 6c/aa).

Der Einbezug sämtlicher objektiver Kriterien in die Gesamtwürdigung ist nicht in jedem Fall erforderlich. Je nach den konkreten Umständen kann für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs ein einziges Kriterium genügen. Dies trifft einerseits dann zu, wenn es sich um einen Unfall handelt, welcher zu den schwereren Fällen im mittleren Bereich zu zählen oder sogar als Grenzfall zu einem schweren Unfall zu qualifizieren ist (vgl. RKUV 1999 Nr. U 346 S. 428, 1999 Nr. U 335 S. 207 ff.; 1999 Nr. U 330 S. 122 ff.; SVR 1996 UV Nr. 58). Andererseits kann im gesamten mittleren Bereich ein einziges Kriterium genügen, wenn es in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist, wie z.B. eine auffallend lange Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit infolge schwierigen Heilungsverlaufes. Kommt keinem Einzelkriterium besonderes beziehungsweise ausschlaggebendes Gewicht zu, so müssen mehrere unfallbezogene Kriterien herangezogen werden. Dies gilt umso mehr, je leichter der Unfall ist. Handelt es sich beispielsweise um einen Unfall im mittleren Bereich, der aber dem Grenzbereich zu den leichten Unfällen zuzuordnen ist, müssen die weiteren zu berücksichtigenden Kriterien in gehäuft oder auffallender Weise erfüllt sein, damit die Adäquanz bejaht werden kann. Diese Würdigung des Unfalles zusammen mit den objektiven Kriterien führt zur Bejahung oder Verneinung der Adäquanz. Damit entfällt die Notwendigkeit, nach andern Ursachen zu forschen, die möglicherweise die psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit mitbegünstigt haben könnten (BGE 115 V 140 Erw. 6c/bb, vgl. auch BGE 120 V 355 Erw. 5b/aa; RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff., Nr. U 449 S. 53 ff., 1998 Nr. U 307 S. 448 ff., 1996 Nr. U 256 S. 215 ff.; SVR 1999 UV Nr. 10 Erw. 2).

3.4 Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG), so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 Prozent invalid (Art. 8 ATSG), so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG).

Die versicherte Person hat im Weiteren Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung, wenn sie durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität erleidet (Art. 24 Abs. 1 UVG). Die Entschädigung wird mit der Invalidenrente festgesetzt, oder, falls kein Rentenanspruch besteht, bei der Beendigung der ärztlichen Behandlung gewährt (Art. 24 Abs. 2 UVG).

3.5 In Anbetracht der sich mit Bezug auf Schmerzen naturgemäss ergebenden Beweisschwierigkeiten geht die Praxis davon aus, dass die subjektiven Schmerzangaben der versicherten Person für die Begründung einer (teilweisen) Arbeitsunfähigkeit allein nicht genügen; vielmehr muss im Rahmen der sozialversicherungsrechtlichen Leistungsprüfung verlangt werden, dass die Schmerzangaben durch damit korrelierende, fachärztlich schlüssig feststellbare Befunde hinreichend erklärbar sind. Die Schmerzangaben müssen also zuverlässiger medizinischer Feststellung und Überprüfbarkeit zugänglich sein (BGE 130 V 399 Erw. 5.3.2 mit Hinweisen). Vorbehalten bleibt der Tatbestand, dass somatisch nicht begründbare Schmerzsyndrome mit psychischen Befunden vergesellschaftet sind, die für sich oder im Verein mit den - subjektiv erlebten - Schmerzen die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigen, und soweit es sich um Unfallfolgen handelt, zu berücksichtigen sind (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes in Sachen W. vom 9. Oktober 2001, I 382/00, Erw. 2b).

#### **E. 4**

4.1 Gemäss dem Bericht des G. vom 9. Juni 2005 ist die Versicherte auf den Notfall gekommen, weil sie beim Treppenabsteigen mit dem linken Fuss umgeknickt sei (Urk. 7/2). Diagnostiziert wurde ein Supinationstrauma des OSG links mit ossärem Ausriss des Ligamentum fibulotalare anterius am Talus und nicht dislozierter Fraktur des Processus anterius calcanei, welche Verletzung mit einem Unterschenkelgips konservativ behandelt wurde (Urk. 7/2). Am 16. Juni 2005 verschrieb Dr. D. der Versicherten Physiotherapie für den Rücken nach Sturz auf Treppe mit Lendenwirbelsäuleschmerzen (Urk. 7/9). Im Bericht vom 23. August 2005 führte Dr. D. aus, es beständen eine lokale Schwellung über dem OSG lateral im Bereich des linken Knöchels und Schmerzen beim Stehen. Die Patientin arbeite wieder voll trotz Schmerzen (Urk. 7/7). Die Firma verlange Überstunden, was den Heilungsverlauf verzögere (Urk. 7/7, 7/5, 7/6).

Die radiologischen Abklärungen vom 29. September und 12. Oktober 2005 ergaben diskrete reaktive Ablagerungen an den Gelenksflächen ohne Knorpelreduktion oder Calcarea im Bereich der rechten Schulter sowie ein kongruentes

OSG ohne frische ossäre Läsionen und ohne Fehlstellung mit kleinen reaktiven Anlagerungen an der Dorsalfläche des Talus als Status nach früherer Distorsion. Im Vergleich zur Voruntersuchung vom 6. Juli 2005 sei der Status unverändert (Urk. 7/10). Die Untersuchung von Brust- und Lendenwirbelsäule (BWS und LWS) ergab keine Osteolysen oder Sklerosen, aber eine deutliche s-förmige Skoliose mit etwas Streckhaltung der BWS und LWS, eine minime Spondylarthrose, Osteochondrose und Spondylose der LWS (Urk. 7/11). Dr. D.\_\_\_\_ berichtete am 21. Oktober 2005 von einem sehr protrahierten Verlauf. Neue Schmerzen würden beklagt an Schulter und Rücken und im ganzen Körper. Radiologisch könnten die Befunde nicht erklärt werden. Im Heilungsverlauf spielten unfallfremde Faktoren mit. Mitte September sei die Versicherte angeblich vom Bett gestärzt (Urk. 7/12).

Dr. L.\_\_\_\_ diagnostizierte am 14. November 2005 einen Status nach OSG-Distorsion vom 25. Juli 2005, ein lumbo- und cervikospondylogenes Syndrom bei Wirbelsäulenfehlhaltung, degenerativen Veränderungen und muskulärer Dysbalance sowie einen Verdacht auf Schmerzausweitung und Schmerzverarbeitungsstörung (Urk. 7/15). Die Anamnese über den Beginn der Symptomatik habe nur schwer erhoben werden können. Die Beschwerdeführerin habe angegeben, bereits seit dem Sturz vom 25. Mai 2005 einen leichten Schulterarmschmerz, der dann zugenommen und sich auch nach links ausgebreitet habe sowie Schmerzen der Hände und morgendliche Mühe beim Faustschluss verspürt zu haben (Urk. 7/15/1). Er hielt fest, die geklagten Symptome wiesen im Verlauf seit dem Sturz vom 25. Mai 2005 eine Ausweitung auf und es bestehe ein auffälliges Untersuchungsverhalten mit aktiver Abwehrspannung und inkonstanten Befunden (Urk. 7/15/2).

Bei der MRI-Untersuchung vom 7. Dezember 2005 wurden keine Ruptur der einzelnen Muskeln der Rotatorenmanschette, aber leichte Enthesopathieveränderungen, möglicherweise einer Periarthropathia humeroscapularis (PHS) entsprechend, festgestellt. Zudem wurde eine AC-Gelenksarthrose festgestellt (vgl. Urk. 7/33). Das Röntgenbild der rechten Hand zeigte eine intakte und normale Knochenstruktur und keinen Hinweis für einen Sudeck (Urk. 7/33; vgl. auch Bericht des K.\_\_\_\_ vom 15. November 2005, Urk. 7/34/2). Gemäss den Angaben von Dr. D.\_\_\_\_ vom 23. Dezember 2005, würden seit dem 13. September 2005 neue Schmerzen im linken (richtig: rechten) Oberarm und Schulterbereich geklagt. Die Muskulatur zeige einen erhöhten Tonus und die Beweglichkeit der Schulter werde jetzt zunehmend schlechter, weil die Beschwerdeführerin trotz Physiotherapie kaum eine Bewegung mit dem linken (richtig: rechten) Arm mache (Urk. 7/31/1; vgl. auch das Zeugnis vom 5. Dezember 2005, Urk. 7/27).

4.2 Gegenüber Dr. E.\_\_\_\_ gab die Versicherte am 4. Januar 2005 an, bereits ein oder zwei Wochen nach dem Supinationstrauma im linken OSG vom 25. Mai 2005 habe sie leichte Schmerzen in Schulter und Hand verspürt, welche während des sechswöchigen Gehens mit zwei Stücken etwas zugenommen hätten, subjektiv aber noch nicht wesentlich störend gewesen seien. Ab Juli 2005 hätten die Schmerzen während der vierwöchigen Ferien (circa Mitte Juli) deutlich zugenommen. Nach Arbeitsaufnahme im August 2005 an der bisherigen Stelle (50 %) sei es zu einer Zunahme der Schmerzen im linken OSG und zu Schmerzen im Bereich der unteren LWS mit Ausstrahlungen ins linke Bein (lateraler Oberschenkel und laterale Wade) sowie

anschliessend zu einer deutlichen Zunahme der Beschwerden an der rechten Schulter und der rechten Hand gekommen. Einerseits sei die rechte Hand deutlich angeschwollen und die Kraft habe progredient abgenommen. Vor allem am Morgen bestehe eine deutliche Kraftlosigkeit mit vermindertem Faustschluss. Die Beschwerdeführerin habe zudem Parästhesien in der rechten Hand angegeben, welche in den letzten Wochen zugenommen hätten und oft mit unangenehmen Hyperästhesien vergesellschaftet seien (Urk. 7/24/2). Dr. E. \_\_\_ stellte bei der Untersuchung insbesondere ein leicht überwärmtes rechtes Schultergelenk, eine stark verminderte Beweglichkeit (vor allem Seitellevation mit 30°) sowie eine Druckdolenz aller Schultergürtel-Triggerpunkte rechts fest. Die rechte Hand sei auffällig geschwollen, verstärkt gerötet und überwärmt und die Handfläche auffällig feucht und die Kraft deutlich (vor allem Flexion) vermindert. Dr. E. \_\_\_ diagnostizierte eine frozen shoulder rechts, eine sympathische Algodystrophie der rechten Hand (Sudeck-Syndrom), ein zervikospondylogenes und zervikobrachiales Schmerzsyndrom und ein rechtsbetontes myotendinotisches Schultergürtelsyndrom, ein lumbospondylogenes Syndrom, eine Fehlhaltung der Wirbelsäule (s-förmige, thorakal-rechtskonvexe Skoliose, Flachrücken) mit muskulärer Dysbalance, einen Status nach Supinationstrauma linkes OSG sowie eine mässiggradige Adipositas. Nach der Beurteilung von Dr. E. \_\_\_ passe der Verlauf gut zu den gemachten Angaben, dass sich die Versicherte beim Sturz vom 25. Mai 2005 auf die rechte Hand respektive auf den rechten Arm abgestürzt habe. Zudem dürfte ursprünglich das sechswöchige Gehen an zwei Stücken bei der bergewichtigen Frau zu einer Überbelastung von Hand und Schulter, ebenfalls gut vorstellbar zu einer Fehlbelastung im Bereich der Wirbelsäule geführt haben. Die progredienten Schmerzen in Schulter und Arm hätten zur konsequenten Schonung des rechten Arms, respektive des rechten Schultergelenkes und damit zu der aktuellen frozen shoulder rechts geführt. Für das klinisch eindeutig vorhandene Sudeck-Syndrom der rechten Hand lasse sich anamnestisch als einziges Ereignis der Unfall vom 25. Mai 2005 eruieren (Urk. 7/24/3). Aufgrund der Anamnese, des Verlaufs nach dem Unfall und der aktuellen Klinik müssten die heutigen Beschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als Folgen des Unfalles vom 25. Mai 2005 angesehen werden (Urk. 7/24/4). Es bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (Urk. 7/24/4).

4.3.3.3 Gemäss Bericht des G. \_\_\_ vom 9. März 2006 (Urk. 7/47; vgl. auch die vorgehenden Berichte des zum G. \_\_\_ gehörenden K. \_\_\_ vom 15. November 2005 und 5. Februar 2006, Urk. 7/34 und 7/28) über den Aufenthalt vom 17. Februar bis 10. März 2006 liegen bei der Versicherten ein lumbospondylogenes Syndrom mit mediolateraler, breitbasiger, linksseitiger Diskushernie L4/L5 mit leichter Kompression des Duralsackes, Fusschmerzen links bei Status nach Supinationstrauma des OSG, ein zervikospondylogenes Schmerzsyndrom mit Schmerzausstrahlung in den rechten Arm (MRI-HWS 02/06: leichte Retroosteophytenbildung HWK 5/6, keine Diskushernie, keine Nervenkompression) sowie eine Periathropathia humeroscapularis rechts mit schmerzhafter Schulterbewegungseinschränkung (MRI-Schulter 12/2005: leichte Enthesiopathieveränderungen) vor. Es handle sich um eine komplexe Schmerzproblematik. Die Diagnose eines Fibromyalgie-Syndroms habe aufgrund der Klinik und der fehlenden Symmetrie nicht bestätigt werden können. Unter Ausbau der analgetischen sowie unter physiotherapeutischer Therapie sei es nur zu einer leichten Verbesserung der Schmerzen gekommen (Urk. 7/47/1). Als letzte Möglichkeit empfahlen sie einen stationären Rehabilitationsaufenthalt. Allenfalls könnte es sich

bei der vorliegenden Problematik auch um eine Schmerzausweitung oder gar um eine somatoforme Schmerzstörung handeln (Urk. 7/47/2).

4.4 Gemäss Austrittsbericht der H.\_\_\_\_ vom 5. April 2006 (Urk. 7/43), wo die Versicherte sich vom 12. März bis 1. April 2006 aufgehalten hatte, besteht zudem ein Verdacht auf Vorliegen einer somatoformen Schmerzstörung. Die Beschwerdeführerin habe über eine Druckdolenz im Bereich der Wirbelsäule, über bewegungsabhängige Schmerzen im ganzen Körper, vor allem in den Bereichen rechte Schulter, rechter Arm, linkes Bein und linker Fuss sowie über Sensibilitätsstörungen im gesamten rechten Arm und im gesamten linken Bein geklagt (Urk. 7/43/1). An den objektiven Befunden sei nicht zu zweifeln und die Symptome seien sicherlich teilweise nachvollziehbar, indes wirkten die Ausprägung und Präsentation somatoform ausgeweitet. Die physiotherapeutischen Massnahmen hätten insgesamt leider zu keiner Verbesserung der Symptomatik geführt und seien in vielen Fällen wegen Schmerzen abgelehnt worden (Urk. 7/43/2). Die Ärzte empfahlen eine ambulante Physiotherapie und dringlicher in Anbetracht der Gesamtsituation der Versicherten eine Psychotherapie in albanischer Sprache (Urk. 7/43/2).

4.4 In seiner Aktenbeurteilung vom 11. Mai 2006 hielt SUVA-Kreisarzt Dr. J.\_\_\_\_ fest, nach adäquater Therapie sei die Verletzung am linken Fuss mit ossärem Ausriss des Ligamentum fibulotalare anterius und extraartikulärer Fraktur des Processus anterius calcanei abgeheilt. Ohne Zusammenhang zum Unfallereignis, es seien keine Verletzungen in den aufgezählten Regionen nach dem Unfallereignis dokumentiert, seien ab August 2005 Abklärungen der Wirbelsäule und des rechten Schultergelenkes durchgeführt worden, welche nur degenerative Veränderungen ergeben hätten (Urk. 7/49/1). Bereits die Dokumentation, sicher der Verlauf, die klinischen und bildgebenden Untersuchungen mit dem pathologisch-anatomischen Befund liessen einen Zusammenhang zum Unfallereignis nicht erkennen (Urk. 7/49/1).

## 5.4.4

5.1 Gemäss diesen mit Ausnahme der Beurteilung durch Dr. E.\_\_\_\_ übereinstimmenden ärztlichen Beurteilungen konnten die im Verlauf und für den Zeitpunkt des Einspracheentscheides am 25. August 2006 geltend gemachten Schmerzen und Einschränkungen mit den objektivierbaren somatischen Befunden nicht hinreichend erklärt werden.

## 5.4.4.4

5.4.4.4 Nach dem Unfall vom 25. Mai 2005 war es zu einer ärztlicherseits festgestellten Ausweitung der Beschwerden gekommen. Dr. D.\_\_\_\_ berichtete bereits am 21. Oktober 2005 von einem sehr protrahierten Verlauf mit neuen Schmerzen an Schulter und Rücken, welche der Grund für die erneute Arbeitsunfähigkeit seien (Urk. 7/12). Auch Dr. L.\_\_\_\_ stellte bei seiner Untersuchung vom 24. Oktober 2005 eine Ausweitung der Symptome sowie ein auffälliges Untersuchungsverhalten mit aktiver Abwehrspannung und inkonstanten Befunden fest (Urk. 7/15/2). Die wegen der Zunahme der Beschwerden veranlassten ergänzenden radiologischen Abklärungen an der rechten Schulter und Hand (vgl. Urk. 7/27/1) zeigten nach ärztlicher Einschätzung keine erheblichen Befunde (vgl. Urk. 7/10, 7/11, 7/33; vgl. auch Urk. 7/12, 7/31/1, 7/28/1). Gemäss dem Bericht des G.\_\_\_\_ vom 9. März 2006 wurde unter anderem trotz der in der Computertomographie festgestellten Diskushernie L4/L5 angesichts der Therapieresistenz

die Möglichkeit des Vorliegens einer Schmerzausweitung oder gar einer somatoformen Schmerzstörung erörtert (Urk. 7/47/2). Während des Aufenthaltes in der H. \_\_\_ vom 12. März bis 1. April 2006 konnte ebenfalls kein gutes Rehabilitationsergebnis erzielt werden. Die Ärzte hielten fest, dass die Symptome zwar teilweise sicherlich hätten nachvollzogen werden können; die Ausprägung und Präsentation der Beschwerden habe aber somatoform ausgeweitet gewirkt (Urk. 7/43/2). Für den weiteren Verlauf wurde insbesondere die Durchführung einer Psychotherapie als dringlich empfohlen (Urk. 7/43/2). Auch Kreisarzt Dr. J. \_\_\_ nimmt auf eine mögliche Schmerzausweitung Bezug, indem er festhält, die unfallfremden (somatischen) Diagnosen liessen zumindest keine volle Arbeitsunfähigkeit erkennen (Urk. 7/49/1).

Dr. E. \_\_\_ demgegenüber erachtete die von der Beschwerdeführerin angegebenen Schmerzen als glaubhaft und erklärte sie mit dem geschilderten Unfallereignis und der Fehlbelastung während des sechswöchigen Gehens an Stücken (Urk. 7/24/3). Er stellte in seiner Beurteilung vom 26. Januar 2006 aber keinen Bezug zu den im Rahmen der Abklärungen festgestellten objektiven Befunden her. Er äusserte sich denn auch nicht zu den ihm vorgelegenen Einschätzungen von Dr. D. \_\_\_ und von Dr. L. \_\_\_, welche teilweise auch aufgrund des Verhaltens der Versicherten übereinstimmend auf eine Schmerzausweitung und Schmerzverarbeitungsstörung hingewiesen hatten (vgl. Urk. 7/24/1, 7/15/2, 7/31/1). Die Schmerzen selbst etwa hatten auch nach der Beurteilung von Dr. E. \_\_\_ zur konsequenten Schonung des rechten Arms respektive des rechten Schultergelenkes und zur frozen shoulder und damit teilweise zum aktuellen Beschwerdebild geführt, welche Schonung aber nach der Beurteilung von Dr. D. \_\_\_ - anders sieht dies Dr. E. \_\_\_ - aufgrund der objektiven Befunde nicht gerechtfertigt gewesen war (vgl. Urk. 7/24/3; vgl. auch Urk. 7/31/1). Im Weiteren bleibt der Bericht von Dr. E. \_\_\_ auch eine (medizinische) Antwort schuldig, weshalb sich etwa die Schulter- und Handbeschwerden erst richtig nach Abschluss des sechswöchigen Gehens an Stücken und zudem zunehmend verstärkt bemerkbar gemacht hatten (Urk. 7/24/2-3). Die Diagnose einer sympathischen Algodystrophie der rechten Hand (Sudeck-Syndrom) wurde zudem im Verlauf nicht bestätigt, vielmehr wurden die Beeinträchtigungen in Arm und Hand grossmehrheitlich als zervikospondylogenes Schmerzsyndrom beschrieben (vgl. Urk. 7/15, 7/34/2, 7/33, 7/24/3, 7/30, 7/47, 7/43). Insgesamt kann damit nicht auf die einzig divergierende Beurteilung von Dr. E. \_\_\_ abgestellt und von einem objektivierbaren, das heisst einem aufgrund der beim Unfall eingetretenen Verletzungen, des Verlaufs und der erhobenen objektiven Untersuchungsbefunde nachvollziehbaren Beschwerdebild ausgegangen werden; vielmehr ist auch von einer bereits relativ bald nach dem Unfall eingetretenen Schmerzausweitung und Schmerzverarbeitungsstörung auszugehen.

## 5.2.1

5.2.1 Die Beschwerdeführerin liess neben den Beeinträchtigungen im linken Fussgelenk und Bein nach dem Unfall aufgetretene und andauernde Schmerzen an der Lendenwirbelsäule, Schmerzen im Nackenbereich, im rechten Schulter- und im ganzen rechten Armbereich bis zur rechten Hand hin geltend machen (vgl. Urk. 7/46/1). Auf diese Beeinträchtigungen ist nachfolgend einzeln einzugehen und zu prüfen, ob diese im Zeitpunkt der Leistungseinstellung am 22. August 2005 und im Zeitpunkt des angefochtenen Einspracheentscheides vom 25. August 2006 objektivierbar und auf den Unfall vom 25. Mai 2005 zurückzuführen waren.



Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 25. Juli 2005 zurückgeführt werden.

5.2.3.3. An der rechten Schulter bestehen degenerative Veränderungen im Sinne einer AC-Gelenksarthrose sowie leichte Enthesopathieveränderungen, möglicherweise einer PHS entsprechend (vgl. Urk. 7/33). Im Bereich der Halswirbelsäule besteht eine leichte Retroosteozytenbildung HWK 5/6, aber keine Diskushernie und keine Nervenkompression (Urk. 7/43/1).

Von Seiten der Ärzte wurden keine beim Unfall vom 25. Mai 2005 eingetretenen Verletzungen des rechten Schultergelenkes, des rechten Armes und der rechten Hand noch des Nackens diagnostiziert (vgl. Urk. 7/2, 7/7). Selbst Dr. E. \_\_\_ führte im Bericht vom 26. Januar 2006 nur aus, dass die Versicherte angegeben habe, sich beim Sturz auf die rechte Hand respektive den rechten Arm abgestürzt zu haben, ohne aber einen eigentlichen Verletzungsmechanismus im Sinne einer Distorsion oder Prellung festzuhalten (Urk. 7/24/3). Der Versicherten war es zudem im Anschluss an das Unfallereignis möglich gewesen, sechs Wochen an Stücken zu gehen, ohne dass die insbesondere für Juli/August 2005 geltend gemachten Schulter- und Nackenschmerzen und die Schmerzen in der rechten Hand massgeblich ständig auftraten (vgl. Urk. 7/24/2, 7/46/1). Damit ist zusätzlich unwahrscheinlich, dass beim Unfallereignis vom 25. Mai 2005 selbst eine Verletzung im Bereich von Hals, Schulter oder Hand eingetreten ist.

Die Schmerzen in der rechten Schulter hatten nach der geltend gemachten ersten im Ausland erfolgten Behandlung in den Ferien im Juli/August 2005 erst im September 2005 eine ärztliche Behandlung und Physiotherapie erforderlich gemacht (vgl. Urk. 7/12, 7/8/2, 7/27/1, 7/31/1). Die insbesondere ab Mitte September 2005 geltend gemachten als zunehmend beschriebenen und andauernden Schulter- und Handschmerzen rechts sowie die Nackenschmerzen können denn auch nicht im Sinne einer mittelbaren Unfallfolge auf eine zurückliegende im Juni und Anfang Juli 2005 erfolgte Überbelastung von Hand und Schulter im Rahmen des Gehens an Stücken zurückgeführt werden. Vielmehr lässt sich der langwierige Verlauf ab September 2005 mit konsekutiver Schonung des rechten Schultergelenkes und des rechten Armes und Bewegungseinschränkung sowie die Therapieresistenz nach der Einschätzung der Dres. D. \_\_\_ und L. \_\_\_ sowie der Ärzte des G. \_\_\_ und der H. \_\_\_ mit den objektiven Befunden nicht hinreichend erklären (vgl. Urk. 7/12, 7/15/1, 7/31/1, 7/28/1, 7/47, 7/43/2). Insgesamt bestanden damit keine objektivierbaren Schulter-, Arm- und Nackenschmerzen, die auf den Unfall vom 25. Mai 2005 zurückgeführt werden können.

5.2.4. Was die beim Unfall vom 25. Mai 2005 eingetretene Verletzung am linken Fuss betrifft, so ist insoweit nach übereinstimmender ärztlicher Einschätzung und aufgrund der Röntgenaufnahmen vom 6. Juli und 29. September 2005 von einer abgeheilten Fraktur auszugehen (vgl. Urk. 7/47/1, 7/10, 7/49/1). Von einer weiteren Heilbehandlung war - wie dies auch der spätere Verlauf zeigt - ab dem 22. August 2005 keine wesentliche Verbesserung zu erwarten (vgl. Urk. 7/10, 7/7, 7/12, 7/49/1). Mit Dr. D. \_\_\_ und Kreisarzt Dr. J. \_\_\_ sowie aufgrund des Verlaufs ist zudem anzunehmen, dass die residuellen Schmerzen am linken Fuss ab dem 22. August 2005 keine Arbeitsunfähigkeit mehr begründeten (vgl. Urk. 7/7, 7/12, 7/49/1). Eine rentenbegründende Invalidität im Ausmass von 10 % liegt damit nicht vor (vgl. Art. 7 ATSG). Ein Anspruch auf Integritätsentschädigung besteht bei der gut abgeheilten Fraktur zudem nicht. Aufgrund der somatischen Einschränkungen bestand somit ab dem 22. August 2005 kein Anspruch auf weitere Versicherungsleistungen.



physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit" kann damit ebenfalls nicht als erfüllt gelten (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes vom 30. August 2001 in Sachen L., U 56/00, Erw. 3d/aa). Da keines der unfallbezogenen Kriterien erfüllt ist, kann der adäquate Kausalzusammenhang zwischen dem somatisch-strukturell nicht nachweisbaren Beschwerdebild beziehungsweise dem psychischen Gesundheitsschaden und dem Unfall nicht bejaht werden. Die Beschwerdegegnerin ist damit für den psychischen Gesundheitsschaden nicht leistungspflichtig.

Die Beschwerde ist abzuweisen.

7.1

Gemäss § 16 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) wird einer Partei auf ihr Gesuch hin eine unentgeltliche Rechtsvertretung bestellt, wenn sie nicht in der Lage ist, den Prozess selber zu führen, ihr die nötigen Mittel fehlen und der Prozess nicht als aussichtslos erscheint.

Mittellosigkeit im Sinne des prozessualen Armenrechts setzt voraus, dass die Gesuch stellende Person sämtliche eigenen Hilfsmittel zur Finanzierung des Prozesses erschöpft hat. Zu berücksichtigen ist unter anderem auch die Möglichkeit, vom Ehegatten auf Grund der ehelichen Unterhaltspflicht (Art. 163 ZGB) einen angemessenen Prozesskostenvorschuss zu erhalten. In zweiter Linie ist zu prüfen, ob die um das Armenrecht nachsuchende Partei über eigenes Vermögen verfügt. Erst in dritter Linie ist die Gesuch stellende Person sodann auf die allgemeine eheliche Beistandspflicht zu verweisen. Die Pflicht des Staates zur Gewährung der unentgeltlichen Rechtsvertretung geht der Unterhaltspflicht aus Familienrecht nach; erst wenn alle diese Mittel zur Finanzierung des Prozesses nicht ausreichen, ist die Mittellosigkeit im Sinne des prozessualen Armenrechts gegeben (ZR 90 Nr. 82 S. 260).

7.2 Die Beschwerdeführerin liess beantragen, es sei ihr ein unentgeltlicher Rechtsbeistand in der Person von Rechtsanwalt Goldmann zu bestellen (Urk. 1 S. 2). Sie liess geltend machen, sie erziele zur Zeit kein Einkommen und es sei auch keine andere Versicherung in die Lücke eingesprungen, die durch die Einstellung der SUVA-Leistungen entstanden sei. Weitere Unterlagen der Bedürftigkeit würden auf Anfrage nachgereicht (Urk. 1 S. 9). Das Sozialversicherungsgericht setzte der Versicherten mit Verfügung vom 5. Dezember 2006 dementsprechend Frist an, das ausgefüllte Formular "Gesuch um unentgeltliche Prozessführung/Rechtsvertretung" einzureichen, verbunden mit der Androhung, dass bei ungenügender Substantiierung oder fehlenden oder ungenügenden Belegen zur finanziellen Situation das Begehren um unentgeltliche Verbeiständung abgewiesen werde (Urk. 3). Innert angesetzter Frist liess sich die Versicherte nicht vernehmen, weshalb androhungsgemäss das Gesuch um unentgeltliche Verbeiständung mangels Substantiierung abzuweisen ist. Eine Nachfristansetzung mit erneuter Aufforderung zur Darlegung der finanziellen Gesamtsituation (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes in Sachen M. vom 7. Juni 2006, I 189/06, Erw. 2.2 und 3.2) konnte vorliegend unterbleiben, weil das Gesuch weder mit der Beschwerde vom 30. November 2006 noch auf ergänzende Aufforderung hin nachvollziehbar begründet wurde. Bei einer verheirateten Versicherten führt nämlich der Wegfall des Erwerbseinkommens von vorneherein nicht automatisch zu einer Bedürftigkeit.

Das Gericht beschliesst:

Das Gesuch um unentgeltliche Rechtsvertretung wird abgewiesen, und erkennt sodann:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Schweizerische Unfallversicherungsanstalt

- Rechtsanwalt Robert Goldmann

- Bundesamt für Gesundheit

- Assura

4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

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