

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00093 vom 17. Juni 2008

ZH Sozialversicherungsgericht, 2008-06-17, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2007.00093

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00093 du 17 juin 2008

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00093 del 17 giugno 2008

Erwägungen

E. 1

1.1 Die massgebenden rechtlichen Grundlagen, insbesondere bezüglich Gegenstand der Unfallversicherung (Art. 6 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung; UVG) und des Erfordernisses des natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhangs, sind im angefochtenen Entscheid zutreffend wiedergegeben (Urk. 2 S. 3 Erw. 1). Darauf kann, mit nachstehenden Ergänzungen, verwiesen werden.

1.2 Wird durch den Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, fällt der natürliche Kausalzusammenhang dahin, wenn und sobald der Gesundheitsschaden nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (status quo sine), erreicht ist (RKUV 1992 Nr. U 142 S. 75 Erw. 4b mit Hinweisen; nicht publiziertes Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes in Sachen A. vom 26. April 1995, U 172/94). Das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens muss mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 45; BGE 119 V 9 Erw. 3c/aa). Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt aber die entsprechende Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 f. Erw. 3b, 1992 Nr. U 142 S. 76).

1.3 Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c).

E. 2

2.1 Die Beschwerdegegnerin ging davon aus, dass ab Juli 2003 keine objektivierbaren Unfallfolgen mehr vorlägen. Es sei davon auszugehen, dass die angegebenen Beschwerden somatisch nicht erklärbar seien (Urk. 2 S. 4 oben). Ferner stelle das Ereignis vom 13. Februar 2002 nach der Rechtsprechung einen mittelschweren

Unfall im Grenzbereich zu den leichten dar. Da in Prüfung der entsprechenden Kriterien keine massgebende Bedeutung für die Entstehung der psychischen Störungen im Sinne der Rechtsprechung beigemessen werden können, müsste der adäquate Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und den psychischen Störungen der Beschwerdeführerin verneint werden (Urk. 2 S. 5 Ziff. 3).

2.2 Die Beschwerdeführerin machte im Wesentlichen geltend, die kreisärztlichen Schlussfolgerungen von Dr. med. D. ____, Kreisarzt-Stellvertreter, Orthopädische Chirurgie FMH, und von Kreisarzt Dr. med. E. ____, Chirurgie FMH, seien Fehlentscheidungen gewesen (Urk. 6/1 oben). Keineswegs sei es so gewesen, dass die Beschwerdeführerin nicht arbeiten wollte, vielmehr habe sie wegen der multiplen Beschwerden nach dem Unfall nicht arbeiten können (Urk. 6/1 unten). Der sich heute präsentierende miserable Gesundheitszustand sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 13. Dezember 2002 zurückzuführen (Urk. 1 S. 3 oben).

2.3 Strittig und zu prüfen ist, ob eine über den Zeitpunkt der erfolgten Leistungseinstellung (Juli 2003) hinaus gehende Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin besteht. Dies hängt davon ab, ob damals noch vorhandene Beschwerden in rechtsgenügendem Kausalzusammenhang mit dem erlittenen Unfall standen. Dabei sind lediglich Heilungskosten strittig. Über die Taggeldleistungen beziehungsweise deren Befristung auf den 1. Juli 2003 hat die Beschwerdegegnerin rechtskräftig entschieden (Urk. 10/16).

E. 3

3.1 Zum Unfallhergang am 13. Dezember 2002 ist den Akten zu entnehmen, dass der herannahende Staplerfahrer die Beschwerdeführerin, die auf dem Rüsttisch sass, übersah, sie vom Tisch stiess und in der Folge über den linken Fuss fuhr (Urk. 10/1 Ziff. 7, Urk. 10/2 Ziff. 2)

Der Hausarzt der Beschwerdeführerin, Dr. med. F. ____, diagnostizierte in seinem Bericht vom 31. Januar 2003 nach der Erstbehandlung vom 17. Dezember 2002 (richtig: 2002) starke Schmerzen im linken Fuss (Urk. 10/2 Ziff. 5). Die Röntgenuntersuchung ergab eine Fraktur (Urk. 10/2 Ziff. 4). Er attestierte eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % ab 13. Dezember 2002 (Urk. 10/2 Ziff. 8).

3.2 Eine kreisärztliche Untersuchung durch Dr. D. ____ fand am 12. Juni 2003 statt (Urk. 10/15). In seiner Beurteilung führte er aus, das MR vom 5. März 2003 habe eine nicht dislozierte Querfraktur der Basis des Metatarsale II links ohne Konturunterbrechung des Kortikalis gezeigt. Er erkenne jedoch auch heute auf den Bildern der dreimaligen Röntgenuntersuchung des linken Fusses die Fraktur nicht mit Sicherheit (Urk. 10/15 S. 3 oben). Objektive Hinweise auf einen Morbus Sudeck oder einer Neurombildung fehlten; die ganze Situation deute auf eine massive Symptomausweitung hin (Urk. 10/15 S. 3 Mitte). Nach medizinischen Kriterien sei der Verlauf äusserst verzögert, die Fraktur mit Sicherheit längstens abgeheilt. Die Arbeitsaufnahme erscheine zumutbar. In der angestammten Tätigkeit als Sortiererin sei die Beschwerdeführerin zu 50 % arbeitsfähig ab 16. Juni 2003; ab 1. Juli 2003 bestehe eine Arbeitsfähigkeit zu 100 % (Urk. 10/15 S. 3 unten).

3.3 Am 29. August und am 12. September 2003 wurde die Beschwerdeführerin auf Zuweisung durch Dr. F. ____ durch Dr. G. ____, Neurologie FMH, untersucht (Urk. 10/18

S. 1 Mitte). Nach diversen Untersuchungen (Urk. 10/18 S. 1 unten) kam Dr. G.____ in seinem Bericht vom 15. September 2003 zum Schluss, die Beschwerden der Beschwerdeführerin seien ihm nicht klar. Die deutlich angegebenen Valleix'schen Druckpunkte würden in erster Linie an ein radikuläres Geschehen denken lassen, was aber im CT nicht objektiviert werden können (Urk. 10/18 S. 2 oben).

3.4 Auf Zuweisung durch Dr. med. H.____, Physikalische Medizin FMH, erstellten Dr. med. I.____ und Dr. med. J.____, Röntgendiagnostik FMH, am 17. Oktober 2003 ein MR des linken Fusses und hielten fest, es lasse sich keine Fraktur abgrenzen. Es bestehe noch eine diskrete Stressreaktion im Bereich des Metatarsale II. Es liege kein Hinweis auf einen Nerventumor vor (Urk. 10/25 unten).

3.5 In ihrem Bericht vom 22. Dezember 2003 diagnostizierte Dr. H.____ invalidisierende Vorfusschmerzen rechts bei Status nach ausgedehnter Weichteilquetschung sowie Querfraktur an der Basis von Metatarsale II mit Morbus Sudeck und konsekutivem lumbospondylogem Syndrom (Urk. 10/26 Ziff. 1). Sie habe die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin nicht bestimmt, da sie arbeitslos sei, wobei sie keine Arbeitslosenentschädigung beziehe, da sie nicht vermittlungsfähig sei (Urk. 10/16 Ziff. 5).

3.6 Am 4. Februar 2004 wurde die Beschwerdeführerin auf Empfehlung durch Dr. H.____ durch Dr. E.____ kreisärztlich untersucht (Urk. 10/35). In seinem Bericht vom 4. Februar 2004 führte Dr. E.____ aus, aufgrund der Untersuchung könnten keine klinischen Korrelate für die angegebenen Beschwerden festgestellt werden. Die Beschwerdeführerin demonstrierte mit ihrer Unruhe und den ständigen Bewegungen des linken Beines ein Beschwerdebild, welches medizinisch nicht nachvollzogen werden könne, weder bezogen auf die Verletzung, das Unfallereignis noch auf die Befunde. Die bis heute durchgeführten Untersuchungen liessen keinen natürlichen Kausalzusammenhang zwischen dem Beschwerdebild und dem Unfallereignis erkennen. Zusammenfassend bereits festgestellt werden, dass es sich um eine massive, nicht nachvollziehbare Symptom- und Schmerzausweitung bei Schmerzverarbeitungsstörung nach lokalem Quetschtrauma des linken Vorfusses handelte (Urk. 10/35 S. 3 unten). Ferner sei in somatischer Hinsicht die Arbeitsfähigkeit nicht beeinträchtigt. Die Behandlungen würden in der Universitätsklinik Balgrist fortgeführt. Ausstehend sei noch eine CT-Untersuchung. Zur natürlichen Kausalität werde nach dieser Untersuchung Stellung genommen; zur Adäquanz müsse juristisch-administrativ Stellung genommen werden (Urk. 10/35 S. 4 oben).

3.7 Auf Zuweisung durch Dr. H.____ im Dezember 2003 (vgl. Urk. 10/26) wurde die Beschwerdeführerin ab Januar 2004 in der R.____ durch Dr. K.____, Oberarzt, behandelt. In seinem abschliessenden Bericht vom 25. Februar 2004 diagnostizierte Dr. K.____ starke Vorfussbeschwerden rechts (richtig wohl: links) nach ausgedehnter Weichteilquetschung und Querfraktur Basis Metatarsale II mit Verdacht auf Morbus Sudeck sowie konsekutives lumbospondylogenes Syndrom (Urk. 10/36 S. 1 Mitte). Die Signalintensität bei der MRI-Sequenz Ende letzten Jahres im Vergleich sei im Vergleich zu derjenigen vom März 2003 deutlich abgeschwächt gewesen. In der CT-Untersuchung links zeige sich keine Fraktur und keine Stufe im Gelenk. Das schlechte Ansprechen auf die Infiltration spreche ebenfalls gegen ein morphologisches Korrelat. Bei fehlendem morphologischem Korrelat könne die Beschwerdeführerin besser in der Schmerzprechstunde des L.____ (L.____) behandelt werden (Urk. 10/36 S. 1 unten). Dass

eine Sprechstunde anschliessend aufgesucht wurde, ist nicht aktenkundig.

3.8. Dr. med. M.____, Ärztliche Leitung Nuklearmedizin, N.____, berichtete am 5. April 2006 über eine 3-Phasen-Skelettszintigraphie an beiden Füssen (Urk. 10/67 S. 1 Mitte). Bei diskreter Hypoämie sowie diskret diffus vermindertem Knochenstoffwechsel des linken Fusses sei der Befund vereinbar mit einem chronischen Stadium einer Algodystrophie (Urk. 10/67 S. 1 unten f.). Es bestünde im übrigen kein Nachweis einer weiteren szintigraphisch fassbaren Pathologie (Urk. 10/67 S. 2 oben).

3.9. Im Auftrag der Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin erstatte Dr. med. O.____, Innere Medizin und Rheumatologie FMH, am 5. Mai 2006 gestützt unter anderem auf den Bericht des N.____, einen Bericht, in dem er folgende Diagnosen stellte (Urk. 10/68 S. 1 Mitte):

- Status nach Fussverletzung bei einem Betriebsunfall am 13. Dezember 2002 mit/bei
- metatarsaler Basis-Querfraktur II links
- Entwicklung eines Morbus Sudeck des linken Fusses
- invalidisierenden Fusschmerzen
- posttraumatisch reaktiver Depression
- anhaltend somatoformer Schmerzstörung mit myofaszialem Schmerzsyndrom des linken Hemikorpers
- unklarer Steigerung der linksseitigen Eigenreflexe

Mehr als drei Jahre nach dem Unfall könne eine Algodystrophie als Unfallfolge diagnostiziert werden. Bereits sechs Monate nach dem Unfall seien klinische Zeichen, welche andere Ärzte auf diese Diagnose geföhrt hätten, von der SUVA nicht beachtet worden. Vielmehr seien die Beschwerden fälschlicherweise auf eine massive Symptomausweitung zurückgeföhrt worden. Diese Haltung der Nichtanerkennung der Unfallfolgen, insbesondere der realen somatischen Schmerzen, sowie die ungenügende Unterstützung der Beschwerdeführerin hätten zur Entwicklung der psychischen Schwierigkeiten beigetragen (Urk. 10/68 S. 3 oben).

3.10. Dr. med. P.____, Chirurgie FMH, Abteilung Versicherungsmedizin der SUVA, föhrt in seinem Bericht vom 8. September 2006 (Urk. 10/79) aus, die Beschwerdeführerin sei sorgföhlig abgeklärt und behandelt worden. Zwar habe der Orthopäde Dr. Q.____ im Bericht vom 7. Februar 2003 die Möglichkeit eines leichten Sudeck erwähnt. Darum habe er damals probatorisch Kalzitonin-Spray rezeptiert. Nachdem dieser nichts gestützt habe, was auch gegen die vermutete Diagnose spreche, und Dr. D.____ am 12. Juni 2003 klinisch keine Anhaltspunkte für eine Algodystrophie gefunden habe, habe er vernünftigerweise die Absetzung des Medikamentes verfohgt. Die von mehreren Ärzten beschriebene Symptomausweitung sei offensichtlich. Im übrigen verneine auch Dr. O.____ nicht wesentliche psychiatrische Diagnosen wie Depression und anhaltende somatoforme Schmerzstörung. Das sei bei der SUVA jedoch eine juristische Adäquanz-Frage. Letztere Diagnose sei bekanntlich definiert als Beschwerden ohne angemessenes Substrat, was vorliegend aus versicherungsmedizinischer Sicht klar der Fall sei. Der angebliche chronische Morbus Sudeck sei eine unbewiesene und unwahrscheinliche bloss mögliche Hypothese. Auch in der R.____ hätten die Spezialisten kein morphologisches Korrelat für die geklagten

Schmerzen gefunden. Das CT des Fusses vom 10. Februar 2004 sei unauffällig gewesen, es habe keine Anhaltspunkte für eine Fraktur oder Arthrose gegeben, die Durchblutung des Fusses sei am 22. Januar 2004 normal gewesen, auch habe weder vermehrter Haarwuchs noch eine Hypersensibilität auf Berührung vorgelegen. Es liege auch heute kein körperlicher Befund vor, der eine Arbeitsunfähigkeit oder weitere Behandlungen rechtfertigen würde (Urk. 10/79 S. 2 oben).

In einem weiteren Bericht vom 16. April 2007 kam Dr. P. zum Schluss, dass an der Beurteilung vom 8. September 2006 vollumfänglich festzuhalten sei. Am linken Fuss liege kein angemessener objektiver Befund vor. Körperlich liessen sich (unter Abstraktion von der psychogenen Ausweitung) weder eine Arbeitsunfähigkeit noch weitere Behandlungen rechtfertigen (Urk. 10/83 S. 2 unten).

E. 4

4.1 Nachstehend ist zu prüfen, ob zwischen dem Unfallereignis vom 13. Dezember 2002 und den weiter geltend gemachten Fussbeschwerden links ab 1. Juli 2003 ein rechtsgängiger Kausalzusammenhang besteht.

Vorerst ist zu erwähnen, dass die getätigten medizinischen Abklärungen ein genügendes Bild über den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin und den natürlichen Kausalzusammenhang zwischen Unfall und Fussbeschwerden ergeben, so dass auf die Durchführung weiterer Abklärungen verzichtet werden kann.

4.2 Vorliegend ist auf die Einschätzung von Dr. K. (Urk. 10/30/1-2, Urk. 10/34, Urk. 10/36) in Verbindung mit dem Untersuchungsbefund und Einschätzung der Dres. E. und P. abzustellen. Diese Ausführungen sind für die streitigen Belange umfassend. Sie berücksichtigen die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden, sind in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden und leuchten in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein; die Schlussfolgerungen sind nachvollziehbar. Die Arztberichte erfüllen daher die praxisgemässen Anforderungen (vgl. Erw. 1.3) vollumfänglich, so dass den darin enthaltenen Ausführungen voller Beweiswert zukommt.

Nach der Untersuchung vom 22. Januar 2004 empfahl Dr. K. in erster Linie eine Infiltration in die Gelenke der medialen Lisfrancreihe (Urk. 10/30/2 S. 2 oben). Nach der Infiltration meldete sich die Beschwerdeführerin am 27. Januar 2004 infolge starker Schmerzen wiederum in der R. In seinem Bericht vom 28. Januar 2004 (Urk. 10/30/1) führte Dr. K. aus, dass er noch eine CT-Untersuchung zum Ausschluss oder Nachweis eines morphologischen Korrelats der Schmerzen durchführen werde. Am 10. Februar 2004 wurde ein weiteres CT erstellt (vgl. Urk. 10/36 S. 1 Mitte). Im Bericht vom 25. Februar 2004 führte Dr. K. aus, dass die Signalintensität bei der MRI-Sequenz Ende letzten Jahres im Vergleich zu derjenigen vom März 2003 deutlich abgeschwächt gewesen sei, was auf eine Verbesserung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin hinweist. Die CT-Untersuchung vom 10. Februar 2004 zeige keine Fraktur oder Stufe im Gelenk (Urk. 10/36 S. 1 unten). Dies lässt darauf schliessen, dass die Fraktur nach dem Unfall vom 13. Februar 2002 verheilt ist. Weiter sei das schlechte Ansprechen ein Zeichen dafür, dass kein morphologisches Korrelat besteht. Bei fehlendem Korrelat, aber doch erheblichen Schmerzen, könne die Beschwerdeführerin in der Schmerzsprechstunde der L. besser behandelt werden. Dr. K. denke, dass es

sich um einen zentralisierten Schmerz handle, der entsprechend behandelt werden könne (Urk. 10/36 S. 1 unten). Da sich auch nach erneuter CT-Untersuchung keine Fraktur mehr zeigte und die Infiltration schlecht ansprach sowie kein morphologisches Korrelat für die angegebenen Beschwerden gefunden wurde, ergibt sich die Schlussfolgerung, dass der Unfall vom 13. Februar 2002 zu einer vorübergehenden Verschlechterung des Gesundheitszustandes führte, der auch im Zeitpunkt der letzten Einschätzung durch Dr. K. (Bericht vom 25. Februar 2004, Urk. 10/36) kein somatisches Korrelat mehr hatte.

4.3 Dass die weiter geltend gemachten Fusschmerzen nicht mehr unfallkausal sind, wurde auch von Dr. D., Dr. E. und Dr. P. bestätigt. Dr. D. hielt am 12. Juni 2003 fest, nach medizinischen Kriterien sei der Verlauf ausgeserst verzögert; die Fraktur sei mit Sicherheit längstens abgeheilt (Urk. 10/15 S. 3 unten). Ferner fehlten objektive Hinweise auf eine Algodystrophie oder eine Neurombildung (Urk. 10/15 S. 3 Mitte). Auch Dr. E. konnte keine klinischen Korrelate für die angegebenen Beschwerden finden und hielt fest, es bestehe kein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen dem Beschwerdebild und dem Unfallereignis (Urk. 10/35 S. 3 unten). Dr. P. führte in seiner Beurteilung aus, im linken Fuss liege kein angemessener objektiver Befund vor. Körperlich liessen sich weder eine Arbeitsunfähigkeit noch weitere Behandlungen rechtfertigen (Urk. 10/83 S. 2 unten). Dr. D., Dr. E. und Dr. P. gingen übereinstimmend von einer frühzeitig aufgetretenen Symptom- und Schmerzausweitung aus (Urk. 10/15 S. 3 oben, Urk. 10/35 S. 3 unten, Urk. 10/79 S. 2 oben).

Auch Dr. I. und Dr. J. hielten nach einem erneuten MR des Fusses im Oktober 2003 fest, es lasse sich keine Fraktur abgrenzen und die Muskulatur sei signalhomogen ohne Pathologie (Urk. 10/25 unten), was für eine Abheilung der Unfallfolgen spricht und zudem gegen eine chronische Entzündung der Muskulatur, wie dies ein Morbus Sudeck aufweisen würde.

Aus all diesen Berichten und Beurteilungen ergibt sich somit, dass mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ab Juli 2003 kein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen geklagten Beschwerden und erlittenem Unfall mehr bestand.

4.4 Auch die Ausführungen von Dr. O. überzeugen nicht. Ohne nähere Begründung führte er aus, dass die somatischen Beschwerden Unfallfolgen darstellen und diagnostizierte weitere psychische Beschwerden (posttraumatisch reaktive Depression, somatoforme Schmerzstörung), die sich aus den somatischen Beschwerden sowie der ungenügenden Unterstützung der Beschwerdeführerin ergeben hätten (Urk. 10/68 S. 3 oben). Dr. O. ist Facharzt der Inneren Medizin und der Rheumatologie und daher nicht berufen, eine psychiatrische Diagnose zu stellen; hinzu kommt, dass diese nicht näher begründet wurde. Ferner wurden vorliegend psychische Beschwerden in der Beschwerde vom 26. Februar 2007 nicht geltend gemacht und aus den Akten ergibt sich keine psychische Einschränkung mit Krankheitswert. Immerhin haben auch Dres. E. und P., aber auch Dr. K. (vgl. Urk. 10/34), auf die Mitbeteiligung erheblicher psychosozialer Faktoren am Krankheitsbild hingewiesen.

Die späteren Ausführungen von Dr. M., dass bei diskreter Hypoämie sowie diskret diffus vermindertem Knochenstoffwechsel des linken Fusses mit einem chronischen Stadium einer Algodystrophie vereinbar sei (Urk. 10/67 S. 1 unten), bedeutet noch nicht, dass mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine unfallkausale

längerfristige somatisch bedingte Schädigung vorliegt, bestanden doch die Symptome bloss in diskreter Form. Ferner führte er aus, der Nachweis einer weiteren szintigraphisch fassbaren Pathologie sei nicht gegeben sei (Urk. 10/67 S. 2 oben).

4.5 Nach dem Gesagten besteht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit kein rechtsgenügender Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom 13. Februar 2002 und den ab Juli 2003 noch geltend gemachten Beschwerden.

Der Einspracheentscheid vom 22. November 2006 erweist sich somit als rechts, was zur Abweisung der Beschwerde führt.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Regula Schwaller

- Schweizerische Unfallversicherungsanstalt

- Bundesamt für Gesundheit

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.