

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00394 vom 25. Juni 2009

ZH Sozialversicherungsgericht, 2009-06-25, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2008.00394](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2008.00394)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00394 du 25 juin 2009

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00394 del 25 giugno 2009

## Erwägungen

### E. 3

3.1 Mit Bericht vom 21. Oktober 2006 (Urk. 10/2) diagnostizierte der behandelnde Arzt, Dr. A., eine dislozierte proximale Metacarpale-Fraktur der Digiti IV und V rechts sowie eine Schürfwundverletzung an der rechten Wange nach Stolpersturz am 7. Juli 2006. Die Beschwerdeführerin sei vollständig arbeitsunfähig.

3.2 Nach geschlossener Reposition und percutaner Kirschnerdraht-Osteosynthese am 14. Juli 2006 gestaltete sich der Verlauf zunächst komplikationslos (Bericht des Spital Z. vom 23. Oktober 2006, Urk. 10/7). Der in der Folge durch einen beginnenden Morbus Sudeck erschwerte Heilungsverlauf habe dann aber durch konsequentes Fortsetzen der ergotherapeutischen Übungen und durch nichtsteroidale Analgetika kupiert werden können. Die Ärzte notierten, die Beweglichkeit sei den Umständen entsprechend zufriedenstellend und werde sich durch weitere Therapie noch verbessern lassen. Da auch die Schmerzsymptomatik weiter rückläufig sein sollte, sei hoffentlich bald die Wiederaufnahme der Arbeit möglich.

3.3 Mit Zwischenbericht vom 21. Oktober 2006 (Urk. 10/4) attestierte Dr. med. K., Spital Z., eine Arbeitsfähigkeit von 50 %, vorgesehen auf den 23. Oktober 2006. Objektiv und subjektiv habe sich eine deutliche Besserung ergeben; die Kraft sei noch spärlich. Die voraussichtliche Dauer der Behandlung betrage zwei Monate.

3.4 Am 11. Dezember 2006 (Urk. 10/9) notierten die Ärzte des Spital Z., die Wiederaufnahme der Arbeit mit einem 50%-Pensum sei auf den 15. Dezember 2006 vorgesehen. Die Dauer der Behandlung lasse sich noch nicht abschätzen.

3.5 Dr. B. nannte mit Bericht vom 9. Januar 2007 (Urk. 10/8) eine nach Morbus Sudeck noch floride Dystrophie rechts sowie eine posttraumatische Arthrose der MCC-Gelenke IV und V rechts. Faustschluss und Fingerextension seien noch nicht voll möglich, Faustschluss mit Kraft sowie bei Handgelenkbewegungen im Bereich der rechten Hand verursachten Schmerzen. Der Arzt erklärte, aufgrund der aktiven Dystrophie bestehe nach wie vor eine vollständige Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin in der Wäscherei. Die Therapie mit Miacalcic sei fortzuführen. Falls auch Physiotherapie, Ergotherapie sowie Lymphdrainage nicht zur Besserung führten, so sei die Einweisung in eine rheumatologische Klinik zur Behandlung des Dystrophiesyndroms angezeigt.

3.6 Gemäss Aktennotiz vom 22. Januar 2007 (Urk. 10/11) scheiterte am 14. Dezember 2006 ein Arbeitsversuch der Beschwerdeführerin.

3.5. Dr. A. machte am 12. März 2007 (Urk. 10/13) aktenkundig, dass die Beschwerdeführerin nach wie vor an Handschmerzen mit persistierendem Faustschluss-Defizit von 1-2 cm leide und zu 100 % arbeitsunfähig sei. Eine Einweisung ins Spital C. zur stationären rheumatologischen Behandlung sei vorgesehen.

3.6. Mit Bericht vom 20. März 2007 (Urk. 10/17) nannten die Dres. med. L. und D., beide Spital C., folgende Diagnosen: (1) rechtsseitiges CRPS I (Complex Regional Pain Syndrom) rechte Hand bei Status nach Basisfrakturen Metacarpale IV und V rechts (10.07.2006), bei Status nach geschlossener Reposition und perkutaner Kirschnerdraht-Osteosynthese (14.07.2006) sowie bei Status nach Osteosynthesematerialentfernung (05.09.2006), (2) leichte PHS (Periarthritis humero-scapularis) rechts bei Impingement-Symptomatik mit sonografisch leichten degenerativen Veränderungen der Supraspinatussehne (keine Ruptur), (3) Zervikovertebralsyndrom bei Fehlform (prominenter zervikothorakaler Übergang), (4) Meniskopathie (anamnestisch medial und lateral) rechtes Knie, (5) chronisch rezidivierendes Zervikovertebralsyndrom, (6) arterielle Hypertonie, (7) Allergie auf Voltaren bzw. Diclofenac, (8) VitD3: 7.1 ug/l. In Beurteilung der Situation hielten die Ärzte fest, bei Eintritt hätten ein Faustschlussdefizit rechts, eine Druckdolenz und Bewegungsschmerzen im Handgelenk bestanden. Trophische Störungen seien nur diskret vorhanden gewesen. Radiologisch habe im Vergleich zur Gegenseite keine ossäre Veränderung im Sinne eines Morbus Sudeck festgestellt werden können. Auch habe die Beschwerdeführerin kein Schonverhalten im Gebrauch der rechten Hand gezeigt, was nicht zu einem floriden/manifesten Morbus Sudeck passe. Indes habe die Beschwerdeführerin den Eindruck einer passiven Schmerzverarbeitung (Störung) bei ängstlich bedrückter Reaktion infolge des an Epilepsie leidenden Ehemannes erweckt. Trotz intensiver Physio- und Ergotherapie sowie medikamentöser Analgesie hätten die Beschwerden bis zum Austritt nur leicht moduliert werden können.

Zusammenfassend hielten die Dres. L. und D. fest, das klinische Bild sei als rechtsseitiger CRPS I der rechten Hand mit noch belastungsabhängigen Schmerzen und im Vordergrund stehendem Funktionsdefizit zu interpretieren. In Bezug auf die rechte Schulter habe die Beschwerdeführerin bei Eintritt das klinische Bild eines Impingements gezeigt, wobei konventionell radiologisch unauffällige Verhältnisse visualisiert worden seien. Sonographisch habe eine Verdickung der Supraspinatussehne festgestellt werden können. Unter physiotherapeutischen Massnahmen hätten die Beschwerden deutlich reduziert werden können. Bei leichter bis mittelgradiger Funktionseinschränkung der rechten Hand sei die Weiterführung der ambulanten Ergotherapie dringendst empfohlen und der Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess anzustreben. Bei ängstlich-bedrückter Reaktion infolge Epilepsie des Ehemannes wäre zudem eine diesbezügliche Aufklärung von Nutzen.

3.7. Dr. D. berichtete am 4. Mai 2007 (Urk. 10/19), unter Ergo- und Physiotherapie hätten die Schmerzen subjektiv persistiert; objektiv bestehe jedoch eine deutliche Besserungstendenz. Die Schwellung sei abgeklungen, die Temperaturasymmetrie sei nur noch leicht vorhanden und der Fingerkuppen-Palmar-Abstand für die Digiti IV und V liege aktuell bei nur noch 0,5 cm (vorher: 2,5 cm); das Extensionsdefizit im PIP IV und V sei minim und die Einschränkung der Handkraft rechts sei mässig. Bezüglich der Beschwerden im rechten Ellbogen, Nacken und in der rechten Schulter hätten sich keine neuen Aspekte ergeben (insbesondere nach wie vor keine Anhaltspunkte für eine

Ankylosierung der rechten Schulter). In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit bestehe bis zum 31. Mai 2007 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Aus rheumatologischer Sicht sollte dann bei weiterhin günstigem Verlauf medizinisch-theoretisch ein Wiedereinstieg für leichte, wechselbelastende und nicht mit Präzisionsarbeiten/Kraftanstrengung verbundene Tätigkeiten möglich sein. Mittelfristig sollte die Arbeitsfähigkeit im Verlauf steigerungsfähig sein.

3.7 Mit Arztzeugnis vom 30. Mai 2007 (Urk. 10/20) attestierte Dr. D.\_\_\_\_ ab dem 1. bis zum 30. Juni 2006 eine Arbeitsfähigkeit von 50 % für leichte Arbeiten ohne Kraftanstrengung/Präzisionsarbeit für die rechte Hand.

3.8 Telefonisch liess die Beschwerdeführerin durch ihre Schwiegertochter der Beschwerdegegnerin am 15. Juni 2007 (Urk. 10/21) zur Kenntnis bringen, dass sie neben der unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit von 50 % krankheitsbedingt zu 50 % arbeitsunfähig sei, wobei es sich um eine Meniskusproblematik rechts handle. Eigentlich sei ein Eingriff am rechte Knie bereits geplant gewesen. Dieser habe jedoch wegen dem Unfallereignis vom 7. Juli 2006 verschoben werden müssen.

3.9 Am 30. Juli 2007 (Urk. 10/24) berichtete Dr. D.\_\_\_\_, trotz fortgesetzter Ergotherapie erweise sich der Verlauf als sehr protrahiert. Die Physiotherapie mit dem Ziel der allgemeinen Konditionierung sei durch die Beschwerdeführerin nach der vierten Sitzung wegen angeblicher Schmerzexazerbation abgebrochen worden. Für eine Algodystrophie gebe es aktuell keine Anhaltspunkte. Ein leichtes Flexions- und Extensionsdefizit sei noch vorhanden; die deutliche Behinderung lasse sich aufgrund der Befunde indes nicht vollständig objektivieren. Aus diesem Grunde sei daran festzuhalten, dass der Beschwerdeführerin eine geeignete Tätigkeit wieder zumutbar sei. In diesem Sinn sei der Kreisarzt gebeten, die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin noch einmal zu beurteilen. Dr. D.\_\_\_\_ attestierte ab dem 1. Juli 2007 eine vollständige Arbeitsfähigkeit für eine angepasste (vgl. Erw. 3.7) Tätigkeit.

3.10 Dem Kreisarzt Dr. E.\_\_\_\_ präsentierte sich am 6. September 2007 (Urk. 10/26) eine Beschwerdeführerin in gutem Allgemeinzustand ohne deutliche Schonungszeichen an beiden Armen mit etwas verminderter Innenflächenbeschwellung der rechten Hand. Ansonsten hätten keine trophischen Störungen und keine Temperaturunterschiede oder Verfärbung der Haut festgestellt werden können. Auf Höhe der Basis Metacarpale IV und V bestehe eine Druckdolenz; auch in der Hohlhand habe eine leichte Druckdolenz erhoben werden können. Ring-, Schlüsselsel-, Fein- und Spitzgriff seien durchführbar. Für den Kleinfinger zeige sich beim Faustschluss eine Sperrdistanz von 0,3 cm. Dr. E.\_\_\_\_ notierte ferner, am Ellbogengelenk auf Höhe des Epicondylus humeri radialis sowie an der rechten Schulter auf Höhe des Supraspinatusansatzes bestehe eine Druckdolenz. Eine Impingement-Symptomatik sei nicht auszumachen. Der Kreisarzt hielt dafür, dass es sich bei der Ellbogenproblematik um ein eigenständiges Krankheitsbild, welches durch das Sturzereignis nicht verschlimmert worden sei, handle, seien auf der linken Seite doch ähnliche Beschwerden vorhanden (Urk. 10/26/2). Auch die PHS der rechten Schulter sei als unfallfremdes Geschehen zu werten, zeigten sich an der Supraspinatussehne doch bereits degenerative Veränderungen, ohne dass frische Läsionen, insbesondere Rupturen, visualisiert worden wären. Hier habe das Unfallereignis weder zu einer Symptomatisierung noch zu einer Verschlimmerung geführt. Endlich seien auch die im HWS-, BWS- und LWS-Bereich angegebenen Beschwerden unfallfremd, sei das

Unfallereignis doch nicht geeignet gewesen, derartige Veränderungen an der Wirbelsäule hervorzurufen. Es handle sich dabei um vorbestehende, degenerative Veränderungen bei - vor allem an der HWS - vorbestehender Fehlform. Endlich führte Dr. E. \_\_\_ aus, auf die Kniebeschwerden sei nicht weiter einzugehen, habe das Sturzereignis doch zu keinerlei Verletzungen in diesem Bereich geführt. Er erklärte, an der rechten, dominanten Hand zeige sich ein sehr schlechtes Ergebnis nach durchgemachter Algodystrophie ohne Schwellungsneigung. Im Vergleich zur linken Hand sei die Osteopenie deutlich rückläufig. Die Algodystrophie scheine nun abgeheilt zu sein. Deutliche Schonungszeichen seien nicht vorhanden, ebenso wenig trophische Störungen. Demgegenüber bestehe offenbar eine Selbstlimitierung.

Dr. E. \_\_\_ attestierte eine Arbeitsfähigkeit von 50 %, wobei vorerst die grobe Kraft und das Feingefühl in der rechten dominanten Hand noch reduziert seien. Häufige Umwendbewegungen seien ebenso zu vermeiden wie Abstützfunktionen und das Arbeiten mit vibrierenden Maschinen. Der Kreisarzt notierte, unfallbedingt sollte Ende September (2007) eine volle Arbeitsfähigkeit erreicht sein und der Fall abgeschlossen werden können (Urk. 10/26/3).

3.11 Gemäss Telefonnotiz vom 4. Oktober 2007 (Urk. 10/33) suchte die Beschwerdeführerin wegen psychischer Beschwerden die Psychiaterin M. \_\_\_ auf.

3.12 Dr. F. \_\_\_ erhob am 30. Oktober 2007 (Bericht vom 3. Dezember 2007, Urk. 10/40/2) eine Dystrophie im Bereich der rechten Hand mit dünner Haut, elektrisierendem Empfinden beim Berühren der Haut sowie eine stark verminderte Kraft beim Faustschluss. Die Daumenopposition sei zwar möglich, indes mit Schmerzen verbunden. Das Festhalten einer Dose mit der rechten Hand gelinge nicht. Die Kraft in Handgelenk, Ellbogen und Schulter sei für alle Bewegungen erhalten, die Beweglichkeit der HWS nach links eingeschränkt. An den unteren Extremitäten konnte der Neurologe keine Pathologien feststellen. Die Psyche erwies sich als normal. Gemäss Angaben der Beschwerdeführerin seien ihr mittelschwere und schwere Arbeiten nicht mehr möglich. Im Weiteren ist dem Bericht zu entnehmen, dass eine Röntgenaufnahme aus dem Jahre 2003 im Bereich der HWS Bandscheibenprotrusionen auf diversen Etagen, mit leichter Osteochondrose bei C5/6, zeigte. Dr. F. \_\_\_ führte zudem aus, durch das Unfallereignis vom 7. Juli 2006 seien die Nackenschmerzen, welche zwar vorbestehend waren, jedoch nie zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit geführt hätten, verstärkt worden (Urk. 10/40/2 S. 2). Im Weiteren nannte er eine Streckhaltung der HWS, leichte Osteochondrosen bei C2/3 und C3/4, eine minimale Protrusion C3/4 median und C4/5 links paramedian sowie eine normale Weite des Spinalkanals und der Foramina. Er hielt dafür, dass die Gebrauchsfähigkeit der rechten Hand der Beschwerdeführerin stark eingeschränkt sei und zu einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit an ihrem bisherigen Arbeitsplatz in der Wäscherei führe. Auf welches Arbeitsprofil sich die Zumutbarkeit der vom Kreisarzt genannten vollständigen Arbeitsfähigkeit beziehe, sei unklar. Klar sei demgegenüber, dass ein handchirurgisches Gutachten nötig sei. Abschliessend notierte Dr. F. \_\_\_, dass eine Therapie mit Lyrica, vorerst mit 25mg, dann auf 100mg steigend, begonnen worden sei. Eine weitere Konsultation vom 30. November 2007 ergab, dass infolge schlechter Verträglichkeit die Dosierung von Lyrica nicht gesteigert werden konnte (Urk. 10/40/2 S. 3).

3.13 Dr. A. \_\_\_ attestierte mit Arztzeugnis vom 28. November 2007 bzw. 4. Januar 2008 (Urk. 10/40/4) eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vom 8. Juli 2006 bis zum 31.

Januar 2008.

3.14 Am 13. Dezember 2007 erstattete PD Dr. G. zu Händen des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin seinen Bericht (Urk. 10/40/1). Er führte aus, die Beschwerdeführerin habe sich über eine stark eingeschränkte Kraft (an der rechten Hand) beklagt, obwohl die Schmerzen in Ruhe relativ bescheiden seien. Es sei schwierig, kraftaufwendige Haushaltarbeiten zu verrichten, weshalb sie immer noch auf Schmerzmittel angewiesen sei. Bei Belastung komme es auch immer wieder, wenn auch unregelmässig, zu Verkrampfungen. Endlich hätten sich mit der Dystrophie auch die Ellbogen- und Schulterschmerzen verstärkt. Die Arbeit in der Wäscherei sei arbeitsintensiv und mit der Manipulation von schwerer Wäsche verbunden gewesen (Urk. 10/40/1 S. 4). Dr. G. erklärte, zu ähnlichen Befunden wie der Kreisarzt Dr. E. gekommen zu sein. Zu präzisieren sei jedoch, dass die Färbung der Haut, insbesondere derjenigen der Finger, nicht symmetrisch, sondern auf der rechten Seite etwas vermindert sei. Zudem weise sie einen zwar minimalen, doch etwas vermehrten Glanz auf. Obgleich die Fingerkuppen mit der Hohlhand in Kontakt kämen, sei ein Faustschluss nicht möglich. Der Streckausfall der PIP-Gelenke (proximale Interphalangealgelenke) sei minimal, jedoch eindeutig und liege zwischen 10 und 20 Prozent. Ansonsten habe er ähnliche Werte wie Dr. E. erhoben. In Bezug auf dessen Schlussfolgerungen nannte PD Dr. G. jedoch verschiedene zu kritisierende Punkte. Einerseits sei im Bericht von Dr. E. die von Dr. B. erhobene Diagnose einer beginnenden Arthrose mit keinem Wort erwähnt (Urk. 10/40/1 S. 5); andererseits sei der Beschwerdeführerin wegen der Algodystrophie vom Spital C. Oxycotin verordnet worden, ohne dass diese Medikation bisher gestoppt worden wäre. Damit sei auch die Pathologie sicher noch nicht abgeklungen. Schliesslich sei es möglich, dass eine Algodystrophie ohne jeglichen Vorzustand zu einem Schulter-Arm-Schmerz führen könne (Urk. 10/40/2 S. 6). Endlich sei eine Algodystrophie derart komplex, dass er sich nicht wagen würde, in diesem Zusammenhang die Bezeichnung «Schmerzverarbeitungsstörung» zu verwenden. Mit Sicherheit könne einzig festgestellt werden, dass die Beschwerdeführerin sehr empfindlich und ängstlich sei. Indes lasse sich ein Schmerz beim Flektieren der PIP-Gelenke eindeutig von einer Angstreaktion unterscheiden. In der Beurteilung von Dr. E. seien zuviele Punkte unberücksichtigt geblieben, so dass seine Schlussfolgerungen schwer zu akzeptieren seien. Zwar sei für ihn klar, dass die Schmerzgrenze der Beschwerdeführerin tiefer liege, als dies normgemäss der Fall sei (Urk. 10/40/2 S. 7). Fest stehe jedenfalls, dass die Dystrophie noch nicht eindeutig abgeklungen und die Beurteilung des Psychologen nicht akzeptabel sei (Urk. 10/40/2 S. 8). Ohne weitere Begründung stellte der Arzt abschliessend fest, in der bisherigen Tätigkeit in der Wäscherei bestehe derzeit keine Arbeitsfähigkeit.

3.15 Laut Bericht von Dr. med. N., Oberarzt Departement Chirurgie, Spital Z., vom 6. Februar 2008 (Urk. 10/42) klagte die Beschwerdeführerin über permanente Kopf-, Nacken-, Schulter- und Armschmerzen rechts, wobei der Hauptschmerz im Bereich des Hypothenars und den Fingern IV und V lokalisiert sei und in den rechten Ellbogen und die rechte Schulter ausstrahle. Die Hand wechsele pro Tag mehrmals die Farbe. Zudem komme es seit der Operation vom 14. Juli 2006 immer wieder zu einem Zittern des rechten Arms. Der Arzt führte unter anderem aus, die Untersuchung der rechten oberen Extremität habe sich wegen Schmerzen und damit verminderter Kooperation als erschwert erwiesen. Die muskuläre Trophik, das Integument sowie die Behaarung seien

normal. An den oberen Extremitäten herrsche eine seitengleiche Temperatur. Klinisch und elektrodiagnostisch hätten sich keine Hinweise auf eine Kompressionsneuropathie des Nervus medianus oder des Nervus ulnaris rechts ergeben. Die belastungsabhängigen Schmerzen im Bereich der oberen Extremität sei entweder bei Status nach CRPS Typ I oder eher im Rahmen eines posttraumatischen Quadrantensyndroms mit Schmerzausdehnung bis kubital, Schultergelenk, rechtszervikal und intermittierend bis in die rechte Kopfhälfte zu sehen. Aus neurologischer Sicht sei - wie bereits von Dr. F. \_\_\_ veranlasst - die Schmerztherapie zu optimieren. Mit Blick auf den kulturellen und Migrationshintergrund der Beschwerdeführerin sei die Prognose eher als ungünstig einzustufen. Bevor es zu einer wesentlichen Besserung der Beschwerden durch medikamentöse oder andere Therapieansätze kommen können, sei in erster Linie die Versorgungslage zu klären.

3.16 Dr. A. \_\_\_ attestierte am 7. Februar 2008 (Urk. 3/5) eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bis auf Weiteres sowohl in bisheriger als auch in angepasster Tätigkeit. Seinen Angaben folgend, hatte die Beschwerdeführerin angegeben, mit der rechten Hand lediglich Gegenstände mit einem Gewicht von maximal einem Kilogramm knapp halten zu können. Einen Schraubverschluss einer Flasche zu öffnen, sei nicht möglich, Schreibarbeiten führten zu Schmerzen. In Bezug auf erhobene Befunde verwies Dr. A. \_\_\_ insbesondere auf die von ihm beigelegten spezialärztlichen Berichte und notierte, aufgrund des langandauernden und zögerlichen Verlaufes sei mittelfristig nicht mit einer Besserung zu rechnen. Dass soziale Faktoren die Arbeitsfähigkeit beeinflussen würden, verneinte der Arzt.

3.17 Aus der Arbeitsplatzbeschreibung der Y. \_\_\_ AG vom 4. März 2008 (Urk. 10/43) ergibt sich, dass die Tätigkeit der Beschwerdeführerin vollumfänglich an der Mangel stattfand, wobei es sich um eine sehr leichte Arbeit mit Heben von Gewichten bis maximal einem Kilogramm gehandelt habe. Leichtes, feinmotorisches Hantieren und Stehen habe sehr oft, vorgeneigtes Stehen oft sowie Gehen manchmal ausgeübt werden müssen. Gemäss Angabe des Arbeitgebers handelte es sich bei der bisherigen Tätigkeit bereits um einen Schonarbeitsplatz. Als alternative Beschäftigung, welche auch nur mit einer Hand ausgeübt werden könnte, wird das Sortieren der Wäsche genannt.

Der Betriebsleiter führte gegenüber der Beschwerdegegnerin am 5. März 2008 (Urk. 10/45) ergänzend aus, dass der Betrieb die Beschwerdeführerin sicher weiterbeschäftigt hätte, hätte sie Einsatzwillen gezeigt. Der Arbeitsversuch vom 14. Dezember 2006 - wenn von einem solchen überhaupt gesprochen werden könne - habe nur eine Stunde gedauert; danach sei die Beschwerdeführerin mit der Begründung, es gehe nicht, nach Hause gegangen.

3.18 In der Stellungnahme zu den inzwischen neu aufgelegten Berichten schrieb Kreisarzt Dr. H. \_\_\_ am 17. März 2008 (Urk. 10/48), es lasse sich in den Akten keinerlei Hinweis dafür finden, weshalb die angestammte Tätigkeit der Beschwerdeführerin nicht vollumfänglich durchführbar sein sollte.

3.19 Dr. med. O. \_\_\_, Praxis für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte mit Bericht vom 28. April 2008 (Urk. 3/4) eine anhaltende, betont ängstlich gefärbte, depressive Störung mittelschwerer Ausprägung, mit im Vordergrund stehenden generalisierten Schmerzen, psychomotorischer Agitiertheit, emotionaler Labilität,

Angstzuständen, Schwindelattacken und Schlafstörungen (ICD-10: F38.8) sowie eine ängstlich-abhängige Persönlichkeitsstruktur (ICD-10: Z73.1). Die Beschwerdeführerin habe sich darüber beklagt, seit dem Unfallereignis extrem nervös und unruhig zu sei. Sie sei gereizt, habe emotionale Ausbrüche mit Weinattacken und leide im Übrigen unter Invaliditäts- und Existenzängsten. Die Ärztin hielt dafür, dass der Beschwerdeführerin eine leidensangepasste Tätigkeit mit der Möglichkeit von Wechselbelastungen ohne repetitives Handhaben von Gewichten über 2-3 kg beidhändig, ohne Zwangspositionen und ohne ununterbrochenem Sitzen, Stehen und Gehen, zu 50 % - allerdings in geschütztem Rahmen - zumutbar wäre. Aufgrund der von ihr beschriebenen Symptomatik und des längeren Verlaufs sei die Beschwerdeführerin jedoch, weitestgehend interdisziplinär gemeint, in der freien Wirtschaft zu 100 % arbeitsunfähig.

3.20 Am 12. Juni 2008 (Urk. 10/55) berichtete Dr. F. \_\_\_\_, die Untersuchung habe eine gute Kraft für die Daumenopposition gegen den rechten Zeigefinger, infolge Schmerzen jedoch nicht gegenüber den übrigen Fingern - wobei deren Prüfung durch die Schmerzen erschwert gewesen sei -, gezeigt. Der Arzt erklärte, er sei der Ansicht, dass die Beschwerdeführerin Angst vor Schmerzen habe. Sie habe bei der aktuellen, forcierten Untersuchung gut mitgemacht, jedoch dabei über Schmerzen in den Fingern III, IV und V geklagt. Im Weiteren führte Dr. F. \_\_\_\_, die Arbeit in der Wäscherei sei der Beschwerdeführerin nicht mehr zumutbar. Eine andere Tätigkeit könne er nicht ausmachen. Sie habe keinen anderen Beruf erlernt und im Übrigen beständen Sprachbarrieren etc.

Am 11. Juni 2008 hielt der Neurologe fest, der Zustand der rechten Hand sei stationär. Die Beweglichkeit der HWS sei ohne wesentliche Defizite; im Bereich der Schultermuskulatur und des oberen Quadranten habe sich eine Druckdolenz erheben lassen. Die Kraft der rechten Hand sei nach wie vor vermindert (Urk. 10/55 S. 2).

3.21 Gegenüber Kreisarzt Dr. H. \_\_\_\_, klagte die Beschwerdeführerin am 2. Juli 2008 (Urk. 10/56) unverändert über die bereits vielfach genannten Beschwerden, wobei die Nackenschmerzen derzeit im Vordergrund ständen. Zudem gehe es ihr psychisch sehr schlecht, sie sei häufig depressiv (Urk. 10/56 S. 2). Den Aufzeichnungen von Dr. H. \_\_\_\_, folgend, liessen sich inspektorisch keine trophischen Störungen (Hauttemperatur, Schweissneigung, Hypertrichose oder Hautveränderungen) der rechten Hand erheben. Ebenso hätten sich keine Entzündungszeichen, Schwellungen oder Auffälligkeiten in Bezug auf die Hautfärbung ergeben. Die Finger der rechten Hand seien in leichter Beugstellung in den MCP gehalten worden, wobei eine vollständige Streckung möglich gewesen sei. In den PIP und DIP habe sich ein diskretes Streckdefizit finden lassen, welches sich indes in etwa gleichem Ausmass auch an der linken Hand gezeigt habe. Die beim Faustschluss gezeigte Sperrdistanz habe passiv sehr leicht und ohne Kraftaufwand überwunden werden können, wobei die passive Beugung am Finger V eine starke Schmerzreaktion ausgelöst habe. Der Kreisarzt hielt im Weiteren fest, dass die von PD Dr. G. \_\_\_\_, beschriebenen Hauttexturen an den Fingern nicht nachvollziehbar seien. Ring-, Spitz-, Fein- und Schlüsselgriff seien rechts vollständig zu allen Fingern und die Opposition des Daumens bis zum Metacarpale-V-Köpfchen durchführbar (Urk. 10/56 S. 3). In Bezug auf die Kraftprüfungen notierte Dr. H. \_\_\_\_, diese seien etwas schwierig zu verwerten, da die Beschwerdeführerin beim Händedruck

rechts zunächst gar keine Kraft entwickelt, nach mehrfacher Aufforderung jedoch eine deutliche Kraftentwicklung gezeigt habe. Diese Gelegenheit ausnutzend habe er einen starken Druck auf das Metacarpale V rechts ausgeübt. Dies sei in dieser aktuellen Situation ohne jegliche Schmerzreaktion toleriert worden, wohingegen vorher bei viel geringerer Druckausübung eine extreme Schmerzreaktion gezeigt worden sei. Der Kreisarzt hielt fest, die Algodystrophie sei klinisch vollständig rückläufig. Die Beschwerdeführerin habe in der Untersuchung eine weitgehende Gebrauchsunfähigkeit der rechten oberen Extremität gezeigt, die seines Erachtens nicht in diesem Ausmass medizinisch nachvollzogen werden könne. Zudem hätten sich Hinweise für einige Inkonsistenzen und Selbstlimitierung ergeben (Urk. 10/56 S. 4). Endlich sei von einer Medikation von Lyrica in der Dosierung von 25mg kein Effekt zu erwarten, und eine Therapie mit Ocycontin 5mg ohne jegliche Wirkung auf die Schmerzsituation sei ebenfalls zu überdenken. Aufgrund der heutigen Beobachtungen erwarte er, Dr. H.\_\_\_\_, von einer intensiveren medikamentösen Therapie keine Besserung, so dass die Medikation abzusetzen sei. Endlich sei die Entscheidung, ob eine somatoforme Schmerzstörung vorliege, einem entsprechenden Facharzt vorbehalten (Urk. 10/56 S. 5).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Abschliessend hielt der Kreisarzt fest, die Ausführungen von Dr. E.\_\_\_\_ seien vollumfänglich nachvollziehbar. Mangels objektivierbaren erheblichen und bleibenden Schädigungen bestehe auch kein Anspruch auf eine Integritätsentschädigung. Zudem sei auffallend, dass es - abgesehen von einer sehr diskreten Hypothenar-Atrophie - sich bei der praktisch zwei Jahre dauernden völligen Gebrauchsunfähigkeit der rechten oberen Extremität nicht zu messbaren Muskelatrophien gekommen sei. Da seine Einschätzung und jene von Dr. E.\_\_\_\_ jedoch konträr zu den Ausführungen von PD Dr. G.\_\_\_\_ und Dr. F.\_\_\_\_ ständen, empfehle er die Veranlassung eines externen interdisziplinären Gutachtens (Urk. 10/56 S. 5).

3.22 Ä Ä Mit Beurteilung vom 24. September 2008 (Urk. 10/59) hielten die Versicherungsmediziner Dres. I.\_\_\_\_ und J.\_\_\_\_ dafür, dem mit dem Morbus Sudeck Vertrauten stelle sich ein insgesamt nicht nachvollziehbarer Verlauf dar. Es sei konklusiv nachvollziehbar, dass die Beschwerdeführerin nach der Spickdrahtentfernung ein diskretes CRPS I entwickelt habe, welches jedoch aufgrund fachmännischer Betreuung frühzeitig diagnostiziert und behandelt worden sei und daher nur zu einer wenig ausgeprägten Funktionsstörung geführt habe. Eine Arbeitsaufnahme von 50 % im Dezember 2006 wäre wahrscheinlich eher förderlich, denn hinderlich gewesen. Die Hintergründe, weshalb die Beschwerdeführerin die Arbeit nicht wieder aufgenommen habe, seien vielfältig und lägen unter anderem in einer psychosozialen Belastungssituation bei Erkrankung des Ehemannes mit Epilepsie (Urk. 10/59/9). Gesamthaft gesehen bestehe für eine floride Dystrophie keinerlei Anhaltspunkt, sondern es sei angesichts der Akten von Restbeschwerden nach einem abgeheilten CRPS (Morbus Sudeck) auszugehen. Diese erklärten das invalidisierende Schmerzsyndrom und die Bewegungseinschränkungen hingegen nicht. Ebenso sei das Ausmass der Beschwerden nicht durch die Arthrose begründet (Urk. 10/56/10). In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit als Betriebshelferin stehe klar und eindeutig fest, dass diese aufgrund des geschilderten Arbeitsprofils zu 100 % gegeben sei. Eine leistungsmässige Limitierung bestehe einzig für kraftaufwändige und unter Umständen auch die Feinmotorik fordernde Arbeiten, wobei zu betonen sei, dass der für feinmotorische Arbeiten wesentliche Pinzettengriff rechts uneingeschränkt ausgeübt werden könne (Urk. 10/56/11).



D.\_\_\_\_ stellte am 4. Mai 2007 - bei subjektiv persistierenden Schmerzen - objektiv eine deutliche Besserungstendenz fest (Erw. 3.7) und hielt infolge mangelnder Objektivierbarkeit der Befunde eine vollständige Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit ab 1. Juli 2007 für zumutbar (Erw. 3.9). Schliesslich erwog Dr. E.\_\_\_\_, die Algodystrophie sei abgeheilt (Erw. 3.10), und Kreisarzt Dr. H.\_\_\_\_ erachtete dessen Ausführungen als vollumfänglich nachvollziehbar (Erw. 3.21). Dass die Beschwerdeführerin gestützt auf (somatische) Unfallfolgen in ihrer angestammten Tätigkeit vollumfänglich arbeitsunfähig sein sollte (Erw. 1.3), findet demzufolge entgegen ihren Vorbringen mit Blick auf die Aktenlage in der umfangreichen medizinischen Dokumentation keine Stütze. Zwar attestierte Dr. A.\_\_\_\_ noch im Februar 2008 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bis auf Weiteres (Erw. 3.16). Ist es der Beschwerdeführerin jedoch gemäss eigenen Angaben möglich, Gegenstände mit einem Gewicht von einem Kilogramm (knapp) zu halten (Erw. 3.16), und ist sie ihren Ausführungen zufolge bei mittelschweren und schweren Arbeiten eingeschränkt (Erw. 3.12), so ist nicht einsichtig, weshalb sie ihre angestammte Tätigkeit in der Wäscherei nicht mehr sollte ausführen können, handelte es sich dabei doch um sehr leichte Arbeit, für welche das Heben von Gewichten bis höchstens ein Kilogramm gefordert war (vgl. Arbeitsplatzbeschreibung, Erw. 3.17). Dass sich keinerlei Hinweise dafür finden liessen, welche gegen eine vollständige Arbeitsfähigkeit in bisheriger Tätigkeit spr chen, hielt Dr. H.\_\_\_\_ am 17. März 2008 in der Stellungnahme zu den in der Zwischenzeit neu aufgelegten Berichten denn auch ausdrücklich fest (Erw. 3.18).

         Schliesslich drängt sich ein solcher Schluss auch daher auf, als PD Dr. G.\_\_\_\_ ausführte, die Beschwerdeführerin sei sehr empfindlich und verfüge über eine tiefere Schmerzgrenze als normgem ss (Erw. 3.14), Dr. N.\_\_\_\_ daf rhielt, dass vorerst die Versorgungslage zu klären sei, bevor von einer intensiven Therapie eine Beschwerdelinderung erwartet werden könne (Erw. 3.15), und Dr. H.\_\_\_\_ an der linken Hand ein Streckdefizit in etwa gleichem Ausmass wie an der rechten Hand feststellte sowie dessen Untersuchung Hinweise auf Inkonsistenzen und Selbstlimitierung zeigte (Erw. 3.21). Gelangten endlich auch die Dres. I.\_\_\_\_ und J.\_\_\_\_ in Beurteilung der Akten zur Überzeugung, der Beschwerdeführerin sei die bisherige Tätigkeit vollumfänglich zumutbar (Erw. 3.22), so kann vor diesem Hintergrund den in Bezug auf die Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin abweichenden Einschätzungen der Dres. F.\_\_\_\_, A.\_\_\_\_ und G.\_\_\_\_ nicht gefolgt werden. Ergänzend ist hierbei anzufügen, dass sich der Bericht von PD Dr. G.\_\_\_\_ durchwegs in sehr vager Formulierung hält und der Arzt ausdrücklich angab, ähnliche Befunde wie Kreisarzt Dr. E.\_\_\_\_ erhoben zu haben (Erw. 3.14), weshalb bereits aus diesem Grund für eine davon abweichende Beurteilung kein Anlass besteht.

4.2.3       Infolgedessen ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführerin ihre angestammte Tätigkeit aus somatischer Sicht vollumfänglich zumutbar ist.

4.3    

4.3.1   Was allfällige psychische Beschwerden betrifft, ist im Weiteren festzustellen, dass ein natürlicher Kausalzusammenhang solcher Beschwerden mit dem Unfallereignis vom 7. Juli 2006 in Anbetracht der Tatsache, dass sich die Beschwerdeführerin gemäss eigenen Angaben erstmals im Oktober 2007 (Erw. 3.11) - und damit nach Leistungseinstellung durch die Beschwerdegegnerin - in psychiatrische Behandlung begab,



Dauerschmerzen nichts, wäre doch auch dieses nicht in ausgeprägter Weise erfüllt.

4.3.9.1.1. War die Beschwerdeführerin aus somatischer Sicht in ihrer Leistungsfähigkeit nicht mehr eingeschränkt und erweisen sich allfällige psychische Beschwerden als nicht adäquatkausal zum fraglichen Unfallereignis, so ist die Leistungseinstellung durch die Beschwerdegegnerin per 30. September 2007 nicht zu beanstanden. Ebenso wenig besteht Anspruch auf eine Rente oder Integritätsentschädigung, weshalb die Beschwerde vollumfänglich abzuweisen ist.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Milosav Milovanovic

- Rechtsanwältin Barbara Klett

- 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.