

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00157 vom 22. Dezember 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-12-22, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2010.00157

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00157 du 22 décembre 2010

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00157 del 22 dicembre 2010

Erwägungen

E. 1

1.1 Die 1957 geborene X. arbeitete für die Y. als Hausdienstangestellte und war bei der Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG (im Folgenden kurz: Zürich) gegen die Folgen von Unfällen versichert, als ihr am 8. Oktober 2004 ein Teil einer Putzmaschine auf die linke Hand stürzte. In der Folge klagte sie über massiven Berührungsschmerz über dem linken Handgelenk mit ausgeprägter Bewegungseinschränkung. Der Röntgenbefund war unauffällig (Arztzeugnis UVG von Dr. med. Z. vom 13. Oktober 2004, Urk. 2/12/2). Aufgrund der vorgebrachten Beschwerden wurde die Versicherte der Handsprechstunde der Klinik A. zugewiesen. Die dortigen Ärzte hielten mit Bericht vom 24. Januar 2005 als Diagnosen unklare Handgelenksschmerzen bei Status nach Handgelenkskontusion am 8. Oktober 2004 und eine diskrete Ruptur des Triangular Fibrocartilage Complex (TFCC) bei Status nach alter Fraktur des Processus styloideus ulnae links fest. Die Beschwerdesymptomatik sei unklar (Urk. 2/2/12/8). Am 13. August 2005 wurde die Versicherte durch Dr. med. B., Spezialarzt FMH für Chirurgie, speziell Handchirurgie, begutachtet. Dieser erachtete die geklagten Beschwerden als unfallkausal (Gutachten vom 16. August 2005, Urk. 2/12/20). Nachdem am 23. Dezember 2005 ein Arthro-MRI des linken Handgelenks (Bericht der Klinik A. vom 23. Dezember 2005, Urk. 2/12/24) und am 23. Januar 2006 eine neurologische Beurteilung vorgenommen worden waren (Bericht der C. vom 23. Januar 2006, Urk. 2/12/25), teilten die C. am 10. Februar 2006 (Urk. 2/10/26) und die Klinik A. am 13. Februar 2006 (Urk. 2/12/27) der Zürich mit, es sei ihnen nicht gelungen, den Hauptgrund der für die Versicherte im Vordergrund stehenden Handgelenksschmerzen zu identifizieren. Am 13. März 2006 diagnostizierte die C. bei der Versicherten eine deutliche (mittelschwere) depressive Episode (ICD-10 F32.1; Urk. 2/12/29). Daraufhin gab die Zürich bei Dr. med. D., Fachärztin FMH für Arbeitsmedizin und Psychosomatik, dipl. Berufsberaterin / Psychotherapeutin SPV, ein Gutachten in Auftrag, welches diese am 15. September 2006 erstattete (Urk. 2/12/34). Dr. D. diagnostizierte eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) sowie Angst und depressive Störung gemischt (ICD-10 F41.2) bei Differentialdiagnose generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1). Hinsichtlich Unfallkausalität hielt sie fest, der Unfall als Auslöser der vorhandenen Beschwerden habe ca. 20 % Anteil. Mit Verfügung vom 31. Oktober 2006 stellte die Zürich daraufhin ihre Leistungen per 1. November 2006 ein (Urk. 2/11/62).

1.2 Mit Eingabe vom 1. November 2006 erhob die SwissLife als BVG-Versicherer (Urk. 2/11/63) und am 14. November 2006 die Versicherte selber (Urk. 2/11/68) Einsprache gegen die Verfügung der Zürich vom 31. Oktober 2006. Am 26.

März 2007 diagnostizierte die Klinik E.____, wo sich die Versicherte seit 7. Februar 2007 in ambulanter Behandlung befand, eine rezidivierende depressive Störung, bei gegenwärtig mittelgradiger Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10 F33.10), einen Verdacht auf eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) und einen Verdacht auf eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit histrionischen und abhängigen Zügen (ICD-10 F61.0) und attestierte eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 2/12/38). Daraufhin gab die ZÄrlich bei Dr. med. F.____, Facharzt FMH für Chirurgie, speziell Handchirurgie, Leitender Arzt der Chirurgischen Klinik des Spitals K.____, ein Gutachten in Auftrag, welches dieser am 28. Dezember 2007 erstattete und festhielt, es seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit unfallfremde Faktoren für das Beschwerdebild der Versicherten verantwortlich (Urk. 2/12/39). In der Folge wies die ZÄrlich die Einsprachen am 25. April 2008 ab (Urk. 2/2).

E. 2

2.1 In materieller Hinsicht ist strittig, ob die Beschwerdeführerin aus dem Unfall vom 8. Oktober 2004 über den 31. Oktober 2006 hinaus Anspruch auf Leistungen der ZÄrlich hat. Hierbei gilt es zu prüfen, ob die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden in einem natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang mit dem Unfall vom 8. Oktober 2004 stehen.

2.2 Die von der Rechtsprechung erarbeiteten Grundsätze zum für eine Leistungsberechtigung erforderlichen natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang, insbesondere auch bei psychischen Fehlentwicklungen nach Unfall, sind im angefochtenen Einspracheentscheid vom 25. April 2008 richtig wiedergegeben. Darauf kann verwiesen werden (Urk. 2/2 S. 5-8).

E. 3

3.1 Die erstbehandelnde Ärztin Dr. Z.____ erhob am 12. Oktober 2004 bei der Beschwerdeführerin bei unauffälligem Röntgenbefund einen massiven Berührungsschmerz über dem linken Handgelenk mit ausgeprägter Bewegungseinschränkung und diagnostizierte einen Verdacht auf eine Läsion im Bänderbereich des linken Handgelenks (Urk. 2/12/2).

3.2 Die Klinik A.____, Orthopädie, wo die Beschwerdeführerin am 25. Oktober 2004 in der Handsprechstunde untersucht worden war, diagnostizierte am 1. November 2004 einen Verdacht auf eine TFCC-Ruptur bei Status nach früherer Styloid Ulnae-Fraktur links. Die Palpation ulnocarpal sei deutlich druckdolent, der Bewegungsumfang belaufe sich Dorso-/Palmarflexion auf 40-0-60° und Ulna-/Radialinklination auf 40-0-15° mit Angaben von Schmerzen bei ulnarer Inklination. Die Pro-/Supination betrage 80-0-80°. Der Impaktionstest sei deutlich schmerzhaft für den TFCC (Diskus des Handgelenks). Das distale Radioulnargelenk sei beidseits ohne Schmerzen gleich beweglich. Watson- und Reagen-Test seien negativ. Sensibilität, Motorik und Durchblutung seien intakt (Urk. 2/12/1).

3.3 Nachdem am 10. November 2004 ein Arthro-MRI des linken Handgelenks durchgeführt worden war (Bericht der Klinik A.____, Radiologie, vom 10. November 2004, Urk. 2/12/6), hielt die Klinik A.____, Orthopädie, nach einer weiteren Untersuchung der Beschwerdeführerin am 17. Januar 2005 im Bericht vom 24. Januar 2005 fest, die Beschwerdesymptomatik habe sich in letzter Zeit ausgeweitet. Die Beschwerdeführerin beklage sich über eine deutliche Zunahme der

Handgelenksschmerzen mit Ausstrahlung bis in den linken Vorderarm und die linke Schulter. Die von ihr angegebenen Schmerzen liessen sich nicht sicher auf die diskrete zentrale TFCC-Läsion zurückzuführen. Ebenfalls habe die probatorische Infiltration des distalen Radioulnargelenks mit Kenacort keine deutliche Verbesserung der Befundsituation gebracht. Mittels ENMG habe eine Karpaltunnelsymptomatik ausgeschlossen werden können. Die Symptomatik sei weiterhin völlig unklar (Urk. 2/12/8).

3.4 Die Klinik A. ____, Rheumasprechstunde, hielt mit Bericht vom 16. März 2005 fest, sowohl klinisch als auch labormässig würden keine Hinweise für ein entzündlich-rheumatisches Geschehen bestehen. Eine Röntgenaufnahme beider Hände zeige ebenfalls keine entsprechenden Hinweise. Ihres Erachtens handle es sich am ehesten um mechanische Schmerzen (Urk. 2/12/12).

3.5 Der Handchirurg Dr. B. ____, diagnostizierte in seinem Gutachten vom 16. August 2005 (1) eine leichtgradige, palmare Instabilität des distalen Radioulnargelenks bei Verdacht auf palmaren Abriss des TFC, (2) ein posttraumatisches carpo-ulnares Impaction-Syndrom links, (3) ein posttraumatisches Schulter-/Armsyndrom links, (4) vorübergehende Überlastungsschmerzen im Schulterbereich rechts und (5) einen Status nach veralteter Styloidspitze-Abrissfraktur mit Pseudarthrose links. Die Beschwerden seien eindeutig auf den Unfall vom 8. Oktober 2004 zurückzuführen. Die Ulnastyloidpseudarthrose bestehe seit längerer Zeit und sei für den Beschwerdezustand nicht verantwortlich. Die Schulternackenschmerzen beidseits seien Folge von Überlastung und Muskeldysbalance wegen Schonhaltung. Die persistierenden Beschwerden seien durch eine Ulnainstabilität mit Riss des TFC und eventuell des Meniskus ulnocarpalis bedingt. Als erste Massnahme empfehle er eine Arthroskopie mit Debridement und dynamischer Untersuchung unter arthroskopischen Bedingungen betreffend Ulnainstabilität vor allem des ventralen Anteils (Urk. 2/12/20).

3.6 Dr. med. I. ____, Facharzt FMH für Chirurgie, speziell Handchirurgie, diagnostizierte am 21. September 2005 zuhause des Gutachters Dr. B. ____, eine leichtgradige, palmare Instabilität des distalen Radioulnargelenks bei Verdacht auf lateralen palmaren Abriss des TFCC (Unfall vom 8. Oktober 2004), ein posttraumatisches carpoulnares Impactionssyndrom links und einen Status nach veralteter Styloidspitzen-Abrissfraktur mit straffer Pseudarthrose links. Er empfahl wie Dr. B. ____, eine Arthroskopie des linken Handgelenks (Urk. 2/12/19).

3.7 Am 23. Dezember 2005 wurde in der Klinik A. ____, ein Arthro-MRI des linken Handgelenks (Urk. 2/12/24) und am 23. Januar 2006 in der C. ____, eine neurologische Beurteilung (Urk. 2/12/25) vorgenommen. Die C. ____, diagnostizierte hierauf am 10. Februar 2006 eine mehrfokale Schmerzsymptomatik im Bereich des linksseitigen Handgelenks bei Instabilität des distalen Radioulnargelenks und bei ausgeprägter Symptomausweitung. In der neurologischen Untersuchung lasse sich eine Ausfallsymptomatik nicht objektivieren. Die durchgeführten sensiblen und motorischen Neurografien des Nervus medianus sowie ulnaris zeigten sich unauffällig. Somit gebe es keinen konkreten Hinweis auf eine neurologische Affektion im Handgelenksbereich. Auch von Seiten der MR-Untersuchung fanden sich lediglich leichtgradige degenerative Veränderungen im Bereich des TFC sowie synovitische Veränderungen im Bereich des distalen Radioulnargelenks und eine Partialläsion im Bereich des SL-Bandes. Auch hier fanden sich keine konkreten Korrelate für die beschriebene

Beschwerdesymptomatik. Ihres Erachtens sei die Indikation zum arthroskopischen beziehungsweise insgesamt operativen Vorgehen nicht gegeben (Urk. 2/12/26).

3.8. Die Klinik A. berichtete am 13. Februar 2006 der Beschwerdeführerin, ihre Abklärungen, insbesondere die seriellen Infiltrationen des distalen Radioulnargelenks, hätten lediglich gezeigt, dass die von der Beschwerdeführerin angegebenen Beschwerden nicht einzig aus diesem Gelenk stammen könnten, angesichts der nachgewiesenen (kleinen) Kommunikation zum Radiokarpalgelenk wohl auch nicht aus dem Handgelenk (Mediokarpalgelenk exklusive). Dies habe sie zur Annahme veranlasst, dass chirurgische Massnahmen an der Mechanik dieses Gelenks nicht mit zufriedenstellender Zuverlässigkeit zur Heilung oder zumindest Schmerzlinderung führen würden. Es sei ihnen nicht gelungen, den Hauptgrund der für die Beschwerdeführerin im Vordergrund stehenden Handgelenksschmerzen zu identifizieren (Urk. 2/12/27).

3.9. Am 13. März 2006 wurde die Beschwerdeführerin in der Schmerzprechstunde der C. durch Prof. Dr. med. J. konsiliarisch untersucht. Die eher klein gewachsene, ergeben wirkende Beschwerdeführerin zeige sich deutlich depressiv, weine fast pausenlos und sei ohne Kraft und Fähigkeit, etwas für sich zu unternehmen. Prof. J. diagnostizierte eine deutliche (mittelschwere) depressive Episode (ICD-10 F32.1) und einen Verdacht auf Symptomausweitung, allenfalls im Rahmen der Somatisierung infolge der affektiven Störung bei diversen Belastungen und infolge der fehlenden Ressourcen. Die affektive Symptomatik scheine multifaktoriell bedingt, sicherlich auch wegen der initialen Verunsicherungen entstanden nach der Verletzung im Jahre 2004. Es sei keine Indikation zum arthroskopischen beziehungsweise irgendeinem operativen Vorgehen zu postulieren (Urk. 2/12/29).

3.10. Dr. D. diagnostizierte in ihrem Gutachten vom 15. September 2006 bei der Beschwerdeführerin (1) eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) mit/bei Persönlichkeitsstruktur mit ängstlichen, narzisstischen und histrionischen Zügen, bedeutender psychosozialer Belastungssituation (beruflich und privat), inadäquater Verarbeitung von körperlichen und psychischen Beschwerden und geringen bis fehlenden beziehungsweise inadäquaten Bewältigungsstrategien sowie (2) eine Angst und depressive Störung gemischt (ICD-10 F41.2) bei der Differentialdiagnose generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1; 7-8 bei 4 geforderten Kriterien vorhanden). Der Unfall vom 8. Oktober 2004 sei eine von mehreren Ursachen für die gesundheitlichen Probleme der Beschwerdeführerin. Es handle sich um ein multifaktorielles Geschehen, das sowohl Persönlichkeitsmerkmale (Art der Bewältigungsstrategien, persönliche Ressourcen usw.) als auch psychosoziale Belastungssituationen (Arbeit, Familie, Vereinsamung, geringe bis fehlende soziale Anerkennung, usw.) und eine vorbestehende geringe psychische Stabilität (deutliche vorbestehende Verhaltensauffälligkeiten am Arbeitsplatz) umfasse. Der Unfall sei vor allem als Auslöser einer Dekompensation mit Verstärkung einer vorbestehenden Belastungssituation mit zunehmenden Problemen am Arbeitsplatz zu verstehen. Der Unfall sei zu etwa 20 % Auslöser der Beschwerden (Urk. 2/12/34).

3.11. Die Klinik E. berichtete am 26. März 2007, die Beschwerdeführerin befinde sich seit dem 7. Februar 2007 in ihrer ambulanten Behandlung, zudem besuche sie seit dem 22. Januar 2007 das Tageszentrum an fünf Vormittagen pro Woche. Oberarzt Dr. med. L. diagnostizierte eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig

mittelgradige Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10 F33.10), einen Verdacht auf eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) und einen Verdacht auf eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit histrionischen und abhängigen Zügen (ICD-10 F61.0). Die Beschwerdeführerin schildere wiederholte depressive Episoden in den letzten Jahren, unter anderem auch mit antidepressiver Behandlung und ausgesprochener Schmerzsymptomatik nach dem Arbeitsunfall im Oktober 2004. Am 25. September 2006 sei die Beschwerdeführerin in einen Verkehrsunfall verwickelt worden, wobei sie von einem Auto angefahren worden sei. Seither gebe sie an, unter permanenten Kopfschmerzen, insbesondere Nackenschmerzen rechtsbetont, ausstrahlend nach okzipital, Schmerzen im Beckenbereich, Schulterschmerzen, vor allem rechts, und Rückenschmerzen zu leiden (Urk. 2/12/38).

3.12. Der Handchirurg Dr. F. ___ diagnostizierte in seinem Gutachten vom 28. Dezember 2007 einen Zustand nach Kontusions-/Distorsionstrauma des linken Handgelenks am 8. Oktober 2004 mit invalidisierenden bewegungs- und belastungsabhängigen Schmerzen am linken Handgelenk mit Ausstrahlung bis in die Schulterregion. Daneben führte er als nicht selbst gestellte Diagnosen (den Akten entnommen) eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und eine Angst und depressive Störung gemischt an. Aufgrund der klinischen, radiologischen und elektroneurographischen Befunde seien die von der Beschwerdeführerin beschriebenen Schmerzen an der linken oberen Extremität nicht zu objektivieren. Seiner Meinung nach seien zum jetzigen Zeitpunkt mit überwiegender Wahrscheinlichkeit unfallfremde Faktoren für das Beschwerdebild der Beschwerdeführerin verantwortlich. Er sei der Auffassung, dass organische Ursachen aktuell nicht für die Beschwerden verantwortlich seien. Die aktuellen Beschwerden seien zu 100 % auf die anhaltende somatoforme Schmerzstörung und die Angst und depressive Störung gemischt zurückzuführen. Zum jetzigen Zeitpunkt seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nur noch unfallfremde Ursachen für das Beschwerdebild verantwortlich. Dieser Zustand sei mit grosser Wahrscheinlichkeit bereits im Mai/Juni 2005 erreicht worden (Urk. 2/12/39).

4. Die Beschwerdeführerin hat für die Beantwortung der Frage, ob die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden an der linken oberen Extremität in einem natürlichen Kausalzusammenhang mit dem Unfall vom 8. Oktober 2004 stehen, im Wesentlichen auf das Gutachten von Dr. F. ___ abgestellt (Urk. 2/2 S. 6). Dieses Gutachten ist umfassend, und sowohl die geklagten Beschwerden als auch die medizinische Aktenlage sind berücksichtigt. Dr. F. ___ zeigt in seinem Gutachten nachvollziehbar auf, dass trotz intensiven klinischen, radiologischen und elektroneurographischen Abklärungen die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden nicht objektiviert werden können und dass keine organische Ursache für die Beschwerden besteht. Die Verneinung eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfall vom 8. Oktober 2004 und den von der Beschwerdeführerin geklagten Schmerzen in der linken oberen Extremität ist nachvollziehbar. Die Einschätzung von Dr. F. ___ stimmt mit den übrigen medizinischen Akten überein. So führten auch die C. ___

im Bericht vom 10. Februar 2006 (Erw. 3.7) und im Bericht vom 13. März 2006 (Erw.

3.9) sowie die Klinik A. ___ im Bericht vom 13. Februar 2006 (Erw. 3.8) aus, die Ursache für die Schmerzen habe nicht erhellt werden können. Einzig Dr. B. ___ in seinem Gutachten vom 16. August 2005 (Erw. 3.5) und sinngemäss Dr. I. ___ in seinem Bericht vom 21. September 2005 (Erw. 3.6) hielten fest, die geklagten Beschwerden seien

unfallkausal. Hierbei gilt es zu beachten, dass die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen per 1. November 2006 einstellte, also mehr als ein Jahr nach der Begutachtung durch Dr. B.____, und sich Dr. B.____ und Dr. I.____ bei ihrer Beurteilung auf ein Arthro-MRI vom November 2004 stützten (Urk. 2/12/20 S. 1 und Urk. 2/12/19), also einen Befund, der im Einstellungszeitpunkt bereits zwei Jahre zurücklag. Das Gutachten von Dr. B.____ und der Bericht von Dr. I.____ vermögen daher die übrigen, aktuelleren, übereinstimmenden und in Kenntnis dieser Berichte verfassten Einschätzungen nicht zu erschüttern. Nach dem Gesagten ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin den natürlichen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 8. Februar 2004 und den somatischen Beschwerden verneint hat.

E. 5

5.1 Die Beschwerdeführerin leidet ausserdem an einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) mit/bei Persönlichkeitsstruktur mit ängstlichen, narzisstischen und histrionischen Zügen, bedeutender psychosozialer Belastungssituation (beruflich und privat), inadäquater Verarbeitung von körperlichen und psychischen Beschwerden und geringen bis fehlenden beziehungsweise inadäquaten Bewältigungsstrategien sowie einer Angst und depressiven Störung gemischt (ICD-10 F41.2) bei Differentialdiagnose generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1; Erw. 3.10). Die Frage, ob diese psychischen Beschwerden in einem adäquaten Kausalzusammenhang mit dem Unfall vom 8. Oktober 2004 stehen, hat gemäss der in BGE 115 V 133 festgelegten Praxis bei psychischen Fehlentwicklungen nach Unfällen zu erfolgen.

5.2 Die Beschwerdegegnerin qualifizierte den Unfall vom 8. Oktober 2004 als leichten (Urk. 2/2 S. 8), die Beschwerdeführerin ihrerseits als mittelschweren Unfall (Urk. 2/1/1 S. 14). Während bei

banalen Unfällen wie z.B. bei geringfügigem Anschlagen des Kopfes oder Übertreten des Fusses und bei leichten Unfällen wie z.B. einem gewöhnlichen Sturz oder Ausrutschen der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychischen Gesundheitsstörungen in der Regel ohne weiteres verneint werden kann, 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), lässt sich die Frage, ob zwischen Unfall und Folgen ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, bei Unfällen aus dem mittleren Bereich 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 134 V 116 Erw. 6.1, 115 V 140 Erw. 6c/aa).

Die Frage, ob es sich beim Unfall vom 8. Oktober 2004 um einen leichten oder einen mittelschweren Unfall handelte, kann jedoch offen bleiben. Denn wie nachfolgend zu zeigen ist, ist die Adäquanz zwischen dem Unfall vom 8. Oktober 2004 und den psychischen Beeinträchtigungen der Beschwerdeführerin selbst bei der Qualifizierung als mittelschwerer Unfall zu verneinen.

E. 5.3

5.3.1 Der Unfall vom 8. Oktober 2004, bei dem der Beschwerdeführerin eine Reinigungsmaschine auf den Arm fiel, war weder von besonders dramatischen Begleitumständen begleitet noch war er von besonderer Eindringlichkeit, und die von der Beschwerdeführerin hierbei erlittenen Verletzungen waren weder schwer noch von besonderer Art.

5.3.2 Es liegt keine fortgesetzte spezifische, belastende ärztliche Behandlung vor. Die Beschwerdeführerin wurde jederzeit adäquat behandelt, und es wurden die notwendigen Zuweisungen gemacht. Auch die Intensität der medizinischen Behandlungen lag im üblichen Rahmen, und eine diesbezügliche Belastung ist nicht zu ersehen.

5.3.3 Die Beschwerdeführerin klagt über belastungs- und bewegungsabhängige Handgelenksschmerzen links, hauptsächlich ulnarkarpal. Die Schmerzen würden sich bei forcierter Ulnarduktion und Supination verstärken (Urk. 2/12/39 S. 5). Die Schmerzen der Beschwerdeführerin sind jedoch nicht derart schlimm, dass sie ihren Haushalt nicht mehr selber besorgen könnte (Urk. 2/12/34 Ziff. 2.3). Das Kriterium der körperlichen Dauerschmerzen ist somit zumindest nicht in besonders ausgeprägter Form erfüllt.

5.3.4 Für eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hätte, bestehen keinerlei Anhaltspunkte. Dieses Kriterium ist somit nicht erfüllt.

5.3.5 Für die Erfüllung des Kriteriums schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen müssten besondere Gründe gegeben sein, welche die Heilung beeinträchtigt haben. Derartige besondere Umstände können den Akten nicht entnommen werden.

5.3.6 Nachdem bei der Beschwerdeführerin keine somatischen Ursachen für ihre Beschwerden mehr bestehen (vgl. Erw. 4), liegt auch keine länger dauernde physisch bedingte Arbeitsunfähigkeit vor.

5.4 Nach dem Gesagten ist bei einer Qualifikation als mittelschweres Unfallereignis höchstens ein Adäquanzkriterium erfüllt (Dauerschmerzen), jedoch nicht in ausgeprägter Weise. Ein adäquater Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 8. Oktober 2004 und den psychischen Beeinträchtigungen der Beschwerdeführerin ist also selbst bei einer Qualifikation als mittelschwerer Unfall zu verneinen. Die Beschwerdegegnerin hat deshalb zu Recht ihre Leistungen per 31. Oktober 2006 eingestellt. Da die Adäquanz zu verneinen ist, kann offen bleiben, ob überhaupt ein natürlich Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 8. Oktober 2004 und den psychischen

Beschwerden besteht.

6. Die Beschwerdeführerin beantragte die Beschwerde über die Zusprache einer Integritätsentschädigung (Urk. 2/1/1 S. 14). Die Beschwerdegegnerin hat jedoch weder in der Verfügung vom 31. Oktober 2006 (Urk. 2/11/62) noch im Einspracheentscheid vom 25. April 2008 (Urk. 2/2) über eine Integritätsentschädigung befunden. Damit fehlt es diesbezüglich an einem Anfechtungsgegenstand und somit an einer Sachurteilsvoraussetzung, weshalb auf diesen Antrag nicht eingetreten werden kann.

7. Zusammenfassend ergibt sich, dass durch die Beschwerdegegnerin über den 31. Oktober 2006 hinaus keine weiteren Leistungen (Heilbehandlung und Taggeld) zu erbringen sind, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist. Soweit die Zusprache einer Integritätsentschädigung beantragt wurde, ist auf die Beschwerde nicht einzutreten.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit auf sie eingetreten wird.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- X.____

- Rechtsanwalt Stephan Käbeler

- Bundesamt für Gesundheit

4. Gegen diese Entscheidung 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.