



Fall-Nr.: UV 2014/24
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: UV - Unfallversicherung
Publikationsdatum: 11.03.2016
Entscheiddatum: 11.03.2016

Entscheid Versicherungsgericht, 11.03.2016

Art. 18 und 24 UVG. Anspruch auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung verneint. Die das Beschwerdebild dominierenden psychischen Leiden der Beschwerdeführerin stehen nicht in einem adäquaten Kausalzusammenhang zum Unfallereignis (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 11. März 2016, UV 2014/24). Entscheid vom 11. März 2016

Besetzung

Vizepräsidentin Miriam Lendfers, Versicherungsrichter Joachim Huber,
Versicherungsrichterin Marie Löhner; Gerichtsschreiber Philipp Geertsen

Geschäftsnr.

UV 2014/24

Parteien

A.____,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Werner Rechsteiner,
FRT Rechtsanwälte, Unterer Graben 1, 9001 St. Gallen,

gegen

Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva), Fluhmattstrasse 1, Postfach
4358, 6002 Luzern,



Beschwerdegegnerin,

vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Stefan Mattmann, Egli Mattmann Hehli
Rechtsanwälte, Murbacherstrasse 3, 6003 Luzern,

Gegenstand

Invalidenrente / Integritätsentschädigung

Sachverhalt

A.

A.a A.____ war bei der B.____ AG angestellt (Einsatz als Produktionsmitarbeiterin bei der C.____ AG) und dadurch bei der Suva obligatorisch gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen sowie von Berufskrankheiten versichert. Am 23. Mai 2009 war die Versicherte zu Hause beim Anschliessen des Fernseekabels auf einem Hocker mit Rädern gestanden. Dieser rutschte weg, wodurch sie auf die Hände fiel (Schadenmeldung vom 28. Mai 2009, UV-act. 138 [an erster Stelle des Aktendossiers abgelegt]). Bei diesem Sturz zog sich die Versicherte am linken Ellbogen eine Radiusköpfchenfraktur und am rechten Handgelenk eine minimal dislozierte distale intraartikuläre Radiusfraktur zu (Bericht der Abteilung Chirurgie des Spitals D.____ vom 30. Juni 2009, UV-act. 6, vgl. auch den kreisärztlichen Untersuchungsbericht vom 18. November 2009, UV-act. 29). Wegen eines freien osteochondralen Flakes nach Radiusköpfchenfraktur links unterzog sich die Versicherte am 20. Juni 2009 einer operativen Revision mit Entfernung des Flakes (Operationsbericht der Abteilung Chirurgie des Spitals D.____ vom 20. Juni 2009; Operateur, Dr. med. E.____, Leitender Arzt Orthopädie an der Abteilung Chirurgie des Spitals D.____; UV-act. 13). Die Suva erbrachte für die Folgen des Nichtberufsunfalls Taggeld- und Heilbehandlungsleistungen (Einstellung der Taggeldleistungen per 22. Juli 2010, UV-act. 101).

A.b Der behandelnde Dr. med. F.____, FMH Allgemeine Medizin, gab im Bericht vom 7. September 2009 an, gemäss Dr. E.____, könne die Versicherte per sofort ihre Arbeit wieder aufnehmen, sie klage jedoch über anhaltende Beschwerden. Deshalb ersuchte



Dr. F.____ die Ärztliche Leitung der Orthopädie G.____ um eine fachärztliche Beurteilung (UV-act. 16). Dr. med. H.____, Facharzt an der Orthopädie G.____, empfahl im Bericht an Dr. F.____ vom 28. September 2009 zur Behandlung ein konservatives Vorgehen. Aufgrund der Beschwerden bestehe vorerst eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für eine körperlich doch belastende Tätigkeit (UV-act. 20). Am 17. November 2009 wurde die Versicherte von Kreisarzt Dr. med. I.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, untersucht. Im Bericht vom 18. November 2009 führte Kreisarzt Dr. I.____ aus, es handle sich um eine vorbestehend polymorbide Versicherte. Sie habe eine weitere Verbesserung der Ellbogenbeweglichkeit links mit Rückgang der Restbeschwerden angegeben. Am rechten Handgelenk habe sie nach wie vor erhebliche Beschwerden und eine Einschränkung der Beweglichkeit. Klinisch bestünden durchaus günstige Verhältnisse mit nur gering eingeschränkter Handgelenksbeweglichkeit rechts und diskretem Streckausfall im linken Ellbogen. Klinisch hätten sich keine Hinweise auf eine Dystrophie oder auf einen fehlenden Frakturdurchbau ergeben. Die muskuläre Situation sei auffällig günstig. Die Restbeschwerden im rechten Handgelenk seien glaubwürdig. Wahrscheinlich würden sie zusammen mit der nur geringen Bewegungseinschränkung von der diesbezüglich etwas ängstlich wirkenden Versicherten überbewertet. Der Kreisarzt brachte die Erwartung der Wiedererlangung einer vollen Arbeitsfähigkeit zum Ausdruck, erachtete aber einen stationären Rehabilitationsaufenthalt zuvor als sinnvoll (UV-act. 29).

A.c Vom 16. Dezember 2009 bis 20. Januar 2010 befand sich die Versicherte zur Rehabilitation in der Rehaklinik Bellikon. Die dort behandelnden medizinischen Fachpersonen äusserten sich wegen einer bevorstehenden Kortikosteroidinfiltration am 1. Strecksehnenfach am Handgelenk rechts noch nicht zur (längerfristigen) Arbeitsfähigkeit der Versicherten. Das Ausmass der von der Versicherten geschilderten Schmerzen am rechten Handgelenk sei durch die objektivierbaren Befunde nicht vollumfänglich erklärt (Austrittsbericht vom 26. Januar 2010, UV-act. 41-1 ff.; die anschliessend zweimal in der Orthopädie G.____ durchgeführte Steroidinfiltration hat gemäss Aussage der Versicherten jeweils jedes Mal zu einer verstärkten Schmerzsymptomatik geführt [UV-act. 65-1; zur Erfolglosigkeit dieser Massnahmen siehe auch UV-act. 78-5 unten]). Dr. med. J.____, Leitender Arzt Orthopädie/ Handchirurgie an der Klinik K.____, berichtete im an die Rehaklinik Bellikon gerichteten Schreiben vom 26. Januar 2010 gestützt auf ein Handgelenk-CT vom 11. Januar 2010



St.Galler Gerichte

(UV-act. 42-14 f.), er halte die distale Radiusfraktur für sehr schön verheilt. Er denke, dass es sich um ein weitgehend normales Handgelenk handle und „dies“ die beklagten Beschwerden der Versicherten nicht erklären könne. Wahrscheinlich liege eine gewisse Symptomausweitung vor (UV-act. 42-13).

A.d Auf Zuweisung von Dr. F.____ hin wurde die Versicherte am 22. April 2010 von Dr. med. L.____, Abteilung Handchirurgie an der Orthopädie G.____, untersucht. Den Akten sei zu entnehmen, dass das Handgelenk rechts vollständig abgeklärt worden sei und sich keine posttraumatische Schädigung im Sinn einer beginnenden Arthrose finden lasse. Von der Versicherten würden diffuse Handgelenksbeschwerden angegeben. Betreffend den linken Ellbogen fänden sich weder klinisch noch radiologisch signifikante Residuen im Sinn einer Gelenksaffektion einer Radiusfraktur (Bericht vom 27. April 2010, UV-act. 58). Gestützt auf eine Untersuchung der Versicherten vom 4. Juni 2010 berichtete Dr. med. M.____, Facharzt für Neurologie, Dr. F.____, aufgrund der klinischen und elektrophysiologischen Befundkonstellation müsse bei der Versicherten von einem chronifizierten Schmerzsyndrom ausgegangen werden, das im Moment von neurologischer Seite her nicht zu erklären sei. Es bestünden weder Hinweise für eine peripher-neurogene Schädigung noch Hinweise für eine vegetative Störung bei klinisch regelrechtem Befund (UV-act. 69).

A.e Am 21. Juli 2010 wurde die Versicherte erneut vom Kreisarzt Dr. I.____ untersucht. Er stellte eine „ganz diffuse“ Druckschmerzhaftigkeit über dem distalen Radius dorsal und radial fest, diskreter auch ventral. Das Bestehen trophischer Störungen an der rechten Hand verneinte er. Wiederholte fachärztliche Untersuchungen hätten keine sichere unfallkausale Schmerzursache ergeben. Die von der Versicherten erwähnte massive Funktionseinschränkung der rechten Hand lasse sich nicht objektivieren und könne anhand objektivierbarer Befunde klar widerlegt werden. Bei klinisch und vor allem auch bildgebend unauffälligen Verhältnissen sowohl am rechten Handgelenk als auch am linken Ellbogen sei zudem die (medizinisch nicht messbare) Schmerzhaftigkeit nicht erklärbar. Kreisarzt Dr. I.____ hielt die Versicherte für voll arbeitsfähig ohne Einschränkung des Zumutbarkeitsprofils (UV-act. 78).

A.f Dr. med. N.____, Abteilung Handchirurgie an der Orthopädie G.____, berichtete am 17. Februar 2011, im Bereich des rechten Handgelenks sei eine gewisse Pathologie



St.Galler Gerichte

nachvollziehbar, auch wenn die Röntgenbilder schöne Befunde zeigten. Die Anamnese einer intraartikulären Fraktur weise natürlich auf ein fassbares Problem hin. Zum anderen würde man die Problematik der Versicherten „gerne“ mit dem Begriff Fibromyalgie umschreiben. Eine „intelligente Therapie“ konnte Dr. N.____ nicht anbieten (UV-act. 98). Die neurologischen Fachpersonen der Universitätsklinik Balgrist berichteten am 3. Mai 2011, bei der Versicherten lasse sich kein sicheres neurologisches Defizit objektivieren. Ein Karpaltunnelsyndrom rechts, ein Sulkus-ulnaris-Syndrom rechts sowie ein Interosseus anterior-Syndrom rechts würden bei unauffälligem EMG des Musculus extensor digitorum communis ausgeschlossen (UV-act. 134).

A.g Am 18. August 2011 unterzog sich die Versicherte einer von PD Dr. med. O.____, Universitätsklinik Balgrist, durchgeführten operativen Massnahme am rechten Handgelenk (Handgelenksarthroskopie, Débridement, partielle Handgelenksdenervation, Erweiterung 1. Strecksehnenfach rechts; Operationsbericht vom 31. August 2011, UV-act. 116). Diese chirurgische Intervention hatte keinen positiven Effekt (UV-act. 136-2). Prof. Dr. med. P.____, Facharzt FMH für Neurochirurgie, Wirbelsäulenzentrum Q.____, gab im Schreiben vom 3. Oktober 2011 gegenüber Dr. N.____ an, die Versicherte leide aus seiner Sicht an einem Schulter-/Armsyndrom bei Zustand nach Spaltung des 1. Strecksehnenfachs rechts (UV-act. 133). Im sich auf eine MRT der HWS vom 3. Oktober 2011 stützenden Bericht vom 12. Oktober 2011 führte Prof. P.____ aus, die vorgefundene Pathologie im Sinn einer Diskushernie C5/6 rechts bestätige die Beschwerden der Patientin (UV-act. 135).

A.h Im Auftrag der IV-Stelle des Kantons St. Gallen wurde die Versicherte am 23. Mai, 18. Juni und 14. Juli 2012 polydisziplinär (internistisch, handchirurgisch, psychiatrisch und neurologisch) in der MEDAS Interlaken GmbH begutachtet. Die Suva beteiligte sich mit Ergänzungsfragen. Im Gesamtgutachten vom 4. September 2012 stellten die Experten folgende, seit Mai 2009 bestehende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: ein chronisches Schmerzsyndrom (ICD-10: F45.4) und eine Dysthymie (ICD-10: F34.1). Die leichtgradige Handgelenksarthrose und Irregularität im distalen Radioulnargelenk führten zu keiner wesentlichen Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit. Vielmehr stehe das mittlerweile chronifizierte Schmerzsyndrom dorsoradial am rechten Handgelenk im Bereich der beiden Narben im Vordergrund.



St.Galler Gerichte

Aufgrund der leichten Bewegungseinschränkung im Handgelenk sei eine verminderte Leistungsfähigkeit von 25% sowohl für die bisherigen als auch für andere zumutbare Tätigkeiten einzuräumen (UV-act. 146, insbesondere S. 22 f. und S. 29 f.).

A.i Dr. N.____ berichtete am 9. Oktober 2012, aktuell komme die Versicherte nun wegen Beschwerden im Bereich des linken Ellbogens in Behandlung. Geblieben seien die bekannten Beschwerden „überall vor allem“ im Bereich des rechten Arms beginnend vom Hals über die Schulter über den Epicondylus bis zum Handgelenk. Im Bereich des linken Ellbogens liege eine beginnende Arthrose vor (UV-act. 148). In der zuhänden von Dr. F.____ erstellten konsiliarischen Beurteilung des linken Ellbogens vom 30. November 2012 führte Dr. med. R.____, Abteilung Orthopädie an der Orthopädie G.____, aus, es fänden sich einerseits Hinweise auf eine radiohumorale Gelenksaffektion im Sinn einer beginnenden Arthrose mit Schmerz und endständiger Bewegungseinschränkung und andererseits Hinweise auf eine radiale Epicondylitis mit begleitendem Supinatorsyndrom. Diese gesamte Problematik werde aber stark beeinflusst durch das generelle Schmerzsyndrom beider oberer Extremitäten, welche die Versicherte im Sinn von massiven Verspannungen sehe (UV-act. 158).

A.j Kreisarzt Dr. med. S.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, untersuchte die Versicherte am 18. Februar 2013. Er stellte fest, die Beweglichkeit am rechten Handgelenk sei schmerzbedingt aktiv eingeschränkt. Die Beweglichkeit am linken Ellbogengelenk zeige aktiv nur eine unwesentliche Einschränkung für die maximale Flexion ohne damit einhergehende Funktionseinbusse. Leichte körperliche Tätigkeiten könnten unter Vermeiden von Vibrationsbelastungen und Durchführen von Tätigkeiten, die einen vermehrten und repetitiven Krafteinsatz der rechten Hand erfordern, vollschichtig ausgeübt werden (UV-act. 171). Hinsichtlich des Anspruchs auf eine Integritätsentschädigung vertrat Kreisarzt Dr. S.____ in der Stellungnahme vom 26. April 2013 die Ansicht, dass die Erheblichkeitsgrenze zur Ausrichtung einer Integritätsentschädigung nicht erreicht werde. Sämtliche Funktionsgriffe mit der rechten, dominanten Hand seien durchführbar. Radiologisch seien im rechten Handgelenk und im linken Ellbogengelenk jeweils nur Zeichen einer leichten Arthrose sichtbar (UV-act. 175). Kreisarzt Dr. S.____ hielt anlässlich der internen Besprechung an der Auffassung fest, die Versicherte verfüge für eine leidensangepasste Tätigkeit über



St.Galler Gerichte

eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. Der handchirurgische MEDAS-Gutachter führe eine verminderte Leistungsfähigkeit von 25% aufgrund der leichten Bewegungseinschränkung auf. Damit widerspreche er sich, weil er kurz zuvor von einer theoretischen 100%igen Arbeitsfähigkeit ausgegangen sei (Besprechungsprotokoll vom 27. Juni 2013, UV-act. 183). Mit Verfügung vom 25. Oktober 2013 wies die Suva die Gesuche um eine Rentenleistung (Fallabschluss per 22. Juli 2010) und eine Integritätsentschädigung ab. Die Erwerbsfähigkeit der Versicherten werde durch psychogene Störungen beeinträchtigt. Diese stünden nicht in einem adäquat kausalen Zusammenhang mit dem Unfallereignis. Eine erhebliche Schädigung der körperlichen Integrität liege nicht vor (UV-act. 197).

A.k Dagegen erhob die Versicherte am 25. November 2013 Einsprache (UV-act. 198). Am 4. Dezember 2013 erhielt die Suva einen von Dr. N.____ zuhänden von Dr. F.____ verfassten Bericht vom 27. November 2013. Darin führte jener aus, die Versicherte habe „einfach“ starke Schmerzen im Bereich des rechten Handgelenks und im Bereich des linken Ellbogens. Die Schmerzen seien invalidisierend. Eine am rechten Handgelenk durchgeführte Arthroskopie sei wenig ergiebig gewesen. Aus seiner Sicht bestehe ein chronifiziertes Schmerzsyndrom im Bereich des rechten Handgelenks und des linken „Handgelenks“ (wohl richtig: des linken Ellbogens; UV-act. 206). In der Stellungnahme vom 10. März 2014 äusserte sich Kreisarzt Dr. S.____ nochmals zur Beurteilung des handchirurgischen MEDAS-Gutachters. Es bestünden keine Abweichungen zwischen der gutachterlichen und der kreisärztlichen Beurteilung vom 26. Juni 2013 (UV-act. 210). Mit Einspracheentscheid vom 18. März 2014 wies die Suva die Einsprache ab (UV-act. 211).

B.

B.a Gegen den Einspracheentscheid vom 18. März 2014 richtet sich die vorliegende Beschwerde vom 1. April 2014. Die Beschwerdeführerin beantragt darin dessen Aufhebung, die Zusprache einer „vollen IV-Rente“ und einer angemessenen Integritätsentschädigung von mindestens Fr. 25'000.--; unter Kosten- und Entschädigungsfolgen. Des Weiteren stellt sie den Verfahrens Antrag, das Beschwerdeverfahren sei bis zum Vorliegen des Berichts der Verlaufsbeurteilung im Auftrag der IV-Stelle des Kantons St. Gallen zu sistieren. Zur Begründung bringt die



St.Galler Gerichte

Beschwerdeführerin im Wesentlichen vor, die Beurteilung von Kreisarzt Dr. S.____ sei nicht beweiskräftig. Die Beschwerdegegnerin negiere den adäquaten Kausalzusammenhang zwischen den psychischen Beschwerden und dem Unfallereignis zu Unrecht (act. G 1). Mit der Beschwerde hat die Beschwerdeführerin u.a. die Stellungnahme von Dr. med. T.____, Fachärztin für Praktische Medizin, Regionaler Ärztlicher Dienst Ostschweiz (RAD), vom 11. März 2014 eingereicht. Darin führte die RAD-Ärztin aus, verglichen mit der letzten RAD-Stellungnahme (vom 6. November 2012) bzw. der MEDAS-Begutachtung sei keine Veränderung des somatischen Gesundheitszustands auszumachen. Die behandelnde Psychiaterin habe eine schwere Depression mit somatischen Symptomen (ICD-10: F32.2) diagnostiziert. Deshalb könne eine Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustands nicht ausgeschlossen werden. Die RAD-Ärztin empfahl eine Verlaufsbeurteilung an der MEDAS Interlaken (act. G 1.4).

B.b Die Beschwerdegegnerin beantragt in der Beschwerdeantwort vom 18. Juni 2014 die Abweisung der Beschwerde und des Gesuchs um Sistierung des Beschwerdeverfahrens (act. G 5).

B.c Im Schreiben vom 24. Juni 2014 teilte die Verfahrensleitung der Beschwerdeführerin mit, die im invalidenversicherungsrechtlichen Verfahren im Raum stehende Verlaufsbeurteilung diene einzig der Abklärung, ob sich der psychische Gesundheitszustand verändert habe. Für die unfallversicherungsrechtliche Frage, ob die psychischen Beschwerden als adäquat-kausale Unfallfolgen zu betrachten seien, spiele deren Verlauf keine relevante Rolle. Deshalb werde einstweilen von einer Sistierung des Beschwerdeverfahrens abgesehen (act. G 6).

B.d In der Replik vom 9. Juli 2014 hält die Beschwerdeführerin unverändert an ihren Anträgen fest (act. G 7). Mit der Replik hat die Beschwerdeführerin einen Bericht der behandelnden Dr. med. U.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 17. Juni 2014 eingereicht. Darin erwähnt die Psychiaterin als Diagnose eine schwere Depression mit somatischen Symptomen (ICD-10: F32.2) und ein bekanntes chronifiziertes Schmerzsyndrom (act. G 7.1).

B.e Die Beschwerdegegnerin hat auf eine Duplik verzichtet (act. G 9).



Erwägungen

1.

Zwischen den Parteien ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung umstritten.

1.1 Nach Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) werden bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten Versicherungsleistungen gewährt. Der Unfallversicherer hat jedoch für einen Gesundheitsschaden nur insoweit Leistungen zu erbringen, als dieser nicht nur in einem natürlichen, sondern auch in einem adäquaten Kausalzusammenhang zu einem versicherten Ereignis steht (BGE 119 V 338 E. 1).

1.2 Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Gericht die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Gericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen). Bei versicherungsinternen ärztlichen Beurteilungen, die im Wesentlichen oder ausschliesslich aus dem Verfahren vor dem Sozialversicherungsträger stammen, sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit



und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen, so kann darauf beim Entscheid nicht abgestellt werden (BGE 135 V 471 ff. E. 4.7).

2.

Zunächst ist der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin zu prüfen.

2.1 Ist eine versicherte Person infolge des Unfalls zu mindestens 10 Prozent invalid (Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]), so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG).

2.2 Kreisarzt Dr. I.____ vertrat im Bericht vom 21. Juli 2010 den Standpunkt, es bestünden keine organischen Unfallfolgen mehr, welche die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin beeinträchtigten. Die von der Beschwerdeführerin angegebene massive Funktionseinschränkung der rechten Hand lasse sich nicht objektivieren. Vielmehr habe die von der Beschwerdeführerin geltend gemachte Funktionseinschränkung rechts anhand objektivierbarer Befunde klar widerlegt werden können. Bei klinisch und vor allem auch bildgebend unauffälligen Verhältnissen sowohl am rechten Handgelenk wie auch am linken Ellbogen sei zudem die Schmerzhaftigkeit nicht erklärbar. Kreisarzt Dr. I.____ verwies in diesem Zusammenhang auf die „vielen früheren Schmerzsyndrome“, welche die Beschwerdeführerin in der Vergangenheit gezeigt habe (UV-act. 78-6). Diese kreisärztliche Beurteilung stützt sich auf eine persönliche Untersuchung und erfolgte in Würdigung der u.a. bildgebenden medizinischen Aktenlage. Sie wurde vom Kreisarzt Dr. S.____, der die Beschwerdeführerin ebenfalls persönlich untersucht hatte, bestätigt (UV-act. 171 und UV-act. 210).

2.3 Die kreisärztliche Würdigung wird durch das MEDAS-Gutachten vom 4. September 2012 bestätigt.

2.3.1 Darin werden als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches Schmerzsyndrom (ICD-10: F45.4) und eine Dysthymie (ICD-10: F34.1) erwähnt. Die ICD-Codierung „F45.4“ entspricht der Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (zur von Dr. N.____ aufgeworfenen Diagnose einer Fibromyalgie siehe UV-act. 98-2 und zu dessen Ausführungen zur Entwicklung des



Schmerzsyndroms siehe UV-act. 190-228 f., worin er bei der Befundschilderung allein „Schmerzen“ aufführt). Den als Diagnosen erfassten Zuständen nach wenig dislozierter intraartikulärer Radiusfraktur rechts mit scapholunärer Bandruptur Stadium Geissler III rechts und nach Radiusköpfchenfraktur des linken Ellbogens mit kleinem Knorpeldefekt wurde von den MEDAS-Experten im Gesamtgutachten keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit beigemessen. Gleiches gilt betreffend den Zustand nach V. ___ am rechten Handgelenk mit Strecksehnenfacherweiterung (UV-act. 146-22), womit offen bleiben kann, ob dieser Zustand überhaupt eine natürlich kausale Unfallfolge ist. Bei der gesamtgutachterlichen Beurteilung der Auswirkungen der Störungen auf die bisherige Tätigkeit gaben die Experten an, hier wirkten sich das chronische Schmerzsyndrom und vor allem die Dysthymie aus. Die leichtgradige Arthrose und die latente scapholunäre Insuffizienz würden sich auf eine leichte manuelle Tätigkeit zum jetzigen Zeitpunkt nicht auswirken (UV-act. 146-28). Die für die Arbeitsfähigkeit relevanten Einschränkungen bestehen gemäss MEDAS-Gutachter praktisch nur durch die Schmerzen (UV-act. 146-30), womit die bei der bescheinigten 25%igen Arbeitsunfähigkeit zur Begründung herangezogene Bewegungseinschränkung der rechten Hand (UV-act. 146-30 unten) allein mit der somatoformen Schmerzstörung und nicht mit organischen Unfallfolgen erklärt wird (siehe auch die Ausführung des neurologischen MEDAS-Gutachters, wonach die Beschwerdeführerin an einem Schmerzsyndrom mit Handgelenksschmerzen rechts mit deutlicher Einschränkung der Handbeweglichkeit leide; die Arbeitsunfähigkeit solle hauptsächlich aufgrund der Schmerzen und der psychischen Lage beurteilt werden, UV-act. 146-36).

2.3.2 Nicht nachvollziehbar ist vor diesem Hintergrund, weshalb die MEDAS-Gutachter an anderem Ortangaben, eine leichte bewegungsabhängige Schmerzhaftigkeit sowie Einschränkung der Belastbarkeit des rechten Handgelenks seien aufgrund der Frakturfolgen und der Bandläsion objektivierbar (UV-act. 146-31 unten). Einerseits steht diese Aussage im Widerspruch zum übrigen Gutachten und andererseits fehlt eine nähere Begründung. Des Weiteren ist weder erkennbar noch dargelegt worden, inwiefern die als objektivierbar bezeichnete „leichte bewegungsabhängige“ Schmerzhaftigkeit und die Einschränkung der Belastbarkeit des rechten Handgelenks zu einer Arbeitsunfähigkeit für leidensangepasste Tätigkeiten ohne relevanten Einsatz des rechten Handgelenks zu führen vermag (zur Bewegungs- und Belastungsabhängigkeit siehe etwa auch UV-act. 42-2 oben und UV-act. 65-1; zur



tatsächlichen Erledigung von leichteren Sachen mit der rechten Hand ohne Belastung des Handgelenks siehe UV-act. 125-3 sowie UV-act. 169; zum Autofahren vgl. UV-act. 78-3 und UV-act. 171-7 f.). Die fragliche Aussage ist auf die Einschätzung des handchirurgischen MEDAS-Gutachters zurückzuführen (UV-act. 146-54), der ausdrücklich bestätigte, die somatisch feststellbaren Befunde führten zu keiner wesentlichen Beeinträchtigung qualitativer und quantitativer Art der Arbeitsfähigkeit. Im Vordergrund stehe das Schmerzsyndrom (UV-act. 146-27 und -52). Eine wesentliche Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit durch die am rechten Handgelenk feststellbaren Befunde wurde vom handchirurgischen MEDAS-Gutachter verneint (UV-act. 146-21 f.). Die Unfallkausalität der geklagten Handbeschwerden begründete er im Übrigen mit der unzulässigen Beweisregel „Post hoc ergo propter hoc“ (Urteil des Bundesgerichts vom 8. April 2009, 8C_945/2008, E. 6.2; „[...] auf den Unfall vom 23.05.2009 zurückzuführen. Laut Angaben der Versicherten sind diese Beschwerden seit der Entfernung des Gipses nach Frakturruhistellung vorhanden“, UV-act. 146-51). Ein Mangel an der kreisärztlichen Beurteilung wird daher durch die genannte zweifelhafte Angabe zur Objektivierbarkeit nicht begründet.

2.4 Zugunsten der kreisärztlichen Beurteilung spricht sodann, dass alle neurologischen Fachpersonen, die sich mit der Beschwerdeführerin befasst haben, keine organische Unfallfolge zur Begründung der geklagten Schmerzen finden konnten bzw. eine solche ausgeschlossen haben (UV-act. 69, UV-act. 134 und UV-act. 146-36). Diverse handchirurgische Experten fanden keine organisch objektivierbare Erklärung für die von der Beschwerdeführerin geklagten Leiden („ein weitgehend normales Handgelenk“, das „die beklagten Beschwerden [...] nicht erklären kann“ mit Hinweis auf eine „gewisse Symptomausweitung“, UV-act. 42-13; „[...] dass das Handgelenk rechts vollständig abgeklärt wurde und dass man keine posttraumatische Schädigung im Sinne einer beginnenden Arthrose findet“, UV-act. 58-1; „diffuse Handgelenksbeschwerden“, UV-act. 58-2; betreffend den linken Ellbogen siehe UV-act. 58-2: Klinisch und radiologisch fänden sich keine signifikanten Residuen im Sinn einer Gelenksaffektion einer Radiusfraktur; siehe auch UV-act. 158-2 mit u.a. Hinweis auf die starke Beeinflussung des Beschwerdebilds durch das generelle Schmerzsyndrom; vgl. betreffend fehlende radiologische Auffälligkeiten auch den Bericht von Dr. F.____ vom 15. Mai 2010, UV-act. 65-1). Insbesondere gab Dr. N.____ an, die Beschwerdeführerin sei schon wiederholt fachärztlich untersucht worden. Eine



Diagnose bzw. eine Zuordnung ihrer Beschwerden sei nicht möglich gewesen (UV-act. 98-1). Er selbst vermochte diesbezüglich ebenfalls keine klärende Einschätzung vorzunehmen (UV-act. 98-2: gerne würde man die Problematik mit dem Begriff Fibromyalgie umschreiben; zur von ihm gestellten Diagnose „chronifiziertes Schmerzsyndrom“ siehe UV-act. 206-2). Es ergeben sich aus seinen zahlreichen Beurteilungen keine mit den diversen durchgeführten apparativen Abklärungsergebnissen zu vereinbarenden organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen, denen eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit für leidensangepasste Tätigkeiten zukommt (vgl. zum Begriff der organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen Urteil des Bundesgerichts vom 9. August 2011, 8C_198/2011, E. 4.3.3.2). Damit geht einher, dass die Beschwerdeführerin selbst davon spricht, es herrsche eine medizinische Ratlosigkeit (act. G 1, Rz 22).

2.5 Für eine psychogene Ursache der geklagten Schmerzen sprechen sodann Hinweise auf Inkonsistenzen („teilweise kann die Hand vom äusseren Aspekt her recht locker und normal bewegt werden, teilweise auch massive Schonhaltung“, UV-act. 69-2; siehe auch UV-act. 78-6; zur Symptomausweitung siehe UV-act. 42-13).

2.6 Nach dem Gesagten liegen spätestens seit der kreisärztlichen Beurteilung vom 21. Juli 2010 überwiegend wahrscheinlich keine organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit für leidensangepasste Tätigkeiten vor. Gestützt auf die Akten war von der Fortsetzung der auf die somatischen Leiden gerichteten ärztlichen Behandlung überwiegend wahrscheinlich keine namhafte, ins Gewicht fallende Besserung des Gesundheitszustands bzw. Steigerung der Arbeitsfähigkeit mehr zu erwarten (UV-act. 78; vgl. auch UV-act. 42-13 und UV-act. 69-3 sowie die wenige Monate nach der kreisärztlichen Einschätzung ergangenen Berichte von Dr. N.____, UV-act. 94-2 und UV-act. 98-2; vgl. auch UV-act. 146-32). Da angesichts der umfangreichen medizinischen Aktenlage keine neuen Erkenntnisse zu erwarten sind, besteht kein Bedarf für weitere medizinische Abklärungen bezüglich organischer Unfallfolgen (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 9. August 2011, 8C_198/2011, E. 4.3.3.3). Ob die von der Beschwerdeführerin geklagten psychischen Unfallfolgen eine aus objektiver Sicht nicht überwindbare Erwerbsunfähigkeit begründen (Art. 7 Abs. 2 ATSG), kann ebenso wie deren natürliche



Kausalität offen bleiben, da die adäquate Unfallkausalität jedenfalls zu verneinen ist (vgl. nachstehende E. 3).

3.

Was die Beurteilung der Adäquanz bezüglich der psychischen Leiden der Beschwerdeführerin anbelangt, ist zwischen den Parteien unbestritten (UV-act. 211-3, Rz 3a, und act. G 1, Rz 22), dass diese nach der in BGE 115 V 133 ergangenen Rechtsprechung zu den psychisch bedingten Folgeschäden zu erfolgen hat. Aus den Akten ergeben sich keine Anhaltspunkte, die gegen diese Auffassung sprechen.

3.1 Für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und psychischen Gesundheitsschädigungen ist im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall für die Entstehung der Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit eine massgebende Bedeutung zukommt. Dies trifft dann zu, wenn er objektiv eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt (BGE 115 V 141 E. 7). Es sind bei der Beurteilung der Adäquanz weitere, objektiv erfassbare Umstände, die unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte bzw. indirekte Folge 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 E. 6.1; 115 V 140 E. 6c/aa).

3.2 Die Beschwerdegegnerin hat im angefochtenen Einspracheentscheid zutreffend dargelegt, dass das Sturzereignis vom 23. Mai 2009 als mittelschwerer Unfall an der Grenze zu leichten Ereignissen zu qualifizieren und keines der Adäquanzkriterien erfüllt ist (UV-act. 211-3 f., Rz 3b). Darauf kann vollumfänglich verwiesen werden.



3.2.1 Die Qualifikation des Vorfalls vom 23. Mai 2009 als mittelschwerer Unfall an der Grenze zu leichten Ereignissen wird von der Beschwerdeführerin nicht substantiiert bestritten und deckt sich mit der Rechtsprechung zu Sturzereignissen (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts vom 26. Juni 2009, 8C_116/2009, E. 4.1 mit Hinweisen).

3.2.2 Gegen die Verneinung der adäquaten Kausalität bringt die Beschwerdeführerin vor, die Beschwerdegegnerin verkenne, dass wohl eine invalidisierende Beeinträchtigung vorliege, sie seit Jahren in ärztlicher Behandlung sei und keinen Schritt weiter komme. Sie lebe tagtäglich mit Schmerzen und fühle sich im Alltag komplett nutzlos. In der Folge seien zusätzliche Minderwertigkeitskomplexe aufgetreten, weil die Eingliederungsmassnahmen gescheitert seien. Des Weiteren sei es sehr belastend, wenn sie von der Beschwerdegegnerin als Simulantin dargestellt werde und diese von einer vollen Arbeitsfähigkeit ausgehe. Alle bisherigen Bemühungen seien nicht erfolgreich gewesen. Dieser langwierige Prozess stelle eine besondere Art der erlittenen Verletzungen dar, verbunden mit einer ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung, die noch nicht abgeschlossen sei (act. G 1, Rz 22). Die Ausführungen der Beschwerdeführerin zielen ins Leere. Denn sie beziehen sich nicht auf somatische, sondern rein psychische Beschwerden bzw. psychogene Schmerzen. Weder aus ihren Vorbringen noch aus den Akten ergibt sich, dass die Beschwerdeführerin somatische Verletzungen von besonderer Art bzw. insbesondere Verletzungen erlitten hätte, die erfahrungsgemäss geeignet sind, psychische Fehlentwicklungen auszulösen. Beide Läsionen waren gemäss Einschätzung von Dr. N.____ mit nur diskreter Fehlstellung verbunden (UV-act. 94-1). Ausgeprägte körperliche Dauerschmerzen sind nicht dargetan. Die somatischen Beschwerden wurden im Wesentlichen konservativ behandelt (siehe etwa UV-act. 94-1 f.) und spätestens nach der kreisärztlichen Beurteilung vom 21. Juli 2010 stand die Behandlung des psychogenen Schmerzsyndroms im Vordergrund. Das Kriterium der objektiv besonders dramatischen Begleitumstände oder der besonderen Eindrücklichkeit des Unfalls ist zu verneinen. Die Beschwerdeführerin legt ferner weder substantiiert dar noch lässt sich den Akten entnehmen, dass eine unfallbedingte somatische Arbeitsunfähigkeit in einem Ausmass vorlag, das die Bejahung des Kriteriums des Grads und der Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit rechtfertigen würde.



3.3 Im Licht dieser Umstände ergibt sich, dass keine adäquat-kausalen Unfallfolgen bestehen, die zu einer quantitativen oder erheblich qualitativen Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit für leidensangepasste Tätigkeiten führen. Selbst wenn zugunsten der Beschwerdeführerin, die vor dem Unfallereignis erheblich schwankende, im Vergleich zur Hilfsarbeiterinnenlöhne nicht überdurchschnittliche Jahresverdienste erzielt hat (vgl. den IK-Auszug in UV-act. 190-49 f.), ein Prozentvergleich durchgeführt wird, resultiert kein rentenbegründender Invaliditätsgrad von mindestens 10%. Denn die Beschwerdeführerin verfügt aus unfallversicherungsrechtlicher Sicht für eine leidensangepasste Tätigkeit über eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. Auch die bisherigen Tätigkeiten wurden als „im Prinzip noch zumutbar“ bezeichnet (UV-act. 146-28). Angesichts dessen, dass weder erhebliche qualitative unfallbedingte Einschränkungen noch anderweitige Gründe bestehen, die auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt Lohneinbussen befürchten lassen, fällt höchstens ein Tabellenlohnabzug von 5% in Betracht. Unter diesen Umständen ergibt sich ein nicht rentenbegründender Invaliditätsgrad von 5%.

4.

Zu prüfen bleibt der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Integritätsentschädigung.

4.1 Erleidet die versicherte Person durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität, so hat sie Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung (Art. 24. Abs. 1 UVG).

4.2 Die von der Beschwerdeführerin über den Fallabschluss hinaus geklagten Leiden sind im Wesentlichen psychischer Natur und stehen nicht in einem adäquaten Kausalzusammenhang mit dem Unfallereignis. Bei vorliegend fehlendem adäquaten Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychischer Beschwerden besteht hierfür kein Anspruch auf eine Integritätsentschädigung (Urteil des Bundesgerichts vom 14. September 2011, 8C_101/2011, E. 5). Des Weiteren führte Kreisarzt Dr. S.____ mit überzeugender, von der Beschwerdeführerin nicht substantiiert bestrittener Begründung aus (vgl. act. G 1, Rz 24), weshalb aus somatischer Sicht die für die Ausrichtung einer Integritätsentschädigung erforderliche Erheblichkeitsgrenze nicht



erreicht wird (UV-act. 175). Folglich ist die Verweigerung einer Integritätsentschädigung nicht zu beanstanden.

5.

Nach dem Gesagten ist die Beschwerde abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Ausgangsgemäss hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung.

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Es werden keine Gerichtskosten erhoben.