

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2011.00317 vom 14. Oktober 2013

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-10-14, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2011.00317

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2011.00317 du 14 octobre 2013

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2011.00317 del 14 ottobre 2013

Erwägungen

E. 1.1

X.____, geboren 1954, war als Mitarbeiterin in der Lingerie des Y.____ angestellt und bei der AXA Versicherungen AG (AXA) unfallversichert als sie am 10. September 2006 bei sich zu Hause auf der Kelertreppe stürzte und sich dabei verschiedene Verletzungen auf der linken Körperseite zuzog (Urk. 18/1B). Gemäss der am 12. September 2006 ausgestellten Unfallmeldung des Y.____ (Urk. 18/1B) handelte es sich dabei um Prellungen an Knie, Rippen und Arm.

E. 1.1.1

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiel (BGE 129 V 177 E. 3.1, 406 E. 4.3.1, 123 V 45 E. 2b, 119 V 335 E. 1, 118 V 289 E. 1b, je mit Hinweisen). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

Wird durch den Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, fällt der natürliche Kausalzusammenhang dahin, wenn und sobald der Gesundheitsschaden nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist (RKUV 1992 Nr. U 142 S. 75 E. 4b mit

Hinweisen; nicht publiziertes Urteil des Bundes gerichts U 172/94 vom 26. April 1995). Das Dahinfallen jeder kausalen Bedeu tung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens muss mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Be weisgrad der überwiegenden Wahr scheinlichkeit nachgewiesen sein (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 45; BGE 119 V 7 E. 3c/ aa). Da es sich hierbei um eine an spruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt aber die entsprechende Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungs begründender natürlicher Kausalzu sammenhang gegeben ist - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 f. E. 3b, 1992 Nr. U 142 S. 76).

E. 1.1.2

Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwi schen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäqua ter Kau salzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem ge wöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebens erfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Er folges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2, 405 E. 2.2, 125 V 456 E. 5a).

Im Sozialversicherungsrecht spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Un fallversicherers im Bereich organisch objektiv ausgewiesener Unfallfolgen prak tisch keine Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt. Anders verhält es sich bei - gegebenenfalls - natürlich unfall kausalen , aber organisch nicht objektiv ausgewiesenen Beschwerden. Hier ist bei der Beurteilung der Adäquanz vom augenfälligen Geschehensablauf auszu gehen, und es sind je nachdem weitere unfallbezogene Kriterien einzubeziehen (spezielle Adäquanzprüfung, vgl. BGE 134 V 109 E. 2.1 mit Hinweisen auf die Rechtsprechung).

E. 1.1.3

Gestützt auf Art.

E. 1.2

Die erstbehandelnde Ärztin, Dr. med. Z.____ , Allgemeine Innere Medizin FMH, konnte am ersten posttraumatischen Tag konventionell radiolo gisch keine Veränderungen feststellen, diagnostizierte eine Handgelenksdistor sion links, gab der Versicherten eine Handgelenkmanschette ab und attestierte eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für eine Woche. Anschliessend nahm die Versicherte ihre Arbeit in der Wäscherei zu 50 % wieder auf, wobei die Schmer zen im linken Handgelenk anhielten. Zusätzlich kam es zu deutlichen Schwel lungszuständen und Lividverfärbungen der gesamten Hand. Daraufhin wurde die Versicherte wieder arbeitsunfähig geschrieben. Im weiteren Verlauf machte sie zwei Wochen Ferien, während denen unter Schonung der linken Hand die Schmerzen und die Schwellung zurückgingen. Mit der Wiederaufnahme der die linke Hand belastenden Arbeit nach den Ferien trat eine erneute deutliche Ver schlechterung der Schmerzzustände ein (Urk. 19/M6).

E. 1.2.1

Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmäs sige Behandlung der Unfallfolgen, nämlich auf die ambulante Behandlung durch den Arzt, den Zahnarzt oder auf deren Anordnung durch eine medizinische Hilfsperson sowie im weiterem

durch den Chiropraktor (lit . a), die vom Arzt oder Zahnarzt verordneten Arzneimittel und Analysen (lit . b), die Behandlung, Ver pflegung und Unterkunft in der allgemeinen Abteilung eines Spitals (lit . c), die ärztlich verordneten Nach- und Badekuren (lit . d) und die der Heilung dienli chen Mittel und Gegenstände (lit . e).

E. 1.2.2

Art. 48 UVG besagt, dass der Versicherer unter angemessener Rücksichtnahme auf den Versicherten und seine Angehörigen die nötigen Anordnungen zur zweckmässigen Behandlung des Versicherten treffen kann. Dies bedeutet, dass der Unfallversicherer gemäss dem Naturalleistungsprinzip die notwendigen Behandlungsmassnahmen zu bestimmen hat und ein Recht auf solche Versi cherungsleistungen nur besteht, wenn die Behandlung im Einverständnis des Versicherers vorgenommen wird (Rumo-Jungo /Holzer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallver sicherung, 4. Auflage, Zürich 2012, S. 233).

An die Zweckmässigkeitsbeurteilung von unfallbedingten Behandlungs massnah men durch den Unfallversicherer sind auch die Leistungserbringer gebunden. Denn, wer für die Unfallversicherung tätig ist, hat sich gemäss Art. 54 UVG in der Behandlung, in der Verordnung und Abgabe von Arznei mitteln sowie in der Anordnung und Durchführung von Heilanwendungen und Analy sen auf das durch den Behandlungszweck geforderte Mass zu beschrän ken. Ohne vorherige Einholung der Zustimmung des Versicherers darf ein von der versicherten Person konsultierter Arzt nur Sofortmassnahmen von geringer Tragweite (Verbände, Desinfektion usw.) und - selbstverständlich - Notfallbe handlungen einleiten (Rumo-Jungo /Holzer, a.a.O.)

E. 1.2.3

Art. 21 Abs. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversiche rungsrechts (ATSG) besagt, dass einer versicherten Person Leis tungen vorübergehend oder dauernd gekürzt oder verweigert werden können, wenn sie sich einer zumutbaren Behandlung oder Eingliederung ins Erwerbsle ben, die eine wesentliche Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder eine neue Erwerbsmöglichkeit verspricht, entzieht oder widersetzt, bzw. wenn sie nicht aus eigenem Antrieb das ihr Zumutb are dazu beiträgt . Sie muss vorher schrift lich gemahnt und auf die Rechtsfolgen hingewiesen werden; ihr ist eine ange messene Bedenkzeit einzuräumen. Behandlungs- oder Eingliederungs massnah men, die eine Gefahr für Leben und Gesundheit darstellen, sind nicht zumutbar.

E. 1.2.4

Einen Anspruch auf Heilbehandlung hat die versicherte Person so lange, als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung eine namhafte Besserung des Gesundheitszustands erwartet werden kann (Rumo-Jungo /Holzer, S. 101) . Rechtsprechungsgemäss folgt aus Art. 19 Abs. 1 ATSG nämlich, dass dann, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustands mehr zu erwarten ist, der sogenannte „Fallabschluss“ vorzunehmen ist: Heilbehandlungs- und Taggeldleistungen sind einzustellen, und es ist der Anspruch der versicherten Person auf Invalidenrente und Integ ritätsentschädigung zu prüfen (Rumo-Jungo /Holzer, S. 14 3 unter Hinweis auf BGE 134 V 109 E. 4.1) .

Besondere Bedeutung hat der Zeitpunkt des Fallabschlusses dann, wenn Gesund heitsschäden geltend gemacht werden , bei welchen die Adäquanz eines

Kausalzusammenhangs zwischen Unfallereignis und den geklagten gesundheitlichen Beschwerden speziell zu prüfen ist :

Rechtsprechungs gemäss ist diese spezielle Adäquanzprüfung auf den Zeitpunkt des Fallabschlusses hin vorzu nehmen (Rumo-Jungo /Holzer, S. 144 unter Hinweis auf BGE 134 V 109 E. 4).

Auch wenn der Gesundheitszustand der versicherten Person bzw. dessen künftige Entwicklung zur Festlegung des Zeitpunktes für den Fallabschluss prospektiv beurteilt werden muss und dem Versicherungsträger dabei kraft dessen gesetzlicher Kompetenz zur Anordnung zweckmässiger Behandlungen (Art. 48 UVG) ein gewisses Ermessen zukommt, handelt es sich beim Zeitpunkt des Fallabschlusses um einen Termin, welcher aufgrund der medizinischen Sachlage und damit in erster Linie von den (versichungsinternen) Ärzten festzulegen ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_188/2010 vom 22. November 2010 E. 3).

E. 1.3

Am 13. November 2006 wurde die Versicherte an den Handchirurgen Dr. med. A.____ , Chirurgie FMH, überwiesen. Dieser liess am 15. November 2006 ein Arthro -MRI des linken Handgelenks mit 3D-Rekonstruktionen anfertigen (Bericht vom 16. November 2006, Urk. 19/M1). Gestützt darauf stellte er die Verdachtsdiagnosen auf Diskusläsion sowie auf scapholunäre Bandläsion im Handgelenk links (Urk. 19/M2). Am 27. November 2006 führte er - zusammen mit Dr. med. B.____ , Chirurgie FMH - eine Handgelenksarthroskopie zur Diagnostik sowie - nach intraoperativer Feststellung von Knorpel- und Bandläsionen - mit TFCC- Shaving sowie geschlossener scapholunärer

scapho capitaler Draht-Fixation durch (Operationsberichte vom 28. und 30. November 2006, Urk. 19/M3-M4).

E. 1.3.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.3.2

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt. Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychi

schon Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur soweit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen).

Eine fachärztlich (psychiatrisch) diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung begründet als solche noch keine Invalidität. Vielmehr besteht eine Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, können den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, entscheidet sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien. Im Vordergrund steht die Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein können auch weitere Faktoren, so: chronische körperliche Begleiterkrankungen; ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerdauernde Rückbildung; ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens; ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; "Flucht in die Krankheit"); das Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischen Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person. Je mehr dieser Kriterien zutreffen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellen, desto eher sind - ausnahmsweise - die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen (BGE 130 V 352). Diese im Bereich der somatoformen Schmerzstörungen entwickelten Grundsätze werden rechtsprechungsgemäss bei der Würdigung des invalidisierenden Charakters von Fibromyalgien (BGE 132 V 65 E. 4 S. 70), dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen (SVR 2007 IV Nr. 45 S. 150, I 9/07 E. 4 am Ende), Chronic

Fatigue Syndrome (CFS; chronisches Müdigkeitssyndrom) und Neurasthenie (Urteile 9C_662/2009 vom 17. August 2010 E. 2.3; 9C_98/2010 vom 28. April 2010 E. 2.2.2 und I 70/07 vom 14. April 2008 E. 5), bei dissoziativen Bewegungsstörungen (Urteil 9C_903/2007 vom 30. April 2008 E. 3.4), bei einer HWS-Verletzung (Schleudertrauma) ohne organisch nachweisbare Funktionsfälle (BGE 136 V 279) sowie bei nicht organischer Hypersomnie (BGE 137 V 64 E. 4.1 und 4.2 mit Hinweisen) analog angewendet. 2.

Strittig ist die Höhe der der Beschwerdeführerin ab dem 1. Januar 2010 zustehenden Invalidenrente bzw. der für die Rentenberechnung massgebliche Invaliditätsgrad im Zeitpunkt des Fallabschlusses.

Die Beschwerdegegnerin geht davon aus, dass die Beschwerdeführerin zufolge unfallbedingter Restdefizite an der linken Hand (gemäss dem Gutachten N.____, vgl. Sachverhalt Ziff. 1.13) zwar ihre angestammte Tätigkeit nicht mehr ausüben kann, aber eine dieser Behinderung angepasste Hilfstätigkeit uneingeschränkt, wobei der unfallbedingten Einschränkung durch einen 20%-Abzug beim Tabellenlohn Rechnung getragen werde (Urk. 2 S. 11 und Urk. 17 S. 16 f.).

Demgegenüber stellt sich die Beschwerdeführerin auf den Standpunkt, dass sie als Folge des Unfallereignisses vom 10. September 2006 per 1. Januar 2010 vollständig arbeits- und

erwerbsunfähig war, da auch ihre - von der Beschwerdeführerin als nicht adäquat unfallkausal gewertete (vgl. Urk. 2 S. 6 ff.) - Schmerz- und Depressionsproblematik als natürliche und adäquate Unfallfolge anzusehen sei (Urk. 1 S. 10 ff., Urk. 26 S. 13 ff.). Dabei macht die Beschwerdeführerin auch geltend, dass, falls per 1. Januar 2010 von einer Schmerztherapie noch eine namhafte Besserung der Erwerbsfähigkeit zu erwarten war, zu jenem Zeitpunkt der für den Fallabschluss massgebliche Endzustand noch nicht erreicht worden sei (Urk. 1 S. 10). 3.

Zur Beantwortung der Frage, welche unfallversicherungsrechtlichen Leistungen der Beschwerdeführerin per 1. Januar 2010 zustanden, ist vorab der Heilungsverlauf zwischen dem anspruchsauslösenden Unfallereignis vom 10. September 2006 und dem von der Beschwerdeführerin als Zeitpunkt des Fallabschlusses festgelegten Termin einer genaueren Betrachtung zu unterziehen.

E. 1.4

Die postoperative Behandlung durch Dr. A.____ sowie den Krankheitsverlauf beschrieb Dr. med. C.____, Chirurgie FMH, Oberarzt Handchirurgie der D.____ in seinem Bericht vom 9. Juli 2007 (Urk. 19/M6) gestützt auf die vorgelegten Akten und die Befragung der Versicherten wie folgt:

Am ersten postoperativen Tag musste wegen stärkster Schmerzen in der Hand und im gesamten Arm eine erneute Plexusanästhesie durchgeführt werden. Die Hand wurde anschliessend für zwei Wochen mit einer Gipsschiene ruhiggestellt, wobei die Versicherte über ständig persistierende starke Schmerzen und Schwellungszustände klagte. Am 18. Dezember 2006 applizierte Dr. A.____ einen geschlossenen Navikulare -Gips und verordnete regelmässige Ergotherapie zur Mobilisation der Fingergelenke. Trotz einer am 21. Dezember 2006 eingeleiteten Miacalcic -Behandlung persistierten die Schmerzen und nahm die Beweglichkeit in den Fingergelenken sukzessive ab.

Am 24. Januar 2007 entfernte Dr. A.____ in Lokalanästhesie die Fixierdrähte, 14 Tage später die Fäden. Am 5. März 2007

sistierte er die Miacalcic -Behandlung wegen fehlendem Erfolg. Die Ergotherapie mit Bewegungsübungen und Lasertherapie wurde zweimal wöchentlich weitergeführt. Nach wie vor klagte die Versicherte über persistierende starke bis stärkste Schmerzen im Handgelenk, wobei sich die Probleme in die Bereiche von Vorderarm Ellbogen und Schulter ausgeweitet hatten. Die Bewegungseinschränkung der Finger nahm unterdessen weiter zu.

Am 13. April 2007 diagnostizierte Dr. A.____ eine psychische Dekompensation und verschrieb zusätzlich zu den steroidalen Antirheumatika Benzodiazepine. Nachdem die Versicherte in der Konsultation vom 31. Mai 2007 weiter über persistierende Beschwerden geklagt hatte (vgl. auch den aktenkundigen Bericht Dr. A.____ vom 27. Mai 2007, in welchem dieser ein komplexes regionales Schmerzsyndrom [CRPS] diagnostiziert, einen stundenweisen Arbeitsversuch mit minimaler Belastung sowie ein Case-Management angeregt hatte, Urk. 19/M5), wurde die Beurteilung Dr. C.____ angefordert.

E. 1.5

Dr. C.____ bestätigte das Vorliegen eines schweren CRPS Typ 1, Stadium II mit Ausweitung zum Schulter-Arm-Syndrom sowie eines ausgeprägten psychosozialen Überlastungssyndroms, stellte eine schon ausgeprägte Steifigkeit aller Gelenke der linken oberen Extremität fest und empfahl eine schnellstmögliche Hospitalisation der

Versicherten zur Einleitung einer multidisziplinären Behandlung des CRPS. Die Behandlung der initialen Pathologie (Band- und Knorpel-Läsionen) habe in der aktuellen Situation weit in den Hintergrund zu treten (Urk. 19/M6 S. 3).

E. 1.6

Am 25. Juli 2007 trat die Versicherte zur stationären Behandlung in die Klinik E.____ ein (Urk. 19/M8). Dort wurden ein CPRS sowie eine mindestens mittelschwere depressive Episode diagnostiziert. Bis zum Austritt am 5. September 2007 konnte weder die Schmerzproblematik noch die depressive Symptomatik wesentlich verbessert werden. Es bestand lediglich eine geringfügige Gebrauchsfähigkeit der linken Hand. Hinsichtlich des medizinischen Prozesses wurden die ambulante Weiterbehandlung der linken Hand durch Dr. A.____, ambulante Ergo- sowie Physiotherapie im F.____, psychiatrische Weiterbehandlung durch Dr. med. G.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH (dieser hatte die Versicherte nach Zuweisung durch die AXA bereits seit dem 4. Juli 2007 bis zum Eintritt in E.____ behandelt, vgl. Urk. 19/M12) und die weitere hausärztliche Behandlung durch Dr. Z.____ empfohlen (Austrittsbericht vom 19. September 2007, Urk. 19/M11).

E. 1.7

Dr. G.____ berichtete am 10. Oktober 2007, die antidepressive Medikation, deren Weiterführung beim Austritt von der Klinik E.____ empfohlen worden war, sei durch die Hausärztin wegen unerwünschter Nebenwirkungen wieder abgesetzt worden. Bei anhaltend schwerer depressiver Symptomatik und Verdacht auf Entwicklung einer somatoformen Schmerzstörung werde weiter an der Optimierung der Medikation gearbeitet (Urk. 19/M12). Von einer psychiatrischen Hospitalisation riet Dr. G.____ in seinem Bericht vom 27. Oktober 2007 ab (Urk. 19/M13).

E. 1.8

Die Vertrauensärztin der involvierten Berufsvorsorgeeinrichtung, Dr. med. H.____, Allgemeine Innere Medizin FMH, beurteilte die medizinische Situation in ihrem Bericht vom 20. Oktober 2007 dahingehend, dass die unfallbedingten Verletzungen im Bereich der linken Hand zeitgerecht und lege artis operativ versorgt worden seien, sich aber als nicht vorhersehbare Komplikation ein schweres CRPS entwickelt habe. Trotz optimierter, multidisziplinär geleiteter Rehabilitation mit einem breiten Spektrum krankheitsfokussierter Therapien dokumentiere sich aktuell eine Defektheilung mit ausgeprägter Beeinträchtigung psychischer und somatischer Natur. Inwieweit die Versicherte in einer der Behinderung angepassten Tätigkeit, nach psychischer und somatischer Restitution, eingesetzt werden könne und inwieweit die weiterhin eingesetzten medizinischen Massnahmen allenfalls zu einer Verbesserung führten, könne aktuell nicht abgeschätzt werden. Mit einer Restitutio ad integrum und einer Reintegration in die vormals ausgeübte Tätigkeit sei jedenfalls nicht mehr zu rechnen (Urk. 19/M16).

E. 1.9

Gemäss den Berichten der behandelnden Ärztin und Ärzte (Dr. A.____ vom 24. Februar 2008, Urk. 19/M18; Dr. G.____ vom 4. Juni 2008, Urk. 19/M19; Dr. Z.____ vom 23. Oktober 2008, Urk. 19/M21; Dr. G.____ vom 14. Februar 2009, Urk. 19/M22) zeigte sich in den folgenden rund eineinhalb Jahren weder in somatischer, noch in psychischer Hinsicht eine Besserung des Gesundheitszustands.

E. 1.10

Prof. Dr. med. I.____, Chirurgie FMH, konnte anlässlich seiner Untersuchung vom 17. April 2009 wegen der ausgeprägten Abwehrhaltung und Schmerzempfindlichkeit der Versicherten den tatsächlichen Funktionszustand der linken Hand nicht objektiv feststellen. Er diagnostizierte ein ausgedehntes Schmerzsyndrom an der linken oberen Extremität, dessen Ursache aus den erhobenen Befunden nicht erkennbar sei. Aufgrund der Vorgeschichte sei anzunehmen, dass aus den früher diagnostizierten Verletzungen und deren Behandlung mit längerer Gipsruhigstellung eine Schmerzsituation entstand, welche für das aktuelle Zustandsbild verantwortlich sei. Aus somatischer Sicht erscheine ihm keine weitere medizinische Massnahme mehr geeignet, eine irgendwie geartete Gebrauchsfähigkeit der linken Hand herzustellen. Ob eine Heilbehandlung in psychiatrischer Hinsicht eine Verbesserung und Stabilisierung der Situation erreichen könne, entziehe sich seiner Fachkenntnis und sei psychiatrisch abzuklären. Eine detaillierte Abklärung der für die Arbeitsfähigkeit relevanten körperlichen Beeinträchtigungen erübrige sich, da die linke Hand dauernd schmerzhaft und zudem wegen (aktiver) Unbeweglichkeit nicht einsatzfähig sei. Überdies sei die Versicherte psychisch dermassen destabilisiert, dass eine Tätigkeit, auch nur einhändig, nicht in Frage komme (handchirurgisches Gutachten vom 22. April 2009, nachfolgend: Gutachten I.____, Urk. 19/M23).

E. 1.11

Dr. med. J.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, stellte in seinem psychiatrischen Gutachten vom 23. Juni 2009 (nachfolgend: Gutachten J.____, Urk. 19/M24, mit Ergänzungen vom 21. Juli, Urk. 19/M25, und vom 17. August 2009, Urk. 19/M30) eine im Verlauf seit Januar 2007 eingetretene Rückbildung der depressiven Symptomatik fest. Im Zeitpunkt seiner Exploration (17. Juni 2009) sei noch eine leichte bis mittelschwere depressive Episode vorgelegen, welche die Arbeitsfähigkeit der Versicherten aus psychiatrischer Sicht (sowohl angestammt als auch adaptiert) im Umfang von 40 % einschränke, wobei 20 % als unfallbedingt anzusehen seien.

E. 1.12

Gestützt auf die Gutachten I.____ und J.____ kam der medizinische Dienst der AXA (Dr. med. K.____, Chirurgie FMH) zum Schluss, der linke Arm der Versicherten sei aufgrund der motorischen Einschränkungen und des chronischen Schmerzsyndroms im Wesentlichen funktionslos, weshalb eine angepasste Verweistätigkeit nur einarmig zumutbar sei. Aufgrund der Beurteilung Dr. J.____, über deren Schlüssigkeit er sich als Chirurg nicht äussern könne, bestehe eine 80%ige Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit (Urk. 19/M31).

E. 1.13

Nach Vorliegen der beim L.____,

Dr. med. M.____, Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin FMH, in Auftrag gegebenen Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) vom 3. März 2010 (Urk. 19/M39) erstattete Dr. med. und Dr. sc. nat. ETH N.____, Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin FMH, ihr internistisch-rheumatologisches Gutachten vom 5. März 2010 (nachfolgend: Gutachten N.____, Urk. 19/M40). Darin führte sie aus, mit ihrer linken Hand könne die Versicherte nur Tätigkeiten ausüben, die im Spitzgriff mit sehr geringer Belastung (1 kg) gemacht werden könnten. In adaptierten Tätigkeiten sei die Versicherte aus rheumatologischer Sicht aber uneingeschränkt arbeitsfähig, bzw. nie langfristig arbeitsunfähig gewesen.

E. 1.14

Das Ehepaar Dr. med. O.____, beide Psychiatrie und Psychotherapie FMH, kamen in ihrem psychiatrischen Gutachten vom 1. April 2010 (nachfolgend: Gutachten O.____, Urk. 19/M41) zum Schluss, dass die möglichen und aus gutachterlicher Sicht zumutbaren Behandlungen zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht aufgrund einer ausgeprägten Behandlungsambivalenz und einer mangelnden Medikamenten-Compliance der Versicherten eindeutig nicht ausgeschöpft seien. Bei dem noch akuten psychischen Leiden könne nicht mit ausreichender Sicherheit abschliessend beurteilt werden, inwieweit psychosoziale Faktoren (Migrationshintergrund, etwas eingeschränkte Deutschkenntnisse, mangelnde berufliche Qualifikation und Ablösungsproblematik der Söhne aus Sicht der Mutter) das Bild beeinflussen würden. Nach einer konsequenten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung im stationären Rahmen, ohne die eine tragfähige medikamentöse Einstellung nicht möglich erscheine, könne voraussichtlich in etwa vier bis sechs Monaten eine gutachterliche Einschätzung der andauernden Arbeitsunfähigkeit vorgenommen werden.

E. 1.15

Am 20. August 2010 beurteilte der medizinische Dienst der AXA (Dr. K.____) den aktenkundigen Sachverhalt dahingehend, dass aufgrund der anlässlich des Gutachtens N.____ durchgeführten Blutuntersuchungen davon ausgegangen werden müsse, dass die Versicherte ihre Schmerzmittel und schmerzmodulierenden Medikamente nicht regelmässig und nicht in genügender Dosierung einnehme. Bei einer korrekten Schmerzmedikation sei mit einer Reduktion der Beschwerden zu rechnen, wodurch auch eine erneute Ergotherapie mit Kräftigung eine nachhaltige Verbesserung erwarten lasse. Ein Integritätsschaden könne noch nicht schlüssig bestimmt werden, da der Endzustand noch nicht erreicht sei (Urk. 19/M42).

E. 2.1

Nach Vorliegen der Gutachten I.____ und J.____ hatte die AXA der Versicherten am 7. Oktober 2009 unter dem Titel „Gewährung des rechtlichen Gehörs“ eine „Verfügung“ zur Stellungnahme innert 20 Tagen zugestellt, wobei der Erlass einer einsprachefähigen Verfügung nach Ablauf dieser Frist in Aussicht gestellt wurde (Urk. 18/81). Darin wurde der Versicherten eröffnet, dass per 30. September 2009 die Pflegeleistungen und Kostenvergütungen - abgesehen von psychiatrischer Therapie und dazugehörigen Medikamenten für die Dauer von zwei Jahren - sowie per 31. Dezember 2009 die Taggeldleistungen eingestellt würden, da der medizinische Endzustand erreicht worden sei. Ferner wurde die Ausrichtung einer Invalidenrente auf der Basis eines Invaliditätsgrads von 31 % ab 1. Januar 2010 angekündigt.

Nachdem die Versicherte mit „Einwand“ vom 27. Oktober 2009 beantragt hatte, es sei ihr für die Folgen des Unfalls vom 10. September 2006 eine 70 % Unfallrente und eine Integritätsentschädigung von 70 % zuzusprechen (Urk. 18/82), teilte ihr die AXA am 30. Oktober 2009 mit (Urk. 18/85), sie wolle für die definitive Regelung noch das Ergebnis laufender Abklärungen der Invalidenversicherung abwarten. Sollte dieses Ergebnis bis Januar 2010 noch nicht vorliegen, werde ab 1. Januar 2010 bis zum definitiven Entscheid vorläufig die im rechtlichen Gehör ermittelte Invalidenrente ausgerichtet.

E. 2.2

Am 16. September 2010 verfügte die AXA, dass ab dem 1. Oktober 2010 kein Anspruch auf Rentenleistungen sowie „die auf freiwilliger Basis bis anhin über nommenen Behandlungskosten“ mehr bestehe.

Gleichzeitig ordnete die AXA an, dass die Versicherte sich der - von den Gutach tern O.____ sowie vom medizinischen Dienst der AXA - empfohlenen Schmerztherapie mit entsprechender Medikation für die Dauer von sechs Monaten zu unterziehen habe. Dr. Z.____ habe diese Therapie engma schig zu begleiten und regelmässige Blutkontrollen bezüglich der Medikamen ten-Compliance durchzuführen sowie der AXA im April einen Verlaufsbericht zuzustellen. Die Kosten würden von der AXA übernommen.

Ferner verfügte die AXA, über eine allfällige Integritätsentschädigung werde nach Abschluss der Schmerztherapie (April 2011) entschieden (Urk. 18/100).

Gleichzeitig mit dem Erlass der Verfügung vom 16. September 2010 war Dr. Z.____ schriftlich mit der Durchführung der verfügt en Schmerzthe rapie beauftragt worden (Urk. 18/104). Am 15. Oktober 2010 erkundigte sich Dr. Z.____ telefonisch bei der Schaden-Sachbearbeiterin der AXA, wel che Schmer z therapie durchgeführt werden solle und ob die AXA der Ansicht sei, dass sie die richtige Durchführungsstelle sei (Urk. 18/105).

E. 2.3

Am 19. Oktober 2010 erhob die Versicherte Einsprache gegen die Verfügung vom 16. September 2010 mit dem Rechtsbegehren, es sei die angefochtene Verfügung unter Entschädigungsfolge zu Lasten der AXA aufzuheben und der Versicherten mit Wirkung ab 1. Januar 2010 eine Invalidenrente für eine 100%ige Erwerbsunfähigkeit zuzusprechen (Urk. 18/110). In ihrer Ergänzung der Einsprachebegründung vom 26. Oktober 2010 beantragte die Versicherte, eventualiter sei ihr ab 1. Januar 2010 und weiterhin bis zum Abschluss der angeordneten Therapien das volle UVG-Taggeld zu entrichten (Urk. 18/114).

Aus der Telefonnotiz der Schaden-Sachbearbeiterin der AXA über das Telefonat vom 24. November 2010 mit Dr. Z.____ (Urk. 19/M43) sowie dem Bericht Dr. Z.____ vom 15. Mai 2011 (Urk. 19/M44) ist sodann ersicht lich, dass Dr. Z.____ der Versicherten während einer Dauer von rund sechs Monaten die Medikamente in drei- bis vierwöchigen Konsultationsinter vallen abgab und sich die gewissenhafte Einnahme der Medikamente von der Versicherten bestätigen liess. Von einer Laborkontrolle hatte Dr. Z.____ abgesehen, da sich dies nicht mit dem hausärztlichen Setting

vereinbaren liess und es angesichts der mehrwöchigen Konsultationsintervalle auch keine lückenlose Kontrolle erlaubt hätte. Gemäss der Beurteilung Dr. Z.____ hatte diese Schmerztherapie zwar eine positive Auswirkung auf das Allgemein befinden der Versicherten, jedoch nichts an der Gebrauchseinschränkung der linken Hand verändert.

Am 27. Mai 2011 beurteilte Dr. med. P.____ , Allgemeine Innere Medizin FMH, beratender Arzt der AXA, den medizinischen Sachverhalt dahingehend, dass die noch vorliegenden Handbeschwerden der Versicherten „in Anbetracht der Grundkonstellation als nicht unfallkausal “ anzusehen seien. Der medizini sche Endzustand des Unfallereignisses sei im Zeitpunkt des Verfügungserlasses vom 16. September 2010 bereits erreicht gewesen (Urk. 19/M45).

E. 2.4

und 2.5) - ein erneutes handchirurgisches Gutachten nach Durchführung der empfohlenen Schmerztherapie. 4. 4.1

Ob - wie die Beschwerdeführerin behauptet (Urk. 26 S. 3 und S. 14) und Prof. I.____ in seinem Gutachten andeutet (Urk. 19/M23 S. 3 und S. 6) - den initial

behandelnden Ärzten (Dr. Z.____ und Dr. A.____) Behandlungs- bzw. Diagnosefehler anzulasten sind, lässt sich wegen der in den Akten weitgehend fehlenden Verlaufsdokumentation nicht abschliessend beurteilen. Im Hinblick auf die Prüfung der vorliegend strittigen Ansprüche kann das aber auch offen gelassen werden.

Denn ungeachtet allfälliger, einzelnen Ärzten vorwerfbarer

Behandlungsfehler

hat sich im Verlauf der Heilbehandlung als Komplikation ein CRPS Typ I im Stadium II eingestellt (Beurteilung Dr. C.____ vom 9. Juli 2007, Urk. 19/M6), welches - im Anschluss an die Hospitalisation in E.____ - nicht zweckmässig oder jedenfalls nicht ausreichend therapiert wurde und eine ausgeprägte

anhaltende Schmerzproblematik unklarer Ätiologie (bzw. ärztlich umstrittener Diagnostik: aktives CRPS Typ I, Urk. 19/M50, versus psychiatrisch diagnostizierte Schmerzstörung, Urk. 19/M51)

zur Folge hatte. 4.2

Dass die Beschwerdeführerin nach der Hospitalisation in E.____ nicht zweckmässig oder jedenfalls nicht ausreichend medikamentös therapiert wurde, kann nicht ohne Weiteres ausschliesslich ihr selbst als Selbstverschulden bzw. mangelnde Mitwirkung im Sinne von Art. 21 Abs. 4 ATSG angelastet werden.

Denn selbst wenn die Beschwerdeführerin - worauf die Laborbefunde Dr. N.____ hinweisen (Urk. 19/M40 S. 52) - die ihr verschriebenen Medikamente nicht eingenommen haben sollte, hätte dies nichts an der gesetzlichen Verpflichtung der Beschwerdegegnerin zur Anordnung (vgl. E. 1.2.2) und Durchsetzung (vgl. E. 1.2.3) einer zweckmässigen Behandlung geändert. Aufgrund dieser Verpflichtung hätte die Beschwerdegegnerin unabhängig von der Kooperation der Beschwerdeführerin den Heilungsverlauf kontinuierlich medizinisch-fachkundig überwachen und - bei einer Mehrzahl von behandelnden Ärztinnen und Ärzten - die therapeutischen Massnahmen koordinieren müssen. Dem ist die Beschwerdegegnerin im bereits protrahierten Heilungsverlauf nach der stationären Behandlung in E.____ nicht hinreichend nachgekommen. Wie

die in Erwägung 3.3 zusammengefasste Verlaufsdokumentation zeigt, waren die ambulant nachbehandelnden Ärzte

nicht in der Lage, ein kohärentes und allen Aspekten der vorgelegenen Multimorbidität hinreichend Rechnung tragendes Behandlungskonzept zu etablieren. Zudem ist bezüglich der scheinbar ungenügenden Medikamenten-Compliance der Beschwerdeführerin darauf hinzuweisen, dass dies nicht zwangsläufig ein Indiz für fehlende Behandlungsbedürftigkeit anzusehen wäre (Gutachten N.____ S. 52), sondern auch als selbstschädigendes Verhalten einer mittelgradig bis schwer depressiven Person interpretiert werden kann (vgl. die Indikation für eine stationäre Schmerztherapie im Gutachten O.____, S. 23). 4.3 4.3.1

Aus rechtlicher Sicht lag damit sowohl im Zeitpunkt des Verfügungserlasses vom 16. September 2010 als auch im Zeitpunkt des verfügbaren Fallabschlusses per 1. Januar 2010 eine im Sinne von vorstehender Erwägung 1.1.3 - zumindest teilweise - durch die unzumutbare oder zumindest ungenügende Behandlung von Unfallfolgen bedingte Gesundheitsschädigung vor, für welche die Beschwerdegegnerin unabhängig von der diagnostischen Einordnung der Störung und unabhängig von der Adäquanz des Kausalzusammenhangs mit dem Unfall jedenfalls so lange einzustehen hatte, wie die (somatisch-medizinischen und psychiatrischen) therapeutischen Möglichkeiten für eine nachhaltige Besserung

des Gesundheitszustands nicht ausgeschöpft waren (vgl. BGE 137 V 199 E. 2) . 4.3.2

Es ist nicht nachvollziehbar, weshalb die Beschwerdegegnerin am 16. September 2010 den Fall rückwirkend per 1. Januar 2010 abschloss (Urk. 18/100) . Dies, nachdem sie bereits am 7. Oktober 2009 einen Fallabschluss per diesem Datum angekündigt (Urk. 18/81) , sie am 30. Oktober 2009 davon wieder Abstand genommen hatte mit der Begründung, sie wolle noch das Ergebnis der laufenden Abklärungen (Gutachten N.____ und O.____) abwarten (Urk. 18/85) , und die Abklärungen gemäss der Beurteilung ihres eigenen ärztlichen Dienstes ergeben hatten, dass per 20. August 2010 der medizinische Endzeitpunkt noch nicht erreicht war (vgl. E. 3.7). 4.3.3

Vervollständigt wird das Bild einer widersprüchlichen Schadenabwicklung dadurch, dass die Beschwerdegegnerin

mit dem Fallabschluss eine weitere ambulante Schmerztherapie durch die - nach deren eigener Einschätzung (vgl. Urk. 18/105) - dafür nicht geeignete Hausärztin anordnete (wobei, soweit aktenkundig, das ärztliche Behandlungskonzept durch die Schadensachbearbeiterin und Dr. Z.____ ohne Rücksprache mit dem ärztlichen Dienst festgelegt wurde, vgl. Urk. 18/105 und Urk. 19/M43) , gleichzeitig aber festhielt, dass die die Arbeitsfähigkeit einschränkende Schmerzproblematik psychischen Ursprungs und nicht adäquat unfallkausal sei (Urk. 18/100) . 4.3.4

Die dargelegten Widersprüche in der medizinischen und rechtlichen Beurteilung des Sachverhalts werden durch die versicherungsmedizinischen Stellungnahmen nach Durchführung der ambulanten hausärztlichen Schmerztherapie nicht aufgelöst. Denn, nachdem die von der Schadensachbearbeiterin in Zusammenarbeit mit Dr. Z.____ festgelegte (wesentlich vom gutachterlich empfohlenen Konzept abweichende) Therapie weder Gewissheit über die regelmässige Medikamenteneinnahme noch eine Besserung der Schmerzproblematik gebracht hatte, berücksichtigten die Versicherungsmediziner - der versicherungsrechtlichen Adäquanzbeurteilung folgend - die Schmerzproblematik bei ihren ärztlichen Beurteilungen der Unfallfolgen nicht mehr . So explizit

Dr. P.____ , als er in seiner Beurteilung vom 27. Mai 2011 bestätigte , dass nach dem Zeitpunkt des Verfügungserlasses vom 16. September 2010 aus somatischer Sicht keine erfolgversprechenden Therapien mehr durchgeführt werden konnten , von einer psychiatrisch-psychologischen Betreuung aber noch eine Besserung der Gesamtsituation zu erwarten sei (Urk. 19/M45). Zu dieser Einschätzung war Prof. I.____ bereits am 22. April 2009 gelangt (vgl. Urk. 19/M23). 4.3.5

Dass die Versicherungsmediziner Dr. K.____ ,

Dr. P.____ und Dr. Q.____

bei ihren Beurteilungen des medizinischen Endzustands aus somatischer

Sicht nach dessen Terminierung durch die Beschwerdegegnerin

(Dr. P.____ am 27. Mai 2011, Urk. 19/M45; Dr. K.____ am 26. Oktober 2011, Urk. 19/M46; Dr. Q.____ am 26. Januar 2012, Urk. 19/M48 und am 16. Februar 2012, Urk. 19/M51) die Schlussfolgerungen des internistisch-rheumatologischen

Gutachten

von Dr. N.____ bestätigt, ist insofern erstaunlich, als Dr. N.____ die von ihr beschriebene Funktionseinschränkung der linken Hand aus rheumatologischer Sicht nicht erklären konnte (Urk. 19/M40 S. 52) und auch die

weiteren somatisch-medizinischen Abklärungen seit der Begutachtung durch Prof. I.____ (Dr. S.____ vom 16. November 2011, Urk. 19/M49, und Dr. R.____ vom 29. November 2011, Urk. 19/M50) keine Befunde für irreversible Funktionseinschränkungen in dem in der klinischen Untersuchung bei Dr. N.____ gezeigten Ausmass erbrachten .

Mangels einer hinreichenden Befundabstützung erweist sich damit das Gutachten N.____ selbst für die Postulierung einer objektivierbaren schweren Funktionseinschränkung der linken Hand (und damit einer wesentlichen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit) als nicht schlüssig. Auch wenn die noch anhaltende Schmerzproblematik der Beschwerdeführerin als nicht (mehr) unfallkausal gewertet würde, wäre daher - der Empfehlung Dr. K.____ vom 20. August 2010 entsprechend (vgl. Urk. 19/M42) - ein weiteres handchirurgisches Gutachten unabdingbar, um den Umfang einer organisch nachweisbaren Funktionseinbusse der linken Hand feststellen zu können, und ist vorgängig eine intensive und nachhaltige Schmerzbehandlung mit ärztlich kontrollierter Medikamentenabgabe auch deshalb erforderlich, um eine umfassende Befundaufnahme zu ermöglichen. Auch unter diesem Aspekt kann also - bei unveränderter Schmerzproblematik - ein Fallabschluss nicht ohne die im Gutachten O.____ empfohlene Schmerztherapie erfolgen. 4.4 4.4.1

Zusammenfassend ist daher festzuhalten, dass aufgrund des aktenkundigen Sachverhalts die als Komplikation im Heilungsverlauf aufgetretene Schmerzproblematik

der Beschwerdeführerin noch nicht hinreichend therapiert wurde und daher der medizinische Endzustand nach dem Unfallereignis vom 10. September 2006 bzw. der versicherungsrechtliche Zeitpunkt für den Fallabschluss im Sinne von Art. 19 Abs. 1 UVG noch nicht erreicht ist.

Demzufolge ist die Beschwerde in dem Sinne gutzuheissen, dass der angefochtene Einspracheentscheid aufgehoben und die Streitsache an die Beschwerdeführerin zurückgewiesen wird, damit sie der Beschwerdeführerin über den 31. Dezember 2009 hinaus weiter Heilbehandlung und Taggelder (unter Anrechnung der seit dem 1. Januar 2010 gewährten Rentenzahlungen) gewähre. 4.4.2

Dabei wird die Beschwerdegegnerin vorab eine erneute polydisziplinäre Bestandaufnahme anzuordnen und gestützt darauf darüber zu befinden haben, ob seit Erstellung der Gutachten N.____ und O.____ eine Veränderung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin eingetreten ist. Falls der aktuelle Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin sich als unverändert und immer noch mit der im Gutachten O.____ empfohlene(n) Schmerztherapie besserungsfähig erweisen sollte, ist entsprechend der

Empfehlung Dr. K.____ vom 20. August 2010 vorzugehen. Anderenfalls ist der Schadenfall gemäss den Feststellungen und Empfehlungen der aktuellen Begutachtung weiter abzuwickeln. 5.

Ausgangsgemäss hat die Beschwerdegegnerin die anwaltlich vertretene Beschwerdeführerin für deren prozessualen Aufwand zu entschädigen (§ 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). Die Höhe der Prozessentschädigung wird vom Gericht unter Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens auf Fr. 4'000.-- festgesetzt (§ 34 Abs. 3 GSVGer) . Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass der angefochtene Einspracheentscheid

vom 21. Oktober 2011 aufgehoben und die Streitsache an die Beschwerdeführerin zurückgewiesen wird, damit sie der Beschwerdeführerin über den 31. Dezember 2009 hinaus weiter Heilbehandlung und Taggelder (unter Anrechnung der seit dem 1. Januar 2010 gewährten Rentenzahlungen) gewähre und weiter gemäss Erwägung 4.4.2 verfare . 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird

verpflichtet, der Beschwerdeführerin

eine Prozessentschädigung von Fr. 4000.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Ursula Sintzel - AXA

Versicherungen AG , unter Beilage des Doppels von Urk. 39 - Bundesamt für Gesundheit 5.

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). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Vorsitzende Der Gerichtsschreiber HurstErnst CA/ET/IKversandt

E. 3.1

Dabei fällt zunächst auf, dass - soweit aus den vorinstanzlichen Akten ersichtlich - der auf die entsprechende Anregung Dr. A.____ vom 27. Mai 2007 hin (vgl. Urk. 19/M5) eingesetzte - Case Manager der Beschwerdegegnerin rund zehn Monate nach dem Unfallereignis vom 10. September 2006 erstmals im Sinne von Art. 48 UVG durch Dr. C.____ (Bericht vom 9. Juli 2007, Urk. 19/M6)

fachärztlich überprüfen liess, ob die Beschwerdeführerin zweckmässig behandelt wird. Zum Zeitpunkt der Beurteilung Dr. C.____ hatte das - schon von Dr. A.____ diagnostizierte

sowie in monatlichen Intervallen kontrollierte und behandelte CRPS (vgl. Urk. 19/M5) - bzw. die daher rührende deutliche Schonhaltung der linken oberen Extremität aber bereits zu einer ausgeprägten Steifigkeit aller Gelenke geführt, welche eine vollständige Restitutio ad integrum nicht mehr erwarten liess (Urk. 19/M6). Der Heilungsverlauf bis zur Beurteilung durch Dr. C.____ ist in den vorinstanzlichen Akten auch eher dürftig dokumentiert. Dr. C.____

standen bei seiner Verlaufsbeurteilung

offenbar lediglich der Bericht Dr. A.____ vom 20. November 2006 an Dr. Z.____ samt Befundbericht über das Arthro-MRI vom 15. November 2006 (Urk. 19/M1 und Urk. 19/M2) sowie die Operationsberichte Dr. A.____ und Dr. B.____ vom 28. und 30. November 2006 (Urk. 19/M3 und Urk. 19/M4) und der knappe Verlaufsbericht Dr. A.____ vom 27. Mai 2007 (Urk. 19/M5) zur Verfügung. 3.2

Während der stationären Behandlung in E.____ konnte durch intensive Mobilisierung eine weitere Versteifung verhindert, aber der nur geringe Funktionsumfang der linken Hand nicht nennenswert verbessert werden. Beim Austritt wurde die ambulante Weiterführung der Mobilisation unter Fortsetzung der Analgesie sowie der antidepressiven Medikation empfohlen. Bezüglich der in E.____ eingestellten antidepressiven Medikation wurde festgehalten, dass diese zwar schlaffördernd, aber auch schmerzdistanzierend wirke und eine gute Wirkung gezeigt habe. Bei weiterem gutem Effekt sei die Dosis zu erhöhen (Austrittsbericht vom 19. September 2007, Urk. 19/M11). 3.3

Der Empfehlung der Klinik E.____ entsprechend (Urk. 19/M11 S. 2) wurde die Beschwerdeführerin anschliessend durch Dr. A.____,

Dr. G.____ und Dr. Z.____ ambulant weiterbehandelt. 3.3.1

Am 10. Oktober 2007 berichtete Dr. G.____, dass die in E.____ begonnene antidepressive Medikation von Dr. Z.____ umgestellt worden sei, weil die Beschwerdeführerin sich damit den ganzen Tag müde gefühlt habe (Urk. 19/M12). Auch die übrige in E.____ eingestellte Medikation wurde verändert, wobei aber aus den Akten nicht ersichtlich ist, wer die Medikation san derungen anordnete (vgl. Urk. 19/M

E. 3.2

Nachdem die Beschwerdegegnerin am 25. November 2011 zur Beschwerdevernehmlassung und Akteneinreichung aufgefordert worden war (Urk. 4), liess sie den medizinischen Sachverhalt noch einmal durch ihren beratenden Arzt, Dr. med. Q.____, Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie Rheumatologie FMH, überprüfen (Beurteilung vom 26. Januar 2012, Urk. 19/M48).

E. 3.3

Mit Eingabe vom 14. Februar 2012 (Urk. 9) reichte die Beschwerdeführerin ihre Unterlagen zum Nachweis der prozessualen Bedürftigkeit (Urk. 10 sowie Urk. 11/1-14) sowie die ärztlichen Berichte von Dr. med. R.____, Chirurgie FMH, vom 29. November 2011 (Urk. 12/1 = Urk. 19/M50) und von Dr. med. S.____, Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 16. November 2011 (Urk. 12/2 = Urk. 19/M49) zu den Akten. Am 27. Februar 2012 ergänzte die Beschwerdeführerin den Bedürftigkeitsnachweis (Urk. 15-16).

E. 3.3.3

Der einzige aktenkundige Verlaufsbericht Dr. A.____

nach der Hospitalisation in E.____ (vom 24. August 2008, Urk. 19/M18) enthält jedoch keinerlei Angaben zur Medikation. An gegenwärtiger Behandlung werden nur Ergo- und Physiotherapie erwähnt, ohne Angaben zur Frequenz.

E. 3.3.4

Am 4. Juni 2008 berichtete Dr. G.____, die pharmakotherapeutische Behandlung (antidepressiv, angstlösend und schlafregulierend) gestaltete sich schwierig, weil aus verschiedenen Gründen immer wieder starke Nebenwirkungen auftraten: somatische Komorbidität (Hypothyreose, Eisenmangel), Interaktionen aufgrund der bereits eingesetzten Pharmaka. Häufig traten starke vegetative Nebenwirkungen oder eine ausgeprägte Sedation

auf (Urk. 19/M19). 3.3.5

Im Bericht vom 23. Oktober 2008 vermeldete Dr. Z.____, dass die Fortschritte in der ergotherapeutischen Behandlung langsamer geworden seien, weshalb deren Frequenz auf alle zwei Wochen reduziert werde (Urk. 19/M21). 3.3.6

Dr. G.____ evaluierte in seinem Bericht vom 14. Februar 2009 - bei unveränderter Psychopathologie - die Möglichkeiten einer stationären oder teilstationären (Tagesklinik) psychiatrischen Behandlung; seiner Ansicht nach war es dafür aber noch zu früh (Urk. 19/M22). 3.4

Der Handchirurg Prof. I.____

konnte anlässlich seiner klinischen Untersuchung der Beschwerdeführerin vom 17. April 2009 - entgegen anderslautender Behauptung der Beschwerdeführerin (Urk. 1 S. 4) - keine umfassende orthopädisch/rheumatologische Befundaufnahme durchführen (Gutachten vom 22. April 2009, Urk. 19/M23).

Aktiv wurde überhaupt keine Beweglichkeit im Handgelenk und nur eine geringe Beweglichkeit der Finger vorgeführt. Passiv konnte Prof. I.____ - soweit möglich - eine lockere Beweglichkeit von Fingern und Handgelenk feststellen, welche aber rasch aktiv gehemmt wurde (Urk. 19/M23 S. 4 f.). Abgesehen vom radiologischen Befund einer Rarifizierung

der Kalksalzdichte (Urk. 19/M23 S. 5)

erhob er keine Befunde für trophische Veränderungen. Solche sind auch aus seiner Fotodokumentation (Anhang zum Gutachten, Urk. 19/M23) nicht ersichtlich.

Eine Empfehlung für weitere erfolgversprechende Behandlungen konnte Prof.

I.____ mangels Befunden für eine orthopädisch/rheumatologisch erklärbare Funktionseinschränkung nicht abgeben (Urk. 19/M23 S. 8). 3.5

Auch die Rheumatologin Dr. N.____ konnte im Rahmen ihrer gutachterlichen Untersuchung der Beschwerdeführerin vom 4. Februar 2010 keine Befunde für eine orthopädisch/rheumatologisch erklärbare Funktionseinschränkung der linken Hand erheben. Entgegen dem wiederholt geäußerten Vorwurf der Beschwerdeführerin (Urk. 1 S. 4 und S. 6, Urk. 26 S. 6 f.) liegt dies allerdings nicht an mangelnder fachärztlicher Kompetenz oder Unsorgfalt

Dr. N.____ , sondern - genauso wie bei der Untersuchung Prof. I.____ - daran, dass die geringe Schmerztoleranz der Beschwerdeführerin die Erhebung funktioneller Befunde an der linken Hand praktisch verunmöglichte (vgl. Vermerke „nicht prüfbar“ auf S. 45 und S. 47 des Gutachtens, Urk. 19/M40). Die gleichen Einschränkungen bei der Befunderhebung ergaben sich auch im Rahmen der EFL durch Dr. M.____ (vgl. Urk. 19/M39). Befundmässig festhalten konnte Dr.

N.____ lediglich den mit den Fotos auf S. 55 des Gutachtens dokumentierten Einsatz der linken Hand. Weshalb die Beschwerdeführerin die linke Hand nur mit dem Spitzgriff einsetzte, war aus rheumatologischer Sicht nicht klar (S. 51 des Gutachtens) .

Soweit die Beschwerdeführerin dem die - erst fast zwei Jahre nach dem Zeitpunkt des Fallabschlusses erhobenen - Befunde Dr. R.____ (Urk. 19/M50) entgegenhalten will (Urk. 26 S. 7), verkenn t sie, dass auch Dr. R.____ nicht Einschränkungen objektivieren konnte, sondern - ebenso wie die anderen Untersucher - lediglich die von der Beschwerdeführerin in der klinischen Untersuchung gezeigte Beweglichkeit und die von ihr tolerierte Belastbarkeit wiedergab . Einen rheumatologisch/orthopädischen Befund, welcher die von Dr. N.____ bildlich dokumentierte Einsatzmöglichkeit der linken Hand als Hilfs hand in Frage stellen könnte, hat

Dr. R.____ nicht erhoben. Die von Dr.

R.____ festgestellten Atrophien an der linken Hand konnten allenfalls (wie bereits von Dr. C.____ ,

vgl. Urk. 19/M6) als Folge einer ausgeprägten Schonung der linken oberen Extremität interpretiert werden, nicht aber - wie die Neurologin Dr. S.____

zeitgleich zur Beurteilung Dr. R.____

feststellte (Urk. 19/M49) - als Folge einer irreversiblen neurologischen Schädigung . 3.6

Für die psychiatrische Verlaufsbeurteilung im Gutachten O.____ vom 1. April 2010 (Urk. 19/M41) entscheidend waren die Laborbefunde Dr. N.____ , gemäss denen es als fraglich erschien , ob die Beschwerdeführerin nach dem Austritt aus der Klinik E.____ noch ausreichend medikamentös (analgetisch und antidepressiv) behandelt worden war (Gutachten N.____ S. 52, Urk. 19/M40). Angesichts fehlender somatischer Befunde, welche die ausgeprägte Schmerzproblematik hätten erklären können, und begründete r Zweifel an der bisherigen pharmakotherapeutischen Behandlung diagnostizierten die psychiatrischen Fachärzte nebst einer (bei adäquater und konsequenter Behandlung mit vorsichtig günstiger Prognose einer namhaften Besserung behandelbaren) rezidivierenden depressiven Störung (gegenwärtig mittelgradige bis schwere depressive Episode) auch eine noch ungenügend behandelte chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (Gutachten O.____ S. 20 f.). Dementsprechend kamen sie - mit Blick auf die von ihnen rechtsprechungsgemäss zu prüfende Frage der Überwindbarkeit der Schmerzproblematik (Gutachten O.____ S. 20 und S. 22) - zum Schluss, die dauerhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht sei erst nach Durchführung einer vier- bis sechsmonatigen konsequenten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung mit tragfähiger medikamentöser Einstellung im stationären Rahmen valide zu beurteilen (Gutachten O.____ S. 21 und S. 23). 3.7

Dieser gutachterlichen Feststellung folgend befand der stellvertretende Leiter des medizinischen Dienstes der Beschwerdeführerin , Dr. K.____ , am 20. August 2010 , dass zu

jenem Zeitpunkt der medizinische Endzustand nach dem Unfall ereignis vom 10. September 2006 noch nicht erreicht worden sei, weshalb der Integritätsschaden (nur danach war er gefragt worden) noch nicht schlüssig bestimmt werden könne (Urk. 19/M42). Zur abschliessenden Beurteilung emp fahl er - nachvollziehbar, da die Gutachter Prof. I. ___ und Dr.

N. ___ wegen der schmer z bedingten Abwehr der Beschwerdeführerin keine umfassende Befunderhebung durchführen konnten (vgl. vorstehende E.

E. 3.4

.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 13. März 2012 beantragte die Beschwerdegegnerin, es sei die Beschwerde unter Kostenfolge vollumfänglich abzuweisen (Urk. 17). Ihre Akten hatte sie vorgängig noch durch die Stellungnahme Dr. Q. ___ vom 16. Februar 2012 zu den Berichten Dr. R. ___ und Dr. S. ___ ergänzt (Urk. 19/M51).

E. 3.5

Am 10. April 2012 ergänzte die Beschwerdeführerin ihre Angaben zur prozessualen Bedürftigkeit (Urk. 20 sowie Urk. 21/1-3).

E. 3.6

Mit Verfügung vom 12. April 2012 wurde das Gesuch der Beschwerdeführerin um unentgeltliche Rechtsvertretung abgewiesen und ein zweiter Schriftenwechsel angeordnet (Urk. 22)

E. 3.7

Replicando am 20. August 2012 (Urk. 26) sowie duplicando am 23. November 2012 (Urk. 34) hielten die Parteien an ihren Anträgen fest. Die Duplik wurde der Beschwerdeführerin am 26. November 2012 zur Kenntnisnahme zugestellt (Urk. 36).

E. 3.8

Mit Beschluss vom 21. August 2013 wurden die Parteien davon in Kenntnis gesetzt, dass das Gericht in Betracht ziehe, den angefochtenen Einspracheentscheid aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese der Beschwerdeführerin weiterhin Heilbehandlung und Taggelder gewähre sowie die Voraussetzungen für einen Fallabschluss im Sinne der Erwägungen neu prüfe. Da die Rückweisung insofern zu einer Schlechterstellung der Beschwerdeführerin führen könne, als mit der Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheids auch die damit zugesprochene Invalidenrente auf der Basis eines Invaliditätsgrads von 24 % neu überprüft werden müsste, wurde der Beschwerdeführerin Frist zum allfälligen Rückzug der Beschwerde eingeräumt (Urk. 37).

Innert Frist erklärte die Beschwerdeführerin mit Eingabe vom 24. September 2013, dass sie an der Beschwerde festhalte (Urk. 39). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 6

Abs. 3 UVG und Art.

E. 10

der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) hat der Unfallversicherer für Schäden einzustehen, die durch Heilmassnahmen im Anschluss an versicherte Unfälle herbeigeführt

werden, ohne dass diese behandlungsbedingte Schadensverursachung den Unfallbegriff, den Tatbestand des haftpflichtrechtlichen Kunstfehlers oder der strafrechtlich relevanten Körpererschädigung erfüllen müsste und ohne dass zwischen dem Unfall und der bei der unfallbedingten Heilbehandlung aufgetretenen Komplikation (bzw. dem dadurch hervorgerufenen Schaden) ein adäquater Kausalzusammenhang bestehen müsste (Rumo-Jungo /Holzer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Auflage, Zürich 2012, S. 85).

E. 11

und Urk. 19/M 12). 3.3.2

Laut dem Bericht Dr. Z. ___ vom 1. Dezember 2007 legte Dr. A. ___ das Therapiekonzept „formell“ fest (Urk. 19/M15) .

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