

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00265 vom 19. November 2014

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-11-19, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2012.00265

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00265 du 19 novembre 2014

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00265 del 19 novembre 2014

Erwägungen

E. 1

Die 1963 geborene X.____ war seit dem 1. November 2007 bei m der General direktion der "Winterthur" Schweizerische Versicherungs-Gesellschaft (heute AXA Versicherungen AG) angegliederten Zentrum Y.____ als Leiterin Kurs wesen tätig und bei der AXA Versicherungen AG (nachfolgend AXA) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert, als sie sich am 27. März 2008 beim Wandern auf Z.____

eine Verletzung am linken Handgelenk zuzog (Urk. 9/ A1 und Urk. 9/ M1).

Das Arbeitsverhältnis der Versicherten wurde

in der Folge per 31. Mai 2008 aufgelöst (Urk. 9/A2 und Urk. 9/A4). Am 11. September 2008 wurde die Versicherte von Dr. med. A.____ , Chirurgie spez.

Hand chirurgie FMH , operiert (Diagnostische Handgelenksarthroskopie, arthroskopisches TFCC-Debridement und Synovektomie , Urk. 9/M11). Am 20. November 2009 erstattete Dr. med. B.____ , FMH Handchirurgie und FMH orthopädische Chirurgie , das von der Beschwerdegegnerin in Auftrag gegebene handchirurgisch-orthopädische Gutachten (Urk. 9/M31). Am 23. Dezember 2010 wurde die Versicherte

von Dr. med. C.____ , Chefarzt Orthopädie / Hand chirurgie , in der D.____ Klinik operiert (Ulnaverkürzungsosteotomie , Urk. 9/M43). Am 13. Dezember 2011 wurde die Metallentfernung durchgeführt (Urk. 9/M71). Der beratende Arzt der AXA, Dr. med. E.____ , FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation spez. Rheumaerkrankungen FMH, attestierte der Versicherten ab 14. Februar 2012 wieder eine 100%ige Arbeitsfähigkeit sowohl in ihrer angestammten wie auch in einer angepassten Tätigkeit (Urk. 9/M76) .

Die AXA kam für die Heilbehandlung auf und richtete Taggelder aus . Mit Verfügung vom 15. Februar 2012 stellte sie die Leistungen per 29. Februar 2012 ein (Urk. 9/106). Die dagegen erhobene Einsprache der Versicherten vom 11. Juni 2012 (Urk. 9/ 130) wies sie mit Entscheid vom 11. Oktober 2012 ab (Urk. 9/ 136 = Urk. 2).

E. 1.1

Gemäss Art. 6 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) werden - soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt - die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Abs. 1).

E. 1.2

Ein Unfall ist gemäss Art.

E. 1.3

Gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG kann der Bundesrat Körper schädigungen , die den Folgen eines Unfalles ähnlich sind, in die Versicherung einbeziehen. Von dieser Kompetenz hat der Bundesrat in Art. 9 Abs. 2 der Verordnung über die Unfall versicherung (UVV) Gebrauch gemacht und folgende Körperschädigungen, so fern sie nicht eindeutig auf eine Erkrankung oder eine Degeneration zurückzu führen sind, auch ohne ungewöhnliche äussere Einwirkung den Unfällen gleichgestellt:

a.

Knochenbrüche; b.

Verrenkungen von Gelenken;

c.

Meniskusrisse; d.

Muskelrisse; e.

Muskelzerrungen; f.

Sehnenrisse; g.

Bandläsionen; h.

Trommelfellverletzungen. Diese Aufzählung der den Unfällen gleichgestellten Körper schädigungen ist abschliessend (BGE 116 V 136 E. 4a, 147 E. 2b, je mit Hinweisen; Maurer, Schweizer Unfall versicherungsrecht, 2. Aufl., 1989, S. 202).

E. 1.4

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss 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, 402 E. 4.3.1, 119 V 335 E.

1, 118 V 286 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 blosser 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).

E. 1.5

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

E. 1.6

Für die Beurteilung der Frage, ob ein Unfall nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und der allgemeinen Lebenserfahrung geeignet ist, eine psychische Gesundheitsschädigung herbeizuführen, ist nach der in BGE 115 V 133 ergangenen Rechtsprechung auf eine weite Bandbreite von Versicherten abzustellen. Dazu gehören auch jene Versicherten, die aufgrund ihrer Veranlagung für psychische Störungen anfälliger sind und einen Unfall seelisch weniger gut verkraften als Gesunde, somit im Hinblick auf die erlebnismässige Verarbeitung des Unfalles zu einer Gruppe mit erhöhtem Risiko gehören, weil sie aus versicherungsmässiger Sicht auf einen Unfall nicht optimal reagieren (BGE 115 V 133 E. 4b).

Für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhanges zwischen dem Unfall und psychischen Gesundheitsschädigungen ist im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall für die Entstehung der Arbeits- beziehungsweise Erwerbsunfähigkeit eine massgebende Bedeutung zukommt. Dies trifft dann zu, wenn er objektiv eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt (vgl. RKUV 1996 Nr. U 264 S.

288 E.

3b; BGE 115 V 133 E.

E. 1.7

).

Selbst wenn von einem Unfall im mittleren Bereich

an der Grenze zu den leichten Unfällen auszugehen wäre, wäre die Adäquanz zu verneinen, da diesfalls

die rechtsprechungsgemässen Kriterien in gehäufte oder auffallender Weise erfüllt sein müssten (vgl. vorne E.

E. 1.8

), was vorliegend nicht der Fall ist. Objektiv betrachtet hat sich das Ereignis vom 27. März 2008 weder unter besonders dramatischen Begleitumständen ereignet, noch ist es als besonders eindrücklich zu bezeichnen. Die erlittenen Verletzungen waren nicht besonders schwer und erfahrungsgemäss auch nicht geeignet, psychische Fehlentwicklungen auszulösen. Anzeichen für eine die Unfallfolgen verschlechternde ärztliche Behandlung sind ebenso wenig vorhanden wie für einen bezüglich der organischen Verletzungen schwierigen Heilungsverlauf oder diesbezügliche erhebliche Komplikationen. Da die Beschwerdeführerin gestützt auf die medizinischen Akten aus somatischer Sicht wohl bereits seit längerem wieder arbeitsfähig wäre, sind auch die Kriterien Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit zu verneinen. Da den geklagten Beschwerden ein organisches Korrelat fehlt, kann auch das Kriterium der körperlichen

Dauerschmerzen nicht anerkannt werden.

Da

keines der massgebenden Adäquanzkriterien erfüllt ist, ist die Adäquanz eines etwaigen natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem Ereignis vom 27. März 2008 und den über den 29. Februar 2012 hinaus geklagten Beschwerden auch bei Annahme eines Unfalles im mittleren Bereich an der Grenze zu den leichten Unfällen zu verneinen. Somit ist die Beschwerdegegnerin nicht über Ende Februar 2012 hinaus leistungspflichtig, was zur Abweisung der Beschwerde führt. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. Urs Eschmann - AXA Versicherungen AG - Bundesamt für Gesundheit 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Hurst Leicht

E. 1.9

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte und Ärztinnen kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt oder die befragte Ärztin in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht

schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters oder der Gutachterin allerdings ein strenger Massstab anzulegen (RKUV 1999 Nr. U 356 S. 572; BGE 122 V 157 E).

1c; vgl. auch 123 V 331 E. 1c). 2.

E. 2

Dagegen erhob die Versicherte mit Eingabe vom 14. November 2012 Beschwerde und beantragte, in Aufhebung des angefochtenen Entscheids sei festzustellen, dass eine Leistungspflicht gestützt auf das Ereignis vom 27. März 2008 bestehe und dass die Beschwerden adäquat kausal seien; die Sache sei zur Durchführung eines korrekten Abklärungsverfahrens an die Verwaltung zurückzuweisen; es seien der Versicherten über den 29. Februar 2012 hinaus die gesetzlichen Leistungen zu erbringen, insbesondere Taggelder und Heilungskosten; es sei ein polydisziplinäres Gutachten zur Frage der Arbeitsfähigkeit, der zumutbaren leistungsgerechten Tätigkeit und des Integritätsschadens anzuordnen (Urk. 1). Mit Beschwerdeantwort vom 28. Januar 2013 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde (Urk. 8). In ihrer Replik vom 4. März 2013 hielt die Beschwerdeführerin an ihren Beschwerdeanträgen fest (Urk. 13). Mit Eingabe vom

28. März 2013 verzichtete die Beschwerdegegnerin auf die Erstattung einer Duplik (Urk. 16), was der Beschwerdeführerin am 8. April 2013 mitgeteilt wurde (Urk. 17).

E. 2.1

Im angefochtenen Entscheid erwog die Beschwerdegegnerin, der geschilderte Vorgang erfülle weder den Unfallbegriff noch könne von einer unfallähnlichen Körperschädigung ausgegangen werden, da es an der Einwirkung eines äusseren Faktors fehle.

Es liege auch keine der in Art. 9 Abs. 2 UVV abschliessend aufgezählten unfallähnlichen Körperschädigungen vor. Die Tatsache, dass bereits Leistungen erbracht worden seien, vermöge nicht per se eine Leistungspflicht zu begründen. Selbst wenn von einem leistungspflichtigen Ereignis auszugehen wäre, sei der medizinische Endzustand spätestens per 13. Februar 2011 erreicht gewesen. Die Adäquanz könne ohne weitere Prüfung verneint werden, da es sich beim Handabstützen um ein leichtes Unfallereignis handle. Ab dem 13. Februar 2011 habe somit zwischen den geklagten Beschwerden und dem Unfallereignis vom 27. März 2008 kein adäquater Kausalzusammenhang mehr bestanden. Die Prüfung einer Rente oder einer Integritätsentschädigung erübrige sich aufgrund des mangelnden Leistungsanspruchs (Urk. 2).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin machte da gegen im Wesentlichen geltend, die genauere Betrachtung des Ablaufes zeige, dass sämtliche Elemente des Unfallbegriffes erfüllt seien. Durch die Tatsache, dass sie mit den Füßen an kleineren Steinen hängen geblieben sei, sei eine verstärkte Abstützung auf der linken Hand erforderlich geworden, um einen Sturz zu vermeiden. Dieses Abstützen sei von der geplanten Bewegung abgewichen und somit liege ein programmwidriger Bewegungsablauf vor. Den Ärzten habe sie den Unfallhergang entsprechend geschildert und diese hätten jeweils von einem Rotationstrauma berichtet. Das damalige Geschehen erfülle somit den Unfallbegriff und es sei deshalb eine Leistungspflicht des Unfallversicherers gegeben. Im angefochtenen Entscheid sei das Vorliegen einer unfallähnlichen Körperschädigung verneint worden. Die Verneinung von Bandläsionen widerspreche den Arztberichten, in welchen die Verletzung mehrerer Bänder beschrieben werde. Bei der Arthroskopie seien diese Bandläsionen auch bildgebend dargestellt worden. Es liege somit zumindest eine unfallähnliche Körperschädigung vor.

Die Psychopraxis finde im vorliegenden Fall keine Anwendung, zumal das CRPS ein organischer Gesundheitsschaden sei und zu den Unfallfolgen gehöre. Eine allfällige psychische Fehlentwicklung und deren

Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hätte fachärztlich abgeklärt werden müssen. Der angefochtene Entscheid stütze sich ausschliesslich auf die Aktenbeurteilung des beratenden Arztes Dr. E.____, ohne sich mit den anderslautenden Beurteilungen der behandelnden Mediziner auseinandersetzen. Der Sachverhalt sei in medizinischer Hinsicht unzureichend abgeklärt (Urk. 1 und Urk. 13). 3.

E. 3

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Unterlagen ist, soweit für die Entscheidungsfindung erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen einzugehen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 3.1

Anlässlich der Erstkonsultation vom 4. April 2008 diagnostizierte Dr. med. F.____, Allgemeine Medizin FMH, eine Handgelenksdistorsion links (Urk. 9/M1). Das MRI vom 25. April 2008 ergab einen unauffälligen Befund ohne Nachweis einer erlittenen Navicular-Fraktur oder einer spongiösen Kontusion und ohne Hinweis auf eine Ruptur der intercarpalen Ligamente oder des TFCC (Urk. 9/M2). Aufgrund des protrahierten Verlaufs wurde die Beschwerdeführerin an den Handchirurgen

Dr. A.____ überwiesen (Urk. 9/M4). Die MR Arthrographie vom 27. Juni 2008 ergab – abgesehen von höchstens geringen intramuralen Veränderungen im radialen Anteil des Discus

triangularis ohne Hinweis für einen Einriss – einen unauffälligen Befund (Urk. 9/M8).

E. 3.2

6

In seinem Bericht vom 8. Mai 2012 hielt Dr. C.____ fest, in der Zwischenanamnese gehe es der Beschwerdeführerin gar nicht gut. Die ganze versicherungstechnische Situation habe sich enorm verkompliziert. Die Beschwerdeführerin habe chronische Schmerzen aufgrund des CRPS (Urk. 9/83). 4.

E. 3.3

Dr. med. G.____, Facharzt FMH Innere Medizin und Rheumatologie, beratender Arzt der Beschwerdeführerin, untersuchte die Beschwerdeführerin am 19. Februar 2009 kurzfristig. In seinem Bericht (Urk. 9/M18) führte er aus, er habe

sich das im Ausland vorgefallene sogenannte Ereignis nochmals schildern lassen. Danach habe sich die Beschwerdeführerin auf zwei grosse Steine in einem Flusslauf abgestützt, beim Abdrehen mit der linken Hand und dem Aufstützen des Körpergewichtes sei ein "Knall" im Handgelenk ausgelöst worden, worauf eine mittelgrosse Schwellung aufgetreten sei. Zwei Tage später habe der Rückflug nach Hause stattgefunden. Nach diagnostischer Handgelenksarthroskopie und so fortiger funktioneller Nachbehandlung sei jedoch keine Besserung der Schmerzsymptomatik und der Schwellungstendenz im linken Handgelenkbereich eingetreten. Die Beschwerdeführerin wünsche eine Zweitmeinung. Nach Ausführung der erhobenen Sozialanamnese hielt Dr. G.____ fest, die altersentsprechend

imponierende vollschlanke Frau hinterlasse keinen leidenden Eindruck. Ihr Auftritt erscheine natürlich, sie weise darauf hin, dass sie sich gerne locker gebe. Ihr linkes Handgelenk sei wie rechts von einem deckenden handschuhartigen dekorativen schwarzen Schoner umhüllt. Die Rechtshänderin habe diesen Schoner entfernt und ihre Handgelenke präsentiert. Das linke habe den Eindruck hinterlassen, minimal dicker zu sein, habe aber seines Erachtens keine eigentliche Schwellung gezeigt, welche anatomisch den Gelenksbereichen entsprochen hätte. Viel eher sei das Gewebe bis Mitte Unterarm etwas aufgedunsen gewesen. Der Dorsalbereich des linken Mittelhand- und Handgelenksbereichs sei mit mehreren farbigen Kreisen angemalt gewesen. Diese würden nicht Schmerzzone treffen, sondern es würde sich um hawaiianische Behandlungsringe handeln. Der protrahierte Verlauf - so Dr. G.____ weiter - sei seines Erachtens organisch-strukturell nicht ausreichend zu erklären. Als Internist und Rheumatologe müsse er sich zwar nicht an handchirurgische Verläufe letztinstanzlich beurteilen zu können, weise aber auf bio-psychoziale Faktoren hin, welche hier mit grosser Wahrscheinlichkeit einen namhaften Einfluss auf den protrahierten und auch nach Ansicht der Beschwerdeführerin viel zu langen Verlauf haben dürften. Ferner weise er darauf hin, dass ein typisches und glaubhaftes Unfallereignis fehle. Es hätten sodann keine Knorpel- oder Knochenläsionen beziehungsweise Nekrosen nachgewiesen werden können, sondern es seien lediglich Bandläsionen an drei Stellen festgestellt worden. 3. 4

In seinem Bericht vom 31. März 2009 nannte Dr. A.____ die Diagnose einer Instabilität des distalen Radioulnargelenkes nach TFCC-Läsion Palmer I A und I D, zusätzlich Bandruptur radioulnär. Nach seiner Einschätzung vom 13. Februar 2009 bestehe ab dem 16. Februar 2009 eine Arbeitsfähigkeit von 50 % mit einem Belastungsaufbau auf 75 % nach zwei Wochen und nach weiteren zwei Wochen ab Mitte März eine Arbeitsfähigkeit von 100 % für Computertätigkeiten. Ein Erlangen des status quo ante sei nicht zu erwarten. Dauerhafte Restbeschwerden seien wahrscheinlich; diese würden in einer eingeschränkten Stabilität des distalen Radioulnargelenkes mit eventueller Schmerzhaftigkeit sowie allenfalls der Entwicklung einer posttraumatischen Arthrose bestehen (Urk. 9/M20). 3. 5

Das MRI des linken Handgelenkes vom 6. Mai 2009 zeigte eine leichte Strukturauflockerung des SL-Bandes ohne Bandruptur, einen schmalen Diskus radialis mit leichter partieller Läsion im ulnaren Ansatzbereich und intakte ossäre Strukturen (Urk. 9/M21).

E. 3.6

Dr. C.____ stellte in seinem Bericht vom 2. Juni 2009 folgende Diagnosen: - Multipel lokalisierte Handgelenksbeschwerden links bei Status nach Abstütztrauma des linken Handgelenkes und konsekutiver Handgelenksarthroskopie mit der Diagnose einer radioulnären Bandruptur und einer TFCC Läsion des palmarischen Schenkels links - Verdacht auf milde Kompressionsneuropathie des Nervus

ulnaris am Ellbogen links - Wahrscheinliche Narbenneuromsituation bei Status nach Handgelenksarthroskopie im Bereich des Ramus

superficialis des Nervus

ulnaris

Er führte aus, es bestehe eine relativ schwierig zu fassende Situation mit multiplen Schmerzpunkten um das Handgelenk herum mit einem Punktum maximum einerseits im

Bereich der distalen Ulna und andererseits auf der radio-ulnaren Seite. Die Beweglichkeit sei schmerzbedingt eingeschränkt. Man habe nicht den Eindruck, dass ein mechanisches Hindernis vorliege. Das von der Beschwerdeführerin glaubhaft angegebene Instabilitätsgefühl könne nicht objektiviert werden, wobei die Untersuchung durch die relativ ausgeprägte Schmerzsituation bei diesen Stresstests tatsächlich erschwert sei. Was sicherlich nachgewiesen werden könne, sei eine gewisse Hypästhesie im Versorgungsgebiet des oberflächlichen Ulnarisastes. Möglicherweise liege hier eine Narbenformation vor. Zudem entstehe der Eindruck einer gewissen intrinsischen Schwäche sowie einer Sensibilitätsstörung im Ausbreitungsgebiet des Nervus

ulnaris, was auf eine mögliche Kompressionsneuropathie dieses Nerves hinweisen würde (Urk. 9/M22).

E. 3.7

Die 3-Phasen-Skelettszintigrafie vom 16. Juni 2009 ergab eine in allen drei Phasen etwas verminderte Aktivitätsbelegung der linken Hand, was verdächtig für ein CRPS Stadium I sei. Weiter zeigte sie einen unspezifisch vermehrten Knochenumbau

radiocarpal und ulnocarpal links, in erster Linie vereinbar mit einer degenerativen Veränderung, und Zeichen einer leichten Arthrose im MCP Dig. I rechts und ulnocarpal rechts (Urk. 9/M24).

E. 3.8

Dr. med. H.____, Spezialarzt FMH für Physikalische Medizin und Rehabilitation, speziell Rheumatologie, hielt in seinem Bericht vom 13. Oktober 2009 fest, das Röntgen vom 21. September 2009 zeige eine leicht fleckige Osteoporose des distalen Radius und Scaphoides und Trapeziums. Das linke Handgelenk lokal sei leicht geschwollen, es bestehe eine Druckdolenz im Bereich des distalen Vorderarms und Handgelenks, Pro- und Supination im Handgelenk seien nicht möglich. Die übrigen Bewegungen seien um zwei Drittel eingeschränkt. Das Hautkolorit sei normal, es bestehe weder eine Allodynie noch sei das Nagelwachstum gestört.

Das Bild passe zu einem Rest-Syndrom mit vor allem Schmerzproblemen (Urk. 9/M29). 3.

E. 3.11

Am 23. Februar 2010 berichtete Dr. C.____, in der Zwischenzeit habe die Patientin auf Eigeninitiative eine homöopathisch-pflanzliche Therapie unternommen und habe massive Fortschritte erzielt. Die Dystrophiesituation habe sich vollständig zurückgebildet. Die Hyperpathie sei ebenfalls viel geringer geworden. Verblieben sei ein ulnarer Handgelenksschmerz, der bei bestimmten Bewegungen einschiesse und auch die Funktionalität der Hand noch etwas limitiere. Es zeige sich eine sehr schöne, symmetrische Situation der Trochlea. Die lokale Schwellung

sei verschwunden. Die Hyperpathie, die zuvor noch stark präsent gewesen sei, zeige im Bereich der Einstichstelle keine Probleme mehr. Die Handgelenksbeweglichkeit sei soweit frei. Bei der Ulnardeviation und gleichzeitiger Extension würden noch Schmerzen über dem distalen Radioulnargelenk an gegeben. Dr. C.____

attestiert eine 50%ige Arbeitsfähigkeit (Urk. 9/M33), welche er in seinem Bericht vom 8. Juni 2010 bestätigte (Urk. 9/M35).

E. 3.12

In seinem Bericht vom 21. September 2010 nannte Dr. C.____ als Diagnose chronische linksseitige Handgelenksbeschwerden mit durchgemachtem CRPS und hielt fest, die Situation habe sich bezüglich CRPS deutlich beruhigt. Der diffuse Schmerz sei eigentlich weg (Urk. 9/M36).

E. 3.13

Das Arthro-MRI vom 5. Oktober 2010 ergab Zeichen eines ulnokarpalen

Impingements mit diffuser Ausdünnung des Diskus radiallyseits und eine leichte Strukturauflockerung des SL-Bandes (Urk. 9/M38).

E. 3.14

Dr. C.____ hielt in seinem Bericht vom 1. November 2010 fest, die erneute klinische Untersuchung zeige, dass der Hauptfokus auf der Ulnarseite des Handgelenkes liege. Die Beschwerdeführerin habe zwar als zweite Quelle noch einen radiallyseitigen Handgelenksschmerz genannt, der allerdings wesentlich geringer sei. Er denke, dass eine Ulnaverkürzungsosteotomie ein Potential habe, die Situation zumindest auf der Ulnarseite zu verbessern. Er glaube, dass die radialseitigen Beschwerden kompensatorischer beziehungsweise sekundärer Natur seien (Urk. 9/M37).

E. 3.15

Dr. C.____ führte am 23. Dezember 2010 eine Ulnaverkürzungsosteotomie links durch (Urk. 9/M43). Im Austrittsbericht vom 6. Januar 2011 berichtete er von einem komplikationslosen intra- und postoperativen Verlauf (Urk. 9/M45).

E. 3.16

Am 2. Februar 2011 berichtete Dr. C.____, klinisch zeige sich noch eine Restschwellung über dem ganzen Unterarm. Die Drehbewegung sei in die Supination sehr stark eingeschränkt. Die Pronation gelinge zu etwa 40°. In der Flexion/Extension bestehe ebenfalls eine Einschränkung, wobei der Eindruck entstehe, dass die Muskulatur im Sinne eines Schutzreflexes relativ stark dagegen spanne. Radiologisch zeige sich eine ruhig sitzende Platte mit einem noch sichtbaren Osteotomiespalt, der aber zunehmend flau werde. Es könne nun mit der forcierteren Mobilisation begonnen werden, sowohl für die Pro-/Supination wie auch für die Flexion/Extension. Die Schiene könne sukzessive weggelassen werden, damit die Hand auch wieder integriert werden könne (Urk. 9/M49).

Im Bericht vom 16. März 2011 führte Dr. C.____ aus, die Beschwerdeführerin mache ganz kleine Fortschritte. Es zeigten sich keine Dystrophiezeichen. Es lasse sich noch eine leichte Schwellung am distalen Vorderarm finden. Die Pro-/Supination gelinge zu 50-0-30° mit deutlich endgradigen Reserven. Die Flexion/Extension sei schmerzhaft eingeschränkt mit einem zentralen Handgelenkschmerz. Radiologisch zeige sich eine gute Konsolidation der Osteotomie bei ruhig sitzender Platte. Der Knochen sei stabil; er denke, es handle sich um eine ausgeprägte Weichteilreaktion, die therapeutisch weiter verfolgt werden müsse (Urk. 9/M53).

E. 3.17

In seinem Bericht vom 16. Mai 2011 hielt Dr. C.____ fest, es zeige sich eine klare Schwellung am distalen Vorderarm, interessanterweise eher auf der Radialseite. Radiologisch zeige sich eine gute Heilung der Osteotomie ohne Zeichen der Lockerung der Platte. Der ulnare Abstand sei ebenfalls gut, die Handgelenkskinematik soweit

beurteilbar unauffällig. Es handle sich um einen schwierigen Verlauf. Wie im Jahr 2010 zeige sich eine leicht dystrophe Reaktion mit einem beginnenden CRPS. Die Patientin habe deshalb entschieden, wie damals ins Ausland zu gehen, um dort auf eigene Kosten eine Therapie durchführen zu lassen (Urk. 9/M55).

E. 3.18

Der beratende Arzt der Beschwerdeführerin, Dr. E.____, hielt in seiner Stellungnahme vom 28. Juli 2011 fest, die Frage nach einem Vorzustand sei bisher nicht diskutiert worden. Degenerative Schäden fänden sich besonders häufig im zentralen (intraartikulären) Abschnitt des TFCC. Die Frage, welche Diagnose für den Zustand der Beschwerdeführerin verantwortlich sei, bleibe im Raum. Von Anfang an habe es eine gewisse Kontroverse gegeben, ob der schmerzhafte Befund auf

der radialen oder auf der ulnaren Seite vorliege. Eine Instabilität des Handgelenkes sei mehrfach gesucht, überprüft und nie belegt worden. Ein CRPS sei mehrfach diskutiert, gutachterlich in einem Grad I-II festgehalten, radiologisch und

szintigraphisch aber nie belegt worden. Aufgrund des szintigraphischen Befundes sei höchstens der Verdacht eines CRPS geäußert worden und es seien degenerative Veränderungen beschrieben worden. Einseitig sei ein schmerzhafter, bewegungseinschränkender und mit gelegentlichen Schwellungen

einhergehender Zustand des linken Handgelenkes beschrieben worden, ohne dass

die Kriterien eines CRPS in irgendeiner Darstellung objektiv festgehalten worden wären.

Allfällige psychiatrische Aspekte inklusive die Möglichkeit einer somatoformen Schmerzstörung seien nicht geklärt. Betrachte man den teilweisen Funktionsausfall des linken Handgelenkes isoliert, so müsse mit Bezug auf die Arbeitsfähigkeit festgestellt werden, dass die Beschwerdeführerin in einer angepassten Tätigkeit schon längstens arbeitsfähig sei (Urk. 9/M60). 3. 19

Am 8. August 2011 berichtete Dr. C.____, die Patientin habe sich zwischenzeitlich im Ausland aufgehalten, um die früher erwähnte Therapie durchführen zu lassen. Dies habe sehr viel gebracht; es seien deutliche Fortschritte eingetreten. Klinisch sei das Handgelenk nicht geschwollen, die Beweglichkeit sei deutlich besser und gelinge für die Flexion/Extension zu 50-0-55° und die Pro-/Supination zu 70-0-70°. Der Vorderarm sei noch geschwollen und es bestehe eine deutliche Druckempfindlichkeit über der distalen Ulna auch im Bereich der Platte palmar. Er habe die Patientin auch noch funktionell radiologisch untersucht.

Die Osteotomie sei an sich gut verheilt und der Knochen in einer Remodellierungsphase. Die Restirritation, die glaubhaft sei, werde wahrscheinlich von der Platte verursacht und dürfte mit der Plattenentfernung bessern, allerdings würde

er die Platte frühestens 11-12 Monate nach dem Eingriff durchführen, vorher sei die Gefahr einer Refrakturen massiv erhöht. Er gehe davon aus, dass die Beschwerdeführerin bis nach der Plattenentfernung für die angestammte Tätigkeit als arbeitsunfähig anzusehen sei (Urk. 9/M61).

E. 3.20

Dr. E.____ führte in seiner Stellungnahme vom 28. Juli 2011 aus, aufgrund der nur noch geringen Funktionseinschränkung und der radiologisch nachgewiesenen Belastbarkeit

könne davon ausgegangen werden, dass die linke Hand als Hilfs hand im Rahmen einer vorwiegend rechtshändig ausgeführten Tätigkeit ohne weiteres einsetzbar sei. Damit seien Tätigkeiten im Rahmen einer Leiter funktion , Beraterfunktion, von Empfangs- oder Dispositionsarbeiten sei es in der Pädagogik, in der Tourismus- oder Kulturbranche oder anderweitig zumutbar. Nicht zumutbar seien handwerkliche oder anderweitige Tätigkeiten, die mit einer wesentlichen mechanischen Belastung des linken Vorderarmes einhergingen. Dies seien zum Beispiel Tätigkeiten als medizinische Masseurin, als Schneiderin, als Montagearbeiterin mit repetitiven und monotonen mechanischen Tätigkeiten , Tätigkeiten mit einer gewichtsmässigen Belastung der linken Hand über 3 kg, aber auch anhaltende beziehungsweise ununterbrochene Schreibtischarbeiten am PC und anderen Geräten, sofern diese nicht mit regelmässiger und meistens selbstgewählter Wechselbelastung möglich seien. Sofern nicht ärztlich verordnete Physiotherapien oder Ergotherapien eine zeitliche Einschränkung rechtfertigten, wären im Rahmen des beschriebenen Belastungsprofils keine zeitlichen und auch keine leistungsmässigen Einschränkungen zu erwarten . Im Rahmen des erwähnten Profils sei die volle Arbeitsfähigkeit gestützt auf die gesicherten objektiven Befunderhebungen spätestens seit dem 8. August 2011 gegeben (Urk. 9/M64).

E. 3.21

Dr. C.____ berichtete am 27. September 2011, es bestehe nach wie vor eine Schmerzhaftigkeit im Bereich des Vorderarmes links mit einer Restschwellung. Klinisch gehe die Flexion/Extension zu rund 55-0-60° und die Pro-/ Supination zu rund 80-0-80°, endgradig noch etwas restschmerzhaft. Er denke, die Metallentfernung sei nun konkret auf den Dezember zu planen. Er verspreche sich davon eine erhebliche Verbesserung der Restbeschwerden (Urk. 9/M66). Im Bericht vom 4. Oktober 2011 führte Dr. C.____ sodann aus, die Patientin habe sich im Dezember 2010 einer Ellenverkürzungsoperation links unterziehen lassen. Die chronischen Handgelenksbeschwerden hätten auf die konservative Therapie nicht wirklich angesprochen, so dass sie sich letztlich für ein operatives Vorgehen hätten entscheiden müssen. Der postoperative Verlauf sei durch eine relativ starke Bewegungseinschränkung initial ziemlich verzögert worden. Mittlerweile sei nun zumindest die Beweglichkeit wieder so weit, dass sie ordentlich funktionieren. Verblieben seien Restbeschwerden, die seiner Ansicht nach zu einem relativ grossen Teil auf das liegende Metall zurückzuführen seien. Er mache sich deshalb berechtigt Hoffnung, dass mit einer Metallentfernung doch noch eine deutliche Verbesserung der Schmerzsituation und auch der Funktionalität erreicht werden könne. Die Metallentfernung sei für den Dezember 2011 geplant. Aus arbeitstechnischer Sicht teile er die Einschätzung, dass die Beschwerde weiterhin zurzeit in handwerklichen und anderen Tätigkeiten, die eine wesentlich mechanische Belastung des linken Vorderarmes benötigten, nicht arbeitsfähig sei . Für den Wiedereinstieg lohne es sich, die Metallentfernung und die darauf folgende Rehabilitation noch abzuwarten. Er gehe davon aus, dass circa zwei Monate nach der Metallentfernung ein Wiedereinstieg geplant werden solle (Urk. 9/M68).

E. 3.22

In seinem Bericht vom 9. Dezember 2011 führte Dr. C.____ aus, klinisch zeige sich eine Schwellung, aber nicht sehr ausgeprägten Ausmasses im Bereich des Vorderarmes. Die Osteotomie sei sehr schön durchgebaut. Es fänden sich keine Zeichen der sekundären Metalllockerung. Die Verkürzung sei gut (Urk. 9/M70) . Am 13. Dezember 2011 wurde die Metallentfernung durchgeführt (Urk. 9/M71).

E. 3.24

Im Bericht der Ergotherapeutin I.____ vom 10. Februar 2012 wurde ausgeführt, nach dem operativen Eingriff vom 13. Dezember 2011 (Metallentfernung

distale Ulna links) habe die Beschwerdeführerin vor allem Schmerzen auf Druckreize im palmaren Unterarm sowie im Bereich der Carpalknochen geäußert. Die Wundheilung sei problemlos verlaufen. Das aktive Bewegungsausmass sei schmerzhaft eingeschränkt. Die Bewegungssteuerung sei durch die langjährige chronische Schmerzproblematik reduziert. Der funktionelle Einsatz der Hand sei dadurch im Alltag vor allem in Bezug auf Belastungen und repetitive Tätigkeiten eingeschränkt. Die Schmerzen seien als chronisch einzustufen (Urk. 9/M77).

E. 4

des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende

Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat.

E. 4.1

Zu prüfen ist zunächst, ob die Beschwerdegegnerin das Ereignis vom 27. März 2008 zu Recht nicht als Unfall beziehungsweise als unfallähnliche Körperschädigung qualifiziert hat.

E. 4.2

Gemäss Unfallmeldung vom 7. April 2008 hat sich die Beschwerdeführerin beim Wandern durch eine Schlucht auf einem Stein abgestützt, ohne zu stürzen. Dann habe es im linken Handgelenk geknallt und es sei angeschwollen (Urk. 9/A1). Der erstbehandelnde Arzt Dr. F.____ hielt in Bezug auf den Ereignisverlauf in seinem Bericht vom 22. April 2008 fest, beim Abstützen auf die Hand habe es im Handgelenk geknallt (Urk. 9/M1). In weiteren Arztberichten war von einem belasteten Rotationstrauma

des linken Handgelenkes die Rede (Urk. 9/M8, Urk. 9/M10, Urk. 9/M11, Urk. 9/M20).

Dr. C.____ erwähnte in seinem Bericht vom 2. Juni 2009 ein Abstütztrauma und führte aus, die Beschwerdeführerin

habe sich auf zwei Steinen abgestützt und das volle Körpergewicht wie mit einer Art Schwingen über eine Klippe gehoben (Urk. 9/M22).

Dr. B.____ hielt in seinem Gutachten vom 20. November 2009 fest, die Beschwerdeführerin habe sich über einen sich zwischen zwei findlingsgrossen Felsblöcken befindlichen Stein hinwegschwingen wollen, indem sie sich mit ihren Händen auf den unebenen Flächen der Felsblöcke abgestützt habe. Noch während des Schwunges habe sie einen Knall im linken Handgelenk wahrgenommen (Urk. 9/31

S.

3). In der Beschwerdeschrift vom 14. November 2012 brachte die Beschwerdeführerin vor, sie sei auf Z.____ auf dem Weg zu Wasserfällen durch eine Schlucht gewesen und habe dabei zum Teil über Felsen klettern müssen. An einer Passage, wo sie über Felsen habe klettern müssen, habe sie sich zwischen zwei Felsen durchschwingen wollen und sei mit

den Füßen an kleineren Steinen hängen geblieben, habe das Schienbein und die linke Schulter angeschlagen und habe sich dann mit der linken Hand verstärkt abstützen müssen. Dabei sei einerseits das linke Handgelenk abgedrückt worden und es habe geknallt, sie sei aber nicht zu Boden gestürzt (Urk. 1 S. 4). Die Schilderungen des Ereignisherganges stimmen im Wesentlichen überein. Lediglich die Darstellung, dass die Beschwerdeführerin an kleineren Steinen hängen geblieben sei und sich das Schienbein und die linke Schulter angeschlagen habe, wurde erstmals beschwerdeweise geltend gemacht. Da in der Regel auf die „Aussagen der ersten Stunde“ abzustellen ist, denen in begründeter Hinsicht grösseres Gewicht zukommt als späteren Darstellungen, die bewusst oder unbewusst von nachträglichen Überlegungen versicherungsrechtlicher oder anderer Art beeinflusst sein können (vgl. BGE 121 V 45 E. 1a, 115 V 133 E. 8c mit Hinweis), ist vorliegend vom ursprünglich geschilderten Ereignisgang auszugehen und kann auf die nachträglich erst im Rahmen des Beschwerdeverfahrens konstruierte Darstellung nicht abgestellt werden. Beim ursprünglich geschilderten

Ereignisgang

ist eine plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors im Sinne von Art. 4 ATSG allerdings nicht ersichtlich.

E. 4.3

Die bei der Beschwerdeführerin diagnostizierte Bandruptur (Urk. 9/M13, Urk. 9/M20, Urk. 9/M22) stellt eine Listenerkrankung im Sinne von Art. 9 Abs. 2 lit. g UVV dar. Gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung müssen bei den unfallähnlichen Körperschädigungen im Sinne von Art. 9 Abs. 2 UVV mit Ausnahme der Ungewöhnlichkeit

auch die übrigen Tatbestandsmerkmale des Unfallbegriffs erfüllt sein.

Besondere Bedeutung kommt hierbei der Voraussetzung eines äusseren Ereignisses zu, d.h. eines ausserhalb des Körpers liegenden, objektiven, sinnfälligen, eben unfallähnlichen Vorfalls. Wo ein solches Ereignis mit Einwirkung auf den Körper nicht stattgefunden hat, und sei es auch nur als Auslöser eines in Art. 9 Abs. 2 lit. a-h UVV aufgezählten Gesundheitsschadens, liegt eine krankheits- oder degenerativ bedingte Gesundheitsschädigung vor. Nicht erfüllt ist das Erfordernis des äusseren schädigenden Faktors, wenn das (erstmalige) Auftreten von Schmerzen mit einer blossen Lebensverrichtung einhergeht, welche die versicherte Person zu beschreiben in der Lage ist. Für die Bejahung eines äusseren auf den menschlichen Körper schädigend einwirkenden Faktors ist stets ein Geschehen verlangt, dem ein gewisses Gefährdungspotenzial innewohnt. Das ist zu bejahen, wenn die zum einschliessenden Schmerz führende Tätigkeit im Rahmen einer allgemeinen gesteigerten Gefahrenlage vorgenommen wird, wie dies etwa für viele sportliche Betätigungen zu treffen kann. Der äussere Faktor mit erheblichem Schädigungspotenzial ist so dann auch zu bejahen, wenn die in Frage stehende Lebensverrichtung einer mehr als physiologisch normalen und psychologisch beherrschten Beanspruchung des Körpers, insbesondere seiner Gliedmassen, gleichkommt. Deswegen fallen einschliessende Schmerzen als Symptome einer Schädigung nach Art. 9 Abs. 2 UVV ausser Betracht, wenn sie allein bei der Vornahme einer alltäglichen Lebensverrichtung auftreten, ohne dass ein davon unterscheidbares äusseres Moment hineinspielt. Erfüllt ist demgegenüber das Erfordernis des äusseren schädigenden Faktors bei Änderungen der Körperlage, die nach un

fallmedizinischer Erfahrung häufig zu körpereigenen Traumen führen können, so zum Beispiel das plötzliche Aufstehen aus der Hocke, die heftige und/oder belastende Bewegung und die durch äussere Einflüsse unkontrollierbare Änderung der Körperlage (BGE 129 V 466).

Gemäss den Schilderungen der Beschwerdeführerin musste sie bei der Wanderrung über Felsblöcke klettern und hat sich beim in Frage stehenden Ereignis über einen Stein geschwungen und mit dem ganzen Körpergewicht auf die linke Hand gestützt, wobei sie das Handgelenk verdreht hat. Bei diesem Ereignis kann nicht mehr von einem normalen Bewegungsablauf gesprochen werden, sondern es ist von einer mehr als physiologisch normalen und psychologisch beherrschten Beanspruchung des Handgelenkes auszugehen. Dem Abstützen mit dem gesamten Körpergewicht auf die linke Hand wohnt denn auch gegenüber dem normalen Gebrauch ein gewisses Gefahrenpotenzial inne.

Die Rotation des Handgelenkes deutet zudem auf eine unkontrollierte Bewegung hin. Somit ist ein sinnfälliges Ereignis und damit das Vorliegen einer unfallähnlichen

Körperschädigung im Sinne von Art. 9 Abs. 2 UVV zu bejahen. 5.5.1

Zu prüfen ist weiter, ob die Beschwerdegegnerin mit der Leistungseinstellung per 29. Februar 2012 den Fall zu Recht auf diesen Zeitpunkt hin abgeschlossen hat. 5.2

Nach Art. 19 Abs. 1 UVG und der dazu ergangenen Rechtsprechung hat der Unfallversicherer den Fall – unter Einstellung von Heilbehandlung und Taggeld sowie Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung – abzuschliessen, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden kann (vgl. BGE 134 V 109 E. 4.1). Was unter einer namhaften Besserung des Gesundheitszustandes in diesem Sinne zu verstehen ist, bestimmt sich namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit – soweit unfallbedingt beeinträchtigt –, wobei die durch weitere Heilbehandlung zu erwartende Besserung ins Gewicht fallen muss. Unbedeutende Verbesserungen genügen nicht (BGE 134 V 109 E. 4.3). 5.3

Dr. B.____ gab bereits im Gutachten vom 20. November 2009 an, die maximale zumutbare tägliche Arbeitszeit in einer den Unfallfolgen angepassten zumutbaren Tätigkeit bezogen auf ein Vollpensum betrage 80 bis 100 %. (Urk. 9/M31 S. 21). Dr. C.____ führte in seinem Bericht vom 4. Oktober 2011 aus, dass circa zwei Monate nach der Metallentfernung ein Wiedereinstieg geplant werden sollte (Urk. 9/M68). In seinem Bericht vom 5. März 2012 hielt er sodann fest, dass die Ulnaverkürzungsosteotomie formell verheilt sei und mit der Metallentfernung zumindest die lokale Situation besser geworden sei (Urk. 9/M78). In seinem Bericht vom 8. Mai 2012 führte er aus, er sei nach wie vor der Meinung, dass die Beschwerdeführerin reintegrierbar sei (Urk. 9/M83). Dr. E.____

hielt in seinem Bericht vom 9. Februar 2012 fest, dass die Metallentfernung komplikationslos verlaufen sei und unabhängig von kleineren Einschränkungen und möglicherweise intermittierenden trophischen Reaktionen und Reizzuständen aufgrund der noch ungewohnten Belastungen nun ohne weiteres davon ausgegangen werden dürfe, dass die volle Arbeitsfähigkeit wieder gegeben sei (Urk. 9/M76).

Insgesamt geht aus den medizinischen Akten so mit ein problemloser Heilungsverlauf nach der Metallentfernung hervor und die Arbeitsfähigkeit ist spätestens zwei Monate danach wieder gegeben. Es bestehen zwar weiterhin hin subjektive Beschwerden. In somatischer

Hinsicht ist jedoch davon auszugehen, dass durch weitere Heilbehandlungen keine namhafte Besserung mehr zu erwarten ist.

Die Leistungseinstellung per 29. Februar 2012 ist somit gerechtfertigt. 6.

6.1

Zu prüfen ist schliesslich, ob über den 29. Februar 2012 hinaus Leistungen zu erbringen sind, mithin ob die nach diesem Zeitpunkt geklagten Beschwerden noch in einem natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zum Unfallereignis stehen. 6.2

Das CRPS ist eine zusammenfassende Bezeichnung für Krankheitsbilder, welche die Extremitäten betreffen, sich nach einem schädigenden Ereignis entwickeln und durch anhaltenden Schmerz mit Störungen des vegetativen Nervensystems, der Sensibilität und der Motorik gekennzeichnet sind. Das CRPS I ist eine Erkrankung einer Extremität, die ohne definierte Nervenläsion nach relativ geringfügigem Trauma ohne Bezug zum Innervationsgebiet eines Nervs auftritt. Eingeteilt wird es in drei Stadien: Entzündungsstadium (I), Dystrophie (II), Atrophie (III, irreversibel). Das CRPS II bezeichnet brennende Schmerzen und Störungen des sympathischen Nervensystems als Folge einer definierten peripheren Nervenläsion. Klinische Zeichen sind schwer lokalisierbare brennende Schmerzen (z.B. Allodynie, Hyperalgesie) zusammen mit autonomen (Ödeme, Temperatur- und Schweißsekretionsstörung, eventuell trophische Störung der Haut, Nagelveränderungen, lokal vermehrtes Haarwachstum), sensiblen und motorischen Störungen; im weiteren Verlauf Knochenabbau (Demineralisation), eventuell Ankylose und Funktionsverlust (Peschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 263. Auflage, Berlin 2012, S. 1875).

Das CRPS ist eine neurologisch-orthopädisch-traumatologische Erkrankung und ein organischer beziehungsweise körperlicher Gesundheitszustand (Urteil des Bundesgerichts 8C_1021/2010 vom 19. Februar 2011 E. 7).

Anhand der diagnostischen Handgelenksarthroskopie vom 11. September 2008 stellte Dr. A._____

die Diagnose einer TFCC-Läsion und einer Bandruptur radiolunär und erwähnte in seinem Bericht vom 8. Oktober 2008 erstmals den Verdacht eines CRPS (Urk. 9/M13).

Die 3-Phasen-Skelettszintigrafie vom 16. Juni 2009 ergab eine in allen drei Phasen etwas verminderte Aktivitätsbelegung der linken Hand und ebenfalls einen Verdacht auf ein CRPS Stadium I (Urk. 9/M24). Auch Dr. J._____ hielt in seinem Bericht vom 13. Oktober 2009 fest, das Röntgen vom 21. September 2009 zeige eine leicht fleckige Osteoporose am distalen Radius,

Scaphoid und Trapezium, was zu einem Rest-Sudeck-Passé (Urk. 9/M29). Dr. C._____ erwähnte in seinem Bericht vom 2. November 2009 wahrscheinlich vorhandene Neurombeschwerden und eine Ausweitung im Sinne eines CRPS

(Urk. 9/M30). Dr. B._____ diagnostizierte in seinem Gutachten vom 20. November 2009 ein chronisches Schmerzsyndrom Handgelenk links im Sinne eines milden CRPS I/II mit multiplen diffusen Schmerzlokalisationen und sekundärer Verspannung der Armmuskulatur. Er führte aus, die diffuse Schmerzhaftigkeit des Handgelenks mit ihren multiplen Schmerzlokalisationen sei praktisch unverändert geblieben, finde aber trotz mehrfacher bildgebender Diagnostik kein erkennbares Korrelat. Eindeutige Zeichen für

ein manifestes CRPS läge nicht vor. Bei der Beschwerdeführerin habe sich bereits früh auf dem Boden ihrer hohen vegetativen Reaktionsbereitschaft ein klinisch kaum fassbares komplexes regionales Schmerzsyndrom (CRPS I) entwickelt, welches einerseits durch die Kontrastmittel-Injektionen, andererseits durch die Irritation des dorsalen Ulnaris as tes anlässlich der Handgelenksarthroskopie (CRPS II) zumindest akzentuiert worden sei. Obschon zum jetzigen Zeitpunkt keine eindeutigen Zeichen für ein manifestes CRPS ausgemacht werden könnten, müsse davon ausgegangen werden, dass die aktuelle Schmerzsituation in diesem Sinne mit überwiegender Wahrscheinlichkeit unfallkausal sei. Die subjektiv empfundenen Beschwerden fänden zumindest in der Bildgebung kein erkennbares Korrelat, was allerdings beim hier mit hoher Wahrscheinlichkeit abgelaufenen CRPS nicht ungewöhnlich sei (Urk. 9/M31 S. 16).

Dr. C.____ erwähnte in seinem Bericht vom 21. September 2010 als Diagnose chronische linksseitige Handgelenksbeschwerden

mit durch gemachtem CRPS und hielt fest, die Situation habe sich bezüglich des CRPS deutlich beruhigt (Urk. 9/M36).

Auch wenn die Diagnose eines CRPS

vorliegend sehr vage bleibt, indem lediglich von einem „milden“ oder einem „klinisch kaum fassbaren“

CRPS die Rede ist und keine eindeutigen Zeichen für ein manifestes CRPS ausgemacht werden können, ist aufgrund der übereinstimmend gestellten Diagnose zu schliessen, dass dem klinischen Beschwerdebild zumindest anfänglich wahrscheinlich eine organische Genese zugrunde lag.

Fraglich ist indessen, wie es sich damit im Zeitpunkt der Leistungssteinstellung per 29. Februar 2012 verhielt.

Nachdem sich das CRPS gemäss Bericht von Dr. C.____ vom 21. September 2010 (Urk. 9/M36)

weitgehend remittiert hatte, erwähnte dieser in seinem Bericht vom 16. Mai 2011 erneut eine leicht dystrophe Reaktion mit einem beginnenden CRPS (Urk. 9/M55). Nach der am 13. Dezember 2011 durchgeführten Metallentfernung führte

Dr. C.____ in seinem Bericht vom 5. März 2012

aus, es liege eine chronische Situation mit residuellen, an ein CRPS erinnernden Restbeschwerden vor (Urk. 9/M78). In seinem Bericht vom 8. Mai 2012 führte er aus, die Beschwerdeführerin habe chronische Schmerzen aufgrund des CRPS (Urk. 9/M83). Damit verweist er jedoch lediglich auf das wahrscheinlich durchgemachte und inzwischen weitgehend remittierte CRPS, zumal er die Diagnose eines CRPS nicht mehr stellt und auch keinerlei Befunde erwähnt, die auf ein CRPS hindeuten würden. Dr. E.____ hatte bereits in seiner Stellungnahme vom 28. Juli 2011 darauf hingewiesen, dass ein CRPS mehrfach diskutiert, gutachterlich in einem Grad I-II festgehalten, radiologisch und szintigraphisch aber nie belegt worden sei. Aufgrund des szintigraphischen Befundes sei höchstens der

Verdacht eines CRPS geäussert worden und es seien degenerative Veränderungen beschrieben worden. Einhellig sei ein schmerzhafter, bewegungseinschränkender und mit

gelegentlichen Schwellungen einhergehender Zustand des linken Handgelenkes beschrieben worden, ohne dass die Kriterien eines CRPS in irgend einer Darstellung objektiv festgehalten worden wären. Dr. B.____ wies zu dem in seinem Gutachten vom 20. November 2009 darauf hin, dass die psychische Situation der Beschwerdeführerin (anhaltende Stellenlosigkeit, fehlende

Zukunftsperspektiven, Mobbing)

möglicherweise die Unfall- und Schmerzverarbeitung beeinflusse (Urk. 9/ M31 S. 25).

Gestützt auf die medizinische

Aktenlage

ergibt sich somit , dass – wenn überhaupt – höchstens anfänglich ein CRPS und damit ein organisches Korrelat

vorgelegen hat und die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden spätestens im Zeitpunkt der Leistungseinstellung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit

nicht mehr darauf zurückzuführen waren . Bei dieser Sachlage erübrigen sich weitere medizinische Abklärungen , zumal auch im Bericht des Dr. med. K.____ vom 31. Mai 2012 ausser einer Schmerzhaftigkeit keine Befunde erwähnt werden, welche auf ein manifestes CRPS hindeuten würden (Urk. 9/M88) . 6.3

Da spätestens im Zeitpunkt der Leistungseinstellung kein organisches Korrelat für die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden mehr bestand , hat die Adäquanzprüfung nach Massgabe der Rechtsprechung zur Adäquanz bei psychischen Unfallfolgen gemäss BGE 115 V 133 E.

6c/ aa zu erfolgen. Beim Ereignis vom 27. März 2008

handelt es sich um einen leichten Unfall , der erfahrungsgemäss nicht geeignet ist, einen erheblichen Gesundheitsschaden zu verursachen. Die Adäquanz eines allfälligen natürlichen Kausalzusammenhangs ist somit ohne weiteres zu verneinen (vgl. vorne E.

E. 7

mit Hinweis). Für

die Beurteilung dieser Frage ist an das Unfallereignis anzuknüpfen, wobei – ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf - folgende Einteilung vorgenommen wurde: banale beziehungsweise leichte Unfälle einerseits, schwere Unfälle andererseits und schliesslich der dazwischen liegende mittlere Bereich (BGE 115 V 133 E.

6; vgl. auch BGE 134 V 109 E.

6.1, 120 V 352 E.

5b/ aa ; SVR 1999 UV Nr. 10 E.

2).

E. 9

In seinem Bericht vom 2. November 2009 hielt Dr. C.____ fest, objektiv liege einerseits eine TFCC - Läsion bei Ulna -Plus-Varianz vor. Andererseits finde sich ein Status nach Handgelenksarthroskopie mit wahrscheinlichen Neurombesehwerden und einer Ausweitung im

Sinne eines CRPS . Die mechanische Problematik wäre allenfalls einer Ulnaverkürzungs-Osteotomie zugänglich. Auf grund der diffusen Beschwerden und des wahrscheinlich vorhandenen CRPS empfehle sich jedoch eine solche Therapie nicht (Urk. 9/M30) 3.

E. 10

Im Gutachten vom 20. November 2009 nannte Dr. B.____ folgende Diagnosen (Urk. 9/M31 S. 11) : - Chronisches Schmerzsyndrom Handgelenk links im Sinne eines milden CRPS I/II mit multiplen diffusen Schmerzlokalisationen und sekundärer Verspannung der Armmuskulatur / Schonhaltung bei - Status nach Distorsionsverletzung Handgelenk links (27.03.2008) mit radiolunärer Bandläsion und TFCC-Ruptur - Narbenneurom des dorsalen Ulnarisastes bei Status nach Handgelenksarthroskopie (09.09.2008)

Er hielt zunächst fest, am 27. März 2008 habe sich die Explorandin während Ausbildungsferien auf Z.____ ein belastetes Abstütztrauma des linken Handgelenks zugezogen, welches innert Wochenfrist zunehmend schmerzhaft geworden sei und auf konservative Therapiemaßnahmen mit Ruhigstellung und Analgesie praktisch nicht angesprochen habe. Radiologisch wie auch MR-tomographisch hätten sich im April wie auch im Juni 2008 unauffällige Befunde finden lassen, weswegen angesichts des protrahierten Verlaufs mit anhaltender Arbeitsunfähigkeit am 9. September 2008 eine Handgelenksarthroskopie durchgeführt worden sei, welche neben einer radiolunären Bandläsion auch Rupturen des TFCC an dessen radialem Ansatz und in dessen zentraler Portion habe nachweisen können . Der Eingriff sei deshalb mit einem Debridement und einer Synovektomie kombiniert worden. Postoperativ habe sich eine auffallende neuralgiforme Schmerzhaftigkeit gezeigt, welche anfangs Oktober 2008 erstmals an das Vorliegen eines CRPS habe denken lassen. Die Beschwerdeführerin habe die Einholung einer Zweitmeinung gewünscht und sich deshalb vom beratenden Arzt des Unfallversicherungers an die D.____ - klinik zuweisen lassen. Im Vorfeld der Untersuchung sei nochmals eine MR-Tomographie durchgeführt worden, wobei die intraartikuläre Instillation von Kontrastmittel wie bereits bei den beiden früheren Untersuchungen ausserordentlich schmerzhaft gewesen sei und daher gar nicht durchgeführt werden können. Abgesehen von einer leichten Ausdünnung der radialen TFCC-Anteile nach arthroskopischem

Discus-Shaving hätten sich im neusten MRI keine mit den angegebenen Beschwerden korrelierenden Befunde finden lassen. Im Zusammenhang mit der Untersuchung in der D.____ - klinik habe sich eine relativ schwierig zu erfassende Situation mit multiplen Schmerzpunkten um das ganze Handgelenk herum und entsprechend schwieriger Untersuchungstechnik gezeigt. Ein seitens der Explorandin angegebenes subjektives Instabilitätsgefühl habe nicht objektiviert werden können, wobei aber die Untersuchung durch die heftige Schmerzauslösung bei den Stresstests sowie die relativ ausgeprägte vegetativ bedingte Kollapsneigung erschwert gewesen sei. Klinisch hätten sich aber Anhaltspunkte für ein Narbenneurom des dorsalen Ulnarisastes bei Zustand nach Handgelenksarthroskopie finden lassen. Die zusätzlich veranlasste Skelettszintigraphie habe aufgrund einer verminderten Aktivitätsbelegung Anhaltspunkte für das Vorliegen eines CRPS ergeben. Die bisherigen diesbezüglichen Behandlungsansätze hätten sich indes bis anhin als erfolglos oder als höchstens kurzfristig wirksam erwiesen (Urk. 9/M31 S. 11

f.).

Der Gutachter führte

weiter aus, aktuell stehe klar die chronische Schmerzsituation auf Niveau des Handgelenks im Vordergrund, welche sich bereits in den ersten Monaten nach der Handgelenksverletzung entwickelt habe, im Zusammenhang mit der Handgelenksarthroskopie vorübergehend exazerbierte und sich dann aber sukzessive auf das aktuelle Niveau von ca. 5-6 nach der VAS-Skala beruhigt habe. Verblieben sei einerseits ein Dauerschmerz, der mitunter auch den Nachtschlaf behindere, andererseits ein trotz zirkulärer Handgelenksmanschette immer wieder teils unkontrolliert einschüßender Schmerz tagsüber bei gleichzeitig subjektivem Instabilitätsgefühl. Die klinischen Befunde seien insgesamt relativ konsistent und deckten sich im Wesentlichen mit den anlässlich früherer Untersuchungen erhobenen Befunden. Die Handgelenksbeweglichkeit habe in den vergangenen Monaten aber – überwiegend schmerzbedingt – leicht abgenommen. Die diffuse Schmerzhaftigkeit des Handgelenks mit ihren multiplen Schmerzlokalisationen sei praktisch unverändert verblieben, finde aber trotz mehrfacher bildgebender Diagnostik kein erkennbares Korrelat. Eindeutige Zeichen für ein manifestes CRPS lägen nicht vor und eine Instabilität könne auch bei repetitiver Überprüfung in diversen Handgelenkspositionen nicht gefunden werden. Auf fallend sei trotz der erheblichen Schmerzen eine noch relativ gute Faustschlusskraft (ca.

50 % der gesunden Gegenseite), welche auch beim schlecht kontrollierbaren raschen Griffwechsel konsistente Werte ergebe. Trotzdem sehe sich die Beschwerdeführerin ausserstande, ihre (leichte) Tätigkeit am Computer wieder aufzunehmen, da der rasch repetitive Einsatz der linken Hand bereits bei geringem Kraftfluss und Bewegungsausschlag vermehrt Schmerzen auslöse. Die vergleichsweise erhobenen Umfangsmasse auf verschiedenen Niveaus zeigten praktisch allseits physiologisch geringfügig höhere Werte auf der stärker beanspruchten rechten Seite. Unter Berücksichtigung des gesamten Verlaufes wie auch der aktuellen klinischen Untersuchung müsse davon ausgegangen werden, dass sich bei der Beschwerdeführerin bereits früh auf dem Boden ihrer hohen vegetativen Reaktionsbereitschaft ein klinisch kaum fassbares komplexes regionales Schmerzsyndrom (CRPS I) entwickelt habe, welches einerseits durch die Kontrastmittel-Injektionen, andererseits durch die Irritation des dorsalen Ulnarisastes anlässlich der Handgelenksarthroskopie (CRPS II) zumindest vorübergehend akzentuiert worden sei. Obschon zum jetzigen Zeitpunkt keine eindeutigen Zeichen für ein manifestes CRPS ausgemacht werden könnten, müsse davon ausgegangen werden, dass die aktuelle Schmerzsituation in diesem Sinne mit überwiegender Wahrscheinlichkeit unfallkausal sei. Da sich die psychische Situation mit anhaltender Stellenlosigkeit, fehlenden Zukunftsperspektiven und Mobbing hinsichtlich der Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit alles andere als günstig auswirken dürfte, sei eine rasche psychiatrische respektive psychologische Beurteilung und gegebenenfalls auch Begleitung in Betracht zu ziehen (Urk. 9/M31 S.

E. 12

ff.) . Die subjektiv empfundenen Beschwerden fänden zumindest in der Bildgebung kein erkennbares Korrelat, was allerdings beim hier mit hoher Wahrscheinlichkeit abgelaufenen CRPS nicht ungewöhnlich sei. Da sich die klinische Untersuchung aufgrund der multiplen Schmerzhaftigkeit wie auch der erhöhten Neigung zu vegetativen Überreaktionen äusserst schwierig gestalten könne, könne zum jetzigen Zeitpunkt nicht definitiv zur Frage einer Instabilität im distalen Radioulnargelenk Stellung genommen werden. Hingegen sei eine

Irritation des dorsalen Ulnarisnervenastes im Sinne eines Narbenneuroms klinisch fassbar (Urk. 9/M31 S.

16). Die maximale zumutbare tägliche Arbeitszeit in einer den Unfallfolgen angepassten zumutbaren Tätigkeit bezogen auf ein V ollpensum betrage 80 bis 100 % (Urk. 9/M31 S. 21).

Schliesslich führte der Gutachter aus, da die psychische Situation der Be schwerdeführer in sowie deren Einfluss auf die gesamte Unfall- und Schmerzverarbeitung sei nerseits nicht adäquat beurteilbar sei und darin möglicherweise ein oder so gar der Schlüssel zur Beruhigung der Schmerzproblematik respektive zur Norma li sierung des Verlaufs stecken könnte, empfehle er eine psychiatrische oder psy chologische Beurteilung innerhalb der kommenden zwei bis drei Monate und eventuell auch eine entsprechende Begleitung (Urk. 9/M31 S. 25).

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