

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2015.00238 vom 27. März 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-03-27, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2015.00238](https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2015.00238)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2015.00238 du 27 mars 2017

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2015.00238 del 27 marzo 2017

## Erwägungen

### E. 1

X.\_\_\_\_, geboren 1980, war mit einem Pen sum von 80 % als Mitarbeiterin des Hausdienstes im Y.\_\_\_\_ angestellt und damit obligatorisch bei der AXA Versicherungen AG gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert, als sie sich am 19. Juni 2013 ihre rechte Hand in einer Türe einklemmte. Die Versicherte begab sich noch gleichentags zu Dr. med. Z.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Allgemeinmedizin, in Behandlung. Er diagnostizierte eine Handkontusion und attestierte eine sicher bis zum 28. Juli 2013 andauernde 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 9/M1). Der Arbeitgeber der Versicherten reichte am 8. Juli 2013 eine Schadenmeldung für das Ereignis vom 19. Juni 2013

bei der AXA Versicherungen AG

ein (Urk. 9/A1), worauf diese

Taggeldzahlungen

leistete und

die Behandlungskosten übernahm

(vgl. Urk. 9/1).

Die AXA Versicherungen AG zog diverse medizinische Unterlagen bei (Urk. 9/M3, 9/M5, 9/M8, 9/M12, 9/M13, 9/M15, 9/M16, 9/M18-2

### E. 1.1

Am 1. Januar 2017 sind die am 25. September 2015 beziehungsweise am 9. November 2016 verabschiedeten geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) in Kraft getreten.

Gemäss den allgemeinen übergangsrechtlichen Regeln sind der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen, die in Geltung standen, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende und somit rechtserhebliche Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 466 E. 1, 126 V 134 E. 4b, je mit Hinweisen). Dementsprechend sehen die Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 des UVG vor, dass Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem 1. Januar 2017 ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt werden (Absatz 1 der genannten Übergangsbestimmungen).

Der hier zu beurteilende Unfall ereignete sich am 19. Juni 2013, weshalb die bis 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Normen auf den vorliegenden Fall Anwendung

finden und in dieser Fassung zitiert werden.

## **E. 1.2**

Gemäss Art. 6 Abs. 1 UVG werden -

soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt

die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt. 1. 3

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt 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 entfielen (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). 1. 4

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).

Bei objektiv ausgewiesenen organischen Unfallfolgen deckt sich die adäquate, d.h. rechtserhebliche Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung (BGE 134 V 109 E. 2.1). ).

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. 7 mit Hinweisen). 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. 1.5**

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 134 V 231 E. 5.1, 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 135 V 465 E. 4.4, 125 V 351 E. 3b/ ee , 122 V 157 E. 1c; vgl. auch BGE 123 V 331 E. 1c). 2.

Die Beschwerdegegnerin begründete die Einstellung der Versicherungsleistungen im Wesentlichen damit, es sei auf das internistisch-rheumatologische Gutachten von Dr. A.\_\_\_\_

vom 2. April 2015 und die Stellungnahme von Dr. B.\_\_\_\_ vom 18. September 2015 abzustellen. Demnach sei kein komplexes regionales Schmerzsyndrom (im Folgenden: CRPS) mehr zu diagnostizieren. Es bestehe weder im Beruf noch im Haushalt eine Limitierung.

Der Nachweis, dass die noch vorhandene Symptomatik

in einem natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zum Unfallereignis vom 19. Juni 2013 stehe, lasse sich nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erbringen. Selbst wenn ein natürlicher Kausalzusammenhang bestünde, wäre die Leistungspflicht wegen fehlender Adäquanz abzulehnen. Bei der vorliegenden Symptomatik sei in Anlehnung an die aktuelle Rechtsprechung (vgl. das Urteil des Bundesgerichts 8C\_729/2012 vom 4. April 2013) zu prüfen, ob die psychischen Beschwerden in einem adäquaten Kausalzusammenhang zum Ereignis stünden,

und ein solcher sei zu vertreten (Urk. 2 ,  
8 und 27 ).

Demgegenüber liess die Beschwerdeführerin den Standpunkt vertreten, es mangle an der erforderlichen Unabhängigkeit und Unvoreingenommenheit von Dr. A.\_\_\_\_ .

In ihrem Gutachten habe sich Dr. A.\_\_\_\_

zudem nicht mit der von diversen Ärzten gestellten Diagnose einer fokalen Dystonie auseinander gesetzt. Auf ihre Ausführungen könne daher nicht abgestellt werden. Die von der Beschwerdegegnerin zitierte bundesgerichtliche Praxis, wonach bei Abheilung eines CRPS die Prüfung der Adäquanz der Beschwerden nach der sogenannten Psychopraxis zu erfolgen habe, finde vorliegend keine Anwendung, da mit der fokalen Dystonie organische Beschwerden vorlägen

(Urk. 1 , 14 und 20 ). 3 .

## **E. 2**

und 9/M32).

Am

## **E. 3**

0. Januar 2015 gab sie bei Dr. med. und Dr. sc. nat . ETH A.\_\_\_\_ , Fachärztin FMH für Innere Medizin und Rheumatologie, ein Gutachten in Auftrag ( Urk. 9/A50) , das am 2. April 2015 erstattet wurde (Urk.

9/M37 ) . Dazu nahm der Rechtsvertreter der Versicherten mit Eingabe vom

5. Juni 2015 Stellung ( Urk. 9/A 69 ) und gab einen Arztbericht vom 28. Mai 2015 ( Urk. 9/M39 = Urk. 9/A69/B2)

zu den Akten .

Mit Verfügung vom 16. Juni 201

### **E. 3.1**

3

Aus dem im Beschwerdeverfahren neu eingereichten neurologischen Gutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_ , Facharzt FMH für Neurologie, vom 19. August 2016 geht hervor, dass dieser die Beschwerdeführerin am 19. Mai und am 9. Juni 2016 untersuchte ( Urk. 21 S. 1). Als Diagnosen hielt er einen Status nach Quetschtrauma der Hand (19.06.2013) mit Entwicklung eines CRPS, eine post traumatische fixierte Dystonie der rechten Hand (ICD-10: G24.8; M89.0), einen Status nach tangentialer Schnittverletzung dorsal am IP-Gelenk des linken Daumens mit möglichem partiellem CRPS (01.08.2012) und einen Status nach Endgliedverletzung des Mittelfingers rechts im Alter von 2-3 Jahren fest ( Urk. 21 S. 12 und 19 ).

Die Simulation einer fixierten Dystonie sei sehr selten. Neben der klinischen Untersuchung und Beschreibung des dystonen Zustandsbildes gebe es keine einfachen apparativen Tests, welche die klinische Diagnose einer Dystonie eindeutig unterstützen beziehungsweise gegenüber einer Simulation abgrenzen könnten. Als Hinweis auf eine nicht bewusste Ursache der fixierten Dystonie könne die bei der Versicherten beobachtete Seitendifferenz

der silent

period gelten. Die Untersuchung der silent

period sage etwas über den Zustand inhibitorischer zentral motorischer Mechanismen aus, wobei diese im Einzelnen sehr komplex und nicht vollständig verstanden seien. Auf ein Problem im Bereich der Verarbeitung sensorischer Zuflüsse weise das rechts sowohl aktiv wie passiv gestörte Nachmachen von passiven vorgemachten oder nachzu ahmenden Bewegungen der linken Seite hin . Eine ähnliche Störung der Verarbeitung sensorischer Zuflüsse bei funktionellen Störungen sei kürzlich in der Fachliteratur beschrieben worden ( Urk. 21 S. 17 mit Hinweisen).

Auf zwei Punkte sei speziell einzugehen:

Es entspreche der klinischen Erfahrung, dass sich dystone Phänomene im Schlaf veränderten. In der Regel nähmen sie ab, dies gelte auch für fixierte dystone Stellungen. Die Abnahme einer Haltung im Tiefschlaf oder unter Narkose schliesse lediglich eine Kontraktur im Bereich der befallenen Gelenke aus, erlaube jedoch nicht zu unterscheiden, ob die Dystonie psychogen oder organisch sei. Es sei nicht haltbar, die Abnahme der dystonen Handstellung im Schlaf als Hinweis auf ein Fehlen jedwelcher Störung zu nehmen ( Urk. 21 S.

### **E. 3.2**

Im Austrittsbericht der Rehaklinik F.\_\_\_\_ vom 22. April 2014 wurden die folgenden Diagnosen aufgeführt ( Urk. 9/M20 S. 1):

A.

Unfall vom 19.06.2013: Einklemmung rechte Hand in einer Balkontüre

Quetschverletzung Mittelhand ulnarseitig rechts

-

im Verlauf CRPS der rechten Hand

-

Behandlung unter anderem mit Stellatumblockaden

Aktuell:

-

in Rückbildung begriffenes CRPS der rechten Hand - Motorische Koordinationsstörung, Finger V wird immer überstreckt und abduziert gehalten, Finger IV initial auch überstreckt, bei Austritt eher im Grundgelenk gebeugt, neu vor Austritt Finger III immer im Grundgelenk gebeugt : - Verdacht auf konversive Bewegungsstörung der rechten Hand mit bizarrer Fingerhaltung (ICD-10: F44.4) B.

Status nach tangentialer Schnittverletzung dorsal am IP-Gelenk des linken Daumens mit partiellem CRPS im Sommer 2012 C.

Status nach Amputation/subtotaler Amputation (?) Endglied Mittelfinger rechts im Alter von 2-3 Jahren, Status nach Replantation D.

Status nach gastroscopisch verifizierter Helicobacter -positiver Gastritis (oder Ulcus?) 2010.

Es wurde die Auffassung vertreten, die Fehllhaltung und die eingeschränkten aktiven Bewegungen der Finger seien nicht strukturbedingt, sondern würden durch die übermässige Anspannung gewisser Muskelgruppen verursacht

( Urk. 9/M20 S. 3 ) . Die bisherigen Behandler hätten die motorische Fehlkoordination als Folge des CRPS beurteilt. Während des stationären Aufenthalts habe sich die motorische Dyskoordination verschlimmert. Nach einem kurzen physiotherapeutischen Versuch, die Beugung der ulnaren Finger durch elektrische Muskelstimulation der langen Flexoren zu verbessern, halte die Versicherte den vorher wenig betroffenen Mittelfinger immer in einer gespannten Beugehaltung im Grundgelenk und könne den Finger in diesem Gelenk nicht mehr strecken. Der Ringfinger, der früher eher in einer Überstreckung gestanden habe, befinde sich nun auch eher in einer angespannten Beugung im Grundgelenk ( Urk. 9/M20 S. 3 und 5 ) .

Die ausgeprägte motorische Dyskoordination stehe im Kontrast zu den sonst nur noch bescheidenen und im Aufenthaltsverlauf weiter rückläufigen CRPS-Symptomen und scheine nicht unbedingt nur durch das CRPS erklärbar. Man vermute eine Konversionsstörung als Ursache der bizarren Fingerhaltung. Dies gestützt auf die psychiatrische Evaluation und die – zeitweilige – Beobachtung einer relativ gleichgültig-unbesorgten Haltung gegenüber der betroffenen Hand. Um die erwähnte Verdachtsdiagnose zu erhärten, sei eine neurologisch-elektro-physiologische Abklärung notwendig, um einerseits eine organische neuromuskuläre Pathologie, die allerdings unwahrscheinlich sei, auszuschliessen, und andererseits zu versuchen, zwischen einer Dystonie und einer psychogenen Muskel-Hyperaktivität zu unterscheiden. Therapeutisch gäbe es im Falle einer Dystonie, wofür die Befunde allerdings nicht typisch seien, eine konservative Behandlungsmöglichkeit bei Dr.

G.\_\_\_\_ im H.\_\_\_\_ (Urk. 9/M20 S. 3) . Bei einer spastischen Hyperaktivität der intrinsischen Muskulatur bestünde die Möglichkeit einer Botox-Behandlung. Von einer solchen sei bei der vermuteten psychogenen Ursache indessen keine Besserung zu erwarten . Es sei nicht ausgeschlossen, dass nach einer invasiven Behandlung eine weitere Verschlechterung der motorischen Fehlkoordination entstehen könnte, nachdem die Versicherte bereits auf eine kurzfristige elektrische Muskelstimulation der Langfinger-Flexoren mit einer anhaltenden Verschlechterung der dystonen Haltung ihrer Hand reagiert habe ( Urk. 9/M20 S. 4).

Abschliessend wurde eine neurologische Untersuchung und in Anbetracht der Verdachtsdiagnose einer Konversionsstörung eine Psychotherapie empfohlen. Eine Psychotherapie habe die Versicherte indessen ausdrücklich abgelehnt (Urk. 6 /M20 S. 2).

Im beiliegenden Bericht von Dr. med. I.\_\_\_\_ , Facharzt FMH für Plastische Chirurgie und Handchirurgie, vom 17. April 2014 zum handchirurgischen Konsilium wurde eine Hyperaktivität der Interossei - Muskulatur der rechten Hand bei Status nach Quetschtrauma im Juni 2013 diagnostiziert und ebenfalls eine neurologische Untersuchung mit Elektromyographie der intrinsischen Muskulatur empfohlen, um eine Dysfunktion des

ulnaris auszuschliessen, auch wenn kein Tinel -Zeichen

und keine Lähmung vorhanden seien. Ferner wurde festgehalten, die Versicherte habe keine Synkinesie , aber wenn sie schlafe (sie trage eine Schiene in Intrinsic Plus) , sei der Kleinfinger nicht mehr abduziert und überstreckt (Urk. 6/M19 S.

## 2). 3. 3

Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Neurologie im Spital E.\_\_\_\_, führte am 14. Mai 2014 die neurologische Untersuchung durch. Er diagnostizierte eine bizarre Fingerstellung der rechten Hand und äusserte die Verdachtsdiagnosen einer Konversionsstörung oder einer fokalen Dystonie. Zum Status hielt er fest, dass der Kleinfinger in Streckstellung und in abduzierter Position gehalten, der Ringfinger nach rechts in flektierter Stellung. Der Mittelfinger sei ebenfalls im Grundgelenk flektiert. Bei allen drei Fingern könne die Neutralposition erreicht werden, dies sei aber schmerzhaft. Nachts werde mit Hilfe einer Schiene ebenfalls eine Neutralstellung erreicht. Die Hand sei stark druckdolent. Es bestehe eine eingeschränkte Kooperationsfähigkeit. Die Kraftgrade seien nicht schlüssig beurteilbar. Die Versicherte gebe eine Hypästhesie an Dig IV und V an, es sei explizit auch ein radialer Anteil Dig IV betroffen. Sonst werde das Berührungsempfinden als intakt beschrieben (Urk. 9/M21 S. 1).

Die Elektromyografie des Musculus

abductor

pollicis

brevis

sei bezüglich pathologischer Spontanaktivität nicht sicher beurteilbar. Es gebe eine Überlagerung durch Willkürmotorik in Folge mangelnder Entspannung. Die Einzelpotentialanalyse sei ebenfalls nicht verwertbar, da die Versicherte stark schmerzgestört sei (Urk. 9/M21 S. 2).

Leider hätten die vorgesehenen myografischen Untersuchungen nicht durchgeführt werden können, da die Versicherte sie nicht toleriert habe. Prinzipiell müsse differentialdiagnostisch an eine Konversionsstörung oder an eine fokale Dystonie gedacht werden. Das Auftreten unmittelbar im Anschluss an den Unfall und die Verschlechterung in der Rehaklinik F.\_\_\_\_ nach der Stromapplikation sprächen für die Konversionsstörung. Eine Unfallfolge könne man höchstens in Form einer durch das Trauma ausgelösten Konversionsstörung postulieren. Insgesamt falle die Beurteilung schwer, er schlage daher vor, die Versicherte durch den Dystonie-Spezialisten PD Dr.

K.\_\_\_\_ beurteilen zu lassen mit der Fragestellung, ob Botox-Injektionen sinnvoll erschienen (Urk. 9/M21 S. 2).

Gleichentags erhob Dr. D.\_\_\_\_ noch deutliche Aktivitätszeichen des CRPS. Die Versicherte zeige überdies einen massiven Strecktonus im Kleinfinger und einen Flexionstonus im Mittelfinger, beide seien muskulär und nicht strukturell bedingt. Unter Ablenkung könnten die fokalen Hypertonien

überwunden werden

(Urk. 9/M22 S. 1).

## 3. 4

Am 27. Juni 2014 fand die Untersuchung durch Dr. med. K.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Neurologie, im Neurozentrum L.\_\_\_\_ statt. In seinem Bericht vom 12. Juli 2014 hielt dieser einleitend eine fokale Dystonie nach Quetschverletzung der rechten Mittelhand am 19. Juni 2013 mit ausgeprägtem CRPS und einem Status nach tangentialer Schnittverletzung des

dorsalen IP Gelenkes mit (ausgeheiltem) partiellen CRPS am linken Daumen als Diagnosen fest ( Urk. 9/M25 S. 1 ).

Dr. K.\_\_\_\_ erhob bei kursorisch normalem Neurostatus eine lokale Pathologie des rechten Armes und der rechten Hand. Der Dig IV rechts sei extendiert und leicht abduziert. Der Dig V sei im Grundgelenk flektiert und sonst gestreckt. Der Dig III sei ebenfalls im Grundgelenk flektiert. Es bestehe immer noch eine gewisse Schmerzsituation bei passiver Bewegung der Finger der rechten Hand.

Mit dem Nadelektromyogramm habe Dr. K.\_\_\_\_ die Musculi

extensor

indicis

proprius , abduc tor

digiti

quinti , flexor

digitorum

sublimis ( Dig III) und interosseus V rechts untersucht. In allen diesen Muskeln habe es keine pathologische Spontanaktivität gegeben. Eindrucks­mässig bestehe diskret eine erhöhte Ruheaktivität ( Urk. 9/M25 S. 1).

Dr. K.\_\_\_\_ gelangte zur Beurteilung, es handle sich um eine distale Dystonie der Finger der rechten Hand, wie dies immer wieder bei CRPS vorkommen könne. Er habe einen Behandlungsversuch mit Botulinumtoxin unternommen, da medikamentöse Behandlungen in dieser Situation keinen Effekt hätten. Er habe unter nadelektromyografischer Kontrolle in folgende Muskeln Botox injiziert: - Musculus

extensor

indicis

proprius rechts

25 E - Musculus

abductor

digiti

quinti rechts

20 E - Musculus

flexor

digitorum

sublimis ( Dig III-Anteil) rechts

30 E - Musculus

interosseus

dorsalis V rechts

20 E - Über den Effekt der Behandlung könne er leider noch nichts sagen, da die Nachkontrolle noch nicht stattgefunden habe ( Urk. 9/M25 S. 2).

### **E. 3.5**

Am 22. Juli 2014

erstattete Dr. med. M.\_\_\_\_, Facharzt FMH für ortho pä dische Chirurgie, in seiner Funktion als Vertrauensarzt des Vorsorge versiche rers ein orthopädisch-chirurgisches Gutachten (Urk. 9/M32). Es beruhte auf einer persönlichen Untersuchung vom 2. Juni 2014

und den medizinischen Akten, darunter auch der Bericht von Dr. K.\_\_\_\_ vom 1 2. Juli 2014 ( Urk. 9/M32 S. 2 ), und enthielt die folge nden Diagnosen (Urk. 9/M32 S. 7 und 8): - Status nach Unfall vom 1 9. Juni 2013 mit Einklemmung der rechten Hand an einer Balkontüre mit Quetschverletzung der Mittelhand ulnar seits rechts - im Verlauf CRPS an der rechten Hand - Behandlung unter anderem mit Stellatumblockaden - in Rückbildung begriffenes CRPS an der rechten Hand - motorische Koordinationsstörung , Finger V wird immer überstreckt und abduziert gehalten, Finger IV ebenfalls leicht gestreckt - Verdacht auf konversive Bewegungsstörung der rechten Hand mit bizarrer Fingerhaltung (ICD-10: F44.4) - Fokale Dystonie der rechten oberen Extremität nach Quetschverletzung der Mittelhand vom 1 9. Juni 2013 mit ausgeprägtem CRPS der rechten oberen Extremität - Status nach tangentialer Schnittverletzung des dorsalen IP-Gelenkes des linken Daumens mit partiellem CRPS am linken Daumen, ausgeheilt - Verdacht auf Konversionsstörung (vgl. Bericht F.\_\_\_\_) .

Es bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit, weil die Versicherte die geschä digte rechte Hand nicht einsetzen könne ( Urk. 9/M32 S. 7). Die Versicherte könne eine vollständige Präsenzzeit erfüllen, aber eine Arbeitsleistung mit der rechten Hand sei nicht zu erwarten. Es könnten ihr sitzend administrative Arbeiten zugehalten werden, wobei dann eine vorgängige Arbeitsplatz-Evalua tion bei praktisch fehlendem Einsatz der rechten Hand vorgenommen werden müsste, um zu sehen, inwieweit sie administrative Arbeiten wie Ablegen oder Ähnliches verrichten könne ( Urk. 9/M32 S. 8).

Wegen des Verdachts auf eine Konversionsstörung erachtete Dr. M.\_\_\_\_ eine psychiatrische Beurteilung als sinnvoll (Urk. 9/M32 S. 8).

### **E. 3.6**

Nach einem weiteren Untersuch vom 8. August 2014 hielt Dr. K.\_\_\_\_ fest, dass die Behandlung mit Botulinumtoxin gemäss den Angaben der Versicherten keine Wirkung gehabt habe . Die Schmerzen seien nach wie vor vorhanden und die Stellung der Finger habe sich nicht verändert. Er habe objektiv ebenfalls keine wesentliche Besserung feststellen können, nur eine etwas schwächere Kleinfingerextension. Bekanntlich bestehe eine lokale massive Finger-Hand dystonie im Rahmen des CRPS. Diese Affektion sei schwierig zu behandeln. Er habe zur Verstärkung eines allfälligen Behandlungseffekts am 8. August 2014 nochmals den Musculus

extensor

indicis

proprius mit 20

E inheiten Botox infil triert, ebenfalls den Musculus

interosseus

dorsalis III. Dies habe nach telefonischer Auskunft der Versicherten vom 26. August 2014 keine positive Wirkung zur Folge gehabt. Weitere Therapiemaßnahmen mit Botulinumtoxin würde er daher nicht empfehlen ( Urk. 9/M29 S. 1). 3. 7

Die Versicherte suchte am 26. August 2014

Dr. D.\_\_\_\_

für eine Verlaufskontrolle

auf. Dieser vermerkte in seinem Bericht vom 27. August 2014 eine fokale Dystonie an der rechten oberen Extremität nach Mittelhandquetschung und ausgeprägtem CRPS an der rechten Hand und einen Status nach tangentialer Schnittverletzung des dorsalen IP-Gelenkes links mit partiellärem CRPS am linken Daumen (vollständig ausgeheilt) als Diagnose

( Urk. 9/M28 S. 1).

Bisher habe die Botox-Behandlung der fokalen Dystonie keine wesentliche Besserung der Situation, sondern eher eine Verschärfung der Flexionsposition von Dig

III ergeben, jedenfalls nach Angaben der Versicherten. Lokal finde sich ein nach wie vor in vollständiger Streckung fixierter Klein- und Zeigefinger bei einem voll flektierten 3. Finger und einer flektierten radial deviierten Hand. Klinisch sei der Verlauf eher zunehmend im Sinne der mangelnden Ansteuerung ( Urk. 9/M28 S. 1). 3. 8

Auch Dr. med. N.\_\_\_\_, Leitender Arzt für Schmerz und Komplementärmedizin im Spital E.\_\_\_\_, hielt in seinem Bericht vom 26. September 2014 ( Urk. 9/M30) eine fokale Dystonie der rechten Hand mit Flexionskontraktur, vor allem im dritten Finger, nach ausgeprägtem CRPS als Diagnose fest.

Die Versicherte habe angegeben, die Situation in der Hand habe sich nach der Botoxbehandlung massiv verschlechtert. Sie wünsche aus Angst vor weiteren Verschlechterungen langsam keine weiteren Behandlungen mehr. Sie habe einen Berührungsschmerz im Bereich der Finger, dort auch einen ausgeprägten Bewegungsschmerz. In Ruhe verspüre sie lediglich ein Ziehen in den Unterarm, das erträglich sei. Sie besuche zurzeit noch die Ergotherapie. Die Spiegeltherapie mache sie nervös, dort komme man auch nicht weiter.

Dr. N.\_\_\_\_ habe mit der Versicherten ausführlich besprochen, dass die Kontrakturen ohne weitere therapeutische Anstrengungen sicher bleiben würden. Da eine neuropathische Komponente dabei sei,

habe er mit ihr eine Lyrica - beziehungsweise eine Morphin-Medikation besprochen. Daneben sei sicherlich nochmals die Möglichkeit von Ganglion- Stellatum -Anästhesien vorhanden. Solche habe man bereits im Oktober 2013 an der linken Hand durchgeführt. Die Versicherte habe damals gut darauf angesprochen. Daneben gebe es in solchen Situationen auch immer wieder die Möglichkeit der Akupunkturbehandlung. Die Versicherte habe sich dazu entschieden, nochmals eine Serie Anästhesien des Ganglion- Stellatums durchführen zu lassen.

Am 14. Oktober 2014 vertrat Dr. N.\_\_\_\_ die Auffassung, dass das CRPS in der rechten Hand immer noch aktiv sei. Die Spiegeltherapie könne die Versicherte nicht durchführen, da sie dabei sehr nervös werde. Eine Hypnosebehandlung, welche der Hausarzt durchführen

möchte, gehe bei ihr nicht. Er selbst habe noch zweimal eine Ganglion- Stellatum -Infiltration vorgenommen, mit der die Situation nicht beeinflussbar gewesen sei. Die Versicherte habe von den therapeutischen Anstrengungen, welche nicht fruchteten, endgültig genug. Er habe ihr jedoch erklärt, dass die Kontrakturen ohne Therapie nicht besser würden. Auch eine Akupunkturbehandlung, welche im Prinzip eine gute Indikation für die Behandlung eines CRPS sei, wolle sie nicht mehr versuchen. Angesprochen habe er nochmals eine Versteifung der Finger, damit die Hand wenigstens funktionell wieder eingesetzt werden könne, da diese Kontrakturen doch sehr stark störten ( Urk. 9/M34/1).

In seinem letzten Bericht vom 17. November 2014 führte Dr. N.\_\_\_\_ eine fokale Dystonie der rechten Hand mit Flexionskontraktur, vor allem im 3. Finger, nach ausgeprägtem CRPS als Diagnose auf. Die Versicherte wünsche keine weiteren Behandlungen mehr ( Urk. 9/M34.2). 3. 9

Im internistisch- rheumatologischen Gutachten von Dr. A.\_\_\_\_ vom 2. April 2015 wurden keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt . Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien die folgenden Diagnosen (Urk. 9/M37.2 S. 42): - Adipositas Grad I ( BMI 30,3 kg/m<sup>2</sup> ) - Schwangerschaft (Geburtstermin Ende 10/2015) - Vitamin D-Mangel (19 nmol /l) - Status nach Quetschung der rechten Mittelhand am 19.06.2013 ohne Strukturschaden mit konservativer Therapie und passagerem CRPS - aktuell ohne Zeichen eines aktuellen CRPS mit - bizarren Stellungen des rechten Mittel- und Kleinfingers, die im Verlauf der Zeit und bei Ablenkung nicht konstant sind - Differentialdiagnostisch: - Verdacht auf artifizielle Störung bzw. - Verdacht auf konversive Bewegungsstörung der rechten Hand (ICD-10: F44.4) - Status nach Verletzung des linken Daumens am 01.08.2012 mit tangentialer Schnittverletzung des dorsalen IP-Gelenks mit passagerem partiellen CRPS und passagerer funktioneller Daumenfehlstellung (Hyperextensionsstellung im IP-Gelenk) - Status nach Amputation/subtotaler Amputation des Endglieds des rechten Mittelfingers im Alter von zwei bis drei Jahren und chirurgische Replantation.

Dr. A.\_\_\_\_ vertrat die Auffassung, die Versicherte könne spätestens seit dem 23. März 2015, dem Zeitpunkt der gutachterlichen Untersuchung, sämtliche Tätigkeiten uneingeschränkt ausüben, die Frauen ihres Alters üblicherweise machen könnten ; es bestehe weder im Beruf noch im Haushalt eine Limitierung ( Urk. 9/M37.2 S. 45 , 47 und 51 ).

Zur Beantwortung der Zusatzfragen führte Dr. A.\_\_\_\_ unter anderem aus, die objektiven Befunde erklärten nicht, weshalb die Versicherte den rechten Mittel- und Kleinfinger in einer bizarren Stellung halte ( Urk. 9/M37.2 S. 49). Ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen den aktuellen Beschwerden an der rechten Hand mit bizarren Stellungen des Mittel- und Kleinfingers und dem Unfall vom 19. Juni 2013 bestehe nicht ( Urk. 9/M37.2 S. 50). 3. 10

Der Hausarzt Dr. Z.\_\_\_\_ diagnostizierte am 27. April 2015 eine fokale Dystonie der rechten Hand mit Flexionskontraktur vor allem im dritten Finger nach ausgeprägtem CRPS, differentialdiagnostisch eine konversive Bewegungsstörung der rechten Hand, eine depressive Episode, Spannungskopfschmerzen, akzentuierte Persönlichkeitszüge und eine Schwangerschaft. Seit der Handverletzung vom 19. Juni 2013 bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit.

Die rheumatologische Abklärung durch Dr. A.\_\_\_\_ greife seiner Ansicht nach zu kurz, da es sich nicht primär um ein rheumatologisches Problem handle. Ein multidisziplinärer Ansatz sei gefordert. Bei einer fokalen Dystonie nach einem CRPS sei mindestens die Beurteilung eines Handchirurgen, eines Neurologen und bei Verdacht auf eine konversive Bewegungsstörung auch eine psychiatrische Begutachtung erforderlich. Eine Überweisung zur Beurteilung und Therapie an Dr. O.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, habe er bereits veranlasst (Urk. 9/M38).

### **E. 3.11**

Am 28. Mai 2015 nahm Dr. D.\_\_\_\_ Stellung zum Gutachten von Dr. A.\_\_\_\_. Offensichtlich sei derselben nicht bekannt, dass typischerweise nach einem CRPS neglectoide Veränderungen bis hin zur fokalen Dystonie entstehen könnten und dies eben typischerweise zu einer Ansteuerungsschwierigkeit und Kraftminderung führe. Dass die Versicherte unter Ablenkung eine gewisse Entspannung der Hand erlebe, sei ebenfalls typisch. Die Armumfänge seien bei einem verminderten Einsatz der rechten Hand nicht mit hoher Sicherheit unterschiedlich. Solche als Hinweis für eine fehlende Schonung der rechten Hand zu nehmen, sehe er als unglaubwürdig an. Was bei der schlafenden Patientin beobachtet worden sei, sei ebenfalls typisch für die fokale Dystonie und könne somit nicht als Gegenargument gegen eine relevante Diagnose erhoben werden. Insgesamt müsse er sagen, dass Dr.

A.\_\_\_\_ aus rheumatologischer Sicht keine Diagnose habe stellen können, das CRPS stelle auch keine rheumatologische Problemstellung dar. Hier sei ein interdisziplinärer Ansatz gefragt, somit sei auch eine Beurteilung von einer Fachdisziplin nicht genügend. Er erwarte eine erneute Begutachtung von einem interdisziplinären Team, um die Situation zu klären (Urk. 9/M39).

### **E. 3.12**

In der Stellungnahme vom 18. September 2015 gelangte der Neurologe Dr. B.\_\_\_\_ zur Beurteilung, es gebe mehrere Ungereimtheiten. Es sei allen bekannt, dass nach einem CRPS gelegentlich neglectoide Veränderungen bis hin zur fokalen Dystonie entstehen könnten. Die gezeigte Symptomatik sei dafür aber nicht typisch. Neglectoide Veränderungen könnten nicht belegt werden. Zwar müsse eine fokale Dystonie mit Sicherheit gesucht werden, sie sei hier jedoch nicht belegt. Gerade Dr. K.\_\_\_\_ habe richtigerweise eine fokale Dystonie gesucht (und auch postuliert), welche jedoch auf die von Dr. K.\_\_\_\_ verabreichte Botox-Behandlung keinerlei Ansprechen gezeigt habe, was die Beteiligten hellhörig machen würde. Wahrscheinlich würde auch Dr. K.\_\_\_\_ darüber in Kenntnis aller Akten hellhörig. Es sei auch richtig, dass eine fokale Dystonie im Schlaf eine geringere Ausprägung zeige, nicht jedoch ein gänzlichliches Verschwinden der Symptomatik, wie es beschrieben worden sei. Der Verlauf mit Zunahme der Symptomatik und die deutliche Inkonsistenz bei der Prüfung der Kraft sowie die groteske Kraftminderung bei seitengleicher Beschwielung seien hinweisend auf eine konversive Symptomatik. Eine Kraftabnahme auf 2,8 % sei bei einer Dystonie nach CRPS organisch fast nicht zu erklären. Aus seiner Sicht könne auf das Gutachten von Dr. A.\_\_\_\_ abgestellt werden, eine interdisziplinäre Begutachtung halte er nicht für notwendig (Urk. 9/M40 S. 6).

Eine fokale Dystonie sei nicht überwiegend wahrscheinlich und er beurteile die Versicherte als zu 100 % arbeitsfähig (Urk. 9/M40 S. 7).

### **E. 5**

stellte die AXA Versicherungen AG die Leistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung per sofort ein (Urk.

## E. 5.2

Die Tatsache, dass Dr. B.\_\_\_\_ in einem Anstellungsverhältnis zur Beschwerde gegen ihn steht, stellt die Wertigkeit seiner Ausführungen nicht in Frage. Viel mehr ist entscheidend, ob er die ihm vorliegenden medizinischen Unterlagen korrekt gewürdigt hat.

In seiner Stellungnahme

legte Dr. B.\_\_\_\_

insoweit plausibel

- und in Übereinstimmung mit Dr. D.\_\_\_\_ (vgl. Urk. 9/M39) dar, nach einem CRPS könnten gelegentlich neglectoide Veränderungen bis hin zur fokalen Dystonie entstehen (Urk. 9/M40 S. 6). Er vertrat die Auffassung, die letztgenannte Diagnose sei zwar in Betracht zu ziehen, sie sei hier jedoch nicht belegt (Urk. 9/M40 S. 6). Seine Einschätzung deckt sich mit der medizinischen Aktenlage. Bereits während des Aufenthalts in der Rehaklinik F.\_\_\_\_ wurde - neben dem Verdacht auf eine konversive Bewegungsstörung der rechten Hand mit bizarrer Fingerhaltung (Urk. 9/M20 S.

1 und 3) -

der Verdacht auf eine Dystonie geäußert, wobei die erhobenen Befunde für eine solche als nicht typisch beurteilt wurden (Urk. 9/M20 S. 3). Der Neurologe Dr. J.\_\_\_\_ diagnostizierte lediglich eine bizarre Fingerstellung der rechten Hand und

äußerte die sich aufdrängenden Verdachtsdiagnosen einer Konversionsstörung und einer fokalen Dystonie. Er vermochte die in Frage stehende neurologische Diagnose nicht mit entsprechenden Befunden fachärztlich zu objektivieren, sondern hielt fest, dass Auftreten der bizarren Fingerstellung unmittelbar in Anschluss an den Unfall und die Verschlechterung in der Rehaklinik F.\_\_\_\_ nach der Stromapplikation sprechen eher für eine Konversionsstörung (Urk. 9/M21 S. 1 f.), mithin ein psychisches Leiden. In seinem Bericht vom 15. Mai 2014 zu Händen

Dr. K.\_\_\_\_ und Dr. Z.\_\_\_\_ erwähnte Dr. P.\_\_\_\_

denn auch - insofern korrekt -

lediglich den Verdacht auf eine fokale Dystonie (Urk. 9/M22).

Zwar hielt der Neurologe Dr. K.\_\_\_\_

in der Folge

in seinem Bericht vom 12. Juli 2014 einleitend eine fokale Dystonie nach Quetschverletzung der rechten Mittelhand am 19. Juni 2013 mit ausgeprägtem CRPS als Diagnose fest (Urk. 9/M25 S. 1). Befunde, welche eine solche Diagnose untermauern würden, hatte er jedoch keine erhoben (Urk. 9/M25 S. 1). Ebenso wenig begründete Dr. K.\_\_\_\_

in seinem zweiten Bericht die Diagnose einer fokalen Dystonie, obwohl sich dies in Anbetracht der unterbliebenen Besserung nach der Botox-Behandlung (Urk. 9/M29 S. 1) geradezu aufgedrängt hätte (vgl. Urk. 9/M20 S. 4 und 9/M40 S. 6). Die von Dr. K.\_\_\_\_ gestellte Diagnose erscheint daher, wie Dr. B.\_\_\_\_ richtig erkannte (Urk. 9/M40 S. 6), nicht überzeugend. Dies gilt unabhängig davon, ob sich Dr. K.\_\_\_\_

- wie von Dr. B.\_\_\_\_ postuliert (Urk. 9/M40 S. 4 und 6) -

im Rahmen der Begründung der gestellten Diagnose mit dem Verschwinden der dystonen Symptomatik während des Schlafs hätte auseinandersetzen müssen.

Der letztgenannte Umstand war – entgegen der in der Replikschrift vertretenen Auffassung (vgl. Urk. 14 S. 4 f. ) – für Dr. B.\_\_\_\_ denn auch nicht der ausschlaggebende oder gar einzige Grund dafür, eine fokale Dystonie als nicht überwiegend wahrscheinlich zu erachten (vgl. Urk. 9/M40 S. 6). Es erübrigt sich daher zu untersuchen, wie sich die herrschende Lehre zu dieser Thematik äussert. Dementsprechend ist auch nicht näher auf die in diesem Zusammenhang eingereichten Internetauszüge (vgl. Urk. 15/1-3) einzugehen. Lediglich am Rande ist dennoch zu bemerken, dass auch der Neurologe Dr. C.\_\_\_\_

bloss davon sprach, es entspreche der klinischen Erfahrung, dass sich dystone Phänomene im Schlaf veränderten. In der Regel nahmen sie ab (Urk.

### **E. 9**

/ A80 ). 2.

Dagegen

erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt Jürg Leimbacher, mit Eingabe vom 20. November 2015 (Urk. 1) Beschwerde mit dem Antrag, der Einspracheentscheid vom 19. Oktober 2015 sei aufzuheben und es sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, ihr weiterhin Leistungen aus UVG auszurichten, namentlich Taggelder, eventualiter eine Rente und eine Integritätsentschädigung; unter Kosten- und Entschädigungsfolgen (zuzüglich Mehrwertsteuer) zulasten der Beschwerdegegnerin. Ferner wurde um die Durchführung eines zweiten Schriftenwechsels ersucht (Urk. 1 S. 2). Die Beschwerdegegnerin

schloss

am

### **E. 11**

. März 2016

auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 8 S. 2). Mit Verfügung vom

### **E. 14**

. März 2016 wurde ein zweiter Schriftenwechsel angeordnet und der Beschwerdeführerin Frist zur Einreichung einer Replik angesetzt (Urk. 10). Die Replik wurde am 2. Juni 2016 erstattet. Mit derselben wurden Texte aus dem Internet neu eingereicht (Urk. 15/1-3). Mit Eingabe vom 23. August 2016 gab der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin ein Gutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Neurologie, vom 19. August 2016 zu den Akten (Urk. 20 und 21). Er beantragte neu die Zusprechung einer 30%igen Integritätsentschädigung und den Ersatz der Gutachterkosten, den letztgenannten unter solidarischer Haftung mit der Invalidenversicherung (Urk. 20 S. 5). Am 5.

Oktober 2016 verzichtete die Beschwerdegegnerin auf eine ausführliche Duplik und nahm zu den neu eingereichten Unterlagen Stellung (Urk. 27). Davon wurde der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 6. Oktober 2016

Kenntnis gegeben (Urk. 29). Am 24. Januar 2017 reichte der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin eine Stellungnahme von Dr. C. \_\_\_ vom 23. Dezember 2016 ein (vgl. Urk. 30 und 30/1-2), welche der Gegenpartei mit Schreiben vom 31. Januar 2017 zur Kenntnisnahme zugestellt wurde (Urk. 32).

Auf die Ausführungen der Parteien und die im Beschwerdeverfahren neu eingereichten Unterlagen (Urk. 15/1-3, 21 und 31/1-2) wird, so weit erforderlich, in den Erwägungen eingegangen. Das Gericht

zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 17**

f.).

Es entspreche auch der Erfahrung, dass dyston dauerüberaktive Menschen hypertrophierten. Bei der Versicherten sei der Musculus

flexor

digitorum

superficialis praktisch dauernd aktiv und deswegen hypertrophiert, was die Seitendifferenzen im Bereich der Unterarmmuskulatur problemlos erklären könne. Im Übrigen bestehe nicht nur am rechten Oberarm, sondern auch am distalen Oberschenkel eine leichte Umfangdifferenz zu Gunsten der rechten Seite, was auf eine Rechtsdominanz der Motorik hinweisen könne (Urk.

#### **E. 21**

S. 17). Seinen Ausführungen lässt sich indessen nicht ansatzweise entnehmen, dass er das Bestehen eines neurologischen Leidens, namentlich einer fokalen Dystonie, als überwiegend wahrscheinlich erachtete

(vgl. Urk. 21). Denselben mangelt es auch an einer Auseinandersetzung mit den fehlenden Wirkungen der Botox-Behandlung (vgl. Urk. 21). Schliesslich bleibt zu bemerken, dass auch Dr. C. \_\_\_ in seinem Schreiben vom 23. Dezember 2016 eine psychische Ursache der von ihm diagnostizierten fixierten Dystonie nicht als ausgeschlossen erachtete (Urk. 31/2). 6.

Aus dem Gesagten folgt, dass ein physischer Gesundheitsschaden nicht als überwiegend wahrscheinlich erscheint. Die Rüge, die Beschwerdegegnerin hätte den adäquaten Kausalzusammenhang zwischen der noch gezeigten Fingerfehlstellung und dem Unfall vom 19. Juni 2013

nicht anhand der sogenannten Psycho-Praxis prüfen dürfen (vgl. Urk. 14 S. 3 und 20 S. 4), erweist sich daher als unbegründet. Die Erwägungen, mit denen die Beschwerdegegnerin einen adäquaten Kausalzusammenhang verneinte, sind zutreffend und wurden zu Recht nicht in Frage gestellt, so dass ohne Weiteres auf die betreffende Ausführung in dem Einspracheentscheid (Urk. 2 S. 6 f.) zu verweisen ist. 7.

Zusammenfassend ergibt sich somit, dass die Beschwerdegegnerin zu Recht einen Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin aus der obligatorischen Unfallversicherung ab dem 16. Juni 2015 verneinte. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 8.

Dem Ausgang des Beschwerdeverfahrens entsprechend hat die Beschwerde führe rin keinen Anspruch auf eine Prozessentschädigung. Mit Bezug auf den beantragt en Ersatz der Gutachterkosten ( Urk. 20 S. 5) ist überdies fest zuhalten, dass die Kos ten privat eingeholter Gutachten nur dann zu vergüten sind , wenn die Parteiex pertise für die Entscheidfindung unerlässlich war (BGE 115 V 62 E.

5c). Dies trifft vorliegend nicht zu, da sich der massgebliche medi zinische Sach verhalt mit den bereits zuvor vorhanden gewesenen Unterlagen beurteilen lässt. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde

wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Jürg Leimbacher - 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 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar ( Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu stellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweis mit tel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu ent halten; 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 Die VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin GrünigGohl Zschokke

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