

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2017.00233

vom 20. März 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-03-20, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2017.00233

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2017.00233 du 20 mars 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2017.00233 del 20 marzo 2019

Erwägungen

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 ereignet hat (vgl. BGE 127 V 466 E. 1, 126 V 134 E. 4b, je mit Hinweisen). Dem entsprechend 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 hat sich am 31. Januar 2006 ereignet, 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.

E. 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 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. 1.4

Die Versicherungsleistungen werden auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt (Art. 11 UVV). Bei einem Rückfall handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit, so dass es zu ärztlicher Behandlung, möglich erweise sogar zu (weiterer) Arbeitsunfähigkeit kommt; von Spätfolgen spricht man, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Verlaufe längerer Zeit organische oder auch psychische Veränderungen bewirkt, die zu einem anders gearteten Krankheitsbild führen können (BGE 118 V 293 E. 2c mit Hinweisen).

E. 1.5

Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen, nämlich auf die ambulante Behandlung durch den Arzt, den Zahnarzt oder auf deren Anordnung durch eine medizinische Hilfsperson sowie im weiteren durch den Chiropraktor (lit. a), die vom Arzt oder Zahnarzt verordneten Arzneimittel und Analysen (lit. b), die Behandlung, Verpflegung und Unterkunft in der allgemeinen Abteilung eines Spitals (lit. c), die ärztlich verordneten Nach- und Badekuren (lit. d) und die der Heilung dienlichen Mittel und Gegenstände (lit. e).

Den gesetzlich umschriebenen Anspruch auf Heilbehandlung hat die versicherte Person so lange, als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung eine namhafte Verbesserung ihres Gesundheitszustandes erwartet werden kann. Ob eine namhafte Besserung noch möglich ist, bestimmt sich insbesondere nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit diese unfallbedingt beeinträchtigt ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_888/2013 vom 2. Mai 2014 E. 4.1 mit Hinweisen).

E. 1.6

Ist die versicherte Person infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG), so hat sie gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG Anspruch auf ein Taggeld. Der Anspruch auf Taggeld entsteht am dritten Tag nach dem Unfalltag. Er erlischt mit der Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit, mithin im Zeitpunkt der vollen Wiedererlangung der Fähigkeit, im bisherigen oder in einem anderen Beruf zumutbare Arbeit zu leisten (Art. 16 Abs. 1 und 2 UVG i.V.m. Art. 6 ATSG; BGE 137 V 199 E. 2.1, Urteil des Bundesgerichts 8C_639/2014 vom 2. Dezember 2014 E. 3), mit dem Beginn einer Rente oder mit dem Tod der versicherten Person (Art. 16 Abs. 2 UVG).

E. 1.7

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 der Experten begründet

sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

E. 1.8

Über Leistungen, Forderungen und Anordnungen, die erheblich sind oder mit denen die betroffene Person nicht einverstanden ist, hat der Versicherungsträger schriftlich Verfügungen zu erlassen (Art. 49 Abs. 1 ATSG).

Gegen Verfügungen kann innerhalb von 30 Tagen bei der verfügenden Stelle Einsprache erhoben werden (Art. 52 Abs. 1 ATSG). 2. 2.1

Die Beschwerdegegerin begründete den angefochtenen Entscheid damit, dass die von ihr eingeholten Berichte von Dr. D.____ , Dr. E.____ , Dr. F.____ und Dr. J.____ den Vorgaben der Rechtsprechung entsprechen würden und überzeugend seien. Mit Dr. F.____ könne davon ausgegangen werden, dass der Beschwerdeführerin eine leichte, wechselbelastende Tätigkeit ohne unphysiologische Abläufe mit der linken Hand, mit nur manchmal (maximal drei Stunden pro Tag) notwendiger Tätigkeit am PC wieder ganz täglich zumutbar sei.

Dr. F.____ habe die Beschwerdeführerin aus rheumatologischer Sicht umfassend untersucht und beurteilt. Dass sie sich im Rahmen dieser Untersuchung teilweise habe entkleiden müssen, habe damit einen Grund gehabt. Gemäss Dr. E.____ seien neurologische Behandlungen nicht mehr gerechtfertigt und auch eine orthopädische Behandlung sei nach nun mehr als zehn Jahren kaum mehr gerechtfertigt. Gründe für eine weitere Ausrichtung von Taggeldern über den 30. September 2016 hinaus lägen nicht vor. Seit der Rentenzusprache per Dezember 2011 habe sich an der Situation der Beschwerdeführerin sodann nichts Wesentliches geändert. Einerseits liege nach wie vor ein Restschmerzsyndrom vor, welches sich mechanisch nicht erklären lasse. Andererseits sei die Beschwerdeführerin feinmotorisch eingeschränkt, was ihr gewisse Alltags- und Bürotätigkeiten verunmögliche. Eine heute zu gesprochene Integritätsentschädigung würde sich auf 20 % belaufen und damit tiefer ausfallen als die diejenige, die 2012 zugesprochen worden sei (Urk. 2 S. 11 ff.). 2.2

Die Beschwerdeführerin machte demgegenüber geltend, dass über zwei Jahre nach der definitiven Handpanarthrodese links nach wie vor ein chronisches Schmerzsyndrom mit neuropathischen Schmerzen persistiere. Der behandelnde Dr. med. K.____ , FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates sowie Handchirurgie, und der von der Beschwerdegegerin beigezogene Neurologe

Dr. D.____

würden die Gefühlsstörungen im Bereich des Handrückens links, welche klinisch in etwa dem Dematom des Nervus superficialis Nervi radialis entsprechen würden , bestätigen . Dr. F.____ , der einen multifaktoriellen dorsalen Handschmerz festgestellt habe , habe das Vorliegen der von ihr geltend gemachten Einschränkungen mit der Begründung verneint, dass sie ein enges Kleid problemlos habe aus- und anziehen können. Dies bestreite sie. Das betreffende Kleid sei zwar eng, aber aus Stretchstoff und einhändig problemlos aus- und anzuziehen . Zudem moniere sie, dass sie in Unterwäsche (Tanga) mehrmals habe hin- und herlaufen müssen und Dr. F.____ sie dabei in despektierlicher Weise betrachtet habe. Dies sei für eine konsiliarische Untersuchung ein eher aussergewöhnliches Vorgehen, insbesondere da es um Handgelenksbeschwerden gegangen sei. Bereits diese speziellen Vorkommnisse würden gegen die Beweiskraft des Gutachtens von Dr. F.____ sprechen.

Unterdessen hätten die neuesten Abklärungen am H.____

sodann ergeben, dass der Nerv zwischen den Sehnen und Narben eingeklemmt sei. Allenfalls werde deshalb eine weitere Operation notwendig. Der Bericht des H.____ vom 2. September 2017 belege klar, dass noch kein Endzustand erreicht und weitere Heilbehandlungen notwendig seien. Betreffend Rentenerhöhung sei zu beachten, dass sie heute keinesfalls mehr zu 100 % arbeits- und erwerbsfähig sei. Von allen Ärzten, die sie untersucht hätten, werde das Schmerzsyndrom bestätigt. Weder Dr. D.____ noch Dr. F.____ würden sich jedoch konkret zur noch vorhandenen Arbeitsfähigkeit äussern. Einzig Dr. K.____ habe dazu klar und nachvollziehbar Stellung genommen. Betreffend Integritätsentschädigung sei festzuhalten, dass sich der Zustand der linken Hand verschlechtert habe. Im März 2015 sei das Handgelenk vollkommen versteift worden (Urk. 1 S. 5 ff.).

E. 3

1. Januar 2006 stürzte er die Versicherte beim Eislaufen auf dem gefrorenen Pfäffikersee und verletzte sich am linken Handgelenk (Unfallmeldung UVG vom 9. März 2006, Urk. 15 / A 1). Die erst behandelnden Ärzte des Z.____ diagnostizierten eine distale dislozierte extraartikuläre Radiusfraktur (Typ Colles) links. Am 3. Februar 2006 wurde die Versicherte im Z.____ am linken Handgelenk operiert

(Urk. 15 /B M1 /2). Die AXA erbrachte Taggeld- und Heilbehandlungsleistungen. Am 4. Juli 2006 (Urk. 15/M4), 4. Januar 2007 (Urk. 15/M13) und 3. April 2008 (Urk. 15 /M28) wurden in der A.____ weitere Operationen am linken Handgelenk durchgeführt. Am 18. Juni 2009 erstellte Prof. Dr. med.

B.____, FMH Chirurgie, speziell Handchirurgie, im Auftrag der AXA ein Gutachten (Urk. 15 /M34). Am 18. November 2010 fand in der A.____ ein weiterer operativer Eingriff am linken Handgelenk statt (Urk. 15 /M44). Mit Verfügung vom 12. Januar 2012 stellte die AXA die Taggeld- und Heilbehandlungsleistungen

per 1. Dezember 2011 ein. Weiter sprach sie der Versicherten mit Wirkung ab dem 1. Dezember 2011

eine Invalidenrente ausgehend von einem Invaliditätsgrad von 15 %

und eine Integritätsentschädigung ausgehend von einem Integritätsschaden von 30 % zu (Urk. 15 / A 78). Die dagegen von der Versicherten am 3. Februar 2012 (Urk. 15 / A 81; vgl. auch Urk. 15 / A 90) und von ihrem Krankenversicherer Sanitas Grundversicherungen AG am 13. Februar 2012 (Urk. 15 / A 84) erhobenen Einsprachen wies die AXA mit Entscheid vom 26. Juli 2012 (Urk. 15/A95) ab. Dagegen erhob die Versicherte am 13. September 2012 Beschwerde, welche das Sozialversicherungsgericht mit Urteil UV.2012.00210 vom 12. Dezember 2013 abwies (Urk. 15/A102).

E. 3.1

Prof. B.____ stellte im handchirurgischen Gutachten vom 18. Juni 2009 folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 15/M34/6-7): (1) eine Teilversteifung des linken Handgelenks mit markanter Einschränkung der Beweglichkeit hinsichtlich Flexion und Extension, (2) eine deutliche Muskelminderung am linken Unterarm, (3) eine nicht objektivierbare Sensibilitätsstörung und Dysästhesie an der Hand beuge- und streckseitig, für die bisher neurologisch keine Ursache habe gefunden werden können.

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte Prof. B. ___ keine. Er führte aus, dass die Arbeitsfähigkeit durch die Einschränkung der Handgelenksbeweglichkeit und Belastbarkeit links deutlich eingeschränkt sei. Die Integritätsschädigung durch die verschiedenen Schäden an der linken Hand dürfte sich zu

30 % aufsummieren. Er halte eine gründliche neurologische Abklärung der immer wieder geklagten Dysästhesien und Sensibilitätsstörungen an der linken Hand für erforderlich. Im Weiteren wäre es sinnvoll, das pseudarthrotische Stück Skaphoid zu entfernen, da dieses lockere Knochenstück im Handgelenk wahrscheinlich auf die Dauer weiteren Schaden anrichten werde (Urk. 15 /M34/6-11).

E. 3.2

Dr. med. L. ___ , Leitender Oberarzt Neurologie der A. ___ , legte im Bericht vom 23. März 2010 dar, dass aufgrund der unklaren Kribbelparästhesien der linken Hohlhand am 11. November 2009 umfangreiche klinisch-neurologische und elektrophysiologische Abklärungen erfolgt seien. Eine Neuropathie oder Funktionsstörung eines Nerven habe nicht ansatzweise eruiert werden können. Da eine Reizsymptomatik des Nervus medianus im Carpalunnel links prinzipiell dennoch in Frage komme, habe er eine Handgelenksschiene verordnet. Die Beschwerdeführerin habe diese konsequent sechs Wochen nachts getragen. Leider habe auch durch diese Massnahme keine Reduktion der Beschwerden herbeigeführt werden können (Urk. 15 /M38).

E. 3.3

Dr. K. ___ berichtete am 19. November 2010, dass infolge der persistierenden Pseudarthrose mit Restschmerzen bei radiologischer Teilnekrose des Scaphoids nun die Exzision des Os scaphoideum vorgenommen worden sei (Urk. 15/M44).

E. 3.4

Dr. med. M. ___ , FMH Chirurgie, stellvertretender Leiter des Medizinischen Dienstes Region Zürich der AXA, erklärte in der Stellungnahme vom 6. Juli 2011, dass aufgrund der von Dezember 2010 bis Mai 2011 dokumentierten stetigen Verbesserungen davon ausgegangen werden müsse, dass der Endzustand nach der Operation vom 18. November 2010 noch nicht vollständig erreicht sei. Frühestens nach Ablauf eines Jahres nach der letzten Operation bedürfe die Beschwerdeführerin zur Erhaltung der verbleibenden Arbeitsfähigkeit keiner dauernden Behandlung und Pflege mehr. Für belastende und feinmotorische Tätigkeiten mit der linken Hand sei sie unfallbedingt eingeschränkt. In einer angepassten Tätigkeit unter Vermeidung von Belastungen über 2 bis 3 kg und repetitiven Bewegungen mit dem linken Handgelenk sowie der Finger bestehe eine vollschichtige Arbeitsfähigkeit (Urk. 9/M50/1-2).

E. 3.6

Dr. D. ___

diagnostiziert im Bericht zur Untersuchung vom 25. April 2016

persistierende Restbeschwerden an der linken Hand, vorwiegend nicht peripher-neurogen. Er gab an, dass sich vom neurologischen Standpunkt her die Frage stelle, was zur Gefühlsstörung am Handrücken geführt habe, welche klinisch in etwa dem Dermatome des Nervus superficialis Nervus radialis entspreche. Klinisch lasse sich der Läsionsort nicht definieren und interessanterweise auch in der ergänzenden relativ sensitiven

sensibel-orthodromen Radialisneurographie keine Pathologie detektieren. Das sensible Areal überschneide sich in etwa mit der Region, wie sie auch bei einer unteren Plexusläsion gesehen werden könne. Im klinischen Untersuch fänden sich dafür aber nicht die geringsten Hinweise. Obwohl in dieser Situation von fraglichem Nutzen, könnte nochmals ein Quenza-Versuch im entsprechenden Hautareal am Handrücken erfolgen. Er würde hier allerdings «invasiver» vorgehen und das Quenza-Pflaster quasi hoch dosiert zur Anwendung bringen. Dies unter der Annahme eines neuropathischen Schmerzes. Er bezweifle aber, dass dadurch die belastungsabhängigen Schmerzen, welche seiner Meinung nach von der Handinnenstruktur her kommen würden, wesentlich bessern würden und insgesamt eine bessere Gebrauchsfähigkeit der linken Hand erreicht werden könne

(Urk. 15/M74/3-4).

E. 3.7

Dr. E.____ hielt in der Stellungnahme vom 25. Mai 2016 fest, dass sich insgesamt keine neurologische Läsion zeige. Es sei möglich, dass nach dieser Vorgeschichte eine Schmerzhaftigkeit der Handbinnenstrukturen bestehe, welche jedoch nie das Ausmass der geltend gemachten Einschränkungen erkläre. Die attestierte unfallbedingte, anhaltende 70%ige Arbeitsunfähigkeit ab dem 1. Oktober 2015 sei nicht nachvollziehbar. Eine Störung der Handbinnenstruktur rechtfertige eine leichte Einschränkung der Gebrauchsfähigkeit der linken Hand. Zum Beispiel das Tragen von Einkaufstaschen sollte möglich sein, da hier vor allem Zugkräfte wirken würden und das Handbinnenskelett nicht komprimiert werde. Auch sonst seien einfache Arbeiten mit der linken Hand möglich (Urk. 15/M75/2 -3).

E. 3.8

Dr. F.____

führte im Bericht zur Untersuchung vom 16. August 2016 aus, dass aus rheumatologischer Sicht von einem multifaktoriellen dorsalen Handschmerz ausgegangen werden müsse.

Eine Einschränkung der linken Hand bestehe vor allem durch die leichtgradig verminderte Greifkraft und durch das arthrodesierte Handgelenk. Beim Drehen auf der Liege könne sich die Beschwerdeführerin nicht mit der linken Hand abstützen. Das An- und Ausziehen ihres engen Kleides gelinge beidhändig aber problemlos, so dass aus funktioneller Sicht nur eine minime Einschränkung bestehe (Urk. 15/M78/10).

E. 3.9

Dr. med. N.____, Oberarzt der G.____ des H.____, erklärte im Bericht vom 22. September 2017, dass bei der Beschwerdeführerin mit Status nach x-fachen operativen Eingriffen am Unterarm links seit der letzten operativen Intervention von 2015 eine Neuralgie des Ramus superficialis Nervi radialis bestehe, welche auf ein Scarthetering im Operationsbereich am distalen Unterarm zurückgeführt werden könne. In der elektordiagnostischen Untersuchung zeige sich eine höhergradige axonale Schädigung des Ramus superficialis links (Urk. 3/4).

E. 3.10

Dr. I.____ von der G.____ des H.____ gab im Bericht vom 20. November 2017 zuhanden von Dr. med. O.____, FMH Allgemeine Innere Medizin, an, dass drei Probleme bestehen würden. Erstens störe die Platte und schränke

das Gleiten der Strecksehne ein . Zweitens sei eine Irritation des Nervus radialis mit Verklebung desselben mit Sensibilitätsausfällen, Dysästhesien und Schmerzen im Versorgungsgebiet des Nervus radialis superficialis gegeben. Drittens habe der Daumen eine Adduktions- und teilweise Oppositionskontraktur, so dass die Hand nicht mehr flach auf dem Tisch liegen könne. Die Entfernung der Platte und Neurolyse des Nervs könnte die Situation verbessern. Die kleine Osteosynthesematerial-Entfernung würde die Situation nur teilweise verbessern. Die Erfolgchancen einer Neurolyse seien ungefähr zwischen 60 % und 70 % einzuschätzen (Urk. 10).

E. 3.11

Dr. E.____ führte in der Stellungnahme vom 29. Januar 2018 aus, dass der Bericht von Dr. N.____ vom 22. September 2017 eine Momentaufnahme darstelle. Er könne sich des Eindrucks nicht erwehren, dass «partout» eine einzelne unfallkausale somatische Ursache postuliert werde, ohne dass differentialdiagnostische Aspekte genügend diskutiert würden. Die postulierte «Vernarbung» könnte einen Teil der Symptome erklären, auch eine Symptomzunahme im Laufe der Zeit. Zum Verlauf sage Dr. N.____ aber nichts . Dr. I.____ schlage am 20. November 2017 eine Neurolyse vor mit zu erwartender Besserung von 60 % bis 70 % (was er ebenso einschätze). Bei der Beschwerdeführerin werde sich eher keine Besserung einstellen, da die Symptomatik mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht neurogen sei .

Zum einen gehe das Taubheitsgefühl über das Versorgungsgebiet des Ramus superficialis des Nervi radialis links hinaus. Der Neurologe Dr. D.____ habe am 25. April 2016 erklärt , dass der ganze Handrücken wie taub sei und vorwiegend im distalen radialen Vorderarm bzw . im radialen Handrücken links kribble. Im Weiteren passe die Bewegungsempfindlichkeit nicht zu einer neurogenen Läsion. Er könne sich vorstellen, dass die Schmerzen bei Supination (Handfläche gegen oben drehen) zunehmen würden, da dann der Supinator spanne und die angebliche «Narbe» zunehmend enger werde . Wieso dies aber auch bei Pronation (Handfläche nach unten) und bei anderen Bewegungen der Fall sei, werde nicht erklärt. Die Schmerzen würden eher vom Handgelenk aus gehen , wo auch mehrfach operiert worden sei . Sodann hätten anfänglich jahrelang Beschwerden in der Hohlhand - nicht am Handrücken - im Vordergrund gestanden. Schliesslich würde man – wenn die Beschwerden so stark wären – erwarten, dass die Beschwerdeführerin zum Beispiel Neurontin oder andere schmerzmodulierende Tricyclische ausprobiert hätte. Die geltend gemachte Schmerzintensität sei sehr stark für ein «Narbenentrapment» im proximalen Unterarm (im Musculus supinator). Dort sei auch

gar nicht operiert worden , nur distal Handgelenks- nahe, ca. 12 cm entfernt. Der als «Narbe» interpretierte Befund (im Ultraschall) im Musculus supinator könne nicht Trauma-kausal erklärt werden, weder als Sturzfolge noch als Folge der Handgelenks-nahen Operationen. Ein Nervenentrapment könne auch spontan ohne Trauma auftreten. Bei einem Trauma sei in aller Regel zunächst der Ramus profundus des Nervi radialis betroffen. Im vorliegenden Fall sei ein Supinator-Syndrom rund zehn Jahre nach dem Sturz erwogen worden. Gemäss Lehrbuch von Mumenthaler und Schliack «Läsionen peripherer Nerven» kämen verschiedene spontane Ursachen in Frage , von einem lokalen Lipom über Nerventumore, eine Bursitis bicipitoradialis , eine Luxation des Radiusköpfchens bis zu einer unerklärten spontanen Symptomatik. Bei den nicht traumatischen Fällen trete das Syndrom ganz allmählich und manchmal während Monaten progressiv auf. Dies treffe

vorliegend zu (Urk. 15/M87). 4. 4.1

Aus dem Bericht von Dr. K.____ vom 9. November 2015 (Urk. 15/M69) ergibt sich, dass die am 3. März 2015 durchgeführte Panarthrodese des linken Handgelenks (Urk. 15/M58), im Vorfeld derer die Beschwerdeführerin bei der Beschwerdegegnerin einen Rückfall zum Unfallereignis vom 31. Januar 2006 gemeldet hatte (Urk. 15/A103), acht Monate postoperativ knöchern vollständig konsolidiert und vollumfänglich belastbar war.

In der Folge wurde die Beschwerdeführerin

im Auftrag der Beschwerdegegnerin

sowohl in neurologischer Hinsicht (Untersuchung von Dr. D.____ vom 25. April 2016,

Urk. 15/M74) als auch in rheumatologischer Hinsicht (Untersuchung von Dr. F.____ vom 16. August 2016, Urk. 15/M78) eingehend fachärztlich abgeklärt. 4.2

Dr. D.____ hielt im Bericht zur neurologischen Untersuchung vom 25. April 2016 fest, dass die persistierenden Restbeschwerden an der linken Hand vorwiegend nicht peripher-neurogen seien. Er sei der Meinung, dass die belastungsabhängigen Schmerzen von der Handinnenstruktur herkämen. Unter der Annahme eines neuropathischen Schmerzes schlug er

nochmals einen Behandlungsversuch am Handrücken mit Qutenza-Pflaster vor, bezweifelte aber, dass es dadurch zu einer wesentlichen Besserung kommen könne

(Urk. 15/M74/4). Gestützt auf die Untersuchungsergebnisse von Dr. D.____ kam der Neurologe

Dr. E.____ am 25. Mai 2016 zum

Schluss, dass sich insgesamt also keine neurologische Läsion zeige. Die Belastungsabhängigkeit der Schmerzen spreche gegen eine neurologische Läsion und für eine Verursachung der Schmerzen durch die Handinnenstrukturen. Eine weitere neurologische Behandlung erachtete Dr. E.____ daher als nicht mehr gerechtfertigt

(Urk.

15/M75/2; die Behandlung mit Qutenza-Pflaster wurde von der Beschwerdegegnerin gleichwohl noch übernommen; vgl. Urk. 15/A167 und Urk. 15/M80/4).

Diese Beurteilung von Dr. E.____

ist nachvollziehbar.

4.3

Im Weiteren stellte Dr. F.____

bei seiner rheumatologischen Untersuchung vom 16. August 2016 einen multifaktoriellen dorsalen Handschmerz fest. Eine totale Berührungsempfindlichkeit an der linken Hand erachtete er als nicht objektivierbar. Es bestehe zwar eine leichte Dysästhesie, aus rheumatologischer Sicht aber keine Allodynie. Dr. F.____ kam zum Schluss, dass eine leichte wechselbelastende Tätigkeit ohne unphysiologische Abläufe mit der linken Hand, mit nur seltenen Kraftaufwendungen der linken Hand, mit nur manchmal (maximal drei Stunden verteilt pro Tag) notwendiger Tätigkeit am PC aus rheumatologischer Sicht ganz tágig (100%) zumutbar sei (Urk. 15/M78/10). Diese Einschätzung von Dr. F.____, die er

in Kenntnis der Vorakten abgab, ist angesichts der genannten Befunde sowie der dazugehörigen Erläuterungen einleuchtend.

Der Einwand der Beschwerdeführerin, dass dem Gutachten von Dr. F.____ keine Beweiskraft zukomme, weil sie

im Rahmen der Untersuchung vom 16. August 2016

ohne nachvollziehbaren Grund ihr Sommerkleid habe ausziehen müssen und ihre Hand in Unterwäsche untersucht worden sei (Urk. 1 S. 6), vermag nicht zu überzeugen. Welche Untersuchungen im Einzelfall erforderlich sind, steht grundsätzlich im Ermessen des Arztes bzw. Gutachters. Da die Beschwerden und Sensibilitätsstörungen am linken Handgelenk der Beschwerdeführerin seit längerem teilweise nicht erklärbar waren und sie zudem auch häufige Verspannungen im Schulter- und Nackenbereich links beschrieb (Urk. 15/M78/6), war es vorliegend sinnvoll, allfällige Beschwerdeursachen umfassend abzuklären. Dies insbesondere auch

im Bereich der Oberarme und des Rückens erhobenen Befunde hat Dr. F.____ in seinem Bericht denn

auch aufgeführt (Urk. 15/M78/7). Ferner lieferte der Bewegungsablauf der Beschwerdeführerin beim Aus- und Anziehen des Kleides

wichtige Hinweise dafür, inwiefern sie ihre linke Hand noch einsetzen kann (wobei nicht anzunehmen ist, dass Dr. F.____ fälschlicherweise angab, die Beschwerdeführerin

habe ihr Kleid beidhändig aus- und angezogen). Erhebliche Anhaltspunkte dafür, dass Dr. F.____ die Beschwerdeführerin

unfreundlich oder despektierlich behandelt haben könnte, liegen schliesslich nicht vor.

Gestützt auf den Bericht von Dr. F.____ kann demnach davon ausgegangen werden, dass spätestens

ab dem Zeitpunkt der rheumatologischen Untersuchung vom

16. August 2016 keine Einschränkung in der von Dr. F.____ detailliert umschriebenen angepassten Tätigkeit mehr bestand.

4.4

Die Berichte von Dr. K.____ vom 9. November 2015 (Urk. 15/M69) und vom 15. Mai 2017 (Urk. 15/M84), in welchen

dieser der Beschwerdeführerin eine Arbeitsunfähigkeit von 70 % respektive

von 40 % in einer angepassten Tätigkeit attestierte, vermögen diese Beurteilung nicht in Zweifel zu ziehen. Denn Dr. K.____

hat nicht nachvollziehbar begründet, weshalb die Beschwerdeführerin selbst in einer der Beschwerden am linken Handgelenk ideal angepassten Tätigkeit derart eingeschränkt sein soll. Überdies ist in Bezug auf Berichte von behandelnden Arztpersonen auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc).

Zu den im Rahmen des vorliegenden Beschwerdeverfahrens eingereichten Berichten der G.____ des H.____ (Urk. 3/4 und Urk. 10) nahm Dr. E.____ am 29. Januar 2018 sodann ausführlich Stellung. Insbesondere unter Hinweis auf das Ausdehnungsgebiet des Taubheitsgefühls, die atypische Berührungsempfindlichkeit und den Beschwerdeverlauf legte er dabei begründet dar, weshalb die Symptomatik der Beschwerdeführerin mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht neurogen sei. Überdies bemerkte er auch, dass die vonseiten des H.____ erwähnte Narbe im proximalen Unterarm 12 cm vom Ort der Operation entfernt sei und ein solches Nervenentrapment zahlreiche nicht-traumatische Ursachen haben könne (Urk. 15/M75). Auch diese Darlegungen von Dr. E.____ sind plausibel. 4.5

Nachdem bei der Beschwerdeführerin bereits im Juli 2011 persistierende Beschwerden und Funktionseinschränkungen am linken Handgelenk vorlagen und sie schon damals für belastende und feinmotorische Tätigkeiten mit der linken Hand erheblich eingeschränkt war – was dann per 1. Dezember 2011 insbesondere zur Zusprache einer Rente bei einem ermittelten Invaliditätsgrad von 15 %

führte (Urk. 15/A78) -, ist ab dem Zeitpunkt der Untersuchung bei Dr. F.____ am 16. August 2016

keine darüber hinausgehende unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit mehr ausgewiesen. Dies zeigt auch der Vergleich zwischen dem von Dr. M.____ erstellten Belastungsprofil vom 6. Juli 2011 (Urk. 15/M50/2) und demjenigen von

Dr. F.____

im Bericht vom 6. September 2016 (Urk. 15/M78/10). Nach der nachvollziehbaren Beurteilung von Dr. J.____ vom 5. Oktober 2016 waren die rückfallkausalen Behandlungsmöglichkeiten – mit Ausnahme der von Dr. D.____ vorgeschlagenen Behandlung mit Qutenza 179 mg kutanes Pflaster während 89 Tagen – nach der Untersuchung durch Dr. F.____

sodann ausgeschöpft (Urk. 15/M80/4). Diese Einschätzung deckt sich im Wesentlichen auch mit derjenigen von Dr. K.____ im Bericht vom 5. September 2016, wonach es keine mechanische Ursache gebe, welche für das Restschmerzsyndrom verantwortlich und einer Therapie zugänglich wäre (Urk. 15/M77/4). Der medizinische Endzustand war zu jenem Zeitpunkt somit erreicht.

Dass die Beschwerdegegnerin die Taggeld- und die Heilbehandlungsleistungen – ausser für die Behandlung mit Qutenza 179 mg – per 30. September 2016 eingestellt hat, ist damit nicht zu beanstanden. 4.

E. 5

Dr. K.____ stellte im Bericht vom 9. November 2015 folgende (verkürzt wieder gegebene) Diagnosen (Urk. 15/M69): (1) persistierendes chronisches Schmerzsyndrom des linken Handgelenks bei (2) schmerzhafter sekundärer interkarpaler Handgelenksarthrose (3) Status nach Panarthrodese des linken Handgelenks am 3. März 2015 (4) Verdacht auf Nervus medianus-Reizsyndrom am linken Handgelenk

Dr. K.____ erklärte, dass die Panarthrodese des linken Handgelenks acht Monate postoperativ knöchern vollständig konsolidiert und vollumfänglich belastbar sei. Die heutige Situation sei gekennzeichnet durch neuropathische Schmerzen im Verlauf des

dorsalen Astes des Ramus dorsalis Nervi ulnaris. Vorläufig bleibe die Beschwerdeführerin wegen ihrer linken Hand zu 70 % arbeitsunfähig (Urk. 15/M69).

E. 6

Angeht es angesichts des teilweisen Obsiegens, das allerdings nicht auf den Vorbringen der Beschwerdeführerin beruht (vgl. Urk. 1), ist die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, der Beschwerdeführerin eine reduzierte Prozessentschädigung zu bezahlen, welche in Anwendung von Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht unter Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses auf Fr. 700.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) festzusetzen ist (vgl. BGE 117 V 407 E. 2c; Urteil des Bundesgerichts I 445/04 vom 24. Februar 2005). Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne teilweise gutgeheissen, dass der angefochtene Einspracheentscheid vom 19. September 2017

insoweit aufgehoben wird, als darin über die Ansprüche auf eine Rente und auf eine Integritätsentschädigung entschieden wurde, und die Sache wird an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird, damit sie hinsichtlich dieser Ansprüche eine Verfügung erlasse. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 700.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Lotti Sigg - AXA Versicherungen AG - Bundesamt für Gesundheit 5.

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

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

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

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