

200 18 48 UV
KOJ/SCM/LAB

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 20. November 2018

Verwaltungsrichter Kölliker, Kammerpräsident
Verwaltungsrichterin Fuhrer, Verwaltungsrichter Schütz
Gerichtsschreiberin Schädeli

A. _____
Beschwerdeführerin

gegen

Visana Versicherungen AG
Leistungszentrum UVG, Weltpoststrasse 19, Postfach 253, 3000 Bern 15
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 27. November 2017



Sachverhalt:

A.

Die 1968 geborene A. _____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) war am 6. April 2016 über ihre damalige Arbeitgeberin bei der Visana Versicherungen AG (Visana bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert, als sie sich bei einem Sturz an beiden Unterarmen bzw. Handgelenken verletzte (Akten der Visana [act. II] 1). Die Visana erbrachte die gesetzlichen Leistungen (vgl. act. II 63) und holte medizinische Unterlagen, insbesondere zwei Berichte ihres beratenden Arztes vom 31. Januar 2017 (act. II 55 - 56) und 4. April 2017 (act. II 90) ein. Gestützt hierauf stellte sie die Versicherungsleistungen mit Verfügung vom 20. April 2017 (AB 67 - 70) per 6. Oktober 2016 ein. Die dagegen von der Versicherten erhobene Einsprache (act. II 81 - 82) wies die Visana nach Prüfung der zwischenzeitlich eingegangenen Arztberichte samt hierzu erfolgter neuerlicher Stellungnahme ihres beratenden Arztes (act. II 97) mit Entscheid vom 27. November 2017 (act. II 103 - 113) ab.

B.

Hiergegen erhob die Versicherte am 15. Januar 2018 Beschwerde. Sinn­gemäss beantragt sie die Aufhebung des angefochtenen Entscheids und die We­terausrichtung der bisher erbrachten Leistungen über den 6. Okto­ber 2016 hinaus, daneben in formeller Hinsicht die Zulassung therapeutischer und medizinischer Einschätzungen, die Neubeurteilung des Falls nach Vornahme der Abklärungen im Zentrum B. _____ sowie die Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung.

Mit Beschwerdeantwort vom 16. März 2018 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Eventualiter sei das Verfahren bis zum Vorliegen der medizinischen Beurteilung des Zentrums B. _____ zu sistieren.

Mit prozessleitender Verfügung vom 20. März 2018 edierte der Instruktionsrichter die IV-Akten der Beschwerdeführerin. Mit Verfügung vom 28. März 2018 wies er das Gesuch um Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung ab und setzte gleichzeitig Frist zur Einreichung der in Aussicht gestellten medizinischen Unterlagen, von welcher Möglichkeit die Beschwerdeführerin mit Eingabe vom 30. Mai 2018 Gebrauch machte.

Mit Eingabe vom 19. Juni 2018 liess die Beschwerdegegnerin dem Gericht eine weitere Beurteilung ihres beratenden Arztes zukommen und bestätigte den in der Beschwerdeantwort gestellten Antrag.

Am 24. Juli 2018 reichte die Beschwerdeführerin eine neuerliche Stellungnahme mit Beilagen zu den Akten. Diese wurde der Beschwerdegegnerin am 30. Juli 2018 zugestellt.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb sie zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 58 ATSG). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des

kantonales Gesetz vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet der Einspracheentscheid vom 27. November 2017 (act. II 103 - 113). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung über den 6. Oktober 2016 hinaus.

1.3 Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG).

1.4 Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

2.

2.1 Am 1. Januar 2017 sind die Änderung vom 25. September 2015 des Bundesgesetzes vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) und die Änderung vom 9. November 2016 der Verordnung vom 20. Dezember 1982 über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) in Kraft getreten. Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem Inkrafttreten der Änderung vom 25. September 2015 des UVG ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, werden nach bisherigem Recht gewährt (Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 des UVG). Die Beschwerdeführerin erlitt den hier fraglichen Unfall am 6. April 2016 (act. II 1), womit das bis 31. Dezember 2016 gültig gewesene Recht zur Anwendung gelangt.

2.2 Die Zusprechung von Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt grundsätzlich das Vorliegen eines Berufsunfalles, eines Nichtberufsunfalles oder einer Berufskrankheit (Art. 6 Abs. 1 UVG) sowie eines natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfall und dem eingetretenen Schaden voraus (BGE 129 V 177 E. 3.1 und 3.2 S. 181; SVR 2012 UV Nr. 2 S. 6 E. 3.1).

2.3

2.3.1 Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne die der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht als 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 ("conditio sine qua non"; BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181, 119 V 335 E. 1 S. 337; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 121 E. 5.1).

2.3.2 Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die bloße Möglichkeit eines Zusammenhanges genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 121 E. 5.1).

2.3.3 Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die bloße Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalles genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (SVR 2011 UV Nr. 4 S. 13 E. 3.2).

2.4 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat,

unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.

3.1 Aufgrund der Akten steht fest und ist unbestritten, dass das Ereignis vom 6. April 2016 (act. II 1) die kumulativen Anspruchsvoraussetzungen des Unfallbegriffs gemäss Legaldefinition erfüllt (vgl. Art. 4 ATSG und E. 2.2 hiervor). Die Beschwerdegegnerin hat denn auch entsprechende Versicherungsleistungen erbracht (vgl. act. II 63). Umstritten ist hingegen, ob die Beschwerdeführerin – basierend auf dem besagten Unfall – über die von der Beschwerdegegnerin verfügte Leistungseinstellung per 6. Oktober 2016 (act. II 63, 104) hinaus weiterhin Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung hat. Dabei liegt die Beweislast für das Dahinfallen des Kausalzusammenhangs bei der Beschwerdegegnerin (vgl. E. 2.3.3 hiervor).

3.2 In medizinischer Hinsicht ist den Akten hauptsächlich das Folgende zu entnehmen:

3.2.1 Im Bericht vom 3. Juni 2016 (act. II 87 - 89) stellte Dr. med. C._____, Praktischer Arzt und Facharzt für Anästhesiologie, Spital D._____, die folgenden Diagnosen:

- Hochgradiger Verdacht auf beginnendes CRPS I (Complex Regional Pain Syndrome) des rechten Handgelenks mit / bei:
 - Status nach intraartikulärer, nicht dislozierter Radiusfraktur rechts vom 6.4.2016
- Spontan regredienter nozizeptiver Schmerz des linken Handgelenks mit / bei:
 - Status nach distaler, nicht dislozierter Fraktur Processus styloideus radii links
- Status nach Drogenabusus vor 26 Jahren

Seines Erachtens handle es sich um eine beginnende Algodystrophie, welche durchaus in ein voll ausgeprägtes CRPS I münden könne. Linksseitig

erfolge die Heilung erwartungsgemäss und die Beschwerden seien spontan regredient, die Funktion der linken Hand unterliege einer zu erwartenden spontanen Besserung. Wegen der Gefahr der Ausbildung eines CRPS des rechten Handgelenks habe er eine aggressive Analgesie empfohlen, gepaart mit abschwellenden und physikalischen Massnahmen.

3.2.2 Dr. med. E._____, Facharzt für Chirurgie, Spital D._____, diagnostizierte im Bericht vom 1. Juli 2016 (act. II 20 - 21) Nachstehendes:

- Intraartikuläre, nicht dislozierte distale Radiusfraktur rechts
- Distale, nicht dislozierte Fraktur des Processus styloideus radii links
- Initiales CRPS-Syndroms beider Hände

Unter kombinierter Ergo- und Physiotherapie habe die Beschwerdeführerin im Verlauf über eine erhebliche Zunahme der Schmerzen im Bereich beider Handgelenke mit annähernder Einsteifung beider Handgelenke geklagt. Bei konservativ erfolgter Behandlung sei es unter normaler Analgetikaabgabe zu keiner beeinflussbaren Besserung gekommen. Unter der begleitenden schmerztherapeutischen Behandlung habe die Beschwerdeführerin über eine langsam einsetzende Schmerzminderung im Bereich des rechten Handgelenks mit vornehmlich über der Streckseite elektrifizierenden nach distal ausstrahlenden Schmerzen berichtet. Bei einer links weitgehend problemfreien Hand, bleibe die Genese der Schmerzen im Bereich des rechten Handgelenks noch unklar.

3.2.3 Anlässlich der von Dr. med. E._____ veranlassten neurologischen Untersuchung (vgl. act. II 20) hielt Dr. med. F._____, Facharzt für Neurologie, im Bericht vom 1. Juli 2016 (act. II 24 - 27) folgende Diagnosen fest:

- Status nach Radiusfraktur rechts am 6.4.2016
 - rechts anamnestisch CRPS
 - elektrophysiologisch Medianus- und Ulnarisneuropathie ausgeschlossen (ENMG vom 30.6.2016)
- Status nach Radiusfraktur links am 6.4.2016
 - elektrophysiologisch Karpaltunnelsyndrom ausgeschlossen (ENMG vom 30.6.2016)

An der rechten Seite bestehe bei Zustand nach distaler Radiusfraktur eine persistierende Schmerzsymptomatik. Die durchgeführten neurographischen Untersuchungen zeigten sowohl distal am Karpaltunnel als auch im Bereich des N. ulnaris und Sulcusbereich normale Befunde. Eine assoziierte neu-

rogene Schädigung liege elektrophysiologisch nicht vor. Bei Zustand nach Fraktur linksseitig bestehe ebenfalls keine assoziierte neurogene Schädigung.

3.2.4 Im Bericht vom 13. September 2016 (act. II 32 - 33) führte Dr. med. E. _____ aus, aus Sicht der Physio- und Ergotherapie wie auch der begleitenden Schmerztherapie sei die Beschwerdeführerin am Limit, es stelle sich nun erfreulicherweise eine Reduktion der Schmerzsymptomatik ein, so dass er, Dr. med. E. _____, zur stufenweisen Wiedereingliederung in den Beruf ein Arztzeugnis von 70 % ausgestellt habe.

3.2.5 In einem weiteren Bericht vom 27. Dezember 2016 (act. II 45 - 46) hielt Dr. med. E. _____ sodann fest, vorliegend handle es sich sicherlich um ein CRPS Stadium 2 (siehe auch Bericht vom 28. Dezember 2016 [act. II 47]), wofür der chronifizierte Verlauf hinweisgebend sei. Es bestehe weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit.

3.2.6 Dr. med. G. _____, Facharzt für Anästhesiologie, Spital D. _____, führte im Bericht vom 25. Januar 2017 (act. II 53 - 54) aus, bei aktuell fehlenden trophischen Zeichen müsse von einem in Abheilung befindlichen CRPS ausgegangen werden. Der Verlauf sei zwar insgesamt stark protrahiert, aber günstig. Aufgrund der Schwellungen, des guten Ansprechens auf einen Steroidstoss im September 2016, der im Tagesverlauf fluktuierenden Beschwerden und der Wetterfühligkeit empfehle er, eine Erkrankung aus dem rheumatologischen Formenkreis ebenfalls in die Liste der Differentialdiagnosen aufzunehmen.

3.2.7 Dr. med. H. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, hielt im Bericht vom 31. Januar 2017 (act. II 55 - 56) fest, für ihn sei nicht ersichtlich worauf die im Bericht von Dr. med. E. _____ vom 1. Juli 2016 (act. II 20 - 21 bzw. E. 3.2.2 hiervor) gestellte Diagnose eines initialen CRPS-Syndroms beider Hände basiere, da die entsprechende Klinik nicht vorgelegen habe. Der weitere Verlauf sei schleppend gewesen und es sei anhaltend eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert worden, was vor allem mit dem Vorliegen eines CRPS begründet worden sei, für welches aber weiterhin keine klinischen Befunde dokumentiert worden seien. Zusammenfassend habe die Beschwerdefüh-

rerin Frakturen am distalen Radius beidseits erlitten, wobei es links zu einer zeitgerechten Abheilung gekommen sei. Auch rechts habe sich die ossäre Situation unauffällig entwickelt, wobei für die weiterhin geklagten anhaltenden Schmerzen keine eindeutige objektive organische Grundlage habe gefunden werden können. Bei dieser Ausgangslage sei immer auch an das Vorliegen von nichtorganischen Faktoren zu denken, wozu aber keine Angaben zu finden seien. Rein aufgrund der vorliegenden Akten dürfe davon ausgegangen werden, dass nach höchstens vier Monaten ein auf organischer Ebene objektivierbarer medizinischer Zustand vorgelegen habe, der einerseits keine weiteren unfallkausalen externen Behandlungen mehr notwendig gemacht habe und andererseits die Wiederaufnahme der körperlich wahrscheinlich leichten Arbeit in der ... des Spitals D._____ im angestammten Pensum von 50 % wieder zugelassen hätte. Ein gewisses Restmass an Beschwerden und die Notwendigkeit zur (selbständigen) Fortsetzung eines Übungsprogramms mit dem Ziel einer Verbesserung der Beweglichkeit seien bis zum Ablauf von sechs Monaten nach der erlittenen distalen Radiusfraktur auch bei objektiv unauffälligem Verlauf durchaus noch plausibel. Ebenso könnten in dieser Zeit auch noch Einschränkungen der Belastungsfähigkeit bestehen, die manuell anspruchsvolle Aktivitäten noch nicht zuließen.

3.2.8 In einem weiteren Bericht vom 4. April 2017 (act. II 90) führte Dr. med. H._____ nach Eingang neuer Akten insbesondere zum Bericht von Dr. med. C._____ vom 3. Juni 2016 (act. II 87 - 89 bzw. E. 3.2.1 hiervor) aus, klare klinische Anhaltspunkte, wie der Behandler zur Diagnose eines hochgradigen Verdachts auf ein beginnendes CRPS I des rechten Handgelenks (act. II 89) komme, fänden sich nicht. Warum Dr. med. C._____ ein CRPS I diagnostiziert habe, erschliesse sich für ihn nicht, indem seines Erachtens die meisten der geforderten Kriterien fehlten. Da die Situation an der linken Hand nahezu als unauffällig beschrieben werde (vgl. act. II 88), sei nicht nachvollziehbar, warum im Bericht von Dr. med. E._____ vom 1. Juli 2016 ein initiales CRPS beider Hände (act. II 21) postuliert werde. Zusammenfassend werde zwar im Bericht vom 3. Juni 2016 bereits innerhalb der bundesgerichtlich geforderten Frist von zwei Monaten nach dem Trauma von einem CRPS berichtet, doch würden keine weiteren objektivierbaren Befunde vorliegen, um diese Diagnose zu be-

gründen. Diese Einschätzung werde durch die ebenfalls neu eingetroffenen Berichte von Dr. med. G. _____ vom 17. und 25. Januar (act. II 51 - 54) sowie 1. März 2017 (act. II 61 - 62) bestätigt. Insgesamt entstehe der Eindruck, dass bislang keine somatisch gut abgestützte Begründung für die von der Beschwerdeführerin angegebenen Beschwerden habe gefunden werden können, namentlich auch nicht in kausalem Zusammenhang mit dem Ereignis vom 6. April 2016. Vielmehr hätten die objektivierbaren unfallkausalen Folgen die Wiederaufnahme der angestammten beruflichen Tätigkeit überwiegend wahrscheinlich bereits ab Anfang August (2016) wieder zugelassen.

3.2.9 In der weiteren Einschätzung vom 17. Oktober 2017 (act. II 97) hielt Dr. med. H. _____ abermals bezogen auf den Bericht von Dr. med. C. _____ vom 3. Juni 2016 (act. II 87 - 89 bzw. E. 3.2.1 hiervor) an seinen Ausführungen vom 4. April 2017 (act. II 90 bzw. E. 3.2.8 hiervor) fest. Zu den drei Bildaufnahmen der beiden Hände der Beschwerdeführerin (act. II 94 - 96) führte der beratende Arzt aus, einzig die Aufnahme vom 18. Juni 2016 (act. II 96) wirke bedingt durch eine leicht vermehrte Rötung und Schwellung leicht auffällig. Aus seiner Erfahrung sei ein rasch wechselndes Zustandsbild bei einem CRPS allerdings untypisch und es sei davon auszugehen, dass die vermehrte Schwellung durch eine entsprechende Ruhigstellung der Hand entstanden sei, allenfalls in Kombination mit einem angewinkelten Ellenbogen. Der unterschiedliche Rotton könnte ohne weiteres auch aufnahmebedingt sein und sage per se nichts über eine allfällige Pathologie aus. Auch mit diesen Fotos lasse sich somit die Diagnose eines CRPS nicht erhärten, unter Berücksichtigung der beiden vom Aspekt her normalen Aufnahmen vom 17. und 18. Juni 2016 (act. II 94 - 95) sogar weitgehend ausschliessen.

3.2.10 Die I. _____ (MEDAS) erstellte am 24. Oktober 2017 zuhanden der IV-Stelle Bern ein orthopädisch-neurologisches Gutachten (act. II 129 - 147). Darin wurden keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erhoben. Den chronischen Beschwerden an Vorderarm und Hand der dominanten rechten und der adominanten linken Seite (ICD-10 T92.2) sowie der konstitutionell vermehrten Laxizität (ICD-10 M35.7) wurde kein Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beigemessen (act. II 131). Im bidisziplinären

Konsens gelangten die Gutachter zum Schluss, dass sich die geklagten Beschwerden durch die klinischen und radiologischen Befunde aus orthopädischer Sicht keinesfalls begründen liessen und erhebliche Hinweise für eine nicht-organische Beschwerdekomponente beständen; aus neurologischer Sicht handle es sich um eine Residualsymptomatik bei Status nach beidseitiger Fraktur im Bereich der Handgelenke. Spätestens sechs Monate nach den am 6. April 2016 erlittenen Handgelenksverletzungen bestehe für körperlich leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten ebenso wie für die angestammte Tätigkeit als ... eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 100 % (act. II 130 f.).

3.2.11 Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens liess die Beschwerdegegnerin eine weitere Beurteilung ihres beratenden Arztes einholen. Im Bericht vom 12. Juni 2018 (act. II 148 - 149) nahm Dr. med. H. _____ zu den seit der letzten Berichterstattung vom 17. Oktober 2017 (act. II 97 bzw. E. 3.2.9 hiervor) eingegangenen Arztberichten wie folgt Stellung: Zwischenzeitlich sei ein MEDAS-Gutachten erstellt worden (act. II 129 - 147 bzw. E. 3.2.10 hiervor), worin für die von der Beschwerdeführerin angegebenen Beschwerden kein eindeutiges organisches Korrelat gefunden worden sei, so dass unter Berücksichtigung organischer Faktoren auch keine Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit attestiert worden sei. In einer interdisziplinären Beurteilung des Zentrums B. _____ vom 23. Januar 2018 (Beschwerdebeilage [act. I] 8) sei diese Einschätzung bestätigt worden, zudem sei aus psychologischer Sicht die Diagnose einer Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren gestellt worden. In einer weiteren Beurteilung des Zentrums B. _____ vom 1. Mai 2018 (act. I 7) sei zwar die Diagnose eines residualen CRPS Typ I gestellt worden, ohne dass dafür aber eindeutig objektivierbare Kriterien vorgelegen hätten. Entsprechend seien auch von den Untersuchern selbst gewisse Vorbehalte geäussert und die Diagnose letztlich vor allem mit dem Umstand begründet worden, dass keine andere Diagnose den von der Beschwerdeführerin angegebenen Schmerz ausreichend erklären könne. Dabei scheine ihnen aber die von Kollegen ihrer eigenen Institution gestellte psychiatrische Diagnose entgangen zu sein, welche die Beschwerden auf eine nichtorganische Grundlage stelle und damit sehr wohl erklärbar mache.

3.3 Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, 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 begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte 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 in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Gleiches gilt, wenn ein frei praktizierender Arzt von einer Versicherung wiederholt für die Erstellung von Gutachten beigezogen wird (SVR 2008 IV Nr. 22 S. 70 E. 2.4). 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 allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354).

3.4 Bei Erlass des angefochtenen Entscheids vom 27. November 2017 (act. II 103 - 113) hat sich die Beschwerdegegnerin massgeblich auf die Berichte von Dr. med. H. _____ vom 31. Januar (act. II 55 - 56), 4. April (act. II 90) und 17. Oktober 2017 (act. II 97) gestützt, welche die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Berichts gestellten Anforderungen erfüllen (vgl. E. 3.3 hiervoor). Der beratende Arzt hat sich in Kenntnis der medizinischen Vorakten sorgfältig mit den gesundheitlichen Einschränkungen der Beschwerdeführerin auseinandergesetzt. Zudem sind die Ausführungen in der Beurteilung der me-

dizinischen Zusammenhänge einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand nachvollziehbar begründet. Dass es sich hierbei um Aktenberichte handelt und keine eigene Untersuchung durchgeführt wurde, mindert deren Beweiskraft nicht, denn Dr. med. H._____ konnte sich aufgrund der vorliegenden Akten ein gesamthaft lückenloses und abschliessendes Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtige Situation machen (RKUV 2006 U 578 S. 175 E. 3.4, 1988 U 56 S. 371 E. 5b). Ausführlich diskutiert hat er dabei die von den behandelnden Ärzten gestellte Diagnose eines CRPS (vgl. act. II 21, 27, 33, 38, 41, 46, 89).

3.4.1 Mit den Begriffen CRPS, komplexes beziehungsweise chronisches regionales Schmerzsyndrom, Algodystrophie oder Morbus Sudeck wird in der Medizin ein posttraumatisches Krankheitsbild beschrieben, das sich, von einem blanden Trauma ausgelöst, schnell zu heftigen Schmerzen von brennendem und invalidisierendem Charakter wandelt, dem sich motorische, trophische und sensomotorische Funktionseinschränkungen zugesellen; typisch ist, dass eine ganze Extremität oder eine grosse Körperregion betroffen ist. Auslösende Ursachen können unter anderem Gelenksdistorsionen aber auch beispielsweise ein Herzinfarkt sein. Die Diskrepanz zwischen dem eigentlichen, als Bagatelle anzusehenden auslösenden Trauma und den sich daran anschliessenden Folgen ist als dramatisch zu bezeichnen. Ätiologie und Pathogenese des CRPS sind unklar. Für die Annahme eines unfallbedingten CRPS ist praxisgemäss erforderlich, dass anhand echtzeitlich erhobener medizinischer Befunde der Schluss gezogen werden kann, die betroffene Person habe innerhalb der Latenzzeit von sechs bis acht Wochen nach dem Unfall zumindest teilweise an den für ein CRPS typischen Symptomen gelitten (vgl. Entscheide des Bundesgerichts [BGer] vom 27. März 2018, 8C_673/2017, E. 5, vom 9. Oktober 2013, 8C_233/2013, E. 6.2, sowie vom 5. Januar 2010, 8C_384/2009, E. 4.2.1 [SVR 2010 UV Nr. 18 S. 69]; siehe auch PSCHYREMBEL, Klinisches Wörterbuch, 266. Aufl. 2014, S. 1914).

3.4.2 Massgeblich bei der Diagnose des CRPS ist die klinische Untersuchung, wobei die sogenannten Budapest-Kriterien gültig sind, in welchen zwischen Zeichen und Symptomen differenziert wird. Symptome werden

vom Patienten anamnestisch geschildert, Zeichen sind zum Zeitpunkt der Untersuchung durch den Arzt manifest. Für die Diagnose eines CRPS muss mindestens ein Symptom aus mindestens drei der vier Kategorien anamnestisch vorliegen oder vorgelegen haben, des Weiteren muss mindestens ein klinisches Zeichen aus mindestens zwei der vier Kategorien zum Zeitpunkt der Untersuchung vorliegen (vgl. KRÖNER-HERWIG / FRETTLÖH / KLINGER / NILGES [Hrsg.], Schmerzpsychotherapie, Grundlagen - Diagnostik - Krankheitsbilder - Behandlung, 8. Aufl. 2017, S. 570, GÖBEL / SABATOWSKI [Hrsg.], Weiterbildung Schmerzmedizin, CME-Beiträge aus: Der Schmerz 2013 - 2014, S. 68, KOMMISSION LEITLINIEN DER DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR NEUROLOGIE [Hrsg.], Diagnostik und Therapie komplexer regionaler Schmerzsyndrome [CRPS], publiziert bei: AWMF online - Das Portal der wissenschaftlichen Medizin, S. 12). Die massgeblichen Kriterien gliedern sich wie folgt:

1. Anhaltender Schmerz, inadäquat zum vorangegangenen Trauma
2. Anamnestisch erhobene Symptomatik (Patient benennt mindestens 1 Symptom aus mindestens 3 der 4 Kategorien)
 - Sensibilität: Hyperästhesie
 - Motorik/Trophik: Einschränkung des Bewegungsumfangs und/oder motorische Dysfunktion (Schwäche, Tremor, Dystonie) und/oder trophische Veränderungen (Haut, Haare, Nägel)
 - Sudomotorik/Ödem: Ödem und/oder Asymmetrie/Veränderung des Schwitzens
 - Vasomotorik: Temperaturveränderung und/oder Asymmetrie der Hautfarbe
3. Medizinische Befunde (Nachweis von mindestens einem klinischen Zeichen in mehr als 2 Kategorien)
 - Sensibilität: Hyperalgesie bei Nadelreizen und/oder Allodynie bei leichter Berührung
 - Motorik/Trophik: eingeschränkter Bewegungsumfang und/oder motorische Dysfunktion (Schwäche, Tremor, Dystonie), und/oder trophische Veränderungen (Haut, Haare, Nägel)
 - Sudomotorik/Ödem: Ödem und/oder Asymmetrie/Veränderung des Schwitzens
 - Vasomotorik: Temperaturveränderung und/oder Asymmetrie der Hautfarbe
4. Es darf keine andere Erkrankung vorliegen, welche die Symptome und klinischen Zeichen hinreichend erklären würde

3.4.3 Vorliegend ereignete sich der Unfall am 6. April 2016 (act. II 1). Ein CRPS wurde erstmals im Bericht von Dr. med. C. _____ vom 3. Juni

2016 (act. II 87 - 89) erwähnt, wobei er diagnostisch einen hochgradigen Verdacht auf ein beginnendes CRPS I des rechten Handgelenks aufführte (act. II 89). Dieser Bericht wurde knapp nach Ablauf der bundesgerichtlich geforderten Latenzzeit bezüglich Auftreten der CRPS-typischen Symptome (vgl. E. 3.4.1 hiervor) erstellt. Weder diesem Bericht noch den anderen echtzeitlichen Akten ist nun zu entnehmen, dass entsprechende Symptome, auch ohne Nennung des Terminus „CRPS“, bereits innert der fraglichen Frist vorgelegen hätten (vgl. E. 3.4.2 hiervor). Hierzu legte Dr. med. H. _____ überzeugend und schlüssig dar, dass er die Diagnose eines CRPS nicht nachvollziehen könne, weil klare klinische Anhaltspunkte fehlten (act. II 56, 90). Im Bericht vom 3. Juni 2016 wurden anamnestisch allein Schmerzen und Schwellungen in der rechten Hand erhoben, wogegen die Beschwerden in der linken Hand spontan regredient und als gut erträglich beschrieben wurden. Der Befund ergab an der linken Hand denn auch eine problemlose Aussen- und Innenrotation (act. II 88 - 89). Insbesondere entsprechen die von Dr. med. C. _____ erhobenen Befunde nicht den international anerkannten Budapest-Kriterien (vgl. E. 3.4.2 hiervor), beschreibt der Arzt doch ein im Seitenvergleich identisches Hautkolorit, keine Temperaturdifferenzen, keine trophischen Störungen, keine Dysästhesie, keine Allodynie sowie auch keine Berührungsempfindlichkeit über beiden Händen und Handgelenken (act. II 88). Ebenso berichtete die Beschwerdeführerin gegenüber Dr. med. E. _____ anlässlich der Untersuchung vom 24. Juni 2016 von einer weitgehend problemfreien linken Hand, wobei sich die Schmerzsymptomatik vornehmlich auf das rechte Handgelenk beziehe (act. II 21). Dass der Arzt unter diesen Umständen ein initiales CRPS-Syndrom beider Hände diagnostizierte, überzeugt nicht, sondern ist vielmehr widersprüchlich zu seiner Anamnese- und Befunderhebung. Überdies werden die typischen CRPS-Symptome auch in diesem Bericht nicht beschrieben. Mittels der von Dr. med. E. _____ veranlassten zusätzlichen neurologischen Untersuchung bei Dr. med. F. _____ wurde eine assoziierte neurogene Schädigung am 30. Juni 2016 beidseits ausgeschlossen (act. II 26 - 27). Eine weitere Untersuchung im Spital D. _____ vom 5. August 2016 ergab rechts äusserlich eine reizfreie Weichteilsituation, keine Weichteilschwellung, keine Rötung oder Überwärmung sowie keinen wesentlichen Druckschmerz. Im Bereich des linken Handgelenks lag klinisch mit einem frei beweglichen Gelenk, einer kompletten Langfingerbe-

wegung und einem vollständigen Faustschluss ein weitgehend unauffälliger Befund vor (act. II 33). Dass unter diesen Umständen im Bericht vom 27. Dezember 2016 (act. II 45 - 46) ausgeführt wurde, es bestehe „sicherlich“ ein CRPS, wofür der chronifizierte Verlauf hinweisgebend sei, vermag nicht zu überzeugen. Da die trophischen Zeichen bei der Untersuchung vom 25. Januar 2017 bei Dr. med. G. _____ (wiederum) fehlten, wurde von einem in Abheilung befindlichen CRPS ausgegangen (act. II 54). Gleichzeitig empfahl der Arzt, eine Erkrankung aus dem rheumatologischen Formenkreis in die Liste der Differentialdiagnosen aufzunehmen (act. II 53; vgl. Diagnosen gemäss act. II 62). Dass auch die drei Bildaufnahmen der beiden Hände der Beschwerdeführerin (act. II 94 - 96) nichts an der (fehlenden) Diagnose eines CRPS ändern, legte Dr. med. H. _____ ebenso überzeugend dar (act. II 97).

3.4.4 Neben dem beratenden Arzt der Beschwerdegegnerin haben sich im invalidenversicherungsrechtlichen Verfahren in der Expertise vom 24. Oktober 2017 auch die MEDAS-Gutachter einlässlich mit der Diagnose eines CRPS auseinandergesetzt (act. II 132 - 134, 142 - 143). Dabei haben sie die initiale Diagnose mit plausibler Begründung in Frage gestellt und schlüssig erläutert, weshalb jedenfalls im Zeitpunkt der Begutachtung kein CRPS vorlag und erhebliche Hinweise für eine nicht-organische Beschwerdekomponekte bestanden (vgl. act. II 130 - 131). Auch hierauf ist abzustellen. Ebenfalls nichts an diesem Ergebnis zu ändern vermögen die Berichte des Zentrums B. _____ vom 23. Januar 2018 (act. I 8) und 1. Mai 2018 (act. I 7). Im ersten Bericht wurden diagnostisch beidseitige Hand-, Handgelenk- und Fingerschmerzen sowie eine chronische Schmerzstörung genannt, wobei in der zusammenfassenden Beurteilung festgehalten wurde, es habe keine klare Ursache für die Schmerzen festgestellt werden können. Insbesondere seien keine Einschränkung der Mobilität, trophische Veränderungen, Allodynie / Hyperästhesie und keine Temperaturasymmetrie gefunden worden, womit die Diagnosekriterien für ein CRPS aktuell nicht erfüllt seien (act. I 8/1). Im weiteren Bericht vom 1. Mai 2018 wurde nunmehr die Diagnose eines residualen CRPS Typ I der Hände beidseits gestellt, wobei bei einem severity score mit 8/17 Punkten ein grenzwertiger Befund vorliege (act. I 7/1). Auch hierzu führte Dr. med. H. _____ am 12. Juni 2018 schlüssig aus, dass die objektiven Befunde spärlich waren

und die Diagnosestellung massgeblich auf den Beschwerdeangaben der Beschwerdeführerin basierte (vgl. act. II 148 - 149). Fraglich erscheint ohnehin die Bejahung des vierten Kriteriums, nachdem im April und Juni 2017 auch die Verdachtsdiagnose einer Polyarthritits gestellt wurde (vgl. Akten der IV im Verfahren IV/2018/233 [act. II] 49/5-6, 49/8), womit nicht von vornherein gesagt werden kann, es gebe keine andere Diagnose, welche die Schmerzen erklären könne (vgl. E. 3.4.2 hiervor). Explizit zum vierten Kriterium halten die Ärzte des Zentrums B._____ fest, anhand der Anamnese habe „wahrscheinlich 4/2016“ unter dem Tragen eines Gipsverbandes an beiden Händen ein CRPS bestanden (act. I 7/4). Damit werden die überzeugenden Schlussfolgerungen des beratenden Dr. med. H._____ sowie der MEDAS-Gutachter insgesamt nicht in Frage gestellt.

3.4.5 Auch der Bericht von Dr. med. G._____ vom 23. Mai 2018 (act. I 6), ändert nichts, mangelt es diesem mit der darin mehrfach geäusserten Kritik an der Fachkompetenz der MEDAS-Gutachter doch nicht nur an Objektivität, vielmehr mutet die Einschätzung über die enge ärztliche Tätigkeit hinausgehend advokatorisch an. Weiter ist der behandelnde Arzt – wie bereits Dr. med. C._____ – im Spital D._____ angestellt (vgl. im Verfahren IV/2018/233 u.a. act. II 49/23-24, 49/26-33), womit er gleichsam Arbeitskollege der Beschwerdeführerin war (vgl. act. II 88 sowie im Verfahren IV/2018/233 act. II 3/6 Ziff. 5.4, 15/2 Ziff. 1, 28/2). Die Beschwerdeführerin ist denn überdies auch „per Du“ mit dem Behandler (vgl. im Verfahren IV/2018/233 act. II 30/1, 33/1-2), womit seinen Angaben im Lichte der hier vor erwähnten mangelnden Objektivität von vornherein nur ein reduzierter Beweiswert zukommen kann, zumal bei der Beweiswürdigung seiner Berichte ohnehin der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen ist, dass Hausärzte wie auch die behandelnden Spezialärzte und schmerztherapeutisch tätigen Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353; SVR 2015 IV Nr. 26 S. 80 E. 5.3.3.3, Entscheid des EVG [Eidgenössisches Versicherungsgericht, heute BGer] vom 20. März 2006, I 655/05, E. 5.4).

3.5 Da die Ausführungen von Dr. med. H._____ auch hinsichtlich des Zeitpunktes der Leistungseinstellung in Übereinstimmung stehen mit

der Beurteilung des ABI (vgl. im Verfahren IV/2018/233 act. II 53.1/18) und überzeugen (vgl. act. II 55 bzw. E. 3.2.7 hiervor), besteht nach dem Dargelegten mit überwiegender Wahrscheinlichkeit kein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen dem Ereignis vom 6. April 2016 und den über den 6. Oktober 2016 hinaus geklagten Beschwerden. Die Beschwerdegegnerin hat die Leistungen damit zu Recht per 6. Oktober 2016 eingestellt bzw. einen Anspruch auf weitere Leistungen verneint, womit der Einspracheentscheid vom 27. November 2017 (act. II 103 - 113) nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen ist.

4.

4.1 Es sind keine Verfahrenskosten zu erheben (Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. a ATSG).

4.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch wird eine Parteientschädigung zugesprochen.
3. Zu eröffnen (R):
 - A. _____
 - Visana Versicherungen AG
 - Bundesamt für Gesundheit

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bun-

desgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.