



VERWALTUNGSGERICHT DES KANTONS ZUG

SOZIALVERSICHERUNGSRECHTLICHE KAMMER

Mitwirkende Richter: lic. iur. Adrian Willimann, Vorsitz
lic. iur. Jacqueline Iten-Staub und MLaw Ines Stocker
Gerichtsschreiberin: MLaw Andrea Henggeler

U R T E I L vom 24. März 2021 *[rechtskräftig]*
gemäss § 29 der Geschäftsordnung

in Sachen

A. _____
Beschwerdeführerin
vertreten durch RA lic. iur. B. _____

gegen

AXA Versicherungen AG, Generaldirektion, General-Guisan-Strasse 40,
Postfach 357, 8401 Winterthur
Beschwerdegegnerin

betreffend

Unfallversicherung
(Leistungen)

S 2020 60

A. Die Versicherte, A. _____, Jahrgang 1961, war bei der C. _____ als Hausangestellte tätig und in dieser Eigenschaft bei der AXA Versicherungen AG (nachfolgend AXA) obligatorisch gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert, als sie am 5. Oktober 2018 nach der Physiotherapiebehandlung von der Liege fiel und sich eine mehrfragmentäre, intraartikuläre Radiusfraktur rechts zuzog (AXA-act. M3). Die AXA erbrachte in der Folge die gesetzlichen Leistungen. Nach weiteren Abklärungen, unter anderem bei ihrem beratenden Arzt Dr. D. _____ (AXA-act. M20), reduzierte die AXA die Taggelderleistungen mit Verfügung vom 20. September 2019 ab dem 2. September 2019 auf 20 % und stellte diese sowie die Heilungskosten schliesslich per 2. Oktober 2019 ganz ein (AXA-act. A37). Die dagegen erhobene Einsprache (AXA-act. A39 und A42) wies die AXA mit Einspracheentscheid vom 3. April 2020 vollumfänglich ab (AXA-act. A46).

B. Mit Verwaltungsgerichtsbeschwerde vom 18. Mai 2020 liess A. _____ die Aufhebung des Einspracheentscheids vom 3. April 2020 sowie die Rückweisung der Angelegenheit an die Beschwerdegegnerin zwecks Einholung eines rheumatologischen/neurologischen Gutachtens inkl. EFL-Testung und anschliessendem Neuentscheid über ihre gesetzlichen Ansprüche beantragen; alles unter Entschädigungsfolgen zulasten der Beschwerdegegnerin. Zur Begründung liess die Beschwerdeführerin im Wesentlichen ausführen, die versicherungsinterne Beurteilung von Dr. D. _____, auf die sich die Beschwerdegegnerin stütze, erweise sich als widersprüchlich und nicht schlüssig. Seine Beurteilung sei auch nicht umfassend. Des Weiteren stütze er sich bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit auf eine unvollständige Befundung und Würdigung der vorhandenen Symptome. Die Beschwerdegegnerin bleibe daher für die Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit beweislos. Die funktionelle Leistungsfähigkeit sei usanzgemäss mittels eines EFL zu evaluieren.

C. Mit Vernehmlassung vom 13. August 2020 beantragte die AXA die Abweisung der Beschwerde. Zur Begründung verwies sie auf den angefochtenen Einspracheentscheid vom 3. April 2020 und verzichtete im Übrigen auf eine einlässliche Vernehmlassung.

D. Mit Schreiben vom 18. August 2020 stellte das Gericht der Beschwerdeführerin die Vernehmlassung zur Kenntnisnahme zu.

E. Mit Schreiben vom 19. August 2020 forderte das Verwaltungsgericht die Beschwerdegegnerin auf, dem Gericht die festgestellten fehlenden Aktenstücke einzureichen; diese gingen am 24. August 2020 beim Gericht ein. Auf Ersuchen der Beschwerdeführerin wurden ihr diese in der Folge zugestellt.

Das Verwaltungsgericht erwägt:

1.

1.1 Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung eines Falles grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses des angefochtenen Entscheids (in casu 3. April 2020) eingetretenen Sachverhalt ab (vgl. auch BGE 121 V 362 E. 1b). Dabei sind in zeitlicher Hinsicht diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Verwirklichung des zu Rechtsfolgen führenden Sachverhalts in Geltung standen (BGE 130 V 445 E. 1.2.1).

1.2 Am 1. Januar 2017 sind die am 25. September 2015 beziehungsweise am 9. November 2016 verabschiedeten geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) in Kraft getreten. Der hier zu beurteilende Unfall hat sich am 5. Oktober 2018 ereignet, weshalb – entsprechend den allgemeinen übergangsrechtlichen Regeln – die am 1. Januar 2017 in Kraft getretenen Normen auf den vorliegenden Fall Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden.

1.3 Am 1. Januar 2021 sind die am 21. Juni 2019 verabschiedeten geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) in Kraft getreten. Art. 83 ATSG sieht vor, dass für im Zeitpunkt des Inkrafttretens der Änderung vom 21. Juni 2019 beim erstinstanzlichen Gericht hängige Beschwerden das bisherige Recht gilt. Die hier zu beurteilende Beschwerde wurde am 18. Mai 2020 der Post übergeben, weshalb die bis 31. Dezember 2020 gültig gewesenen Normen des ATSG auf den vorliegenden Fall Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden.

2. Das Verwaltungsgericht beurteilt als einzige kantonale Instanz Beschwerden aus dem Bereich der Sozialversicherung (Art. 57 ATSG i.V.m. § 77 Abs. 1 des Verwaltungsrechtspflegegesetzes [VRG; BGS 162.1]). Örtlich zuständig ist das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die versicherte Person zur Zeit der Beschwerdeerhebung ihren Wohnsitz hat (Art. 58 Abs. 1 ATSG). Die Beschwerdeführerin hat Wohnsitz in E._____, ZG. Damit ist das Verwaltungsgericht des Kantons Zug in Anwendung von § 4 Abs. 1 lit. b der kantonalen Vollziehungsverordnung zum Bundesgesetz über die Unfallversicherung (BGS 842.5) örtlich und sachlich zuständig. Die Beschwerdegegnerin erliess den vorliegend angefochtenen Einspracheentscheid am 3. April 2020. Die Beschwerdeschrift wurde am 18. Mai 2020 der Post übergeben und ging tags darauf beim Verwaltungsgericht ein. Die gemäss Art. 60 Abs. 1 ATSG vorgesehene 30-tägige Beschwerdefrist wurde somit unter Berücksichtigung der Verordnung über den Stillstand der Fristen in Zivil- und Verwaltungsverfahren zur Aufrechterhaltung der Justiz im Zusammenhang mit dem Coronavirus (COVID-19) vom 20. März 2020 (SR 173.110.4) – Fristenstillstand vom 21. März bis und mit dem 19. April 2020 – gewahrt. Die Beschwerdeschrift entspricht sodann den formellen Anforderungen an eine Beschwerde und die Beschwerdeführerin ist als von der Verfügung des Unfallversicherers direkt Betroffene zur Beschwerde legitimiert. Somit ist die Beschwerde vom Gericht zu prüfen. Die Beurteilung erfolgt auf dem Zirkulationsweg gemäss § 29 der Geschäftsordnung des Verwaltungsgerichtes (GO VG; BGS 162.11).

3.

3.1 Die Zusprechung von Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt grundsätzlich das Vorliegen eines Berufsunfalles, eines Nichtberufsunfalles oder einer Berufskrankheit voraus (Art. 6 Abs. 1 UVG). Unfall ist die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat (Art. 4 ATSG).

3.2 Weiter setzt der Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung nebst anderem einen natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und dem eingetretenen Schaden voraus (BGE 129 V 177 E. 3.1 und 3.2).

3.3 Gemäss Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen. Ist die versicherte Person infolge des Unfalls voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat sie Anspruch auf ein Taggeld (Art. 16 Abs. 1

UVG). Der Anspruch auf Taggeld entsteht am dritten Tag nach dem Unfalltag. Er erlischt mit der Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit, mit dem Beginn einer Rente oder mit dem Tod der versicherten Person (Art. 16 Abs. 2 UVG).

3.4 Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG). Der Gesetzgeber ging davon aus, dass eine lange Dauer anzunehmen ist, wenn diese mehr als sechs Monate dauert (Ueli Kieser, Kommentar zum ATSG, 4. Aufl. 2020, Art. 6 N 98).

Die bundesgerichtliche Rechtsprechung leitet die Pflicht der versicherten Person zur beruflichen Neueingliederung aus dem Gebot der Schadenminderungspflicht ab. Der Versicherte soll alles ihm Zumutbare unternehmen, um die erwerblichen Folgen seines Gesundheitsschadens bestmöglich zu mindern, denn die Sozialversicherung soll nicht Schäden ausgleichen müssen, welche der Versicherte durch zumutbare geeignete Vorkehren selbst beheben oder vermindern kann. Die durch die Pflicht zur Schadenminderung gebotene Verwertung der Restarbeitsfähigkeit in einem anderen als dem angestammten Tätigkeitsbereich bildet aber die Ausnahme vom Grundsatz, wonach für die Bemessung der Arbeitsunfähigkeit auf die tatsächliche Einschränkung im zuletzt ausgeübten Beruf abzustellen ist. Sie setzt eine voraussichtlich dauernde Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit in der bisher ausgeübten Berufstätigkeit einerseits und einen stabilen Gesundheitszustand andererseits voraus; ein labiles gesundheitliches Geschehen von zeitlich beschränkter Dauer genügt nicht. Sind die sachlichen Voraussetzungen für ein Abstellen auf die Restarbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit gegeben und hat dies eine Herabsetzung oder Einstellung der Taggelderleistungen zur Folge, ist dem Versicherten sodann regelmässig eine Anpassungszeit zu gewähren, um sich auf die neue berufliche Situation einzustellen, namentlich eine geeignete Arbeit zu suchen. In der Praxis werden Anpassungsfristen von drei bis fünf Monaten als angemessen betrachtet (vgl. EVG U 108/05 vom 28. August 2006 E. 2.3; U 301/02 vom 1. Oktober 2003 E. 1.3 sowie BGer 8C_889/2014 vom 23. Februar 2015 E. 3.2).

Die Frage, ob und gegebenenfalls welche berufliche Neueingliederung von einem Versicherten im Rahmen seiner Pflicht zur Schadenminderung verlangt werden kann, beantwortet sich nach dem Grundsatz der Zumutbarkeit, der als Teilgehalt im verfassungsmässigen Grundsatz der Verhältnismässigkeit (Art. 5 Abs. 2 BV) enthalten ist. Vom Versicherten kann daher nur eine berufliche Umstellung verlangt werden, die ihm

unter Berücksichtigung der gesamten objektiven und subjektiven Gegebenheiten des Einzelfalles zumutbar ist (EVG U 301/02 vom 1. Oktober 2003 vom E. 1.4).

3.5 Es ist Aufgabe des Unfallmediziners, sämtliche Auswirkungen eines Unfalles auf den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, bezüglich welcher konkreten Tätigkeiten und in welchem Umfang der Versicherte arbeitsunfähig ist. Die ärztlichen Auskünfte sind sodann eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Unfallkausalität sowie der Frage, welche Arbeitsleistungen dem Versicherten im Hinblick auf seine persönlichen Verhältnisse noch zugemutet werden können. Im Streitfall entscheidet der Richter (BGE 115 V 133 E. 2).

3.6 In der Würdigung der einzelnen Beweismittel ist der Richter frei resp. nicht an besondere Beweisregeln gebunden. Zu beachten ist dabei jedoch, dass der Sozialversicherungsrichter bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen darf, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten 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. Die Rechtsprechung hat es mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung aber als vereinbar erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen. So ist namentlich den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung grundsätzlich volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen. Demgegenüber darf und soll der Richter in Bezug auf Berichte von Hausärzten – wie auch von behandelnden Fachärzten (BGer 8C_143/2019 vom 21. August 2019 E. 4.4.1) – der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten

aussagen. Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung sind Berichte der behandelnden Ärzte aufgrund der Verschiedenheit von Expertise und Therapie grundsätzlich mit Vorbehalt zu würdigen. Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt, den behandelnden Spezialarzt und namentlich für den therapeutischen Psychiater mit seinem besonderen Vertrauensverhältnis zum Patienten, welches die geklagten Beschwerden als Faktum hinzunehmen hat (BGer 9C_420/2008 vom 23. September 2008 E. 3 mit zahlreichen Hinweisen). Immerhin verpflichtet aber jede substantiiert vorgetragene Einwendung den Richter, den von der Rechtsprechung aufgestellten Richtlinien für die Beweiswürdigung folgend zu prüfen, ob sie in rechtserheblichen Fragen die Auffassungen und Schlussfolgerungen eines vom Gericht oder von der Verwaltung förmlich bestellten Gutachters derart zu erschüttern vermag, dass davon abzuweichen ist (siehe zum Ganzen BGE 125 V 351 E. 3 mit zahlreichen Hinweisen). Schliesslich kommt auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte 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. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Bestehen indessen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGer 8C_677/2010 vom 16. Dezember 2010 E. 4.5).

4. Unbestritten und durch die Akten belegt ist, dass die Beschwerdeführerin am 5. Oktober 2018 einen Unfall im Rechtssinne erlitten hat. Die Beschwerdegegnerin hat denn zunächst auch entsprechende Versicherungsleistungen erbracht. Strittig und im Folgenden zu prüfen ist demgegenüber, ob die Beschwerdeführerin auch nach der von der Beschwerdegegnerin per 2. Oktober 2019 verfügten Leistungseinstellung weiterhin Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung hat. Den Akten ist im Wesentlichen Folgendes zu entnehmen:

4.1 Mit Unfallmeldung UVG vom 29. Oktober 2018 teilte die Arbeitgeberin der AXA mit, dass die Versicherte am 5. Oktober 2018 während der Physiotherapie in der Annahme, das Therapiebett sei runtergelassen, vom Bett gestiegen und dabei auf die rechte Hand gefallen sei (AXA-act. A1). Die Versicherte erlitt dabei eine mehrfragmentäre,

intraartikuläre Radiusfraktur rechts, welche noch am selben Tag im Kantonsspital F._____ operativ versorgt wurde (AXA-act. M5).

4.2 Bei zunächst zeitgerechtem postoperativem Verlauf und angeordneter Ergotherapie, um die Sensibilität und den Bewegungsumfang zu verbessern (AXA-act. M6), berichtete die Versicherte im Rahmen der Sprechstunde vom 28. Dezember 2018 über einen verzögerten Verlauf mit vermehrter Schwellung im Bereich des Handgelenkes rechts, persistierende Schmerzen und eine vermehrt schweissige Hand. Radiologisch zeigten sich gute Stellungsverhältnisse. Klinisch wurden hingegen mehrere Anhaltspunkte für ein CRPS erhoben, weshalb die Ärzte des Kantonsspitals F._____ den Verdacht auf ein CRPS stellten und eine entsprechende Behandlung in die Wege leiteten (AXA-act. M8).

4.3 Im weiteren Verlauf wurde ein CRPS, welches in der Ausprägung jedoch bereits deutlich regredient sei, bei sehr guten Stellungsverhältnissen mit fortschreitender Durchbauung der Fraktur, diagnostiziert (AXA-act. M14).

4.4. Bei durchbauter Fraktur erfolgte am 12. Juni 2019 schliesslich die Osteosynthesematerialentfernung (AXA-act. M16). Die Materialentfernung brachte jedoch nicht die gewünschte Besserung, berichtete die Versicherte doch auch danach im Rahmen der Sprechstunde vom 18. Juli 2019 weiterhin über deutliche Schmerzen im Bereich des Handgelenks. Anamnestisch wurden sodann eine vermehrte Schweißbildung sowie Behaarung im Bereich des rechten Handgelenks festgehalten. Die Ärzte stellten eine leicht livide Verfärbung im Vergleich zur Gegenseite, eine Hyperhidrose, anamnestisch vermehrte Behaarung im Bereich des Handgelenks, eine Schwellung und Kribbelparästhesien im Bereich des Daumens sowie Dig. IV und V fest. In Zusammenschau der Befunde gingen die Ärzte von einem CRPS aus, weshalb sie die Grundbehandlung des CRPS mit Vitamin C, NSAR und Spiegeltherapie erneut einleiteten und die Versicherte an die Kollegen der Schmerztherapie überwiesen. Der Versicherten wurde weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in ihrer angestammten Tätigkeit als Raumpflegerin attestiert (AXA-act. M17).

4.5 Zur Beurteilung des medizinischen Sachverhaltes veranlasste die AXA in der Folge eine chirurgisch-/traumatologische Untersuchung durch den beratenden Arzt Dr. med. D._____, Facharzt FMH Chirurgie. Doktor D._____ kam in seiner Beurteilung vom 2. September 2019 zum Schluss, dass kein Anhalt für ein florides CRPS

bestehe. Dies begründete er damit, dass sich an der rechten Hand kein Temperatursprung, keine Schwellung, keine Rötung, keine Glanzhaut, keine Veränderung des Haar- und Nagelwachstums sowie keine Hyperhidrosis zeigten. Weiter stellte Dr. D. _____ im rechten Handgelenk eine Einschränkung bei Dorsalflexion und palmarer Flexion fest. Was die Arbeitsfähigkeit anbelangt, ging Dr. D. _____ davon aus, dass ab dem Untersuchungstag vom 2. September 2019 wieder eine 100%ige Arbeitsfähigkeit als Reinigungsfrau vorliege; eventuell könne der Versicherten vorübergehend für vier Wochen noch ein erhöhter Pausenbedarf von 20 % zugestanden werden. Das Belastungsprofil beschrieb Dr. D. _____ wie folgt: Zumutbar seien leichte bis mittelschwere Arbeiten, ohne das Besteigen von Leitern und Gerüsten und ohne Tätigkeiten an stossenden, schlagenden und vibrierenden Maschinen für die rechte Hand. Weiter führte er aus, ein medizinischer Endzustand sei erreicht, von einer namhaften Verbesserung an der rechten Hand könne nicht mehr gesprochen werden, da eine volle Arbeitsfähigkeit vorliege. Schliesslich nahm Dr. D. _____ auch noch zum Anspruch auf eine Integritätsentschädigung Stellung und merkte an, es liege keine unfallbedingte Einschränkung einer Körperfunktion vor, welche die entschädigungspflichtige Erheblichkeitsgrenze gemäss Art. 24 UVG erreichen würde. Betreffend die Vorakten führte Dr. D. _____ aus, die Aktenlage sei vollständig und die Befundung nachvollziehbar. Nicht nachvollziehbar sei jedoch die bestätigte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 100 % unter der Begründung eines CRPS. Die Kriterien hierzu seien zumindest bei der heutigen Untersuchung nicht erfüllt. Lediglich subjektiv angegebene Schmerzen begründeten diese Diagnose nicht. Abschliessend wies Dr. D. _____ darauf hin, dass die Prognose gut sei und weitere Behandlungen, insbesondere Ergotherapie, nicht mehr notwendig seien. Von einer Miacalcic-Nasenspray-Therapie dürfe ebenfalls keine weitere Verbesserung nach jetzt ca. einem Jahr mehr erwartet werden. Die Versicherte sei zur intensiven Eigenbeübung aufgefordert worden, ob hierfür allerdings die notwendige Compliance bestehe, sei zumindest fraglich (AXA-act. M20).

4.6 Im Rahmen des Einspracheverfahrens reichte die damalige Rechtsvertreterin der Versicherten einen Bericht von Dr. med. G. _____, Facharzt für Anästhesiologie, Interventionelle Schmerztherapie SSIPM, vom 21. August 2019 zu den Akten. Darin wird anamnestisch eine intermittierende Schwellung des Handgelenks, eine livide Verfärbung inkl. der Finger, eine Veränderung der Nageltrophik (schnelleres Wachstum der Nägel an der betroffenen Hand), ein intermittierendes Warmwerden, eine deutliche Einschränkung der Beweglichkeit im Handgelenk sowie eine leicht ausgeprägte Hyperästhesie festgehalten. Im Rahmen der Untersuchung stellte Dr. G. _____ eine leichte

Schwellung über dem Handgelenk, eine eingeschränkte Flexion/Extension auf 40 respektive 30° und intermittierend Kribbelparästhesien in Dig 1 sowie 4 und 5 fest. Die Hauttemperatur war symmetrisch und eine Störung der Nageltrophik nicht sichtbar. Beurteilend kam Dr. G. _____ zur Einschätzung, bei der Versicherten bestehe in Zusammenschau der anamnestischen und klinischen Befunde ein CRPS Typ 1 nach Budapest-Kriterien von Harden und Brühl. Der Symptombeginn des CRPS Typ 1 lasse sich nicht klar benennen, möglicherweise sei dies erst im Nachgang zur Metallentfernung vom Juni 2019 aufgetreten, obwohl retrospektiv auch bereits nach der Fraktur offenbar gewisse Anzeichen bestanden hätten. Er habe der Versicherten empfohlen, auch zum jetzigen Zeitpunkt die bereits eingeleiteten Massnahmen fortzusetzen und zusätzlich eine CRPS-spezifische Therapie einzuleiten (AXA-act. A42 B3).

4.7 Mit E-Mail vom 4. Dezember 2019 beantwortete Dr. G. _____ die von der damaligen Rechtsvertreterin gestellten Fragen. Bei der Versicherten bestünden die folgenden Diagnosen: CRPS Typ 1 mit/bei Status nach mehrfragmentärer intraartikulärer Radiusfraktur (5. Oktober 2018); Status nach offener Reposition, Unterfütterung mit Tutoplast und Plattenosteosynthese am 5. Oktober 2018; Status nach Metallentfernung am 12. Juni 2019 sowie arterielle Hypertonie. Doktor G. _____ hielt überdies fest, dass eine Arbeitsfähigkeit aufgrund der persistierenden Schmerzen im Rahmen eines CRPS für die Tätigkeit der Reinigung weiterhin nicht gegeben sei. Denkbar sei allenfalls eine leichte Tätigkeit ohne Einsatz der rechten/dominanten Hand. Gut ein Jahr nach Beginn der CRPS typischen Symptome könne nicht von einem Endzustand ausgegangen werden, welcher durch Therapie nicht weiter verbessert werden könne. Die Therapie (Pharmakologisch, Ergotherapie) müsse fortgesetzt werden, da weiterhin mit einer Verbesserung gerechnet werden könne. Auch die gemäss Dr. D. _____ fehlenden klinischen Kriterien würden für eine Verbesserung der CRPS-spezifischen Symptome sprechen, weshalb von einer partiellen Remission ausgegangen werden könne. Limitierend für die Arbeitsfähigkeit seien aber die persistierenden Schmerzen. Diesbezüglich verwies Dr. G. _____ auf seinen Bericht vom 21. August 2019. Da noch kein Endzustand vorliege, könne die Frage nach einem Integritätsschaden noch nicht abschliessend geklärt werden. Abschliessend empfahl Dr. G. _____ den Beizug eines Spezialisten aus einem anderen Fachgebiet als Chirurgie und schlug hierfür den Rheumatologen PD Dr. H. _____ vor (AXA-act. A42 B1).

5. Wie sich aus den Akten ergibt, stützte sich die Beschwerdegegnerin bei der Leistungseinstellung vollumfänglich auf die Beurteilung ihres Vertrauensarztes

Dr. D. _____ ab, wonach bei der Beschwerdeführerin ab dem 2. September 2019 wieder eine 100%ige Arbeitsfähigkeit als Reinigungsfrau vorliege und der Endzustand erreicht sei. Die Beschwerdeführerin bestreitet dies und stellt sich auf den Standpunkt, die Beurteilung von Dr. D. _____ sei widersprüchlich und nicht schlüssig. Seine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit stütze sich auf eine unvollständige Befundung und Würdigung der vorhandenen Symptome.

5.1 Grundsätzlich ist es zulässig, im Wesentlichen oder sogar ausschliesslich gestützt auf intern eingeholte medizinische Unterlagen zu entscheiden. In solchen Fällen sind jedoch strenge Anforderungen an die Beweismwürdigung in diesem Sinne zu stellen, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (BGer 9C_341/2007 vom 16. November 2007 E. 4.1 mit Hinweis auf BGE 122 V 157 E. 1d).

5.2 In Würdigung der unter Erwägung 4 zitierten medizinischen Unterlagen ergibt sich, dass Dr. G. _____ ein CRPS Typ 1 diagnostizierte und eine Arbeitsfähigkeit aufgrund der persistierenden Schmerzen im Rahmen eines CRPS für die Tätigkeit der Reinigung nicht als gegeben ansah, während der beratende Arzt der Unfallversicherung Dr. D. _____ ein CRPS verneinte und eine 100%ige Arbeitsfähigkeit als Reinigungsfrau annahm. Neben der unterschiedlichen Beurteilung hinsichtlich Diagnose und Arbeitsfähigkeit weichen die genannten Berichte auch in Bezug auf das allfällige Erreichen des Endzustandes diametral voneinander ab. Es liegen somit zwei komplett voneinander abweichende Einschätzungen vor und dies obwohl die beiden Beurteilungen fast zum gleichen Zeitpunkt bzw. in einer Zeitspanne von lediglich zwölf Tagen abgegeben wurden.

Der Beschwerdegegnerin ist zwar Recht zu geben, dass Berichte von behandelnden Ärzten mit Vorsicht zu würdigen sind, da sie aufgrund ihrer auftragsrechtlichen Vertrauensstellung in Zweifelsfällen wohl eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. E. 3.6 vorstehend). Nichtsdestotrotz können auch Berichte behandelnder Ärzte geeignet sein, die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen in Zweifel zu ziehen und damit Anlass zu ergänzenden Abklärungen geben, zumal hierfür bereits geringe Zweifel genügen. Daraus folgt, dass auch die von der versicherten Person aufgelegten Berichte bei der Beweismwürdigung mitzubewerichtigen und daraufhin zu prüfen sind, ob sie auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Feststellungen versicherungsinterner Ärzte wecken. Wird die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren

Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen, sind ergänzende Abklärungen im Sinne eines Gerichtsgutachtens oder eines verwaltungsexternen Gutachtens notwendig (vgl. dazu BGE 135 V 465 E. 4.6).

Wie die Beschwerdegegnerin zutreffend darauf hingewiesen hat, wurde bei der Beschwerdeführerin im Dezember 2018 der Verdacht auf ein CRPS gestellt (vgl. AXA-act. M8), während im Februar 2019 bereits von einer deutlichen Regredienz der Ausprägung des CRPS die Rede war (vgl. AXA-act. M14). Soweit sich die Beschwerdegegnerin jedoch auf den Standpunkt stellt, die darauf folgenden Angaben zum Bestehen eines CRPS würden lediglich auf die subjektiven Beschreibungen der Beschwerdeführerin abstellen, kann ihr nicht gefolgt werden. Die Beschwerdegegnerin übersieht, dass anlässlich der Untersuchung vom 18. Juli 2019 neben den anamnestischen (deutliche Schmerzen, vermehrte Schweissbildung sowie Behaarung [vor der Sprechstunde entfernt], keine Verbesserung durch Physiotherapie, gleiche Schmerzen wie vor Metallentfernung) auch klinische Befunde eines CRPS erhoben wurden (livide Verfärbung, Hyperhidrosis, Schwellung, eingeschränkte Flexion/Extension). Zudem bestanden Kribbelparästhesien im Bereich des Daumens sowie Dig. IV und V (vgl. AXA-act. M17). Es trifft daher nicht zu, dass die Diagnose eines CRPS im Juli 2019 lediglich gestützt auf die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin gestellt wurde. Vielmehr erfolgte die Diagnosestellung in Zusammenschau der anamnestischen und klinischen Befunde. Das Gleiche hat auch für die Beurteilung von Dr. G. _____ vom 21. August 2019 zu gelten. Doktor G. _____ legte unter Hinweis auf die anamnestischen und klinischen Befunde nachvollziehbar und schlüssig dar, weshalb Ende August 2019 von einem CRPS Typ 1 auszugehen war (vgl. AXA-act. A42 B3). Demgegenüber konnte Dr. D. _____ anlässlich der Untersuchung vom 2. September 2019 – mithin lediglich zwölf Tage später – keinen Anhalt für ein florides CRPS erkennen. Dies begründete er damit, dass kein Temperatursprung, keine Schwellung, keine Rötung, keine Glanzhaut, keine Veränderung des Haar- und Nagelwachstums und keine Hyperhidrosis feststellbar waren (vgl. AXA-act. M20 S. 4). Auffallend an der versicherungsinternen Beurteilung ist, dass Dr. D. _____ der anderslautende Bericht von Dr. G. _____ vom 21. August 2019 nicht vorlag. Obwohl im Sprechstundenbericht des Kantonsspitals F. _____ vom 18. Juli 2019 darauf hingewiesen wurde, dass die Beschwerdeführerin zur Beurteilung in der Schmerztherapie aufgeboten werde (vgl. AXA-act. M17), hat die Beschwerdegegnerin ohne erkennbaren Grund darauf verzichtet, den entsprechenden Bericht anzufordern und stattdessen die versicherungsinterne Beurteilung bei ihrem beratenden Arzt in Auftrag gegeben. Die Beurteilung von Dr. D. _____ erfolgte somit nicht in Kenntnis aller

relevanten Akten, war er doch gerade nicht im Bilde der lediglich wenige Tage zuvor bei Dr. G._____ durchgeführten Untersuchung und damit der von ihm diametral abweichenden Beurteilung des behandelnden Arztes.

Sodann ist mit der Beschwerdeführerin festzustellen, dass Dr. D._____ zwar eine eingeschränkte Beweglichkeit des rechten Handgelenks befundete (dorsale-/palmar Flexion 40-0-0 [vgl. AXA-act. M20 S. 4 f.]), diese Bewegungseinschränkung jedoch nicht weiter würdigte. Doktor D._____ stellte lediglich fest, dass die Beschwerdeführerin beim Hervorholen von Untersuchungsberichten aus ihrer Handtasche die rechte Hand benützt habe und sich dabei keinerlei Einschränkung erkennen liess (vgl. AXA-act. M20 S. 5). Gestützt darauf ging der versicherungsinterne Arzt ab dem Untersuchungstag vom 2. September 2019 wieder von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit als Reinigungsfrau aus. Wie die Beschwerdeführerin zutreffend darauf hingewiesen hat, überzeugt dies jedoch insofern nicht, als die Reinigungstätigkeit, die unzweifelhaft mit einer Belastung für das Handgelenk verbunden ist, mit dem Herausholen von Akten aus einer Tasche nicht verglichen werden kann. Die von Dr. D._____ angenommene 100%ige Arbeitsfähigkeit als Reinigungskraft bei gleichzeitig festgestellter Bewegungseinschränkung des rechten Handgelenks ist somit nicht nachvollziehbar, zumal mit den Ausführungen von Dr. G._____ eine davon abweichende Beurteilung vorliegt, die auch wenn sie vom behandelnden Arzt der Beschwerdeführerin stammt, zumindest geeignet ist, an den nicht vollumfänglich überzeugenden Feststellungen des versicherungsinternen Arztes gewisse Zweifel hervorzurufen. Doktor G._____ zeigte jedenfalls nachvollziehbar auf, weshalb die Tätigkeit in der Reinigung weiterhin nicht möglich ist (vgl. AXA-act. A42 B1).

5.3 Nachdem die Beurteilung des versicherungsinternen Arztes nicht in Kenntnis sämtlicher relevanter Akten erfolgte und seine Einschätzung der 100%igen Arbeitsfähigkeit in der Reinigung unter Berücksichtigung der schlüssigen und nachvollziehbaren Beurteilung des behandelnden Arztes nicht vollumfänglich überzeugt, verbietet sich die Leistungseinstellung lediglich gestützt darauf, bestehen damit doch zumindest geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Feststellungen von Dr. D._____. Der Sachverhalt bedarf daher ergänzender Abklärungen, zu welchem Zweck die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist. Nach Rückweisung der Sache zu weiteren Abklärungen wird die Beschwerdegegnerin eine externe fachärztliche Begutachtung durchzuführen haben, mit welcher zu klären sein wird, ob die Beschwerdeführerin an einem CRPS leidet und inwieweit sich die festgestellten Gesundheitsbeeinträchtigungen auf die Arbeitsfähigkeit als Reinigungskraft auswirken

bzw. ob die Beschwerdeführerin allenfalls Anspruch auf eine Integritätsentschädigung hat. Nach Beantwortung der noch offenen Fragen wird die Beschwerdegegnerin über den Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin neu zu befinden haben.

6. Zusammenfassend erweist sich der medizinische Sachverhalt aufgrund der aktenkundigen Arztberichte als ungenügend abgeklärt, weshalb der angefochtene Einspracheentscheid vom 3. April 2020 aufzuheben und die Sache zur ergänzenden Sachverhaltsabklärung im Sinne der Erwägungen und zum anschliessenden Neuentscheid an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist. Insoweit erweist sich die Beschwerde als begründet, weshalb sie gutzuheissen ist.

7. Das Verfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht ist kostenlos (Art. 61 lit. a ATSG). Ausgangsgemäss ist der Beschwerdeführerin eine vom Gericht nach Ermessen festgesetzte Parteientschädigung von Fr. 1'800.– (inklusive Barauslagen und MWST) zuzusprechen (Art. 61 lit. g ATSG).

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, als der Einspracheentscheid vom 3. April 2020 aufgehoben und die Sache zu weiteren Abklärungen im Sinne der Erwägungen und zum anschliessenden Neuentscheid an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird.
2. Es werden keine Kosten erhoben.
3. Der Beschwerdeführerin wird zulasten der Beschwerdegegnerin eine Parteientschädigung im Betrage von Fr. 1'800.– (inklusive Auslagen und MWST) zugesprochen
4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der schriftlichen Eröffnung beim Schweizerischen Bundesgericht in Luzern Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden.
5. Mitteilung an die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin (im Doppel), an die Beschwerdegegnerin sowie an das Bundesamt für Gesundheit, Bern.

Zug, 24. März 2021

Im Namen der
SOZIALVERSICHERUNGSRECHTLICHEN KAMMER
Der Vorsitzende

Die Gerichtsschreiberin

versandt am