



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 7. Februar 2019 (725 18 337 / 36)

Unfallversicherung

Kausalzusammenhang: Die Angelegenheit ist zur weiteren Abklärung an die Vorinstanz zurückzuweisen. Diese hat neu über den Leistungsanspruch des Versicherten zu verfügen.

_____ Besetzung Präsidentin Doris Vollenweider, Kantonsrichter Jgnaz Jermann, Kantonsrichterin Elisabeth Berger Götz, Gerichtsschreiberin i.V. Neslihan Kalayci

_____ Parteien A.____ Beschwerdeführerin, vertreten durch Dominik Zehntner, Advokat, Spalenberg 20, Postfach 1460, 4001 Basel

gegen

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

_____ Betreff Leistungen

A. Die 1972 geborene A.____ war zum Zeitpunkt des Unfallereignisses vom 2. Juni 2016 als Haushaltsgehilfin bei der B.____ tätig. In dieser Eigenschaft war sie bei der Axa Winterthur (AXA) obligatorisch gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert. Gemäss Schadenmeldung UVG vom 3. Juni 2016 war A.____ mit dem Auto auf dem Weg zu einem Kunden, als ein anderes Auto in sie hineinfuhr und ihr Auto an den Trottoirrand drückte. Dabei

zog sie sich vom Abstützen aufs Lenkrad Schmerzen im Nacken sowie im Handgelenk zu. Anlässlich einer ersten Untersuchung in der Notfallstation des D.____ vom 3. Juni 2016 diagnostizierte Dr. med. C.____, Leitende Ärztin Notfall, einen Auffahrunfall mit kraniozervikalem Beschleunigungstrauma Grad II, undisloziertem Abriss Processus styloideus ulnae rechts (dominant), eine Ellenbogenkontusion rechts und eine Schulterkontusion beidseits. Das Röntgenbild des Ellenbogens ergab keinen Nachweis einer dislozierten Fraktur. Auf dem Röntgenbild des Handgelenks rechts war ein undislozierter Abriss des Processus styloideus ulnae rechts und SL weit erkennbar. Weiter konnte eine Druckdolenz über dem Radiusköpfchen und am lateralen Epicondylus, mittig über dem Handgelenk und minim am Ulnaköpfchen, festgestellt werden. Daraufhin wurde eine Bedarfsanalgesie aufgenommen und das Tragen einer Handmanschette verordnet. In der Folge gewährte die AXA die gesetzlichen Leistungen (Taggelder und Heilungskosten).

B. Aufgrund der geklagten Beschwerden wurden im D.____ am 14. Dezember 2016 eine diagnostische Handgelenksarthroskopie (rechts) und eine Ulnaverkürzungsosteotomie durchgeführt. Im Rahmen einer versicherungsmedizinischen Stellungnahme vom 11. Juni 2017 vertrat der beratende Arzt der AXA, PD Dr. E.____, FMH Orthopädie und Handchirurgie, die Auffassung, dass die beklagten Beschwerden der Versicherten in einem kausalen Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 2. Juni 2016 stünden, und dass der Eingriff vom 14. Dezember 2016 überwiegend wahrscheinlich durch unfallkausale Verletzungen indiziert gewesen sei. In der Folge beauftragte die AXA Dr. med. F.____, FMH Orthopädische Chirurgie, mit einer zweiten Stellungnahme zur Unfallkausalität der Beschwerden. Dieser verneinte sowohl die Unfallkausalität der geklagten Beschwerden als auch der erfolgten Operation und hielt fest, dass der Status quo sine per 7. Juli 2016, spätestens aber per 25. August 2017 wieder erreicht worden sei.

C. Gestützt auf die Beurteilung von Dr. F.____ stellte die AXA mit Verfügung vom 9. Februar 2018 die Taggeldleistungen per 1. Dezember 2017 und die Leistungen für die Heilungskosten per 1. Februar 2018 ein. Zur Begründung führte sie an, dass die anhaltend geklagten Beschwerden am rechten Handgelenk mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht mehr auf den erlittenen Unfall zurückzuführen seien. Eine hiergegen erhobene Einsprache wies die AXA mit Einspracheentscheid vom 12. September 2018 ab.

D. Gegen diesen Entscheid erhob die Versicherte, vertreten durch Advokat Dominik Zehntner, mit Eingabe vom 9. Oktober 2018 Beschwerde beim Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Sie beantragte, es sei der Einspracheentscheid vom 12. September 2018 aufzuheben, unter o/e-Kostenfolge. Zur Begründung brachte sie vor, dass gemäss der Beurteilung von Dr. E.____ sowie aufgrund weiterer ärztlicher Berichte erstellt sei, dass der Unfallmechanismus vom 2. Juni 2016 zu einer Verletzung des TFCC geführt habe. Dies habe wiederum den operativen Eingriff gerechtfertigt, womit das Handgelenk letztendlich aufgrund des Unfallereignisses definitiv verändert worden sei. Der AXA sei es nicht gelungen, den Wegfall der Unfallfolgen nachzuweisen.

E. In ihrer Vernehmlassung vom 22. November 2018 beantragte die AXA die Abweisung der Beschwerde.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1. Auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde vom 9. Oktober 2018 beim örtlich wie sachlich zuständigen Gericht ist einzutreten.

2.1 Auf den 1. Januar 2017 sind die mit Bundesgesetz vom 25. September 2015 revidierten Bestimmungen des UVG in Kraft getreten. Zu den geänderten Normen gehören auch die Bestimmungen von Art. 10 Abs. 1 und Art. 18 Abs. 1 UVG, welche die Ansprüche auf Heilbehandlung und auf eine Invalidenrente regeln. Laut der Übergangsbestimmung von Art. 118 Abs. 1 UVG werden jedoch Versicherungsleistungen für Ereignisse, die sich vor dem Inkrafttreten dieser revidierten Bestimmungen zugetragen haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt. So verhält es sich auch im vorliegenden Fall, weshalb nachfolgend auf das bisherige Recht und die dazu ergangene Rechtsprechung Bezug genommen wird.

2.2 Nach Art. 6 Abs. 1 UVG hat der Unfallversicherer in der obligatorischen Unfallversicherung, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt, die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten zu gewähren. Art. 10 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Heilbehandlung). Ist die versicherte Person infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat sie gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG Anspruch auf ein Taggeld. Dieses beträgt bei voller Arbeitsunfähigkeit 80 Prozent des versicherten Verdienstes. Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit wird es entsprechend gekürzt (Art. 17 Abs. 1 UVG). Der Anspruch entsteht gemäss Art. 16 Abs. 2 UVG am dritten Tag nach dem Unfalltag und er erlischt mit der Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit, mit dem Beginn einer Rente oder mit dem Tod der versicherten Person. Art. 18 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf eine Invalidenrente, wenn sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 Prozent invalid ist. Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV) abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG).

3.1 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt unter anderem voraus, dass zwischen dem versicherten Ereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Arbeitsunfähigkeit, Invalidität, Integritätsschädigung) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht (BGE 129 V 181 E. 3.1). 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 bzw. 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, das Ereignis mit

anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiere (BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen).

3.2 Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die rechtsanwendende Behörde – die Verwaltung oder im Streitfall das Gericht – im Rahmen der ihr obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Dabei hat sie ihren Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen (vgl. dazu BGE 115 V 142 E. 8b mit zahlreichen weiteren Hinweisen). Die blosser Möglichkeit eines bestimmten Sachverhaltes genügt den Beweisforderungen nicht. Es ist vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste gewürdigt wird (vgl. BGE 125 V 195 E. 2, 121 V 47 E. 2a und 208 E. 6b).

3.3 Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist. Ebenso wie der leistungs begründende 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 blosser Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die entsprechende Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungs begründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer. Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend (Urteil des Bundesgerichts vom 23. September 2014, 8C_419/2014, E. 3.2 mit Hinweisen).

4.1 Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen. Das Gericht hat diese nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) – wie alle anderen Beweismittel – frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es 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. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach 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 Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 232 E. 5.1, 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c).

4.2 Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführliche Zusammenstellung dieser Richtlinien in BGE 125 V 352 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 469 f. E. 4.4 und 4.5). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, welche aufgrund 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 volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen). Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen hingegen kommt nicht derselbe Beweiswert zu wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten. An die Beweiswürdigung sind deshalb strenge Anforderungen zu stellen, wenn ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden soll. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 470 E. 4.4 am Ende, mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts vom 26. März 2015, 8C_879/2014, E. 5.3).

5.1 Vorliegend ist strittig und zu prüfen, ob die AXA die Versicherungsleistungen zu Recht mit Einspracheentscheid vom 12. September 2018 per 1. Dezember 2017 (für die Taggeldleistungen) bzw. per 1. Februar 2018 (für die Heilungskosten) eingestellt hat. Zur Beurteilung der strittigen Frage sind folgende medizinische Unterlagen von Relevanz:

5.2 Im Notfallbericht vom 3. Juni 2016 diagnostizierte Dr. med. C.____, Leitende Ärztin der Interdisziplinären Notfallstation des D.____, einen Auffahrunfall mit kraniozervikalem Beschleunigungstrauma Grad II, undisloziertem Abriss Processus styloideus ulnae rechts, eine Ellenbogenkontusion rechts sowie eine Schulterkontusion beidseits. Betreffend die rechte Hand wurde Folgendes aufgeführt: Druckdolenz mittig über dem Handgelenk, minim am Ulnaköpfchen, Flexion/Extension endgradig schmerzhaft, jedoch frei auch gegen Widerstand möglich. Im Weiteren hielt sie fest, dass die Patientin eine Handgelenksmanschette tragen müsse.

5.3 Dr. med. G.____, Oberärztin der Klinik Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates des D.____, hielt in ihrem Sprechstundenbericht vom 15. Juni 2016 fest, dass noch eine deutliche Druckdolenz und leichte Schwellung über dem Processus styloideus ulnae bestehe. Auf dem Röntgenbild des Handgelenks (rechts) sei eine Fraktur kaum erkennbar. Das Tragen der Handgelenksmanschette sei für weitere vier Wochen notwendig.

5.4 Dem Eintrag in der Krankengeschichte von Dr. med. H.____, Oberärztin der Klinik für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates des D.____, vom 7. Juli 2016 ist zu entnehmen, dass die Patientin beschwerdearm sei. Lediglich im Bereich des dorsalen Daumens verspüre sie teilweise noch Schmerzen, wobei diese auf eine Druckstelle von der Handgelenksmanschette zurückzuführen seien. Die Handgelenksmanschette müsse sie nicht mehr tragen.

5.5 Aus dem Eintrag in der Krankengeschichte von Dr. G.____ vom 18. August 2016 geht hervor, dass die Patientin nach längeren Belastungen nachts teilweise noch Schmerzen im ulnarseitigen Handgelenk verspüre. Seit zwei Wochen seien auch Parästhesien am ulnaren Unterarm aufgetreten, insbesondere nach dem Aufstützen des Ellenbogens.

5.6 Im Szintigraphie-Bericht vom 25. August 2016 hielt Dr. med. I.____, FMH Nuklearmedizin, Z.____, fest, dass die Fraktur am rechten Handgelenk vom 2. Juni 2016 orthopädisch behandelt worden sei. Er diagnostizierte keine Anzeichen für eine Entzündung sowie für eine Algodystrophie.

5.7 Im Sprechstundenbericht vom 18. Oktober 2016 diagnostizierte Dr. med. J.____, Leitender Arzt der Klinik für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates des D.____, nebst den bekannten Diagnosen an der rechten Hand eine Tendovaginitis stenisans de Quervain. Zudem habe die Patientin weiterhin Parästhesien vom Oberarm bis in die Fingerspitzen reichend und alle Langfinger betreffend. Sie leide immer noch an Schmerzen im Bereich des dorsalen Daumens und radialen Handgelenkes, wie sie sie bereits am 7. Juli 2016 erstmals erwähnt habe. Eine leichte Druckdolenz über dem Processus styloideus ulnae sei weiterhin vorhanden. Im Weiteren berichtete er, dass die radiale Schmerzen am ehesten im Rahmen einer Tendovaginitis stenisans de Quervain vermutlich posttraumatisch aufgetreten seien.

5.8 Dem Eintrag in der Krankengeschichte von Dr. G.____ vom 17. November 2016 ist zu entnehmen, dass sich die Schmerzen aufgrund der Tendovaginitis stenisans de Quervain leicht gebessert hätten. Im Vordergrund stünden vor allem die ulnarseitigen Handgelenkschmerzen.

5.9 In seiner Beurteilung vom 24. November 2016 stellte Dr. med. K.____, Leitender Arzt des Instituts für Radiologie und Nuklearmedizin des D.____, einen grossen Defekt des Discus articularis mit Abriss der radialen Anheftung vom Gelenkknorpel bei unklarem Läsionsalter fest.

5.10 In ihrem Sprechstundenbericht vom 29. November 2016 berichtete Dr. G.____, dass sie der Patientin aufgrund des grossen Defektes des Discus articularis eine Handgelenksarthroskopie mit Ulnaverkürzungsosteotomie empfohlen habe, und sich die Patientin damit einverstanden erklärt habe.

5.11 Dr. H.____ hielt in ihrem Operationsbericht vom 15. Dezember 2016 unter anderem fest, dass sich ulnarseitig am radialen Anteil des TFCC eine sehr grosse Läsion zeige, am ehesten posttraumatisch mit teilweiser freier Sicht auf den noch unversehrten Knorpel des Ulnaköpf-

chens. Der Discus articularis zeige sich frei fluktuierend bei ansonsten noch intakten Bandstrukturen. Die Indikation zur Verkürzungsosteotomie der Ulna sei daher gegeben.

5.12 Im Sprechstundenbericht vom 3. Februar 2017 hielt Dr. J._____ fest, dass der Osteotomiespalt mit vermutlich beginnender Konsolidierung ohne ausgeprägte Kallusbildung auf dem Röntgenbild des rechten Handgelenks noch deutlich ersichtlich sei.

5.13 Dr. G._____ führte im Sprechstundenbericht vom 15. März 2017 folgende Befunde auf: Handgelenk rechts: Keine lokale Druckdolenz im Bereich der Verkürzungsosteotomie. Die Patientin gebe vor allem Schmerzen bei Umwendbewegungen im ulnarseitigen Handgelenk an. Der Osteotomiespalt sei noch deutlich zu sehen. Im Vergleich zur letzten Untersuchung habe die Konsolidierung vermutlich zugenommen.

5.14 Dr. J._____ berichtete in seinem Sprechstundenbericht vom 18. April 2017 Folgendes: Handgelenk rechts: Unauffällige Trophik, keine Schwellung, über dem Osteotomiespalt und vor allem ulnarseitig im Bereich des Handgelenks noch deutliche Druckdolenz auslösbar. Ein deutlicher Ulnarimpaktionsschmerz sei noch vorhanden. Auf dem Röntgenbild sei der Osteotomiespalt weiterhin noch deutlich zu sehen.

5.15 Dem Eintrag in der Krankengeschichte von Dr. G._____ vom 17. Mai 2017 ist zu entnehmen, dass die Patientin weiterhin Schmerzen im Bereich des Handgelenks (ulnarseitig) habe.

5.16 Am 11. Juni 2017 diagnostizierte PD Dr. med. E._____, FMH Orthopädie und Handchirurgie, eine verzögerte Heilung der Ulnaverkürzungsosteotomie. Über die Situation des Handgelenks der Beschwerdegegnerin berichtete er wie folgt: Belastungsabhängige Schmerzen am rechten Vorderarm auf Höhe der Operationsnarbe, vor allem beim Heben von schweren Objekten in der Supinationsstellung des Vorderarmes. Die Schmerzen seien trotz mehrerer verschiedener Schmerztherapien nicht unter Kontrolle gekommen. Betreffend die Unfallkausalität hielt Dr. E._____ fest, dass ihm der Vorzustand unbekannt sei. Da die Patientin jedoch vor dem Autounfall im Bereich des Handgelenks vollständig beschwerdefrei gewesen sei, denke er, dass eine Unfallkausalität mit Ruptur des TFC vorhanden sei. Auch die Operation vom 14. Dezember 2016 sei überwiegend wahrscheinlich durch unfallkausale Verletzungen indiziert gewesen. Im Weiteren hielt er fest, dass ein weiterer Eingriff evaluiert werden müsse, sofern sechs Monate nach dem Eingriff keine vollständige Heilung der Osteotomie eintreten werde.

5.17 Dr. med. L._____, FMH Anästhesie, Abteilung Schmerztherapie des D._____, berichtete in seinem Bericht vom 23. Juni 2017, dass die Patientin vor allem laterale Schmerzen im Narbenverlauf und im rechten Handgelenk verspüre.

5.18 Dr. med. F._____, FMH Orthopädische Chirurgie und beratender Arzt der Beschwerdegegnerin, hielt in seinem Bericht vom 24. November 2017 fest, dass er nach Durchsicht der Röntgenbilder vom 2. Juni 2016 und vom 9. Juni 2016 grosse Zweifel habe, dass bezüglich des rechten Handgelenks der Versicherten eine korrekte Diagnose erhoben worden sei. Es werde von einer undislozierten Fraktur am Processus styloideus ulnae berichtet, die sich ihm aber auch bei wiederholter Betrachtung der auf einer CD zur Verfügung stehenden Bilder nicht er-

schliesse. Zwar zeige sich eine leicht hypointense Zone radial an der Basis des Processus styloideus ulnae, die aber die knöchernen Oberfläche auf der Gelenkseite nicht eindeutig erreiche und sich dann insbesondere nicht nach proximal in Richtung der ulnaren Kortikalis fortsetze. Hierbei von einer Fraktur oder auch nur einer Fissur zu sprechen, halte er für eine Überinterpretation, zumal die Versicherte am Unfalltag nur „minim“ Schmerzen in diesem Bereich angegeben habe, was bei einer frischen knöchernen Verletzung sehr ungewöhnlich gewesen wäre. Wenn man sich überlege, was biomechanisch beim Ereignis vom 2. Juni 2016 abgelaufen sei, komme man ebenfalls fast zwingend zum Schluss, dass es im Bereich der Handgelenke nicht zu einer relevanten Verletzung gekommen sein könne. Die Versicherte habe als Lenkerin ihr Auto angehalten, als es zu einer Kollision mit einem von hinten nahenden Fahrzeug gekommen sei. Der Personenwagen der Versicherten sei dadurch nach vorne verschoben worden, wohingegen sich ihr Körper aufgrund der Massenträgheit relativ nach hinten bewegt habe. Entsprechend sei es auch nicht zu einer relevanten Kraftereinwirkung auf die am Steuerrad gehaltenen Hände gekommen (wie dies bei einer Frontalkollision der Fall gewesen wäre), die vielmehr sogar eher entlastet worden seien. Auch sekundär sei es kaum zu deren Traumatisierung in wesentlichem Ausmass gekommen, nachdem sich der Airbag nicht geöffnet habe. Anlässlich der Kontrolluntersuchung vom 9. Juni 2016 werde dann zwar geschrieben, es zeige sich eine „noch deutliche Druckdolenz und leichte Schwellung über dem Processus styloideus ulnae“, ohne dass aber funktionelle Defizite zu verzeichnen gewesen seien. Die postulierte Fraktur sei als „kaum erkennbar“ bezeichnet worden, was wiederum ungewöhnlich sei, weil im Heilungsbereich von Frakturen nach etwa einer Woche nach dem erlittenen Trauma typischerweise gewisse resorptive Vorgänge zu sehen seien, was vorliegend nicht der Fall sei. Spätestens nachdem die Versicherte anlässlich der Kontrolle vom 7. Juli 2016 „praktisch keine“ Schmerzen mehr verspürt habe, die zudem ausschliesslich auf der Daumenseite, nicht aber über dem Processus styloideus ulnae („keine Druckdolenz“) angegeben worden seien, habe davon ausgegangen werden dürfen, dass es hier nicht zu einer relevanten Verletzung gekommen sei. Dies widerspiegle sich dann auch anlässlich einer weiteren Kontrolle am 18. August 2016, wo zwar anamnestisch ulnarseitige Handgelenkschmerzen beschrieben worden seien, die aber aufgrund der ebenfalls beschriebenen Parästhesien am ulnarseitigen Vorderarm am wahrscheinlichsten auf eine leichte Affektion des Nervus ulnaris am Ellbogen zurückzuführen gewesen seien, wo sich auch ein positives Tinel-Zeichen habe finden lassen. Erneut sei der Processus styloideus ulnae aber als nicht druckdolent beschrieben worden, sodass eine relevante Verletzung habe ausgeschlossen werden können. Falls es noch eines abschliessenden Beweises bedürfe, dass sich die Versicherte anlässlich des Ereignisses vom 2. Juni 2016 am rechten Handgelenk nicht makrostrukturell verletzt habe, könnten hierfür die nachträglich eingegangenen Bilder der 3-Phasen-Skelett-Szintigraphie vom 25. August 2016 aus Frankreich herangezogen werden. Damit lasse sich nicht nur eine allfällige Algodystrophie (CRPS) klar verneinen, sondern es zeige sich vielmehr ein symmetrischer Befund beider Hände, was eine nur gerade gut 2 ½ Monate zuvor vermeintlich stattgefundenen Fraktur des Processus styloideus ulnae rechts nahezu sicher ausschliesse. Somit könne spätestens mit dieser Untersuchung von einem morphologischen Status quo sine im Bereich beider Hände ausgegangen werden. Die in der Folge durchgeführten Behandlungen, sofern man sie überhaupt als wirksam, zweckmässig und wirkungsvoll bewerten wolle, seien somit ausschliesslich aus unfallfremden Gründen erfolgt. Die zur Verfügung stehenden CT-Aufnahmen vom 19. September 2017 zeigten eine hypertrophe Pseudarthrose im

Bereich der ehemaligen Osteotomie, die sich im Vergleich zu den Aufnahmen vom 12. Juli 2017 kaum wesentlich verändert habe. Entsprechend ergäben sich einige Zweifel, dass sich durch ein weiteres Abwarten noch eine Verbesserung einstelle. Wahrscheinlich bleibe somit nur eine Implantatentfernung mit Pseudarthrose-Resektion, Dekortikation, allenfalls Anlagerung von autologer Spongiosa und Reosteosynthese, um letztlich eine stabile ossäre Durchbauung zu erreichen. Dies sei bereits von Dr. E.____ in seinem Bericht vom 11. Juni 2017 in dieser Weise vorgeschlagen worden.

5.19 Dr. G.____ führte in ihrem Sprechstundenbericht vom 13. Dezember 2017 folgende neue Diagnosen auf: Delayed Union bei nun beschwerdefreier Patientin auf Höhe des Osteosynthesematerials bei Status nach diagnostischer Handgelenksarthroskopie rechts und Ulnaverkürzungsosteotomie rechts vom 14. Dezember 2016 bei aktuell leichten Beschwerden auf Höhe des Ulnastyloid sowie insbesondere persistierende bzw. progrediente Tendovaginitis de Quervain.

5.20 Dr. med. M.____, FMH Handchirurgie und SIM-zertifizierter Gutachter, nahm zum Unfallhergang sowie zu den Beschwerden der Beschwerdeführerin in seinem Bericht vom 5. Januar 2018 wie folgt Stellung: Die Patientin habe ihr Auto zum Stillstand gebracht. Sie sei von einem weiteren Auto von hinten gerammt worden, wobei sich der Airbag nicht geöffnet habe. Da die Patientin ihre Hände am Steuerrad belassen habe, sei es durch den Rückschlag zu einer Verletzung des rechten Handgelenks gekommen. Entgegen der Ansicht von Dr. F.____ sei er der Auffassung, dass das gerammte Auto nach dem Zusammenprall wieder gestoppt worden sei, wahrscheinlich, weil die Patientin reflexartig auf der Bremse gestanden sei. Daraus könne gefolgert werden, dass sowohl ein Zug als auch eine Stauchung auf die Handgelenke eingewirkt hätten. Beide Kräfteinwirkungen könnten eine Läsion des Discus articularis im ulnaren Handgelenkskompartiment bewirkt haben. Die entstandenen Kräfte seien stark von der Geschwindigkeit des Zusammenpralls, vom Gewicht des beteiligten Autos und dem Gewicht der Patientin abhängig, worüber jedoch keine Angaben bestünden. Deshalb schein ihm die Argumentation von Dr. F.____, wonach die Unfallkausalität zu verneinen sei, nicht zulässig. Im Weiteren merkte er an, dass im Röntgenbild vom 2. Juni 2016 eine undislozierte Fraktur des Processus styloideus ulnae beschrieben worden sei. Im Röntgenbild vom 9. Juni 2016 sei die Fraktur als kaum erkennbar bezeichnet worden. Klinisch bestehe jedoch noch eine deutliche Druckdolenz und eine leichte Schwellung. Ein funktionelles Defizit liege angeblich nicht vor. Eine forcierte Supination mit Schmerzen in der Endstellung als Zeichen einer TFCC-Läsion sei nicht geprüft bzw. beschrieben worden. Eine TFCC-Läsion liege aber sicher vor, wie die Arthroskopie vom 15. Dezember 2016 zeige. Dieser Befund zeige einerseits das Wegfallen des wichtigen Trampolineffektes des TFCC, was richtigerweise zur Ulnaverkürzung geführt habe, andererseits erkläre er das Fehlen einer starken Druckdolenz über dem „abgebrochenen“ Ulnastyloid, welche die ulnare, dorsale und ligamentäre Verankerung des TFCC darstelle. Betreffend das 3-Phasenszintigramm vom 25. August 2016 führte Dr. M.____ aus, dass dieses symmetrische Befunde beider Hände zeige, da keine Entzündungszeichen am rechten Handgelenk zu erwarten gewesen seien. Weiter teilte er die Meinung von Dr. E.____, dass die Unfallkausalität zwischen dem Unfallereignis vom 2. Juni 2016 und den Beschwerden der Beschwerdeführerin gegeben sei. Die erfolgte Operation sei lege artis gewesen, doch leider sei es zu einer verzöger-

ten Osteotomieheilung gekommen. Eine begleitende Tendovaginitis de Quervain in Folge der intensiven Therapie bei solch komplexen Verletzungen wie TFCC-Läsionen werde immer wieder beobachtet.

5.21 Bezugnehmend auf die Stellungnahme von Dr. M.____ vom 5. Januar 2018 hielt Dr. F.____ am 9. Februar 2018 Folgendes fest: Dr. M.____ äussere sich in seiner Stellungnahme zunächst zum Unfallhergang und versuche darzulegen, wie es beim Unfallereignis vom 2. Juni 2016 zu einer Verletzung des rechten Handgelenks gekommen sein solle. Dabei akzeptiere er offensichtlich seine Einschätzung, dass es bei der Heckauffahrkollision primär zu einer Entlastung des Körpers der Versicherten gekommen sei, die sich relativ zu ihrem Fahrzeug nach hinten bewegt habe. Er postuliere jedoch eine anschliessende Kontusion, die er durch das nachfolgende Bremsmanöver der Versicherten begründe, wie sie in den vorliegenden Akten allerdings nicht explizit bestätigt werde. Da es beim Unfallereignis aber nicht zu einer weiteren Kollision gekommen sei, und sich auch der Airbag nicht geöffnet habe, dürfe davon ausgegangen werden, dass es sich dabei bestenfalls um ein zwar abruptes, darüber hinaus aber keineswegs ungewöhnliches Bremsen eines Autos handle, bei dem es sicher nicht typischerweise zu einer Verletzung der Handgelenke komme. Eine übermässige Krafteinwirkung auf das rechte Handgelenk, die zu einer relevanten strukturellen Verletzung hätte führen können, sei insgesamt jedenfalls nicht ausgewiesen. Im Weiteren verweise Dr. M.____ auf die in den initialen Röntgenbildern postulierte undislozierte Fraktur des Processus styloideus. Wahrscheinlich habe er jedoch nicht die Gelegenheit gehabt, die Bilder selbst zu betrachten, ansonsten er ihm beigepflichtet hätte, dass sich bereits auf diesen Bildern eine Fraktur allenfalls erahnen, aber sich nicht definitiv bestätigen lasse. Dieser Meinung sei offensichtlich auch der primär beurteilende Radiologe gewesen, der in seinem Bericht vom 2. Juni 2016 keine Fraktur beschrieben habe. Anlässlich ihrer Kontrolluntersuchung vom 9. Juni 2016 hätten auch die Ärztinnen der Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates im D.____ die Fraktur als „kaum erkennbar“ bezeichnet. Definitiv ausschliessen lassen habe sich die Fraktur jedenfalls mit der Skelettszintigraphie vom 25. August 2016, auf welcher keine Reparationsvorgänge am Knochen sichtbar gewesen seien, wie sie nach einer stattgehabten Fraktur fast zwingend zu sehen sein müssten. Auch diese Skelettszintigraphie habe Dr. M.____ aber wahrscheinlich nicht zur eigenen Betrachtung zur Verfügung gestanden, ansonsten er sich selbst davon hätte überzeugen können, dass sich darin keine Residuen einer stattgehabten Fraktur hätten finden lassen. Seiner Einschätzung, wonach sich darin lediglich „Entzündungszeichen“ erkennen liessen, sei dabei im Grundsatz nicht widersprochen. Da allerdings nahezu jeder Heilungsprozess nach strukturellen Läsionen irgendeiner Art physiologischerweise mit einer Entzündung verbunden sei, habe eine solche auch nach einer stattgehabten Fraktur oder einer sonstigen Verletzung des Handgelenks sichtbar sein müssen. Betrachte man die Bilder im Detail, so erkenne man eine nahezu symmetrische Belegung beider Arme mit dem Radionuklid und könne im Bereich der Handgelenke allenfalls sogar postulieren, dass die linke Seite stärker betroffen sei. Definitiv ausschliessen lasse sich jedenfalls eine nur auf der rechten Seite vorhandene strukturelle Läsion, was besonders für den ulnaren Anteil des Handgelenkes gelte, der im Vergleich zum übrigen Anteil beider Handgelenke und beider Ellbogen eine geringere Nuklidbelegung zeige. Dies lasse nicht nur eine Fraktur, sondern jegliche anderweitige relevante strukturelle Läsion jüngerer Datums fast sicher ausschliessen. Dass sich bei der Versicherten anlässlich

der Arthroskopie vom 15. Dezember 2016 eine TFCC-Läsion habe finden lassen, sei unbestritten. Dabei handle es sich jedoch fast sicher um eine chronische Veränderung, die jedenfalls überwiegend wahrscheinlich nicht in einem kausalen Zusammenhang mit dem Ereignis vom 2. Juni 2016 stehe. Ob unter diesen Umständen eine operative Behandlung indiziert gewesen sei, sei nie thematisiert worden. Dr. M.____ habe lediglich festgehalten, dass es sich um eine unfallfremde Problematik handle. Die von ihm zitierte Einschätzung von Dr. E.____, wonach die Problematik am Handgelenk deshalb unfallkausal sein müsse, weil zuvor keine Beschwerden bestanden hätten, basiere auf dem Grundsatz „post hoc ergo propter hoc“ und sei deshalb kaum stichhaltig.

6.1 Die Beschwerdegegnerin stütze sich im angefochtenen Einspracheentscheid vom 12. September 2018 bei der Würdigung des medizinischen Sachverhalts auf die Stellungnahmen ihres beratenden Arztes Dr. F.____. Es sei, so das Fazit der Beschwerdegegnerin, davon auszugehen, dass diese versicherungsmedizinischen Stellungnahmen nachvollziehbar, gut begründet und widerspruchsfrei seien. Dr. F.____ habe sich intensiv mit den Unterlagen und im Speziellen auch mit dem bildgebenden Material auseinandergesetzt. Er habe nicht nur die radiologischen Bilder, sondern auch die Untersuchungsbefunde beurteilt. In ihrer Vernehmlassung hält die Beschwerdegegnerin an dieser Auffassung fest. Sie stellt sich auf den Standpunkt, dass die Berichte von Dr. E.____ sowie Dr. M.____ für die Beurteilung der Kausalitätsfrage nicht schlüssig seien. Die Begrenzung der Leistungspflicht per 1. Dezember 2017 (für Taggeldleistungen) bzw. 1. Februar 2018 (für Heilungskosten) sei deshalb korrekt. Die Beschwerdeführerin vertritt demgegenüber den Standpunkt, dass bei der Beurteilung des medizinischen Sachverhalts nicht auf die Stellungnahmen von Dr. F.____ abgestellt werden könne. Sämtliche spezifische Fachleute seien von der These des kausalen Zusammenhangs zwischen dem Unfallereignis und der Handgelenksverletzung ausgegangen. Lediglich der zweite beratende Arzt der Beschwerdegegnerin, bei dem es sich um einen orthopädischen Chirurgen ohne Spezialausweis handle, negiere diese These. Zum Schluss des kausalen Zusammenhangs sei ausserdem auch der sehr erfahrene Berater der Beschwerdeführerin, Dr. M.____, gekommen. Er habe aufgezeigt, dass der Unfallmechanismus zu einer Verletzung des TFCC geführt habe, was wiederum den operativen Eingriff gerechtfertigt habe, wodurch das Handgelenk letztendlich aufgrund des Unfallereignisses definitiv verändert worden sei. Erhebliche Zweifel an den Schlussfolgerungen von Dr. F.____ seien gerechtfertigt, da zumindest drei andere Ärzte eine gegenteilige Meinung vertreten hätten, sodass aus der Sicht der bundesgerichtlichen Rechtsprechung eine externe Begutachtung durch einen unabhängigen Facharzt in dieser Sache zwingend sei.

6.2 Wie erwähnt sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen, wenn ein Versicherungsfall ohne die Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden soll. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinernen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (vgl. E. 4.2 hiavor und die dortigen Rechtsprechungshinweise). Im vorliegenden Fall begründen die dargelegten Unzulänglichkeiten mehr als nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Kausalitätsbeurteilung des beratenden Arztes der Beschwerdegegnerin.

7.1 Zwischen den Parteien ist unbestritten, dass sich bei der Beschwerdeführerin anlässlich der Arthroskopie vom 15. Dezember 2016 eine TFCC-Läsion hat finden lassen. Unbestritten ist auch, dass die Beschwerdeführerin immer noch unter Schmerzen leidet. Augenfällig ist, dass die Beurteilungen von Dr. E.____ sowie Dr. M.____ allerdings sehr von derjenigen von Dr. F.____ abweichen, der bereits deutlich vor der Operation vom 14. Dezember 2016, nämlich schon am 7. Juli 2016, spätestens aber am 25. August 2016, von einem Eintritt des Status quo sine ausgeht. Die Beschwerdegegnerin wendet in diesem Zusammenhang ein, dass das Vorliegen von geringen Zweifeln nicht deshalb bejaht werden dürfe, nur weil andere Ärzte nicht dieselbe Meinung wie jene des beratenden Arztes vertreten würden. Dieser Auffassung ist entgegenzuhalten, dass vorliegend nicht alleine nur deshalb geringe Zweifel an den Beurteilungen von Dr. F.____ bestehen, weil Dr. E.____ und Dr. F.____ eine andere Meinung vertreten. Vielmehr liegen konkrete Anhaltspunkte vor, welche deutlich mehr als nur geringe Zweifel an seinen Beurteilungen auch inhaltlicher Natur wecken: Soweit Dr. F.____ eine unfallkausale Verletzung des Handgelenks bestreitet, sind ihm zunächst die Erkenntnisse im Bericht des D.____ vom 3. Juni 2016, das MRI vom 24. November 2016 und der Operationsbericht vom 15. Dezember 2016 entgegenzuhalten. Entgegen der von ihm vertretenen Auffassung geht aus diesen Unterlagen hervor, dass auf dem Röntgenbild vom 2. Juni 2016, welches am Tag des Unfallereignisses erstellt wurde, eine undislozierte Fraktur am Processus styloideus ulnae ersichtlich war. Bereits unmittelbar nach dem Unfallereignis, nämlich am 3. Juni 2016, wurde eine Druckdolenz mittig über dem Handgelenk diagnostiziert. Im Übrigen musste die Beschwerdeführerin während rund eines Monats nach dem Unfallereignis eine Handgelenksmanschette tragen. Sodann wurde im MRI vom 24. November 2016 ein grosser Defekt im Discus articularis ersichtlich, weshalb schliesslich auch eine Operation im Bereich des Handgelenks durchgeführt wurde, wodurch es zu einer verzögerten Heilung der Ulnaverkürzungsosteotomie kam, und sich die Schmerzsituation der Beschwerdeführerin nicht verbesserte. Aufgrund der Tatsache, dass bildgebenden Befunden ein hoher Beweiswert zukommt, stellen die nach der Röntgenaufnahme vom 2. Juni 2016 erhobenen Befunde, welche nicht bilddiagnostisch gestützt sind und gegen das Vorliegen einer Fraktur sprechen, lediglich unbelegte Annahmen dar. Betreffend die Röntgenaufnahme vom 3. Juni 2016 sowie die Szintigraphie vom 25. August 2016, welchen ebenfalls ein hoher Beweiswert zukommt, gilt es festzuhalten, dass es nach der allgemeinen Lebenserfahrung durchaus möglich ist, dass die Gewebestrukturen des menschlichen Körpers nicht immer und nicht in jedem bildgebenden Verfahren ersichtlich werden. Dass in dieser zweiten Röntgenaufnahme die „Fraktur kaum erkennbar“ war, und in der Szintigraphie keine Entzündungszeichen ersichtlich waren, reicht daher alleine nicht aus, das Vorliegen einer weiterhin unfallkausalen Fraktur auszuschliessen.

7.2 Die Beschwerdegegnerin macht weiter geltend, dass der Status quo sine am 7. Juli 2016 eingetreten sei, da die Beschwerdeführerin anlässlich der Kontrolluntersuchung vom 7. Juli 2016 angegeben habe, keine Schmerzen mehr zu verspüren. Die Beschwerdegegnerin übersieht jedoch dabei, dass die Versicherte bis zu ihrer Kontrolluntersuchung an diesem Tag angewiesen war, eine Handgelenksmanschette zu tragen. Dadurch war das Handgelenk einerseits stets stabil und konnte andererseits aber auch nicht belastet werden, sodass es nahe liegt, dass im Bereich des Handgelenks bis am 7. Juli 2016 auch keine Schmerzen ausgelöst werden konnten. Zumal das alleinige Vorliegen oder Nicht-Vorliegen von Schmerzen ohnehin

nicht geeignet ist, das Fehlen jeglicher unfallkausaler Folgen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu belegen, erweist sich dieser Zeitpunkt für die Beurteilung, ob der Status quo sine eingetreten ist, demnach als ungeeignet.

7.3 Soweit sich Dr. F._____ sodann auf die Szintigraphie vom 25. August 2016 beruft und daraus ableitet, dass spätestens in diesem Zeitpunkt wieder der Status quo sine eingetreten sei, kann dieser Auffassung ebenfalls nicht gefolgt werden. Der Szintigraphie-Bericht, welchem zu entnehmen ist, dass keine Anhaltspunkte für eine Algodystrophie bestünden, ist nur sehr summarisch ausgefallen. Ausserdem geht daraus hervor, dass die Versicherte sehr wohl einen Bruch des Handgelenks erlitten hat, was letztlich gegen die von Dr. F._____ vertretene Argumentation spricht. Daran vermag auch nichts zu ändern, dass Dr. M._____ in seinem Bericht vom 5. Januar 2018 fehlende Entzündungszeichen festgestellt hat. Das Fehlen von Entzündungszeichen alleine stellt keine überzeugende Grundlage dar, aufgrund welcher eine relevante Verletzung des Handgelenks ausgeschlossen werden kann. Wenn die Beschwerdegegnerin in diesem Zusammenhang einwendet, dass die „post hoc ergo propter hoc“-Argumentation von Dr. E._____ unzulässig sei, kann sie nichts zu ihren Gunsten ableiten. Als beweisbelastete Partei muss sie nachweisen, dass vor dem Unfallereignis vom 2. Juni 2016 überwiegend wahrscheinlich ein degenerativer Vorzustand bestanden hat. Solches ist aber weder dargetan, noch bestehen hierfür allfällige Hinweise in den übrigen Akten.

7.4 Nicht gänzlich nachvollziehbar ist schliesslich das generelle Vorgehen der Beschwerdegegnerin im Zusammenhang mit der Abklärung des medizinischen Sachverhalts gemäss Art. 43 ATSG. Aus den vorliegenden Akten ist insbesondere nicht ersichtlich, weshalb sie nicht Dr. E._____ zu einer weiteren Stellungnahme aufgefordert, sondern stattdessen Dr. F._____ mit einer Zweitmeinung beauftragt hat. Diese Vorgehensweise lässt Zweifel an einer nach objektiven Massstäben orientierten Abklärung des medizinischen Sachverhalts aufkommen. Aufgrund in den medizinischen Akten bildgebend gegenteilig dokumentierten Befunde (oben, Erwägung 7.1) kann das Vorgehen der Beschwerdegegnerin und damit auch die Einschätzung von Dr. F._____ nicht überzeugen.

8. Zusammenfassend ist mit den Beurteilungen von Dr. F._____ die strittige Kausalitätsfrage nicht geklärt, da dem Gesagten zufolge mehr als nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit seiner Beurteilungen bestehen. Somit besteht ein Defizit bei der Ermittlung des relevanten medizinischen Sachverhalts, welches einer abschliessenden Beurteilung der streitigen Kausalitätsfrage entgegensteht. Bei dieser Sachlage hat es die Beschwerdegegnerin unterlassen, im Rahmen der ihr obliegenden Untersuchungspflicht ergänzende Abklärungen im Rahmen eines unabhängigen Gutachtens im Sinne von Art. 44 ATSG einzuholen. Der angefochtene Einspracheentscheid ist somit aufzuheben, und es sind weitere medizinische Abklärungen vorzunehmen. Da es nicht die Aufgabe des kantonalen Gerichts ist, im Verwaltungsverfahren versäumte Abklärungen nachzuholen, steht einer Rückweisung an die Beschwerdegegnerin nichts entgegen (BGE 137 V 263 E. 4.4.1 ff.). Demzufolge ist die Angelegenheit zur weiteren Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Diese wird die Unfallkausalität der bei der Versicherten über den 1. Dezember 2017 bzw. den 1. Februar 2018 hinaus bestehenden Beschwerden und die Frage des Erreichens eines allfälligen medizinischen Endzustands

durch ein versicherungsexternes Gutachten abklären zu lassen haben. Gestützt auf die Ergebnisse dieser Aktenergänzung wird sie in der Folge über den Leistungsanspruch der Versicherten erneut zu befinden haben. Die vorliegende Beschwerde ist in diesem Sinne gutzuheissen.

9.1 Art. 61 lit. a ATSG hält fest, dass das Verfahren vor dem kantonalen Gericht für die Parteien kostenlos zu sein hat. Es sind deshalb für das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben.

9.2 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend ist der Beschwerdeführerin deshalb eine angemessene Parteientschädigung zuzusprechen. Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin hat in seiner Honorarnote vom 27. November 2018 einen Zeitaufwand von 6 Stunden und 40 Minuten sowie Auslagen in der Höhe von Fr. 35.80 geltend gemacht. Der zeitliche Aufwand ist umfangmässig nicht zu beanstanden und die entsprechenden Bemühungen sind zu dem in Sozialversicherungsprozessen für durchschnittliche Fälle zur Anwendung gelangenden Stundenansatz von Fr. 250.-- zu entschädigen. Hinsichtlich der Kopiaturen ist allerdings zu berücksichtigen, dass gemäss § 15 der Tarifordnung für die Anwältinnen und Anwälte vom 17. November 2003 (TO) neben dem Honorar ein Auslagenersatz von lediglich Fr. 1.50 pro Seite berechnet werden darf. Der Beschwerdeführerin sind demnach für das vorliegende Beschwerdeverfahren eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 1'821.65 (6 Stunden und 40 Minuten à Fr. 250.-- und Auslagen von Fr. 35.80 zuzüglich 7,7% Mehrwertsteuer) zu Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen.

10.1 Gemäss Art. 90 des Bundesgesetzes über das Bundesgericht (BGG) vom 17. Juni 2005 ist die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht zulässig gegen Entscheide, die das Verfahren abschliessen. Selbständig eröffnete Zwischenentscheide sind - mit Ausnahme der Zwischenentscheide über die Zuständigkeit und über Ausstandsbegehren (vgl. Art. 92 BGG) - nur mit Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten anfechtbar, wenn sie einen nicht wieder gutzumachenden Nachteil bewirken können (Art. 93 Abs. 1 lit. a BGG) oder wenn die Gutheissung der Beschwerde sofort einen Endentscheid herbeiführen und damit einen bedeutenden Aufwand an Zeit oder Kosten für ein weitläufiges Beweisverfahren ersparen würde (Art. 93 Abs. 1 lit. b BGG). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung handelt es sich bei einem Rückweisungsentscheid an den Versicherungsträger zur Aktenergänzung und anschliessenden Neuverfügung nicht um einen Endentscheid, sondern um einen Zwischenentscheid im Sinne von Art. 93 Abs. 1 BGG. Dies gilt auch für einen Rückweisungsentscheid, mit dem eine materielle Teilfrage (z.B. eine von mehreren materiellrechtlichen Anspruchsvoraussetzungen) beantwortet wird (BGE 133 V 481 f. E. 4.2).

10.2 Beim vorliegenden Rückweisungsentscheid handelt es sich somit um einen Zwischenentscheid im Sinne des BGG. Demnach ist gegen ihn eine Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht nur unter den in Art. 93 Abs. 1 BGG genannten Voraussetzungen zulässig. Ob diese erfüllt sind, entscheidet das Bundesgericht. Die nachstehende Rechtsmittelbelehrung erfolgt unter diesem ausdrücklichen Vorbehalt.

Demgemäss wird **erkannt** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, als der angefochtene Einspracheentscheid vom 12. September 2018 aufgehoben und die Angelegenheit zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird.
 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
 3. Die AXA Versicherungen AG hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 1'821.65 (inkl. Auslagen und 7.7 % Mehrwertsteuer) zu bezahlen.