

200 18 424 UV
LOU/LUB/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 25. August 2020

Verwaltungsrichter Loosli, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Furrer, Verwaltungsrichter Schütz
Gerichtsschreiber Lüthi

A. _____
vertreten durch **B.** _____
Beschwerdeführerin

gegen

Sympany Versicherungen AG
Peter Merian-Weg 4, 4002 Basel
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 30. April 2018



Sachverhalt:

A.

Die 1956 geborene A. _____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) war über ihre Arbeitgeberin bei der Sympany Versicherungen AG (Sympany bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch unfallversichert, als sie gemäss Unfallmeldung UVG am 24. September 2011 beim Motorradfahren verunfallte und sich dabei eine Schafffraktur Metacarpale V, eine Ulnaschaftspiralfaktur sowie eine Weichteilavulsionsverletzung Dig. IV rechts zuzog (Akten der Sympany [act. II] 1 f.). Im Zusammenhang mit diesem Ereignis erbrachte die Sympany zunächst die gesetzlichen Unfallversicherungsleistungen in Form von Heilbehandlung und Taggeld und klärte den Sachverhalt in beruflicher sowie medizinischer Hinsicht ab. Insbesondere edierte sie die Akten der IV-Stelle ... (act. II 9), bei welcher sich die Versicherte bereits im Mai 2007 unter Hinweis auf Muskelschwund und fortlaufenden Zerfall der rechten Hand zum Leistungsbezug angemeldet hatte bzw. im Januar 2012 unter Hinweis auf ein "Burnout" und den besagten Unfall erneut an diese gelangt war (act. II 9 Doc 2, 18). Die IV-Stelle ... verfügte am 31. Mai 2017 die befristete Ausrichtung einer ganzen Rente für die Zeit vom 1. Juli 2012 bis 30. September 2013 und verneinte für die Zeit danach einen Rentenanspruch (Invaliditätsgrad 30 %; act. II 28 S. 19-26). Mit Verfügung vom 4. Juli 2017 (act. II 27) stellte die Sympany – im Wesentlichen gestützt auf ein von der IV-Stelle ... veranlassenes Gutachten von Dr. med. C. _____, Facharzt für Chirurgie und Handchirurgie, vom 9. Mai 2016 (act. II 9 Doc 110) – die vorübergehenden Leistungen (Taggeld und Heilbehandlung) per 1. Juli 2017 ein und verneinte einen Rentenanspruch (Invaliditätsgrad 8 %). Zugleich sprach sie eine Integritätsentschädigung basierend auf einer Integritätseinbusse von 15 % zu. Daran hielt sie auf Einsprache hin (act. II 28) mit Entscheid vom 30. April 2018 (act. II 30) fest.

B.

Mit Eingabe vom 4. Juni 2018 erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin M^Law D. _____, Beschwerde. Sie beantragte, es sei der Einspracheentscheid vom 30. April 2018 aufzuheben, soweit er das Anrecht auf eine Rente aus UVG ab 1. Juli 2018 (recte: 2017) sowie weitere Heilbehandlungen verweigere. Ihr sei eine Rente von mindestens 20 % zuzusprechen. Die zum Erhalt der Restarbeitsfähigkeit notwendigen regelmässigen Ergotherapien seien weiterhin zu gewähren.

Mit Beschwerdeantwort vom 10. September 2018 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Mit prozessleitender Verfügung vom 13. September 2018 edierte der Instruktionsrichter bei der IV-Stelle ... die die Beschwerdeführerin betreffenden Akten der Invalidenversicherung (IV) ab Erlass des Vorbescheides vom 28. Oktober 2016. Diese gingen am 19. September 2018 beim Verwaltungsgericht ein (act. III).

Mit Replik vom 4. Februar 2019 hielt die Beschwerdeführerin an den beschwerdeweise gestellten Anträgen und vorgebrachten Standpunkten unter Verweis auf eine von ihr eingeholte Stellungnahme von Dr. med. E. _____, Facharzt für Chirurgie und Handchirurgie, vom 8. Dezember 2018 (Akten der Beschwerdeführerin [act. IA] 3), fest.

In ihrer Duplik (Posteingang: 9. Mai 2019) ging die Beschwerdegegnerin nunmehr von einem gerundeten Invaliditätsgrad von höchstens 10 % und damit grundsätzlich von einem Rentenanspruch in dieser Höhe aus. Im Übrigen hielt sie an ihren Ausführungen in der Beschwerdeantwort fest.

Mit Stellungnahme vom 8. Juli 2019 reichte die Beschwerdeführerin ein Gutachten von Dr. med. E. _____ vom 13. Februar 2019 (act. IA 4) zu den Akten und beantragte, es seien ihr die Kosten des Gutachtens im Umfang von Fr. 1'600.-- und Fr. 3'400.-- (Total Fr. 5'000.--) zu erstatten. Im Weiteren hielt sie an den mit Beschwerde vom 4. Juni 2018 bzw. Replik vom 4. Februar 2019 gestellten Rechtsbegehren fest.

In ihrer Stellungnahme (Posteingang: 11. November 2019) schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Kostenübernahme für das Privatgutachten und hielt an ihren Ausführungen in der Beschwerdeantwort bzw. Duplik fest.

Mit Zuschrift vom 12. Mai 2020 zeigte B._____ dem Gericht an, dass die bisher das Verfahren führende Rechtsanwältin MLaw D._____ die Anwaltskanzlei verlassen habe und die Beschwerdeführerin nunmehr durch ihn vertreten werde.

Am 25. August 2020 fand eine nichtöffentliche Urteilsberatung gemäss Art. 56 Abs. 5 bzw. 6 des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) i.V.m. Art. 37 Abs. 1 lit. b des kantonalen Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege vom 23. Mai 1989 (VRPG; BSG 155.21) statt.

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 GSOG 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 VRPG) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet der die Verfügung vom 4. Juli 2017 (act. II 27) bestätigende Einspracheentscheid vom 30. April 2018 (act. II 30). Streitig und zu prüfen sind sowohl der Anspruch auf eine Rente als auch auf Heilbehandlung. Ausserhalb des Anfechtungsgegenstandes liegt hingegen der Anspruch auf eine Integritätsentschädigung, da die Verfügung vom 4. Juli 2017 (act. II 27) mangels diesbezüglicher Anfechtung (vgl. act. II 28 S. 1 f., Beschwerde S. 2 Ziff. I) in Teilrechtskraft erwuchs.

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 Motorradunfall am 24. September 2011 (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 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).

2.3 Der Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt 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 S. 181; SVR 2018 UV Nr. 3 S. 9 E. 3.1, 2012 UV Nr. 2 S. 6 E. 3.1).

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 entfielen ("conditio sine qua non"; BGE 142 V 435 E. 1 S. 438, 129 V 177 E. 3.1 S. 181; SVR 2019 IV Nr. 9 S. 26 E. 3.1; Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 21. September 2018, 8C_781/2017, E. 5.1). Für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs genügt es, wenn der Unfall für eine bestimmte gesundheitliche Störung eine Teilursache darstellt (BGE 134 V 109 E. 9.5 S. 125, 123 V 43 E. 2b S. 45; SVR 2009 UV Nr. 3 S. 12 E. 8.3). 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 blosser Möglichkeit eines Zusammenhanges genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 142 V 435 E. 1 S. 438, 129 V 177 E. 3.1 S. 181; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 121 E. 5.1).

2.3.2 Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist,

einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2 S. 181, 125 V 456 E. 5a S. 461; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 122 E. 5.2). Bei organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen deckt sich die adäquate Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier praktisch keine selbstständige Bedeutung (BGE 140 V 356 E. 3.2 S. 358; SVR 2018 UV Nr. 3 S. 10 E. 3.1).

2.4 Der Unfallversicherer hat den Fall unter Einstellung von Heilbehandlung und Taggeld sowie Prüfung des Anspruchs auf Invalidenrente und Integritätsentschädigung abzuschliessen, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind (Art. 19 Abs. 1 UVG; BGE 143 V 148 E. 3.1.1 S. 151, 137 V 199 E. 2.1 S. 201). Die Besserung bestimmt sich namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit unfallbedingt beeinträchtigt, wobei die durch weitere Heilbehandlung zu erwartende Besserung ins Gewicht fallen muss. Unbedeutende Verbesserungen genügen nicht (BGE 134 V 109 E. 4.3 S. 115). Diese Frage ist prospektiv zu beurteilen (SVR 2010 UV Nr. 3 S. 14 E. 8.2; zum Ganzen Entscheid des BGer vom 17. Juli 2018, 8C_210/2018, E. 3.2.3.1).

2.5 Ist die versicherte Person infolge des Unfalles zu mindestens 10 % invalid (Art. 8 ATSG), so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (aArt. 18 Abs. 1 UVG in der bis 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Fassung). Der Bundesrat regelt die Bemessung des Invaliditätsgrades in Sonderfällen. Er kann dabei auch von Art. 16 ATSG abweichen (Art. 18 Abs. 2 UVG).

Nach der Festsetzung der Rente werden dem Bezüger die Pflegeleistungen und Kostenvergütungen (Art. 10-13) gewährt, wenn er zur Erhaltung seiner verbleibenden Erwerbsfähigkeit dauernd der Behandlung und Pflege bedarf (Art. 21 Abs. 1 lit. c UVG).

2.6 Zur Klärung der Leistungspflicht des Unfallversicherers, insbesondere der Frage der natürlichen Kausalität, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und ge-

benenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen (vgl. BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99; SVR 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.1).

3.

3.1 Es steht fest und ist unbestritten, dass das Ereignis vom 24. September 2011 (act. II 1), bei dem die Beschwerdeführerin mit dem Motorrad gestürzt ist und sich an der rechten Hand bzw. am rechten Arm verletzt hat (vgl. act. II 2), einen Unfall im Rechtssinne (Art. 4 ATSG) darstellt (vgl. E. 2.2 hiavor). Die Beschwerdegegnerin hat denn auch entsprechende Versicherungsleistungen erbracht. Umstritten ist hingegen, ob die Beschwerdeführerin über die von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Leistungseinstellung per 1. Juli 2017 (act. II 27, 30) hinaus weiterhin Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung, namentlich auf eine Rente und Weiterführung der Heilbehandlung (vgl. E. 1.2 hiavor), hat. Den medizinischen Akten lässt sich hierzu im Wesentlichen das Folgende entnehmen:

3.1.1 Im Operationsbericht vom 26. September 2011 (act. II 2) über die offenen Frakturpositionen mit Plattenosteosynthese der Metacarpale V rechts und des Ulnaschaftes rechts, diagnostizierte Dr. med. F. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates sowie Handchirurgie, eine dislozierte extraartikuläre Schaftfraktur proximales Drittel mit Rotationsfehlstellung Metacarpale V rechts, eine leicht dislozierte Ulnaschaftspiralfaktur rechts und eine Weichteilavulsionsverletzung ohne Ischämie Dig. IV rechts.

3.1.2 Im Austrittsbericht der Klinik G. _____ vom 12. Dezember 2011 (act. II 7) wurden als Diagnosen unfallbedingt eine Ulnaschaftspiralfaktur rechts, eine extraartikuläre Schaftfraktur proximales Drittel Os Metacarpale V rechts, eine undislozierte ossäre Ausrissläsion ulnares Kollateralband MCP-IV-Gelenk rechts sowie eine traumatisch aktivierte Rhizarthrose rechts (8. November 2011: Manifestes komplexes regionales Schmerzsyndrom [CRPS] I der rechten Hand, aktuell: CRPS Typ I, Ansatzentzündung M.

subscapularis am Tuberculum minus rechts) und unfallfremd ein Status nach Revision Plexus brachialis rechts vor 10 Jahren bei chronisch progredienter Läsion des unteren Armplexus über ca. 3 Jahre (persistierende, residuelle Läsion des unteren Armplexus mit Atrophien der Handbinnenmuskulatur rechts) sowie ein Status nach Erschöpfungsdepression im Frühling 2011 (ICD-10 F32.4), inzwischen remittiert, aufgeführt (S. 1). Es liege keine psychische Störung vor, welche eine arbeitsrelevante Leistungsminderung begründen könne. Die Tätigkeit als ... sei aktuell nicht zumutbar. Häufiges Tastaturschreiben und Bedienen sonstiger Tasten sei mit der rechten Hand zurzeit nicht möglich. Es bestehe eine volle Arbeitsunfähigkeit (S. 3).

3.1.3 Dr. med. H._____, Facharzt für Neurologie, diagnostizierte im Bericht vom 26. Juni 2012 (act. II 9 Doc 37) ein CRPS Typ I bei Status nach Unfall mit distaler Ulnaschaftfraktur rechts und Fraktur des Metacarpale V rechts sowie Status nach Plattenosteosynthesen des Metacarpale V und des distalen Ulnaschaftes rechts am 26. September 2011, eine etwas unklare Hypästhesie in der rechten Hand betont dorsal über dem Handrücken und Streckseite Vorderarm, volarseits umschrieben über dem Handgelenk, DD in Zusammenhang mit der vorbestehenden Plexusaffektion rechts, und eine Läsion des unteren Armplexus rechts seit 1997 (S. 2). Trotz des schweren CRPS Typ I nach dem Unfall von 2011 habe sich bezüglich Sensibilität und Leistungsparameter in den medianus- und ulnarisinnervierten Handarealen erstaunlich wenig verändert. Die Gefühlsstörung volarseitig in der Hand und in den Fingern sei mit dieser Überempfindlichkeit wohl auf das CRPS zurückzuführen. Immerhin lasse sich jetzt aber keine Allodynie mehr nachweisen. Das umschriebene Taubheitsgefühl im Bereich des Handrückens betont Metacarpale könne nicht sicher eingeordnet werden. Es sei anzunehmen, dass auch dieses in Zusammenhang mit der Schwellung bei CRPS stehe. Die Taubheit am Vorderarm radialseits sei bereits 2006 festgehalten worden und somit auf die alte Plexusaffektion rechts zurückzuführen (S. 2).

3.1.4 Im zu Händen der Taggeldversicherung verfassten psychiatrischen Gutachten vom 29. August 2012 (act. II 9 Doc 60) stellte Dr. med. I._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, keine Diagnose

mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien eine depressive Episode, remittiert (ICD-10 F32.4), und ein Tabakabhängigkeitssyndrom, gegenwärtig abstinert (ICD-10 F17.20). Zusammenfassend könne aktuell keine relevante psychische Störung mit erheblicher Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden. Aus versicherungspsychiatrischer Sicht wäre eine Wiederaufnahme der angestammten Tätigkeit oder einer den Fähigkeiten angemessene Verweistätigkeit per sofort denkbar. Zum Verlauf der Arbeitsunfähigkeit sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit im September 2011 von einer Arbeitsunfähigkeit von 20 % und ab Oktober 2011 von keiner Arbeitsunfähigkeit mehr auszugehen (S. 17).

3.1.5 Im zu Händen der IV-Stelle ... erstellten handchirurgischen Gutachten vom 9. Mai 2016 (act. II 9 Doc 110) diagnostizierte Dr. med. C. _____ mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit Intrinsicmuskelparesen bei Status nach Neuropathie im unteren Plexusbereich 1997 und ein chronischer Restzustand bei Status nach schwerem CRPS I rechte Hand ab Oktober 2011 (S. 19). Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien ein Motorradunfall mit Frakturen Metacarpale V und distaler Ulnaschaftfraktur rechts vom 24. September 2011, ein Status nach depressiver Episode März 2011 (S. 20), eine Tendoperiostose in der rechten Schulter, voll ausgeheilt, ein Status nach Nikotinabhängigkeit, eine fragliche Beuger-Tendinitis Dig. V und IV rechts, eine Kapselreizung DIP-Gelenk rechter Zeigefinger bei Verdacht auf Strecksehnenabriss (S. 21) und ein Fersensporn links. Die einzige Beeinträchtigung, welche festzustellen sei, sei der Gebrauch der rechten Hand. Diese zeige schwere funktionelle Defizite, zum grössten Teil herrührend von der Plexusneuropathie von 1997, seit wann die wichtigen intrinsischen Muskeln an der rechten Hand atrophisch und dadurch viele Komplexbewegungen schwierig geworden seien. Unglücklich wirke sich die Kombination aus mit den Folgen der schweren CRPS-Erkrankung, welche sich nach der Versorgung der Fingerfrakturen im September 2011 entwickelt habe. Nach Jahren sei es nun zur Ausheilung der CRPS-eigenen trophischen Störung gekommen, wobei der Restzustand lediglich in (S. 22) einer subjektiv störenden Schmerzhaftigkeit dorsal am Handrücken sowie in einer partiellen Einsteifung der Fingergelenke resultiere. So könne die Hand im Moment nicht für ein Greifen von

mittleren und kleineren Gegenständen verwendet werden, weil der Faustschluss so wenig gelinge, dass nur Objekte von über 10 cm Durchmesser wirkungsvoll gegriffen werden könnten. Andererseits sei ein Pinzettengriff und auch eine gewisse Geschicklichkeit erhalten geblieben, was auch den Spitzgriff oder den Dreiergriff von Dig. I-III betreffe. Die noch vorhandene Faustschlusskraft von 10 kp sei sehr erfreulich und würde es ohne weiteres ermöglichen, Büroarbeiten oder Arbeiten mit feinen Gegenständen weiterhin auszuführen, ebenso werde dadurch das Autofahren nicht zu einem Wagnis. Aufgrund der beschriebenen Einschränkungen sei ein Einsatz als ... und z.T. für ... wirklich problematisch. Durch eine angepasste Arbeitssituation (spezielle Mausform z.B. "Trackball", relativ zügiges Schreiben mit fünf Fingern der linken Hand möglich) sollte jedoch eine normale Arbeitsfähigkeit wieder möglich gemacht werden können (S. 23). Schwierig sei es, einen Prozentsatz für diese Arbeitsfähigkeit einzusetzen. Dies sei Sache der Juristen. Aus medizinischer Sicht könne er zu bedenken geben, dass eine gewisse Arbeitsfähigkeit postuliert werden könne, im Idealfall sogar eine 100 %-ige, wenn die Anpassung des Arbeitsplatzes gelinge und der Arbeitsstress am ... nicht allzu gross sei, sodass mit einer gewissen reduzierten Geschwindigkeit der manuellen Handlungen die Arbeit befriedigend bewerkstelligt werden könnte. Jedenfalls müsste nach so vielen Jahren der Untätigkeit die Rehabilitation schrittweise aufgebaut und mit vorerst nur kleinen zeitlichen täglichen Belastungen begonnen werden. Die 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit im angestammten Beruf habe mit der depressiven Episode im März 2011 begonnen. Mit dem Motorradunfall vom 24. September 2011 sei eine unfallbedingte 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit für mindestens 6 Wochen entstanden. Was darüber hinaus gehe sei der Komplikation, nämlich dem CRPS der rechten Hand als Unfallfolge, zuzuschreiben. Im Verlaufe dieses schwer verlaufenden CRPS sei die Versicherte sicherlich für viele Monate nicht arbeitsfähig gewesen. Da aus heutiger Sicht aber durchaus eine Arbeitsfähigkeit, unter Berücksichtigung der beeinträchtigten Funktionen mindestens eine Erwerbstätigkeit in einem angepassten Arbeitsbereich (S. 24), postuliert werden könne, dürfte diese retrospektiv schon seit mindestens Anfang 2014, d.h. nach Abklingen der trophischen Störungen, bestanden haben. Der aktuelle Zustand sei der definitive. Eine nachhaltige Verbesserung sei nicht zu erwarten (S. 25). Die Weiterführung der Ergotherapie habe mehr psychologisch-unterhaltenden Wert (S. 26).

3.1.6 Der Arzt des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) der IV-Stelle ..., Dr. med. J. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, nannte im Bericht vom 23. Juni 2016 (act. II 9 Doc 115) als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit Funktionseinschränkungen der rechten (dominanten) Hand mit/bei unfallkausalem Motorradunfall vom 24. September 2011 mit Fraktur Os Metacarpale V und distaler Ulnaschaftfraktur, Restschmerzen nach postoperativen Komplikationen (CRPS), rechte dominante Hand (S. 7). Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien ein Status nach frozen shoulder rechts, der Verdacht auf Beuger-Tendinitis Dig. IV rechts, eine Kapselreizung DIP-Gelenk, der Verdacht auf Strecksehnenabriss, ein Fersensporn links und ein Status nach depressiver Episode. Die Arbeitsfähigkeit in angestammter Tätigkeit betrage ca. 50 %, dies nach Abschluss der postoperativen Rehabilitation und Rückgang des CRPS ab Januar 2013. Die Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit (kein Greifen von mittleren und kleinen Gegenständen, nur Objekte von über 10 cm Durchmesser könnten wirkungsvoll gegriffen werden) betrage 100 % ab Januar 2013. Ab diesem Zeitpunkt könne das zentral komplizierende CRPS als soweit abgeklungen eingestuft werden, wobei bereits Mitte 2012 klinisch eine Rückläufigkeit beschrieben worden sei (S. 8).

3.1.7 Der beratende Arzt der Sympany, Dr. med. K. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, hielt in einem undatierten und nicht unterzeichneten Bericht (act. II 12) fest, das von der IV veranlasste Gutachten vom 9. Mai 2016 sei schlüssig. Die Faustschlussperre rechts und Einsteifung der Hand stünden in natürlichem Kausalzusammenhang zum Unfall vom 24. September 2011. Als unfallfremde Vorzustände bezeichnete er eine atypische Fingerdarstellung, eine fehlende Kraftentwicklung und eine Ungeschicklichkeit beim Greifen. Gestützt auf das Gutachten von Dr. med. I. _____ vom 29. August 2012 könne davon ausgegangen werden, dass keine unfallkausale psychische Einschränkung vorliege.

3.1.8 Anlässlich der Konsultation vom 9. Januar 2017 berichtete Dr. med. F. _____ – nachdem er am 27. September 2016 eine Metallentfernung Metacarpale V rechts, Tenolysen Extensor digitorum communis und Extensor digitorum quinti Strecksehnen Dig. V und IV sowie eine Arthrolyse,

Kapsolyse MCP III-V Gelenk Hand rechts durchgeführte hatte (act. II 13 S. 4 f.) – die Funktion der rechten Hand habe sich wesentlich verschlechtert. Er attestierte eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % seit 26. September 2011 bis auf Weiteres (act. II 13 S. 8).

3.1.9 In der Stellungnahme vom 15. Februar 2017 führte Dr. med. C. _____ (act. II 14) aus, im Dezember 2012 sei die Situation relativ gut ausgelotet worden und klar gewesen. Es sei davon auszugehen, dass sich in der Zwischenzeit nicht mehr sehr viel geändert habe. Bei strenger Beurteilung folge daraus, dass ab diesem Zeitpunkt eine Arbeitsfähigkeit in entsprechend angepasster Tätigkeit bestanden habe, unlimitiert in dem Sinne, als die Anpassung entsprechend der verbliebenen eingeschränkten Fähigkeiten sein müsste. Das Ausmass einer verbleibenden Arbeitsunfähigkeit sei in solchen Situationen auch für Gutachter aber auch für den Juristen nicht einfach zu bestimmen (S. 1). Eine faire Lösung wäre, die Patientin ab Anfang 2013 tatsächlich arbeitsfähig für angepasste Tätigkeiten zu erklären, jedoch in einem prozentual deutlich reduzierten Ausmass (z.B. 25 %). Es müsse in dieser Situation eine Aufbauphase über einige Monate mit jeweils 25 % Steigerung akzeptiert werden, die bis maximal ein Jahr dauern könne. Ab Mitte 2013 dürfe jedoch von der (im Gutachten) beschriebenen unlimitierten Arbeitsfähigkeit in einer entsprechend angepassten Tätigkeit ausgegangen werden (S. 2).

3.1.10 Am 22. Februar 2017 (act. II 16) führte der beratende Arzt der Sympany, Dr. med. K. _____, aus, die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als "... " müsse vom Rechtsanwender beurteilt werden, und verwies auf das Gutachten von Dr. med. C. _____. In einer optimal angepassten Tätigkeit bestehe eine 100 % Arbeitsfähigkeit (Bsp. Kundenbetreuung, Beratung). Eine Verbesserung des Gesundheitszustands könne nicht erreicht werden, der medizinische Endzustand sei erreicht. Es bestehe als Folge des Unfalls eine dauernde, erhebliche Schädigung der körperlichen Integrität von 13-15 % (Vollständiger Verlust Hand 40 %; 50 % Verlust der Handfunktion, wobei davon $\frac{1}{3}$ Vorzustand unfallfremd nach Plexusschaden; S. 2).

3.1.11 In der im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eingereichten und als "Vorabprüfung der Unfallfolgen unter Berücksichtigung des Vorzustandes

einer sensomotorischen unteren Plexus-Parese rechts" bezeichneten Stellungnahme vom 8. Dezember 2018 (act. IA 3) kam Dr. med. E. _____, zu Händen der Rechtsvertretung der Beschwerdeführerin zum Schluss, es sei nur zu vermuten, dass der stabile Vorzustand der unteren Plexus-Parese rechts durch den Unfall nicht verschlimmert oder aktiviert worden sei und auch danach über Jahre bis aktuell weitgehend unverändert geblieben wäre. Die zusätzlichen Schmerzen, die Sensibilitätsstörungen und die multiplen funktionellen Beeinträchtigungen mit Gelenks-Einsteifungen seien mit (S. 5) überwiegender Wahrscheinlichkeit dem Unfallereignis vom September 2011 und der nachfolgenden Komplikation mit CRPS zuzuschreiben. Eine umfassende, tiefgreifende und kritische Auseinandersetzung mit den komplexen Erscheinungen eines CRPS habe nicht stattgefunden (S. 6).

Im daraufhin ebenfalls zu Händen der Rechtsvertretung der Beschwerdeführerin erstellten Gutachten vom 13. Februar 2019 (act. IA 4) stellte Dr. med. E. _____ als unfallbedingte Diagnosen eine Ulnaschaftfraktur rechts, eine extraartikuläre Schrägfraktur proximales Drittel Os Metacarpale V rechts, eine Weichteilavulsionsverletzung Dig. V rechts, eine undislozierte ossäre Ausrissläsion ulnares Kollateralband MCP-Gelenk IV rechts, eine Strecksehnenabrissverletzung Endgelenk Dig. II rechts (Mallet-Finger), einen Status nach Plattenosteosynthese distale Ulna und Metacarpale V (26. September 2011), ein posttraumatisches CRPS Typ I der rechten Hand, einen Status nach traumatisch aktivierter Rhizarthrose rechts (inaktiv). Als unfallfremde Diagnosen nannte er eine residuelle und persistierende (inaktive) untere Armplexus-Parese rechts, unklarer Aetiologie, einen Status nach Revision Plexus brachialis rechts (ca. 2000), einen Status nach passagerer Erschöpfungsdepression (Frühjahr 2011), remittiert, den Verdacht auf Schultergürtel-Kompressions-Syndrom rechts mit sensiblen Störungen und ein klinisch sensibles Sulcus-Ulnaris-Reiz-Syndrom rechts (S. 35). Die Versicherte habe erstmals ab 1997 über eine Zeitspanne von drei Jahren an einer langsam progredienten und stets schmerzlos, sensomotorischen unteren Plexus-Teil-Parese an ihrem dominanten rechten Arm/Hand gelitten. Hinsichtlich dieses Vorzustandes seien mehrfach Abklärungen durchgeführt worden, die klinisch wie auch neurophysiologisch weitgehend einen Stillstand dieser Parese seit der Operation im Jahr 2000

belegten. Der jetzt am rechten Ellbogen nachweisbare Reizzustand des Nervus ulnaris mit ausgeprägtem Tinel-Zeichen könne das aktuelle Ausbreitungsgebiet der sensiblen Störungen bis zum Mittelfinger und einer Aussparung (S. 36) ulnar in der Hohlhand allein auch nicht erklären. Übrig bleibe somit als Erklärung für das ungewöhnliche Muster der bestehenden sensiblen Störungen und der qualitativ sehr unterschiedlichen Schmerzkomponenten in diesem Areal allein das CRPS. Die als leichtgradig einzustufende Teil-Parese habe aus der Retrospektive medizinisch nachvollziehbar zu einer gewissen Beeinträchtigung der zuletzt ausgeübten beruflichen Beschäftigung als ... geführt. Das Unfallereignis habe indessen zu einem markanten Einbruch der persönlichen Integrität aufgrund der schicksalhaft aufgetretenen Komplikation des CRPS geführt. Dieses habe sich bereits sehr früh als intensiver, nicht abklingen wollender und stets brennender Schmerz mit entzündlichen Komponenten manifestiert und resultierte in mittelschweren Gelenk-Kontrakturen an allen Fingern sowie in einer zwar regional begrenzten, aber mit erheblicher funktioneller Beeinträchtigung einhergehenden Allodynie, sodass die dominante Hand weitgehend nur noch als Zudienerhand eingesetzt werden könne. Grobmotorisch sei diese sehr begrenzt einsatzfähig und auch feinmotorisch stark beeinträchtigt (S. 37). Das in den meisten CRPS-Fällen beobachtete, zum Teil vollständige Verschwinden sämtlicher entzündlicher Komponenten, sollte nicht über die Tatsache hinwegtäuschen, dass die auffallend oft dokumentierten Kardinalsymptome des CRPS, namentlich die Allodynie, Hyperalgesie und Hyperpathie, motorische Schwäche und weitere, nie verschwunden seien und bis aktuell unvermindert vorherrschten. Verblieben seien auch die teilweise schmerzhaften Gelenkkontrakturen. Alle diese Komponenten seien keinesfalls dem Vorzustand oder dem Fortschreiten der Plexus-Parese zuzuschreiben, die sich einerseits erwiesenermassen als inaktiv erweise und andererseits kaum derart spezifische Symptome verursacht hätte. Diese Parese selbst sei zudem stets schmerzlos gewesen und habe nur in engen Grenzen funktionell behindert. Was aktuell an über das Handgelenk hinausgehende Sensibilitätsstörungen geltend gemacht werde, sei einzig Folge des CRPS. Trotz Rückbildung gewisser Symptome seien aktuell die Budapester Kriterien, welche eine CRPS-Diagnose bestätigten, erfüllt. Kein anderes krankhaftes Geschehen könne die vorhandenen Beschwerden und Befunde besser erklären (S. 38). In der zuletzt ausgeübten

Tätigkeit werde, gemessen an einem 100 % Pensum, die vorübergehende unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit auf 100 % bis mindestens Ende 2012 geschätzt. Für die darauffolgende Zeitspanne ab Januar 2013 bis mindestens zur Operation vom 27. September 2016 könne keine verlässliche Beurteilung vorgenommen werden. Nach diesem Eingriff sei es zu einer markanten Verschlechterung der Beschwerden an der rechten Hand gekommen, welche anschliessend eine bleibende Arbeitsunfähigkeit von 100 % begründe (S. 44). Aufgrund der gesundheitlichen Beeinträchtigungen seien im zuletzt ausgeübten Beruf gesamthaft betrachtet folgende Tätigkeiten nicht mehr ausführbar: Tragen, Heben, Hochheben, Stossen Drücken Ziehen auf Tischflächen, Hochstemmen oder Herunterholen von Gestellen von Gewichten über 3 kg, feinmotorische Bewegungen mit den Fingern und Daumen (Greifen, Festhalten und koordiniertes Führen sind nur teilweise ausführbar, stark verlangsamt, abhängig von den Gegenständen/Geräten und von der Grösse), kein sicheres Ergreifen von dünnem Schreibpapier, kleinsten Gegenständen (Nadeln, Schreibminen, Büroklammern etc.), keine Erschütterungen, Schläge, heftige Vibrationen, kein Besteigen von Leitern, kein Einsatz der rechten Hand zur Sicherung des Körpergleichgewichts, die andauernde und repetitive Bedienung einer handelsüblichen PC-Maus über mehrere Stunden pro Tag. Ohne Unfallfolgen wären Gewichte der Kategorie 5-10 kg möglich, weitestgehend auch alle feinmotorischen Bewegungen und Griffe. Die aktuell vorliegenden unfallbedingten Beeinträchtigungen überlagerten gesamthaft sämtliche Einschränkungen, welche dem Vorzustand zugeschrieben werden könnten (S. 45). Aufgrund der unfallbedingten gesundheitlichen Beeinträchtigungen seien im zuletzt ausgeübten Beruf gesamthaft betrachtet folgende Verrichtungen ausführbar: Sämtliche grobmotorischen Bewegungen bis max. 3 kg, nur vereinzelt und nicht repetitiv, feinmotorisches Ergreifen von Gegenständen mit mindestens einer Dimension von 5 cm und bis zu einem Gewicht (bzw. notwendige Haltekraft) von 1 kg, vereinzelt, kurzfristig, nicht repetitiv oder anhaltend, Bedienen einer PC-Tastatur im Einfingersystem, verlangsamt, mit Fehlerquote, rascher Ermüdung, sämtliche Körperhaltungen (Stehen, Gehen, Sitzen, Knien) uneingeschränkt, die linke Hand/Arm uneingeschränkt. Die Erbringungen einer Leistung innerhalb dieses Belastungsprofils werde bezogen auf eine 100 %-Pensum auf maximal 66 % geschätzt. Gesamthaft betrachtet unter Einbezug aller Limitierungen ergebe sich eine Arbeitsleistung für die zuletzt

ausgeübte Tätigkeit von weniger als 50 % (S. 46). Aufgrund der unfallbedingten gesundheitlichen Beeinträchtigungen seien in einer optimal beeinträchtigungsangepassten Tätigkeit gesamthaft betrachtet folgende Verrichtungen zumutbar: Grobmotorische Bewegungen bis max. 3 kg, nur vereinzelt und nicht repetitiv, nicht anhaltend, feinmotorische Bewegungen begrenzt auf gröbere Gegenstände von über 5 cm mit Gewicht bis max. 1 kg, vereinzelt, nicht anhaltend oder fließbandmässig, einfaches Bedienen einer PC-Tastatur mit den einzelnen Fingern I-III über kürzere Zeiträume, nicht repetitiv, nicht anhaltend über Stunden hinweg, Nutzung als Zuhilfenhand in sämtlichen Armpositionen, ausser in der Hochhalteposition und sämtliche Körperhaltungen, Stehen, Gehen, Sitzen, Knien. Die linke Hand/Arm könne uneingeschränkt genutzt werden. Unter Einhaltung dieses Belastungsprofils sei ein Arbeitspensum von 75 % zumutbar. Mit kognitiven Einschränkungen von 10 % (Konzentrations-, Aufmerksamkeits-, Memorierungsfähigkeit, Reaktionsgeschwindigkeit) sei zusätzlich zu rechnen falls bestimmte schmerzlindernde Medikamente mit zentraler Wirkung eingesetzt würden. Rein unfallbedingt sei ein 75 % Pensum zumutbar (S. 47).

3.2 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).

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).

3.3 Nach der medizinischen Aktenlage leidet die Beschwerdeführerin seit ungefähr 1997 an einer Beeinträchtigung im Bereich des unteren Armplexus mit ausgeprägter Atrophie und Paresen in den kleinen Handmuskeln rechts. Eine operative Versorgung im Jahr 2000 blieb ohne wesentliche Veränderung (act. II 7, act. II 9 Doc 37 S. 1, act. II 9 Doc 110 S. 5 f., act. IA 3 S. 36; vgl. auch Berichte von Dr. med. H. _____ vom 9. Dezember 2006 sowie des Spitals L. _____ vom 30. April und 22. Juni 2007 [act. II 9 Doc 5 S. 6-12, Doc 6]). Die danach aufgetretene depressive Phase ab März 2011 remittierte und blieb ohne Folgen (act. 7 S. 3 act. II 9 Doc 60). Beim Motorradunfall vom 24. September 2011 verletzte sich die Beschwerdeführerin rechtsseitig an der Hand und am Arm. Sie wurde zwar danach erfolgreich operiert, jedoch traten Komplikationen in Form eines CRPS auf, welches trotz jahrelanger Behandlung weiterhin Beschwerden verursachte (act. II 2, act. II 7, act. II 9 Doc 37, Doc 110 S. 19-22, act. IA 4 S. 35, 37 f.; vgl. auch Berichte von Dr. med. F. _____ von 2011-16 [act. II 3, 8, 10]). Zudem trat auch eine Schultereinschränkung auf, die aber remittierte (act. II 8 S. 3, 8).

3.4 Die Beschwerdegegnerin verneinte im angefochtenen Einspracheentscheid vom 30. April 2018 (act. II 30) den Anspruch auf eine Rente bzw. auf Übernahme der Heilbehandlung ab 1. Juli 2017 bezogen auf die gesundheitliche Situation bzw. die Arbeits- und Leistungsfähigkeit im Wesentlichen damit, dass die Beschwerdeführerin im Gebrauch der rechten Hand beeinträchtigt sei, wobei die schweren funktionellen Defizite zum grössten Teil von der (nicht unfallkausalen) Plexusneuropathie aus dem Jahre 1997 herrühre (act. II 30 S. 4 Ziff. 4). Trotz unfallkausalen Restbeschwerden an der rechten Hand sei sie in der Lage, in einer ergonomisch angepassten Tätigkeit die Arbeitsfähigkeit vollständig zu verwerten. Eine Weiterführung der Ergotherapie führe zu keinem nennenswerten Erfolg mehr (act. II 30 S. 5 Ziff. 5). Im Zeitpunkt der Rentenprüfung sei in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit von einer weitgehend identischen Einschränkung an der rechten Hand auszugehen, wie sie bereits vor dem erlittenen Motorradunfall be-

standen habe (act. II 30 S. 5 Ziff. 6). In medizinischer Hinsicht stützte sich die Beschwerdegegnerin dabei massgebend auf die handchirurgischen Beurteilungen von Dr. med. C. _____ (act. II 9 Doc 110, act. II 14).

Es fällt auf, dass Dr. med. C. _____ bei der gutachtlichen Einschätzung der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit diffus und un schlüssig blieb. Er bezeichnete die prozentuale Festlegung der Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf als schwierig und überliess diese den Rechtsanwendern. Er gab einzig an, dass von einer gewissen Arbeitsfähigkeit auszugehen sei, im Idealfall sogar von einer 100 %-igen (act. II 9 Doc 110 S. 23 f. Ziff. 7.2). Zu deren Beginn und Verlauf führte er aus, der Töffunfall habe eine volle Arbeitsunfähigkeit von mindestens 6 Wochen begründet, die weiterandauernde Arbeitsunfähigkeit für "viele Monate" sei der Komplikation durch das CRPS zuzuschreiben. Ab dem Begutachtungszeitpunkt (Mai 2016) bzw. retrospektiv seit mindestens Anfang 2014 ging er von einer Arbeitsfähigkeit aus, ohne diese jedoch zu quantifizieren (act. II 9 Doc 110 S. 24 f. Ziff. 7.3). Die Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit wurde im Gutachten ebenfalls unklar bzw. überhaupt nicht direkt beantwortet (act. II 9 Doc 110 S. 24 Ziff. 7.4). Anhand der Ausführungen lässt sich auch nicht ohne weiteres auf eine volle Arbeitsfähigkeit schliessen, zumal der Gutachter abschliessend anmerkte, verschiedene Handfunktionen könnten durchaus noch nützlich eingesetzt werden und somit bestehe eindeutig eine, wenn auch nicht 100 %-ige, Arbeitsfähigkeit, am ehesten im angestammten Beruf (act. II 9 Doc 110 S. 27). Der RAD-Arzt Dr. med. J. _____ hielt das Gutachten von Dr. med. C. _____ zwar für voll beweiskräftig, wies aber ebenfalls darauf hin, dass dessen Angaben nicht ganz einheitlich seien bzw. nicht direkt widersprüchlich (act. II 9 Doc 115 S. 6; vgl. auch Schreiben des RAD vom 26. Januar 2017 an Dr. med. C. _____ [act. II 14 S. 3 f.]). Im Rahmen seiner Interpretation des Gutachtens schloss er auf eine volle Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit bereits ab Januar 2013 und – in Abweichung zum Gutachter – auf eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit von 50 % selbst bei angepasstem Arbeitsplatz (act. II 9 Doc 115 S. 7 f.). In der auf Nachfrage des RAD-Arztes hin verfassten Stellungnahme vom 15. Februar 2017 (act. II 14) hielt Dr. med. C. _____ erneut fest, dass in der hier vorliegenden Situation die Bestimmung des Ausmasses der verbleibenden Arbeitsfähigkeit sowohl für

ihn als Gutachter als auch für den Juristen nicht einfach sei. Er kam zum Ergebnis, dass als "faire Lösung" der Beschwerdeführerin ab anfangs 2013 eine 25 %-ige Arbeitsfähigkeit zu attestieren sei mit Steigerung in einer Aufbaufase von jeweils 25 % über maximal ein Jahr, was wiederum im Widerspruch steht, wenn er die Beschwerdeführerin bereits ab Mitte 2013 in einer entsprechend angepassten Tätigkeit für unlimitiert arbeitsfähig erklärt (act. II 14 S. 2). Die vorgeschlagene gestaffelte Zunahme der Arbeitsfähigkeit leuchtet nicht ein, sondern mutet vielmehr als Kompromiss an, der nicht medizinisch begründet erscheint. Zudem fehlt auch eine Auseinandersetzung mit dem zwischenzeitlich durchgeführten operativen Eingriff an der rechten Hand vom 27. September 2016 und der vom behandelnden Arzt postulierten wesentlichen Funktionsverschlechterung (act. II 13 S. 4 f., 8). Es liegt damit keine zuverlässige und schlüssige Einschätzung der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit vor.

3.5 Des Weiteren bezog Dr. med. C. _____ hinsichtlich der Kausalität sehr zurückhaltend Stellung. Er kam zum Schluss, dass die funktionellen Defizite grösstenteils von der Plexusneuropathie von 1997 herrühren, seit wann die wichtigsten intrinsischen Muskeln an der rechten Hand atrophisch und dadurch viele Komplexbewegungen schwierig geworden seien (act. II 9 Doc 110 S.19, 22). Als wahrscheinliche Ursache ("Starter") des CRPS bezeichnete er das Trauma des Unfalls bzw. der Operation (act. II 9 Doc 110 S. 20) und erachtete die CRPS-eigenen trophischen Störungen nach Jahren als ausgeheilt, wobei der Restzustand lediglich in einer subjektiv störenden Schmerzhaftigkeit dorsal am Handrücken sowie in einer partiellen Einsteifung der Fingergelenke resultiere (act. II 9 110 S. 22 f.). Demgegenüber hielt der Privatgutachter Dr. med. E. _____ fest, dass Abklärungen hinsichtlich der vorbestehenden Plexus-Teil-Parese klinisch wie auch neurophysiologisch weitgehend einen Stillstand seit dem Jahr 2000 belegten und die Teil-Parese als aktuell leichtgradig eingestuft werden müsse. Das Unfallereignis habe indessen zu einem markanten Einbruch der persönlichen Integrität geführt, nicht wegen der erlittenen Frakturen, sondern ausschliesslich aufgrund der schicksalhaft aufgetretenen Komplikation des CRPS (act. IA 4 S. 36 f. Ziff. 7.1-3). Die oft dokumentierten Kardinalsymptome des CRPS, namentlich die Allodynie, Hyperalgesie und Hyperpathie, motorische Schwäche und weitere, seien nie verschwunden

und bis aktuell unvermindert vorherrschend. Verblieben seien auch die teilweise schmerzhaften Gelenkkontrakturen. Alle diese Komponenten seien keinesfalls dem Vorzustand oder dem Fortschreiten der Plexus-Parese zuzuschreiben, die sich einerseits erwiesenermassen als inaktiv erwies und andererseits kaum derart spezifische Symptome verursacht hätte. Diese Parese selbst sei zudem stets schmerzlos gewesen und habe nur in engen Grenzen funktionell behindert (act. IA 4 S. 3). Die im Gutachten festgestellten erheblichen funktionellen Einschränkungen an der rechten dominanten Hand seien mit stark überwiegender Wahrscheinlichkeit Folgen des nach dem Unfallereignis eingetretenen CRPS, welches bis heute aktiv geblieben sei. Der Vorzustand der Plexus-Teil-Parese spiele kaum eine massgebliche Rolle. Die aktuell noch nachweisbare untere Plexus-Teilläsion könnte mehr als sieben Jahre nach dem Unfall eine höhere Einschränkung der Arbeitsfähigkeit kaum nachvollziehbar begründen (act. IA 4 S. 42 Ziff. 10.3). Diese Ausführungen erwecken hinsichtlich des Kausalzusammenhangs zusätzliche Zweifel am an sich schon mit Unklarheiten behafteten (vgl. E. 3.4 hier- vor) Gutachten.

3.6 Schliesslich war das Gutachten von Dr. med. C. _____ vom 9. Mai 2016 (act. II 9 Doc 110) bei Erlass des hier angefochtenen Einspracheentscheides vom 30. April 2018 (act. II 30) nicht mehr aktuell, wurde doch am 27. September 2016 eine Metallentfernung Metacarpale V rechts, Tenolysen Extensor digitorum communis und Extensor digitorum quinti Strecksehnen Dig. V und IV sowie eine Arthrolyse, Kapsolyse MCP III-V Gelenk Hand rechts durchgeführt (act. II 13 S. 4 f.) in deren Folge der behandelnde Arzt von einer wesentlichen Funktionsverschlechterung der rechten Hand berichtete (act. II 13 S. 8). Laut dem Privatgutachter Dr. med. E. _____ war der Eingriff vom September 2016 ein "Verzweiflungsakt" anstatt eine gewinnbringende Massnahme (act. IA 4 S. 35). Zwar holte die IV-Stelle ... nach Rücksprache mit dem RAD eine Stellungnahme von Dr. med. C. _____ vom 15. Februar 2017 (act. II 14) ein. Diese nimmt jedoch in keiner Weise Bezug auf den operativen Eingriff vom 27. September 2016 und die danach postulierte Verschlechterung; eine persönliche Untersuchung fand ebenso wenig statt. Hinzu kommt, dass anlässlich der Operation vom 27. September 2016 – die somit noch vor der Leistungseinstellung vom 1. Juli 2017 (act. II 30) erfolgte – u.a. das Osteosynthesema-

terial der Metacarpale V entfernt wurde (act. II 13 S. 4 f.), welches am 26. September 2011 zur unfallbedingten Frakturposition verwendet wurde (act. II 2). Die Behandlung steht damit mitunter (auch noch) im Zusammenhang mit den Unfallfolgen (vgl. Art. 10 Abs. 1 UVG). Abgesehen davon hat die Versicherung auch Leistungen für Schädigungen zu erbringen, die dem Verunfallten bei der Heilbehandlung zugefügt wurden (Art. 6 Abs. 3 UVG), was ebenfalls unangesprochen blieb. Die Stellungnahme von Dr. med. C._____ erlaubt betreffend die Aktualität damit keine weiteren Aufschlüsse.

3.7 Unter diesen Umständen bietet das handchirurgische Gutachten (inkl. ergänzende Stellungnahme) von Dr. med. C._____ keine hinreichend zuverlässige Grundlage für die Beurteilung der (unfallbedingten) Arbeits- und Leistungsfähigkeit sowie der Kausalität. Allerdings verbietet es sich, allein auf das Privatgutachten von Dr. med. E._____ abzustellen, indem die Fixierung des Experten auf das CRPS und das (weitgehende) Ausblenden des Vorzustands als Ursachen der unbestrittenen Schmerzproblematik in der rechten Hand nicht einleuchtet, zumal nicht nur Dr. med. C._____ das CRPS für ausgeheilt erachtet, sondern auch der RAD-Arzt Dr. med. J._____ (act. II 9 Doc 119). Abgesehen davon hält auch der beratende Arzt der Sympany Dr. med. K._____ – wenn auch im Zusammenhang mit der Integritätsentschädigung – den Unfall bzw. die Komplikationen als nur zu zwei Drittel kausal zur Beeinträchtigung (act. II 16). Soweit schliesslich Dr. med. E._____ die Klassifizierung des CRPS im ICD-11 kritisiert und auf den voraussichtlich 2022 einzuführenden neuen ICD-10 verweist (act. IA 4 S. 43 f.), ist dies unbehelflich, kann doch diese Klassifikation für den aktuellen Fall nicht vorwiegend herangezogen werden.

3.8 Nach dem Dargelegten erweist sich der medizinische Sachverhalt als nicht hinreichend abgeklärt und es ist eine neue externe Begutachtung unabdingbar. Diese ist durch die Vorinstanz einzuholen, indem sie bislang im Wesentlichen allein auf die durch die IV-Stelle ... eingeholten – im Zeitpunkt des Erlasses des angefochtenen Einspracheentscheides nicht mehr aktuellen bzw. umfassenden – medizinischen Grundlagen abstellte und darin im Rahmen der final konzipierten Invalidenversicherung (vgl. BGE 124 V 174 E. 3b S. 178) naturgemäss die mitunter zentrale Frage der Kau-

salität zum Unfall vom September 2011 nur ganz am Rande behandelt wurde. Insofern ist die Beschwerdegegnerin ihrer Abklärungspflicht nicht rechtsgenügend nachgekommen. Die Expertise wird mindestens in den Disziplinen Orthopädie, Handchirurgie und Neurologie einzuholen sein, wobei sich die Gutachter insbesondere auch zum Einfluss des Vorzustandes und zur Kausalität zu äussern haben werden.

Zusammenfassend ist die Beschwerde unter Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheides vom 30. April 2018 (act. II 30) gutzuheissen und die Sache ist an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie – nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen – neu verfüge.

4.

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

4.2 Der Versicherungsträger übernimmt die Kosten der Abklärung, soweit er die Massnahmen angeordnet hat. Hat er keine Massnahmen angeordnet, so übernimmt er deren Kosten dennoch, wenn die Massnahmen für die Beurteilung des Anspruchs unerlässlich waren oder Bestandteil nachträglich zugesprochener Leistungen bilden (Art. 45 Abs. 1 ATSG). Nach der Rechtsprechung können die Kosten eines Privatgutachtens, auf das sich der Entscheid der Rechtsmittelinstanz stützt, im Rahmen der Parteientschädigung zurückerstattet werden (RKUV 2004 U 503 S. 187 E. 5.1).

Zwar bestehen bereits unabhängig vom Gutachten von Dr. med. E._____ vom 13. Februar 2019 (act. IA 4) gewisse Zweifel am Gutachten von Dr. med. C._____ vom 9. Mai 2016 (act. II 9 Doc 110; inkl. dessen Stellungnahme vom 15. Februar 2017; act. II 14), jedoch hat ersteres die Zweifel noch massgeblich verstärkt und trägt dazu bei, die Sache zur weiteren Abklärung zurückzuweisen. Insofern hat die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin die Kosten für das Gutachten von Dr. med. E._____ vom 13. Februar 2019 zu erstatten gemäss Antrag in der Stellungnahme vom 8. Juli 2019, wobei allein das Gutachten zu Fr. 3'400.-- (act. IA 4 S. 59) nicht aber auch die Kosten für die Vorabprüfung

(Fr. 1'600.--; act. IA 4 S. 60) zu entschädigen sind, weil diese für den vorliegenden Entscheid nicht massgeblich war.

4.3 Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten (Art. 61 lit. g ATSG). Nach der Rechtsprechung gilt es unter dem Gesichtspunkt des (bundesrechtlichen) Anspruchs auf eine Parteientschädigung im Streit um eine Sozialversicherungsleistung bereits als Obsiegen, wenn die versicherte Person ihre Rechtsstellung im Vergleich zu derjenigen nach Abschluss des Administrativverfahrens insoweit verbessert, als sie die Aufhebung einer ablehnenden Verfügung und die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zu ergänzender Abklärung und neuer Beurteilung erreicht (BGE 137 V 57 E. 2.1 S. 61). Dies gilt unabhängig davon, ob die Rückweisung beantragt oder ob das entsprechende Begehren im Haupt- oder im Eventualantrag gestellt wird (SVR 2017 KV Nr. 9 S. 43 E. 9.1).

Mit am 18. November 2019 eingereichter Kostennote hat Rechtsanwältin MLaw D. _____ ein Honorar von Fr. 6'854.05, Auslagen von Fr. 205.60 und die Mehrwertsteuer (MWSt.) von Fr. 543.60, insgesamt einen Aufwand von Fr. 7'603.25, geltend gemacht. Dieser Betrag erweist sich mit Blick auf andere vergleichbare Verfahren bezüglich des objektiv gebotenen Prozesaufwands, der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses, selbst unter Berücksichtigung des mehrfachen Schriftenwechsels, als zu hoch. Zudem ist zu berücksichtigen, dass die Beschwerdeführerin bereits sowohl im nichtstreitigen wie auch im streitigen Verwaltungsverfahren mit der Beschwerdegegnerin (act. II 5, 28), in denen sich im Wesentlichen dieselben Fragen stellten, wie auch im Verfahren mit der Invalidenversicherung (act. II 9 Doc 57), durch dieselbe Anwaltskanzlei vertreten wurde. Es rechtfertigt sich deshalb, den Parteikostenersatz auf pauschal Fr. 5'500.-- (inkl. Auslagen und MWSt.) festzusetzen. Zuzüglich der Kosten des Privatgutachtens von Fr. 3'400.-- (vgl. E. 4.2 hiervor) ist der Beschwerdeführerin von der Beschwerdegegnerin eine Parteientschädigung von insgesamt Fr. 8'900.-- zu bezahlen.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird der angefochtene Einspracheentscheid der Sympany vom 30. April 2018 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie – nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen – neu verfüge.
2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 5'500.-- (inkl. Auslagen und MWSt.), zu ersetzen. Darüber hinaus hat die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin die Kosten für das Gutachten des Dr. med. E. _____ im Umfang von Fr. 3'400.-- zu erstatten.
4. Zu eröffnen (R):
 - B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - Sympany Versicherungen AG
 - Bundesamt für Gesundheit

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

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