



Urteil vom 19. Mai 2022

Besetzung

Richter Beat Weber (Vorsitz),
Richterin Michela Bürki Moreni,
Richter Vito Valenti,
Gerichtsschreiberin Yvette Märki.

Parteien

A._____, (Deutschland),
vertreten durch lic. iur. André Baur, Advokat,
Beschwerdeführerin,

gegen

IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA,
Vorinstanz.

Gegenstand

IV, Frühinterventionsmassnahmen/berufliche Massnahmen;
Verfügung der IVSTA vom 15. Januar 2019.

Sachverhalt:

A.

A.a Die am (...) 1965 geborene, deutsche Staatsangehörige A. _____ (nachfolgend: Versicherte oder Beschwerdeführerin) lebt in ihrer Heimat und hat dort eine Ausbildung als staatlich anerkannte Erzieherin und als Diplom Kunsttherapeutin (FH) absolviert sowie einen Magister der Universität B. _____ in Kunsterziehung mit den Nebenfächern Psychologie und Kunstgeschichte erlangt (Akten der Vorinstanz [nachfolgend: doc.] 2.; 11; 29). Sie war von Mai 2007 bis März 2015 in eigener Praxis in (...) als Systemische Familientherapeutin und Diplom-Kunsttherapeutin zu 10% tätig (doc. 11 S. 1; 29). Darüber hinaus war sie als Grenzgängerin von Mai 2002 bis zum Zeitpunkt eines Arbeitsunfalls am 3. Mai 2016 als Betreuerin einer Wohngruppe beim C. _____ in einem 60%-Pensum angestellt (doc. 29; 94 S. 21). Dabei leistete sie Beiträge an die schweizerische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV; doc. 12).

A.b Bei besagtem Unfall stürzte die Versicherte über eine Schwelle der Balkontür, wobei sie sich mit dem linken Arm im Balkongitter verding und schliesslich linksfrontal am Kopf eine grosse Rissquetschwunde mit massiver Blutung erlitt und infolgedessen in die Notfallstation kam, wo eine komplette Parese (Lähmung) der Extensorenmuskulatur am Unterarm beziehungsweise der Hand sowie eine inkomplette sensible Ausfallerscheinung festgestellt wurde. Nachdem die Versicherte aufgrund der diagnostizierten dislozierten Humerusschaftspiralfaktur mit Läsion des Nervus radialis links am darauffolgenden Tag im Spital D. _____ operiert worden war, verweilte sie bis zum 18. Mai 2016 in der Reha E. _____ (doc. 5. S. 31 u. S. 34). In der Folge war sie bis zum 12. Dezember 2016 zu 100% arbeitsunfähig und wurde per 28. Februar 2017 gekündigt (doc. 13 S. 2 u. 12).

B.

B.a Am 25. Oktober 2016 meldete sich die Versicherte bei der Invalidenversicherung zur Früherfassung an (doc. 1). Am 11. November 2016 (Posteingang IV-Stelle F. _____ am 16. November 2016 [doc. 10 S. 1]) meldete sie sich mit dem Formular «Berufliche Integration/Rente» unter Verweis auf die Beschwerden am linken Handgelenk, Ellenbogen und Oberarm (Zustand nach Plattenosteosynthese bei Humerusschaftfraktur links am 04.05.2016, primäre Radialisparese [Lähmung oder unvollständige Lähmung des Nervus radialis], CRPS [engl. für komplexes regionales

Schmerzsyndrom], Verdacht auf stattgehabte Luxation/Subluxation im Bereich des linken Handgelenks mit möglichem ligamentärem Binnenschaden [doc. 5 S. 76]) bei der IV-Stelle F._____ (nachfolgend: kantonale IV-Stelle) zum Leistungsbezug an. Die kantonale IV-Stelle klärte daraufhin den medizinischen und erwerblichen Sachverhalt ab und zog die ärztlichen Berichte, insbesondere die Akten der Unfallversicherung und dreier von der Unfallversicherung in Auftrag gegebener Gutachten, bei (doc. 38; 75).

B.b Nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens (doc. 46) wies die IV-Stelle für Versicherte im Ausland (nachfolgend IVSTA oder Vorinstanz) das Leistungsbegehren mit der Begründung ab, gemäss Gutachten des G._____ vom 28. August 2018 (doc. 75) und Beurteilungen des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; doc. 77; 81) sei die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als diplomierte Betreuerin nicht mehr zumutbar, jedoch bestehe in einer leidensangepassten Tätigkeit als systemische Therapeutin eine volle Arbeitsfähigkeit. Mit einer Umschulung in einen anderen Bereich, welche ohne entsprechende Erfahrung auf dem Arbeitsmarkt verwertet werden müsste, sei keine Verbesserung der Erwerbsaussichten zu erwarten. Es bestehe daher kein Anspruch auf Umschulung; im Rahmen der Frühintervention könne der Versicherten ein Coaching mit aktiver Stellensuche angeboten werden (doc. 88; 89).

C.

C.a Gegen diese Verfügung erhob die Versicherte, vertreten durch André Baur, Advokat, mit Eingabe vom 15. Februar 2019 (Postaufgabe) Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht und stellte das Begehren, es sei die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 15. Januar 2019 vollumfänglich aufzuheben und diese zu verurteilen, der Beschwerdeführerin angemessene Frühinterventionsmassnahmen und berufliche Massnahmen zuzusprechen. Zur Begründung brachte sie im Wesentlichen vor, der Sachverhalt sei insofern falsch festgestellt worden, als die Berufsbezeichnung nicht zutrefte und in medizinischer Hinsicht nicht beweiswertig sei, insbesondere widerspreche der RAD-Bericht dem Gutachten des G._____ vom 28. August 2018. Aufgrund des Gesundheitsschadens seien bimanuelle Tätigkeiten, wie diejenigen einer Kunsttherapeutin, unzumutbar (Akten im Beschwerdeverfahren [nachfolgend: act] 1).

C.b Der mit Zwischenverfügung vom 21. Februar 2019 bei der Beschwerdeführerin eingeforderte Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.– (act. 2) wurde am 25. Februar 2019 geleistet (act. 4).

C.c Mit Vernehmlassung vom 10. Mai 2019 beantragte die Vorinstanz, unter Verweis auf die Stellungnahme der kantonalen IV-Stelle vom 8. Mai 2019, die Abweisung der Beschwerde und die Bestätigung der angefochtenen Verfügung vom 15. Januar 2019 mit der Begründung, es bestehe gemäss Art. 7d Abs. 3 IVG kein Anspruch auf angemessene Frühinterventionsmassnahmen und das handchirurgische Teilgutachten des G. _____ sei aus arbeitsmedizinischer Sicht nur eingeschränkt verwertbar, weshalb der RAD in seinem Bericht auf dessen Belastungsprofil abstelle. Lediglich in der Einschätzung der Einschränkung von 20% als Kunsttherapeutin weiche der RAD-Bericht vom Gutachten ab. Was die Umschulung anbelange, sei es der Beschwerdeführerin mit den absolvierten Aus- und Weiterbildungen sowie der Berufserfahrung zumutbar, eine Tätigkeit zu finden, die dem im Gutachten vom 28. August 2018 definierten Belastungsprofil entspreche (act. 6).

C.d Mit Replik vom 17. Juni 2019 zog die Beschwerdeführerin ihren Antrag auf Zusprechung angemessener Frühinterventionsmassnahmen zurück, hielt im Übrigen an ihren beschwerdeweise gestellten Anträgen fest und reichte weitere Arztberichte sowie ihre Honorarnote ein (act. 8).

C.e In ihrer Duplik vom 15. Juli 2019 hielt die Vorinstanz unter Verweis auf eine Stellungnahme der kantonalen IV-Stelle vom 11. Juli 2019 sowie eine Stellungnahme von Dr. H. _____ des RAD vom 1. Juli 2019, wonach die eingereichten Arztberichte in etwa gleiche klinische Befunde und Funktionsausmasse der linken oberen Extremität wie im G. _____-Gutachten dokumentierten, an ihren bisherigen Anträgen fest (B-act. 10).

C.f Mit Schreiben vom 15. August 2019 stellte die Vorinstanz dem Gericht das mit Zwischenverfügung vom 18. Juli 2019 eingeforderte ergänzende Verlaufsgutachten des G. _____ vom 12. Juli 2019 zu (B-act. 11 f.). Am 22. August 2019 ersuchte das Gericht die Vorinstanz um ergänzende Zustellung eines zusätzlichen psychiatrischen Teilgutachtens des G. _____ und eines Berichts der am 19. August 2019 durchgeführten Arthroskopie des linken Handgelenks (B-act. 13). Dem Gericht stellte die IVSTA am 25. November 2019 eine Kopie des Operationsberichts vom 19. August 2019 (B-act. 17) und die kantonale IV-Stelle am 26. März 2020 das psychiatrische G. _____-Gutachten vom 11. März 2020 zu (B-act. 21).

C.g Am 13. Juli 2020 hielt die Vorinstanz mit ergänzender Duplik an ihren Anträgen auf Abweisung der Beschwerde und Bestätigung der angefochtenen Verfügung fest (act. 10; 24).

C.h Mit Triplik vom 22. Juli 2020 erneuerte die Beschwerdeführerin den Rückzug ihres Antrags auf Zusprechung von angemessenen Frühinterventionsmassnahmen und hielt im Übrigen an ihren beschwerdeweise gestellten Anträgen fest (act. 26).

C.i Am 24. Juli 2020 stellte der Instruktionsrichter der Vorinstanz ein Doppel der Triplik zu und schloss den Schriftenwechsel ab (B-act. 27).

D.

Auf die weiteren Vorbringen und Unterlagen der Parteien wird – soweit für die Entscheidungsfindung erforderlich – in den nachstehenden Erwägungen eingegangen.

Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.

1.1 Gemäss Art. 31 VGG in Verbindung mit Art. 33 Bst. d VGG und Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG (SR 831.20) sowie Art. 5 VwVG beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden von Personen im Ausland gegen Verfügungen der IVSTA. Eine Ausnahme im Sinne von Art. 32 VGG liegt nicht vor.

1.2 Gemäss Art. 40 Abs. 2 IVV ist für die Entgegennahme der Anmeldungen von Grenzgängern sowie Durchführung und Prüfung der entsprechenden Abklärungen die kantonale IV-Stelle zuständig, in deren Tätigkeitsgebiet der Grenzgänger eine Erwerbstätigkeit ausübt hat; die Verfügungen werden von der IV-Stelle für Versicherte im Ausland erlassen.

1.3 Nach Art. 37 VGG richtet sich das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt. Indes findet das VwVG aufgrund von Art. 3 Bst. d^{bis} VwVG keine Anwendung in Sozialversicherungssachen, soweit das ATSG (SR 830.1) anwendbar ist.

1.4 Die Beschwerdeführerin hat am vorinstanzlichen Verfahren teilgenommen; sie ist durch die sie betreffende Verfügung berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Anfechtung (Art. 59 ATSG).

1.5 Da die Beschwerde rechtzeitig und formgerecht (Art. 60 ATSG und Art. 52 Abs. 1 VwVG) eingereicht und auch der vollständige Kostenvorschuss innert der auferlegten Frist geleistet wurde (Art. 63 Abs. 4 VwVG), ist auf die Beschwerde einzutreten.

2.

2.1 Der Anfechtungsgegenstand in einem Beschwerdeverfahren wird durch die angefochtene Verfügung bestimmt. Davon zu unterscheiden ist der Streitgegenstand. Im Bereich der nachträglichen Verwaltungsrechtspflege ist der Streitgegenstand das Rechtsverhältnis, welches – im Rahmen des durch die Verfügung bestimmten Anfechtungsgegenstandes – den aufgrund der Beschwerdebegehren effektiv angefochtenen Verfügungsgegenstand bildet. Anfechtungs- und Streitgegenstand sind dann identisch, wenn die Verwaltungsverfügung insgesamt angefochten wird (vgl. hierzu BGE 131 V 164 E. 2.1 und 119 Ib 36 E. 1b mit Hinweisen; SVR 2010 BVG Nr. 14 S. 56 E. 4.1).

Vorliegend ist die Verfügung vom 15. Januar 2019 (doc. 88) streitig, mit welcher die Vorinstanz das Leistungsbegehren abwies, einen Anspruch auf Gewährung beruflicher Massnahmen verneinte und der Versicherten im Rahmen der Frühintervention ein Coaching mit aktiver Stellensuche anbot. Der Antrag auf Zusprache angemessener Frühinterventionsmassnahmen wurde jedoch im Rahmen des Schriftenwechsels zurückgezogen und ist damit als gegenstandslos geworden abzuschreiben (vgl. Bst. C.d und C.g).

2.2 Das Bundesverwaltungsgericht prüft die Verletzung von Bundesrecht einschliesslich der Überschreitung oder des Missbrauchs des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts und die Unangemessenheit (Art. 49 VwVG).

2.3 Nach ständiger Rechtsprechung beschränkt sich die Prüfung des Sozialversicherungsgerichts auf die Verhältnisse, wie sie sich bis zum Erlass der angefochtenen Verwaltungsverfügung entwickelt haben (vgl. Urteil des BGer 8C_489/2016 vom 29. November 2016 E. 5.2 m.H. auf BGE 132 V 215 E. 3.1.1; 130 V 138 E. 2.1; 121 V 362 E. 1b). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b).

2.4 Die Beschwerdeführerin ist deutsche Staatsangehörige mit Wohnsitz in Deutschland. Damit gelangen das Freizügigkeitsabkommen vom 21. Juni 1999 (FZA, SR 0.142.112.681) und die Regelwerke der Gemeinschaft zur

Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit gemäss Anhang II des FZA, insbesondere die für die Schweiz am 1. April 2012 in Kraft getretenen Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 (SR 0.831.109.268.1) und Nr. 987/2009 (SR 0.831.109.268.11), zur Anwendung. Seit dem 1. Januar 2015 sind auch die durch die Verordnungen (EU) Nr. 1244/2010, Nr. 465/2012 und Nr. 1224/2012 erfolgten Änderungen in den Beziehungen zwischen der Schweiz und den EU-Mitgliedstaaten anwendbar. Das Vorliegen einer anspruchserheblichen Invalidität beurteilt sich indes auch im Anwendungsbereich des FZA und der Koordinierungsvorschriften nach schweizerischem Recht (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; Urteil des BGer 9C_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 4).

3.

3.1 Die Frage, ob und gegebenenfalls ab wann die Beschwerdeführerin Anspruch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen der schweizerischen Invalidenversicherung hat, bestimmt sich nach folgenden schweizerischen Rechtsvorschriften:

3.1.1 Invalide oder von einer Invalidität unmittelbar bedrohte Versicherte haben Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit wiederherzustellen, zu verbessern, zu erhalten oder ihre Verwertung zu fördern. Dabei ist die gesamte, noch zu erwartende Arbeitsdauer zu berücksichtigen (Art. 8 Abs. 1^{bis} IVG). Die Eingliederungsmassnahmen bestehen unter anderem in Massnahmen beruflicher Art (Berufsberatung, erstmalige berufliche Ausbildung, Umschulung, Arbeitsvermittlung; Art. 8 Abs. 3 lit. b IVG). Der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen entsteht, sobald solche im Hinblick auf Alter und Gesundheitszustand des Versicherten angezeigt sind (Art. 10 Abs. 2 IVG).

3.1.2 Gemäss Art. 17 IVG besteht Anspruch auf Umschulung auf eine neue Erwerbstätigkeit, wenn die Umschulung infolge Invalidität notwendig ist und dadurch die Erwerbsfähigkeit voraussichtlich erhalten oder verbessert werden kann. Unter Umschulung ist nach der Rechtsprechung grundsätzlich die Summe der Eingliederungsmassnahmen berufsbildender Art zu verstehen, die notwendig und geeignet sind, den vor Eintritt der Invalidität bereits erwerbstätig gewesenen Versicherten eine ihrer früheren annähernd gleichwertige Erwerbsmöglichkeit zu vermitteln (BGE 124 V 110 E. 2a; AHl 2000 S. 61 f. E. 1). Dabei bezieht sich der Begriff der „annähernden

Gleichwertigkeit“ nicht in erster Linie auf das Ausbildungsniveau als solches, sondern auf die nach erfolgter Eingliederung zu erwartende Verdienstmöglichkeit (BGE 124 V 110 E. 2a; AHI 2002 S. 107 E. 4).

3.1.3 Als invalid im Sinne von Art. 17 IVG gilt, wer nicht hinreichend eingliedert ist, weil der Gesundheitsschaden eine Art und Schwere erreicht hat, welche die Ausübung der bisherigen Erwerbstätigkeit ganz oder teilweise unzumutbar macht. Dabei muss der Invaliditätsgrad ein bestimmtes erhebliches Mass erreicht haben; nach der Rechtsprechung ist dies der Fall, wenn die versicherte Person in den ohne zusätzliche Ausbildung noch zumutbaren Erwerbstätigkeiten eine bleibende oder längere Zeit dauernde Erwerbseinbusse von etwa 20% erleidet (BGE 124 V 110 E. 2b; AHI 2000 S. 62 E. 1).

3.1.4 Zu den notwendigen und geeigneten Eingliederungsmassnahmen-berufsbildender Art zählen alle zur Eingliederung ins Erwerbsleben unmittelbar erforderlichen Vorkehren. Deren Umfang lässt sich nicht in abstrakter Weise festlegen, indem ein Minimum an Wissen und Können vorausgesetzt wird und nur diejenigen als berufsbildend anerkannt werden, die auf dem angenommenen Minimalstandard aufbauen. Auszugehen ist vielmehr von den Umständen des konkreten Falles, wozu auch die von Person zu Person unterschiedliche subjektive und objektive Eingliederungsfähigkeit (Gesundheitszustand, Leistungsvermögen, Bildungsfähigkeit, Motivation usw.) gehört (unveröffentlichtes Urteil des EVG I 529/01 vom 19. März 2002 E. 1a 3.10 mit Hinweis auf AHI 1997 S. 172 E. 3a).

3.1.5 Von der IV nicht zu übernehmen sind insbesondere Massnahmen, welche die Erwerbsfähigkeit nur geringfügig zu beeinflussen vermögen. Namentlich sieht das Gesetz keine Massnahmen vor, um einen kleinen und unsicheren Rest von Erwerbsfähigkeit zu erhalten. Aus der allgemeinen Zielsetzung der IV-rechtlichen Eingliederungsmassnahmen ergibt sich, dass die gesellschaftliche Integration oder soziale Eingliederung nicht nach Massgabe des IVG versichert ist (ZAK 1992 S. 365 f. E. 1b mit Hinweisen).

3.2

3.2.1 Bei der Bemessung des Invaliditätsgrades stützen sich die Verwaltung und – im Beschwerdefall – das Gericht auf Unterlagen, die von ärztlichen und gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind. Ärztliche Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher

Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen).

3.2.2 Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation *einleuchtet* und ob die Schlussfolgerungen der Expertinnen und Experten *begründet* sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). Eine begutachtende medizinische Fachperson muss über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteil des BGer 9C_555/2017 vom 22. November 2017 E. 3.1 mit Hinweisen). Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt ebenfalls Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen (BGE 135 V 465 E. 4.4 m.H. auf 125 V 351 E. 3b/ee).

3.2.3 Jedoch gilt in der Beweismittelwürdigung bei Entscheiden, die sich ausschliesslich auf versicherungsinterne ärztliche Beurteilungen stützen, die im Wesentlichen oder ausschliesslich aus dem Verfahren vor dem Sozialversicherungsträger stammen: Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen, ist eine versicherungsexterne medizinische Begutachtung im Verfahren nach Art. 44 ATSG oder ein Gerichtsgutachten anzuordnen (vgl. Urteil des BGer vom 12. April 2017 E. 3 mit Verweisen auf BGE 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7 sowie Urteil 8C_385/2014 vom 16. September 2014 E. 4.2.2; vgl. auch BGE 125 V 351 E. 3b/ee sowie UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 4. Aufl. 2020, Art. 43 Rz. 46).

3.2.4 Die Feststellungen der aus dem Ausland stammenden Beweismittel, wie insbesondere auch ärztliche Berichte und Gutachten, unterliegen der freien Beweismittelwürdigung des Gerichts (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG, ab 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen

des Bundesgerichts] vom 11. Dezember 1981 i.S. D; zum Grundsatz der freien Beweiswürdigung: BGE 125 V 351 E. 3a).

3.3 Nach Art. 43 Abs. 1 ATSG prüft der Versicherungsträger die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein (Satz 1). Das Gesetz weist dem Durchführungsorgan die Aufgabe zu, den rechtserheblichen Sachverhalt nach dem Untersuchungsgrundsatz abzuklären, sodass gestützt darauf die Verfügung über die in Frage stehende Leistung ergehen kann (Art. 49 ATSG; SUSANNE LEUZINGER-NAEF, Die Auswahl der medizinischen Sachverständigen im Sozialversicherungsverfahren [Art. 44 ATSG], in: Riemer-Kafka/Rumo-Jungo [Hrsg.], Soziale Sicherheit – Soziale Unsicherheit, Bern 2010, S. 413 f.).

4.

4.1 Die Beschwerdeführerin leistete in der Schweiz Beiträge an die AHV / IV während den Jahren 2002-2015 (doc. 12). Sie erfüllt damit die dreijährige Mindestbeitragsdauer der schweizerischen Invalidenversicherung gemäss Art. 36 Abs. 1 IVG. Nachfolgend bleibt zu prüfen, ob eine Invalidität im oben genannten Sinne (E. 3.1 f.) vorliegt. Vorab stellt sich die Frage, ob die Vorinstanz ihrer Abklärungspflicht im Sinne von Art. 43 Abs. 1 ATSG rechtsgenügend nachgekommen ist.

4.2 Hinsichtlich der Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung liegen insbesondere die folgenden Gutachten und Arztberichte vor:

4.2.1 Die Beschwerdeführerin stürzte am 3. Mai 2016 über eine Schwelle der Balkontür, wobei sie sich im Fallen mit dem linken Arm im Balkongitter verding. Gleichzeitig kam es zu einem Anschlagen des Kopfes, woraus eine grosse Rissquetschwunde linksfrontal mit massiver Blutung resultierte. Dabei zog sich die Beschwerdeführerin eine dislozierte Humerusschaftspiralfaktur mit Läsion des Nervus radialis links zu (s. hiervor Bst. A.b). Klinisch habe eine komplette Parese (Lähmung) der Extensorenmuskulatur am Unterarm/Hand imponiert. Ebenso habe sich auch eine inkomplette sensible Ausfallerscheinung gezeigt (doc. 5 S. 3 und S. 34).

4.2.2 Im Operationsbericht vom 4. Mai 2016 hielt PD Dr. I. _____, Orthopädie und Traumatologie FMH, die gleichentags durch ihn und Dr. J. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des

Bewegungsapparates, durchgeführte operative Versorgung mittels Plattenosteosynthese fest (ORIF Humerus links mit langer PHILOS-Platte). Mit 2 Weberzangen sei die anatomische Reposition der Fraktur und die Einbringung zweier 2,7mm-Zugschrauben erfolgt. Danach sei eine PHILOS-Platte mit Fixierung im Humeruskopf angelegt worden. Anschliessend sei ein Wundverschluss mit Subkutannaht und Hautnaht erfolgt (doc. 17 S. 53).

4.2.3 Im Austrittsbericht zuhanden der Reha E. _____ vom 13. Mai 2016 wurde von PD Dr. I. _____, Orthopädie und Traumatologie FMH, festgehalten, dass die Beschwerdeführerin nach der notfallmässigen Zuweisung am 3. Mai bis zum 18. Mai 2016 im Spital D. _____ hospitalisiert gewesen sei. Beim Eintritt habe sich eine Hypästhesie am distalen Unterarm dorsal und am Handrücken sowie eine Fallhand gezeigt. Die Streckung der Langfinger sei nur in flektierter Hand in den Endphalangen möglich gewesen, die Sensibilität und Motorik im Versorgungsgebiet Nervus ulnaris, Nervus medianus sowie Nervus axillaris sei regelrecht gewesen. Bereits präoperativ habe sich eine Neurapraxie des Nervus radialis gezeigt. Es sei die osteosynthetische Versorgung der Fraktur ohne Freilegung der Nerven erfolgt. Postoperativ habe sich eine beginnende Erholung des Defizites gezeigt, das Sensibilitätsdefizit sei regredient, die Fallhand nur gering bessernd gewesen. Ein neurologisches Konsil inklusive Sonografie des Nervus radialis habe keine Neurolyse gezeigt. Die elektrophysiologische Untersuchung habe schmerzbedingt nicht durchgeführt werden können. Eine radiologische Stellungskontrolle habe eine anatomische Frakturposition sowie eine korrekte Lage des Osteosynthesematerials gezeigt. Die physiotherapeutisch instruierte Mobilisation habe im Verlauf schmerzarm erfolgen können. Die Wunde sei stets reizlos und bei Austritt trocken gewesen. Aufgrund der persistierenden Parese des Nervus radialis sei die Beschwerdeführerin in eine stationäre Rehabilitation zu überweisen (doc. 17 S. 50).

4.2.4 Gemäss Bericht von Dr. K. _____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, vom 31. Mai 2016 war die Beschwerdeführerin vom 18. Mai bis am 16. Juni 2016 zum Zweck einer stationären Rehabilitation hospitalisiert (vgl. doc. 17 S. 66). Die Fachärztin hält fest, dass die Beschwerdeführerin intensive Physiotherapie mit Bewegungsschulung, Geh- und Treppentraining, Entstauungstherapie mittels Lymphdrainagen sowie Kraftaufbau erhalte. Bei Status nach Plattenosteosynthese bei dislozierter Humerusfraktur links mit Schmerzen im Operationsgebiet sei die Analgesie von MST auf Targin umgestellt und fortlaufend mit Brufen, Dafalgan, Novalgin sowie

Lyrica angepasst worden. Bei Nervus radialis-Parese trage die Beschwerdeführerin eine Gelenksschiene tagsüber und über Nacht. Im Verlauf der Hospitalisation habe sich die Beschwerdeführerin schwach und sehr erschöpft gefühlt. Sie habe rezidivierende Kollapszustände erlitten. Die Ärzte hätten erneut die Analgetika angepasst und die Therapie mit Lyrica abgesetzt. In der Ergotherapie werde eine funktionelle Handtherapie und in der Physiotherapie die Mobilisation des linken Armes nach Schema ohne Belastung durchgeführt. Die Beschwerdeführerin müsse auch von der Pflege in den täglichen Aktivitäten unterstützt werden. Bei der Mobilisation sei die Beschwerdeführerin etwas unsicher, so dass zusätzlich Gleichgewichtsübungen durchgeführt worden seien. Das Treppensteigen solle noch intensiviert werden (doc. 5 S. 48).

4.2.5 In seinem Bericht vom 28. Juni 2016 hielt Dr. L. _____, Orthopädie/Traumatologie des Spitals D. _____, als Diagnosen einen Status nach offener Reposition und Plattenosteosynthese mittels langer Philos-Platte einer dislozierten Humerusschaft-Spiralfraktur mit Läsion des Nervus radialis am 4. Mai 2016 fest. In seiner Befundung nannte er reizlose Weichteil- und Narbenverhältnisse im Bereich des linken Oberarms, eine gute Beweglichkeit, eine Abduktion schmerzbedingt aktiv nur bis ca. 45°, eine Ellenbogenbeweglichkeit mit aktiver Extension/Flexion 0/45/90, eine Pro- und Supination maximal eingeschränkt sowie eine schlaffe Parese der Hand und Langfingerextensoren und des Daumens. Radiologisch zeige sich eine unveränderte anatomische Reposition der ehemaligen Spiralfraktur mit beginnender Durchbauung derselben. Klinisch-funktionell sei die Patientin aber noch deutlich eingeschränkt. Objektive Anhaltspunkte für das Vorliegen eines CRPS fänden sich nicht. Eine Verlaufskontrolle bezüglich der Nervenläsion bei den Kollegen der Neurologie sei am 29. Juni 2016 vorgesehen (doc. 17 S. 28).

4.2.6 In seinem Bericht vom 22. November 2016 hielt Dr. M. _____, Neurologie des Spital D. _____, aufgrund einer Verlaufskontrolle fest, dass sich im Verlauf zur letzten neurologischen Untersuchung im Juni 2016 deutlich regrediente Paresen im Versorgungsgebiet des N. radialis zeigten, die sensiblen Defizite persistierten. Neu seien in der klinischen Untersuchung Defizite, vereinbar mit einer zusätzlichen leichten Schädigung des N. ulnaris, aufgetreten. Myographisch liessen sich allerdings im M. interosseus 1 links keine Hinweise auf eine chronische oder akute Schädigung nachweisen. Eine Schädigung der motorischen Fasern sei dadurch nicht anzunehmen und die Atrophien als Inaktivitätsatrophien zu beurteilen, eine geringe Schädigung der sensiblen Fasern sei nicht ausgeschlossen. Die

schmerzhafte Bewegungseinschränkung im Handgelenk sei aus neurologischer Sicht nicht erklärt (doc. 20).

4.2.7 Im Konsultationsbericht vom 24. November 2016 nannte Dr. N._____, Facharzt für Handchirurgie FMH, als Diagnose den Verdacht auf eine stattgehabte Luxation/Subluxation im Bereich linkes Handgelenk mit möglichem ligamentärem Binnenschaden. Ferner notierte er, dass sich nach Abnahme der Lagerungsschiene sich ein soweit gut abgeschwollenes linkes Handgelenk zeige. Etwa distal der Grundgelenke seien die Langfinger leicht bis mässig geschwollen. Bis auf die Schwellungen finden sich keine Zeichen eines CRPS. Die Gelenke seien weder vermehrt schmerzhaft, noch zeigten sich eine Mehrbehaarung, Schweissbildung oder andere trophische Störungen. Im Zeitpunkt der Konsultation könne die Patientin einen aktiven Bewegungsumfang des Handgelenkes von Extension/Flexion von etwa 20-0-20° demonstrieren. Aus dem gebeugten Handgelenk heraus sei es ihr möglich, das Handgelenk aktiv zu strecken. Auch die Fingerstreckung sei selektiv möglich, so dass die Regeneration des Nervus radialis sicherlich attestiert werden könne. Es werde mit der Streckung ein Kraftgrad von M3 erreicht. Es bestehe weiterhin eine sehr deutliche Bewegungseinschränkung im Bereich des Handgelenkes (doc. 14. S. 6 f.).

4.2.8 In der orthopädisch-unfallchirurgischen Kurzbeurteilung des O._____, vom 27. Februar 2017 zuhanden der Unfallversicherung stellte Dr. med. P._____, Fachärztin für Chirurgie/Unfallchirurgie, auf Grundlage der in den aktenkundigen Berichten erwähnten Diagnosen und eigener Untersuchung fest, dass die Beweglichkeit des linken Armes im Schultergelenk eingeschränkt sei, das Erreichen des endgradigen Bewegungsausmasses als schmerzhaft beschrieben werde und die Narbe am linken Oberarm reizlos verheilt sei, wobei sich elektrisierende Empfindungen beim Beklopfen nicht auslösen liessen (act. 38 S. 3 und 6). Die Beweglichkeit im linken Ellenbogengelenk und im linken Handgelenk sei eingeschränkt, auch der Faustschluss gelinge nach der stattgehabten Nervus radialis-Läsion noch nicht vollständig. Die Nagelränder der linksseitigen Langfinger würden die verlängerte Handrückenebene erreichen. Die übrigen Gelenke an den oberen Gliedmassen seien frei beweglich. Störungen der Durchblutung seien an den oberen Gliedmassen nicht feststellbar. Auf der rechten Seite würden die Langfinger die verlängerte Handrückenebene erreichen und der Faustschluss gelinge rechts vollständig und kraftvoll. Beide Daumen würden mit ihren Spitzen die Langfingerkuppen erreichen

und die Griffformen Spitz-, Fein-, Schlüssel- und Grobgriff seien gut vorführbar. Die Venenzeichnung beider Handrücken sei unauffällig, die Beschwielung der Handflächen sei seitengleich ausgebildet, ohne grobe Arbeitsspuren oder pathologische Verhornungen. Die Handspanne sei links vermindert (S. 6 und 13). Hinsichtlich der Wirbelsäule und der unteren Gliedmassen hielt die Gutachterin keine Auffälligkeiten fest. Sie merkte einzig an, dass das rechte Bein anderthalb Zentimeter kürzer als das linke sei und deshalb ein Ausgleich im Schuh bestehe (S. 6 und 13). Die aktuelle Medikation sei Ibuprofen und Novamin (S. 5). Die Gutachterin kam unter Würdigung der vorgelegten Befunde und der Bildgebung hinsichtlich des Bewegungsapparates zum Schluss, dass die subjektiv geklagten Beschwerden mit dem organischen Befund gut in Einklang zu bringen seien. Der Oberarmbruch sei klinisch stabil verheilt, verblieben sei aktuell noch eine Bewegungseinschränkung im Schultergelenk, Ellenbogengelenk und Handgelenk, sodass eine ständige Beanspruchung des linken Armes durch Bewegen und Heben schwerer Lasten zu vermeiden sei (S. 10). Zur Arbeitsfähigkeit merkte die Gutachterin an, dass die Explorandin eine leichte körperliche Tätigkeit als Heilpädagogin mit dem zuvor geleisteten Pensum von 60% wieder ausüben könne, wobei nichts gegen eine vollschichtige Tätigkeit sprechen würde. Das Belastungsprofil schätzte sie folgendermassen ein: Tätigkeiten wie Tragen und Bewegen schwerer Lasten und ständige Beanspruchung des linken Armes sollten zunächst nicht ständig abgefordert werden. Mit dieser Einschränkung sei eine leichte körperliche Tätigkeit möglich (S. 11).

In der neurologischen Kurzbeurteilung des O. _____ vom 1. März 2017 diagnostizierte Dr. med. Q. _____, Facharzt für Neurologie FMH, eine leichte residuelle Sensibilitätsstörung im Versorgungsgebiet des Nervus radialis links, im Anschluss an eine Nervus radialis-Parese bei dislozierter Humerusschaftspiralfaktur links nach Sturz am 3. Mai 2016, die am darauffolgenden Tag operativ mittels Plattenosteosynthese versorgt wurde. Zudem sei die Schädelprellung mit Platzwunde frontotemporal links nach Sturz am 3. Mai 2016 zu erkennen (doc. 37 S. 13). Anlässlich der Untersuchung der Explorandin, welche eine Handgelenksschiene trage und den Arm in einer Schlinge halte, seien keine wesentlichen Auffälligkeiten entdeckt worden. Es würden sich keine trophischen Störungen an der linken Hand (Behaarung seitengleich, Gefässzeichnung seitengleich, Hauttemperatur rechte Hand 32.9°C, linke Hand 32.5°C) zeigen. Es werde ein Druckschmerz an der linken Schulter angegeben sowie ein heftiger Druckschmerz am linken Handgelenk und teilweise an den Fingern. Die Abduktion des linken Oberarms sei schmerzhaft eingeschränkt, eine sichere

Parese sei nicht feststellbar. Auch Beugung und Streckung des Handgelenks links seien schmerzhaft eingeschränkt, ebenso werde ein Schmerz beim Fingerbeugen und -strecken angegeben. Es sei an der linken Hand keine sichere Parese feststellbar, eine Fallhand bestehe nicht. Ansonsten seien Muskeltrophik, Muskeltonus, Muskelkraft und Koordination seitengleich intakt. Die Muskeldehnungsreflexe seien seitengleich schwach bis mittellebhaft auslösbar. Das Babinski-Zeichen sei beidseits negativ. Es werde eine Hypästhesie/Hypalgesie im Bereich der Tabatière sowie dorsal Digitus I und II links angegeben (Versorgungsgebiet des Nervus radialis). In diesem Bereich sei die Spitz-Stumpf-Diskrimination prompt und sicher. Ansonsten seien Ästhesie (Berührungsempfinden), Algesie (Oberflächenschmerzempfindung), Pallästhesie (Vibrationsempfinden) und Lagesinn seitengleich intakt. Es bestehe keine Allodynie, keine Hyperalgesie (S. 11 f.). Die Intensität der Oberarmschmerzen sei auf der visuell-analogen Skala (VAS) mit 3-4/10 angegeben worden. Die Handgelenksschmerzen seien mit VAS 3/10 angegeben worden (S. 10 f.). Diese subjektiv beklagten Beschwerden könne der Gutachter nur teilweise durch Schädigungen am Nervensystem erklären. Die Schulterschmerzen links sowie die Handgelenksschmerzen und die sich jeweils daraus ergebenden Bewegungseinschränkungen würden sich nicht durch neurologische Schäden erklären. Zur Frage, inwieweit diese durch Schäden am Bewegungsapparat zu erklären seien, sei auf das orthopädische Gutachten zu verweisen. Am Nervensystem lasse sich als Residuum der Radialisparese links noch eine leichte Sensibilitätsstörung feststellen. Eine Kraftstörung sei nicht mehr zu diagnostizieren. Insofern sei die initial im Rahmen der Fraktur diagnostizierte Nervus radialis Parese mit Fallhand links als fast vollständig ausgeheilt zu betrachten. Eine Einschränkung sei nur in Berufen mit erheblicher Anforderung an die sensomotorische Diskrimination, wie zum Beispiel als Uhrmacher oder als Neurochirurg, denkbar. Selbst wenn es im weiteren Verlauf zu keiner wesentlichen Besserung käme, bliebe der rein neurologische Integritätsschaden unterhalb von 5% (S. 14 f.). Aus rein neurologischer Sicht bestehe eine leichte residuelle Sensibilitätsstörung an der linken Hand. Diese führe zu keiner wesentlichen Einschränkung der Leistungs- und Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Heilpädagogin. Entsprechend sei die Arbeitsfähigkeit für ein Pensum von 60% aus rein neurologischer Sicht mit voller Leistung ausgewiesen (S. 16). In anderen denkbaren Verweistätigkeiten sei die Explorandin aus rein neurologischer Sicht zu 100% arbeitsfähig (S. 17).

4.2.9 Im Arztbrief vom 8. September 2017 diagnostizierte Dr. R. _____, Facharzt für Allgemeinchirurgie, Handchirurgie, Plastische und Ästhetische

Chirurgie, einen Verdacht auf eine mediokarpale Instabilität des linken Handgelenkes. Gestützt auf eine Untersuchung sowie auf die von der Beschwerdeführerin mitgebrachten Röntgenbilder fänden sich deutliche Zeichen einer mediokarpalen Instabilität am linken Handgelenk. Passend hierzu sei insbesondere auch die zunehmende aktive Beugehemmung und die zeitweise sowie photographisch dokumentierte Schwellung am dorsalen Handgelenk. Eine behandlungsbedürftige Instabilität des TFCC liege bei klinisch sicher stabilem Gelenk zum Beurteilungszeitpunkt nicht vor. Dort würden zum Beurteilungszeitpunkt auch nicht die Hauptschmerzen angegeben. Die Extensor carpi ulnaris-Sehne sei aufgrund des Vorkommens auch auf der anderen Seite in ähnlicher Form auch zum Beurteilungszeitpunkt nicht als behandlungsbedürftig einzustufen. Dort sei insbesondere die weitere Entwicklung der Muskulatur des Musculus extensor carpi ulnaris abzuwarten. Inwieweit eine Beteiligung des Sehnenfaches im Rahmen der Verletzung der rechten Seite nach dem Trauma vor ca. 20 Jahren vorliege, lasse sich allerdings nicht mit Gewissheit sagen. Die Behandlung des Mediokarpalgelenkes solle zunächst auch physiotherapeutisch und ergotherapeutisch erfolgen; eine operative Massnahme erscheine zum Beurteilungszeitpunkt ebenfalls nicht indiziert. Weitere bildgebende Massnahmen seien ebensowenig erfolgversprechend. Von einer diagnostischen Arthroskopie seien im Beurteilungszeitpunkt auch keine weiteren Informationen bezüglich der Ursache der Schmerzen und der Funktionseinschränkungen am linken Handgelenk zu erwarten, insbesondere vor dem Hintergrund der angenommenen mediokarpalen Instabilität. Diese sei in einer Arthroskopie nur eingeschränkt beurteilbar (act. 1 Beilage 4 S. 2 f.).

4.2.10 PD Dr. med. I. _____, Orthopädie und Traumatologie FMH, stellte am 27. September 2017 die Diagnose einer CRPS und einer TFCC-Läsion des linken Handgelenks. Hierzu berichtete der Orthopäde, dass das Handgelenk nach wie vor blockiere, praktisch in allen Bewegungsrichtungen eingesteift sei. Die Vorderarmrotationsbewegungen seien ordentlich mit 80-0-80°, endgradig und nach wie vor aber mit Schmerzen verbunden. Die Patientin könne mit der Hand noch nicht greifen, womit der Einsatz für alltägliche Verrichtungen nach wie vor stark limitiert sei (doc. 49 S. 13). Mit weiterem Bericht vom 6. November 2017 bestätigte er die genannten Diagnosen und hielt fest, es sei gesamthaft ein gewisser Stillstand zu verzeichnen. Er könne im Moment nicht viel weiteres anbieten als Fortführung der Ergotherapie und Physiotherapie mit entsprechender analgetischer Unterstützung (doc. 49 S. 15).

4.2.11

4.2.11.1 Im interdisziplinären medizinischen Gutachten vom 28. August 2018, erstellt im Auftrag der Unfallversicherung S._____, hielten Dr. T._____, FMH Orthopädische Chirurgie, und Dr. U._____, FMH Orthopädische Chirurgie/Handchirurgie, sowie Dr. med. V._____, FMH Neurologie, folgende Diagnosen fest (doc. 75 S. 7):

- Stolpersturz am 03.05.2016 mit
 - Contusio capitis mit RQW links frontotemporal
 - dislozierte Humerusschaftfraktur links mit Radialisparese
 - ORIF mit langer Philos-Platte 04.05.2016
 - residuelle Hypästhesie im Bereich des Nervus radialis superficialis links
- chronische belastungs- und bewegungsabhängige Handgelenkschmerzen links bei
 - Läsion am ulnaren Ansatz des TFCC
 - Verdacht auf mediokarpale Instabilität
 - persistierende Luxation der ECU-Sehne links
- Status nach Verhebetauma Hand rechts vor 20 Jahren
- Status nach prophylaktischer Mastektomie rechts bei DCIS 2013.

Zusammengefasst könnten aus gutachterlicher Sicht die beklagten Beschwerden objektiviert werden. Die Radialisparese (Lähmung oder unvollständige Lähmung des Nervus radialis) habe sich bis auf eine residuelle Sensibilitätsstörung im Handrückenbereich, welche funktionell keine Konsequenzen habe und auch von der Versicherten selber als nicht einschränkend empfunden werde, zurückgebildet. Die Humerusfraktur sei abgeheilt. Am linken Handgelenk persistierten seit dem Unfall unveränderte Schmerzen über der TFCC-Region und im Bereich der zentralen Säule des Corpus. Diese Beschwerden müssten weiter abgeklärt und je nach Befund weiter behandelt werden. Die Explorandin benötige eine Ergotherapie zusätzlich zur Physiotherapie, welche die Explorandin bereits zur Verbesserung der Schultergelenksbeweglichkeit betreibe. Zur Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit stellte der Gutachter fest, dass der Explorandin diese Tätigkeit seit dem Unfall nicht mehr zumutbar erscheine, zumal sie auf bimanuelle, zum Teil schwere Tätigkeiten – mit Greiffunktion der linken Hand – angewiesen sei. Dabei würden die Gutachter auf die Tätigkeit abstellen, in der die Explorandin seit dem Jahr 2002 als Betreuerin in einer Wohngruppe von sieben körperlich und geistig behinderten Personen gearbeitet habe. Es bestehe im Zeitpunkt der Begutachtung eine vollständige Einschränkung für bimanuelles Tragen und Heben von mehr als 5 kg, repetitive Überkopfarbeit mit dem linken Arm sowie Tätigkeiten, welche eine

kräftige Greiffunktion der linken dominanten Hand erforderten. Eine Neu-
beurteilung dieser Einschränkungen solle frühestens in einem Jahr erfol-
gen. Zur Tätigkeit in einer Verweistätigkeit hielten die Gutachter fest, dass
die Explorandin für administrative und rein geschäftstherapeutische Tätig-
keiten (ohne manuelle Verrichtungen) ohne wesentliche Einschränkungen
einsetzbar sei. Als Kunsttherapeutin müsse die Explorandin bimanuell aktiv
tätig sein, weshalb zurzeit in einer solchen Tätigkeit keine verwertbare Ar-
beitsfähigkeit bestehe. Eine endgültige Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sei
im Zeitpunkt der Begutachtung noch verfrüht, da das Resultat der vorge-
schlagenen Massnahmen (s. Handchirurgisches Teilgutachten) abgewartet
werden müsse. Nach Durchführung dieser Massnahmen und der sich an-
schliessenden entsprechenden Heilprozesse könne noch mit einer Verbes-
serung der Belastbarkeit des linken Handgelenkes gerechnet werden, wo-
bei die therapeutischen Möglichkeiten allerdings beschränkt seien. Somit
könne frühestens nach Ablauf von einem Jahr endgültig zur Arbeitsfähig-
keit Stellung genommen werden. Eine qualitative und quantitative Beurtei-
lung des TFCC sei nur arthroskopisch möglich. Aus diesem Grund würden
die Gutachter eine entsprechende arthroskopische Untersuchung und all-
fällig auch arthroskopische Therapie empfehlen. Die fragliche mediokar-
pale Instabilität sollte in erster Linie mittels eines Arthro-MRI und zusätzlich
arthroskopisch abgeklärt werden (S. 6 ff).

4.2.11.2 Im orthopädischen Teilgutachten bemerkte Dr. T._____, FMH
Orthopädische Chirurgie, dass der linke Arm passiv bis zur Hochstrecke
gebracht werden könne. Die Narbe sei reizlos, im Bereiche des proximalen
Oberarms ein wenig druckdolent. Hingegen bestünden starke Druckdolen-
zen über dem Verlauf der langen Bizepssehne/Sulcus bicipitalis, weniger
ausgeprägt über der kurzen Bizepssehne. Im Verlaufe des Musculus bi-
zeps bestünden praktisch keine Schmerzen mehr. Der distale Bizepsan-
satz sei nicht dolent. Der Musculus biceps und Musculus trizeps könnten
gut angespannt werden; die Kraft im Musculus deltoideus, biceps sowie
triceps sowie brachii radialis sei voll erhalten. Aus rein orthopädischer Sicht
bzgl. der Folgen der stattgehabten Humerusfraktur bestehe noch eine ak-
tive Bewegungseinschränkung im linken, nichtdominanten Schultergelenk;
endgradig schmerzhaft. Passiv bestehe eine freie Beweglichkeit des
Schultergelenkes. Es bestehe auch eine praktisch freie Beweglichkeit im
Ellbogengelenk bezüglich Flexion/Extension mit nur diskretem, funktionell
nicht störendem Flexions-/Extensionsausfall. Die Kraft im Bereiche des
Schultergürtels, des Musculus biceps, trizeps und brachioradialis sei
durchgehend voll intakt. Rein aufgrund der stattgehabten Humerusfraktur

finde sich somit lediglich noch eine durch Schmerzhemmung bedingte aktive Bewegungseinschränkung bei passiv freier Beweglichkeit des Schultergelenkes bei voll erhaltener Kraft, sodass in einer Tätigkeit ohne repetitive Überkopfarbeit keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründet werden könne (S. 3 f.; 31 f.).

4.2.11.3 Im handchirurgischen Teilgutachten hielt Dr. T. _____, FMH Orthopädische Chirurgie fest, dass über zwei Jahre nach der Humerusfraktur mit Radialisparese deutliche bewegungs- und belastungsabhängige Schmerzen im linken Handgelenk im Vordergrund stünden, welche in der TFCC-Region und dorsal über der zentralen Säule des Korpus (Lunatum und Capitatium) sowie im Sattelgelenk links zu lokalisieren seien. Die MRI-Untersuchung von 04/2017 zeige eine höhergradige Läsion des TFCC. Eine weiterführende arthroskopische Abklärung sei diskutiert, aber nicht durchgeführt worden. Eine genaue und präzise Diagnostik des TFCC könne nur mittels Arthroskopie erreicht werden. Nur durch direkte Einsicht auf den TFCC könne die Lokalisation und vor allem die Genese einer allfälligen Läsion präzise festgehalten werden. Die Arthroskopie sei von Dr. N. _____ schon vorgeschlagen worden. So könne die MRI-Diagnose der («höhergradigen») Diskusläsion klarer definiert werden. Dadurch könne auch eine adäquate Therapie abgeleitet werden (allenfalls transarthroskopisch). Ferner könne eine mediokarpale Instabilität nicht nachgewiesen werden. Zum Verdacht auf eine CRPS hielt der Gutachter fest, diese sei von ärztlicher Seite zwar immer wieder verneint worden, die Bewegungseinschränkungen, die Allodynie und die Osteopenie könnten rückblickend aber als ein Zeichen eines CRPS gewertet werden. Die Osteopenie könne natürlich auch die Folge der Inaktivität sein. In der aktuellen Untersuchung fehlten aber Hinweise auf ein CRPS und die Budapest-Kriterien seien nicht erfüllt. Insgesamt seien die persistierenden Beschwerden der Explorandin im linken Handgelenk objektivierbar. Im Weiteren persistiere die Luxation der ECU-Sehne links aus dem 6. Strecksehnenfach. Es bestünden Probleme in der TFCC-Region und in der zentralen Säule des Korpus, die diagnostisch weiter abgeklärt werden sollten, weshalb erst nach einer arthroskopischen Untersuchung die Arbeitsfähigkeit in handchirurgischer Hinsicht beurteilt werden könne (4 f.; 39 ff.).

4.2.11.4 Im neurologischen Teilgutachten stellte Dr. med. V. _____, FMH Neurologie, fest, dass die Explorandin anlässlich der dislozierten Humerusschaftfraktur eine inkomplette Parese des Nervus radialis mit langsam regredientem sensomotorischem Defizit erlitten habe. Es hätten eine Hypästhesie am distalen Unterarm dorsal sowie am Handrücken sowie

eine Fallhand bestanden. In der neurologischen Untersuchung finde sich die beschriebene Hypästhesie, entsprechend dem Versorgungsgebiet des Nervus radialis superficialis linksseitig. Ansonsten fänden sich motorische Bewegungseinschränkungen der distalen Hand- und Armmuskulatur mit eingeschränkter Pronation und Fingerbeweglichkeit, insbesondere eingeschränkte Flexions- und Extensionsbewegungen der Hand. Die Kraft der Fingermuskulatur sei generell zwischen M3-M4 einzuordnen. Es bestehe auch eine wahrscheinlich durch Inaktivität bedingte Atrophie der Interossei sowie des Hypothenar und Thenar linksseitig. Die beschriebenen Defizite seien aus neurologischer Sicht bis auf die Sensibilitätsstörungen nicht mehr auf eine Nervenläsion zurückzuführen. Insbesondere die motorischen Defizite gingen über das Versorgungsgebiet des Nervus radialis hinaus und beträfen das Versorgungsgebiet aller peripheren Hand- und Armnerven. Es sei hierbei anzunehmen, dass es sich um eine schmerzbedingte Minderinnervation der Hand und der Armmuskeln handle, was auch die Versicherte so empfinde. Bezüglich der Contusio capitis ohne Bewusstseinsverlust und ohne Amnesie in der Anamnese könne keine MTBI respektive Commotio cerebri diagnostiziert werden. Somit bestehe aus rein neurologischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit, da die ursprüngliche Fallhand nicht mehr nachweisbar sei und bis auf eine funktionell nicht einschränkende Sensibilitätsstörung keine neurologischen Ausfälle mehr vorlägen (5 f.; 48 ff.).

4.2.12 Dr. med. H. _____, Facharzt für Arbeitsmedizin des RAD, folgte mit Bezug auf das Belastungsprofil in seinem RAD-Bericht vom 27. September 2018 dem Gutachten vom 28. August 2018 und senkte nunmehr das zumutbare Tragelimit von 10 auf 5 kg. Das Handchirurgische Gutachten von Dr. U. _____ sei aber nur eingeschränkt verwertbar. Es enthalte formale (bei einzelnen Messwerten werde nur der Mittelwert angegeben) und inhaltliche Fehler: Bimanuelle belastende Haushaltsarbeiten seien gar nicht möglich; leichtere schon. Allerdings erscheine es als viel zu niedrig angesetzt, dass die Versicherte im Haushalt nur 30% leisten könne. Zusammenfassend ändere sich durch das vorliegende Gutachten vom 28. August 2018 nichts an der bisherigen Einschätzung des RAD (doc. 77 S. 3).

4.2.13 Im ergänzenden RAD-Bericht vom 17. Oktober 2018 hielt Dr. med. H. _____, fest, dass in der angestammten Tätigkeit als Erzieherin eine geschätzte Einschränkung von 20 bis 30% bestehe, da diese Tätigkeit mittelschwere bimanuelle Haushaltsarbeiten (Heben bis 10 kg) erfordere. In einer angepassten Tätigkeit als diplomierte Kunsttherapeutin betrage die

Einschränkung eher 10%, aber höchstens 20%, zumal schwere bimanuelle Tätigkeiten nur einen geringen Zeitanteil einnehmen würden und die meisten bimanuellen Tätigkeiten leichtgradig seien (doc. 81).

4.2.14

4.2.14.1 Im interdisziplinären medizinischen Gutachten des G. _____ vom 12. Juli 2019 zuhanden der Unfallversicherung, welches eine Nachbegutachtung der Beschwerdeführerin darstellt, wurden nunmehr drei Jahre nach der Traumatisierung des linken Armes praktisch unveränderte Schmerzen sowohl im Schultergelenk links wie zentral im linken Handgelenk und im Bereich der zentralen Mittelhand beklagt. Die bisherigen Therapien hätten zu keiner wesentlichen Verbesserung der Situation geführt. Die Beweglichkeit im Handgelenk und in den Langfingern sei eingeschränkt, die Kraftausübung erheblich vermindert. Im Bereiche des Schultergelenkes finde sich weiterhin eine erhebliche aktive Bewegungseinschränkung. Aufgrund des Arthro-CT'S der linken Schulter vom Mai 2019 seien höhergradige strukturelle Schäden im Bereich des Gelenkes auszuschliessen. Auch für das linke Handgelenk hätten die bisher durchgeführten bildgebenden Verfahren keine eindeutige Klärung der Problematik gebracht. Die anlässlich der aktuellen Begutachtung durchgeführte konventionelle Arthrographie des linken Handgelenks habe keine Hinweise auf Läsionen im carpalen Bandapparat oder im Bereich des TFCC ergeben. In der Erstbegutachtung vor einem Jahr hätten die Gutachter gefordert, dass die Verdachtsbefunde sowohl im Bereich der Schulter wie im Bereich des Handgelenkes durch weitere Abklärungen zu objektivieren seien. Diese Abklärungen hätten bis auf ein zwischenzeitlich durchgeführtes Arthro-CT der Schulter sowie eine konventionelle Arthrographie des Handgelenkes nicht stattgefunden; insbesondere hätten keine Arthrokopien von Schulter- und Handgelenk stattgefunden. Während anlässlich der Erstbegutachtung aufgrund der Verdachtsdiagnosen zunächst noch von einer Schmerzhemmung ausgegangen worden sei, welche die erheblichen Funktionseinschränkungen der Versicherten allenfalls hätten begründen können, sei zum Gutachtenszeitpunkt rückblickend sowie in Wertung der neuen Erkenntnisse nun davon auszugehen gewesen, dass erhebliche Diskrepanzen bestünden, weshalb die Gutachter eine psychiatrische Zusatzbegutachtung vorgeschlagen hätten, da diese Schmerzfehlerverarbeitung bei fehlender zumindest bewusstseinsnaher Aggravation durch die Abklärung eines allfälligen psychiatrischen Leidens hätte erklärt werden müssen.

Mit Blick auf die funktionellen Einschränkungen kamen die Gutachter zum Schluss, dass bei fehlenden höhergradigen strukturellen Schädigungen und bei lediglich fokaler Labrumläsion im Bereich des Schultergelenkes, wie anlässlich der Arthro-CT vom 2. Mai 2019 entdeckt, lediglich von einer Minderbelastung bezüglich repetitiver Überkopfarbeit ausgegangen werden könne, wie schon im ersten Gutachten festgehalten. Von neurologischer Seite her finde sich weiterhin kein Anhalt für persistierende motorische Ausfälle im Bereich des Nervus radialis oder anderer Armnerven, so dass von neurologischer Seite her keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit postuliert werden könne. Aus handchirurgischer Sicht könne lediglich eine Minderbelastung des linken Handgelenkes postuliert werden im Sinne eines Hebe- und Tragelimits von 10 kg. Die Arbeitsfähigkeit werde folgendermassen beurteilt: Die Explorandin könne als Kunsttherapeutin ganztags eingesetzt werden und habe dabei eine Verminderung des Rendements von 30%. Die Minderung des Rendements ergebe sich daraus, dass die Explorandin nach handgelenksbelastenden Tätigkeiten, wie dem Bereitstellen des Materials für die Arbeitsplätze sowie Hilfestellung bei den manuellen Tätigkeiten, vermehrt Pausen einlegen solle. In der angestammten Tätigkeit als Leiterin einer Wohngruppe bestünden die gleichen Einschränkungen (act. 12 Beilage 5 S. 12 ff.).

4.2.14.2 Von orthopädischer Seite her stellte Dr. T. _____, FMH Orthopädische Chirurgie, folgende Diagnosen:

- Persistierende schmerzhafte Bewegungseinschränkung linke Schulter bei Stolpersturz am 03.05.2016 mit
 - Contusio capitis mit RQW links frontotemporal
 - dislozierte Humerusschaftfraktur links mit Radialisparese
 - ORIF mit langer Philosplatte 04.05.2016
- Fraktur durchgebaut (Rö 04/2019)
- Fokaler Labrumriss im Ansatzbereich des MGHL Schulter links, ohne signifikante Läsion im Bereich des bicipito-labralen Ankerkomplexes ohne signifikante Läsion der Rotatorenmanschette, ohne signifikante Instabilität der Bizepssehne, ohne signifikante Läsion der chondralen Situation im Glenohumeralgelenk (Arthro CT 05/2019)
- Status nach Verhebetauma Hand rechts vor 20 Jahren
- Status nach prophylaktischer Mastektomie rechts bei DCIS 2013.

Das nunmehr vorliegende konventionelle Röntgenbild der Schulter und des Oberarms vom April 2019 zeige einen Durchbau der Fraktur in regelrechter Stellung. Ferner könne in der Arthro-Computertomografie vom Mai 2019 keine signifikante Läsion der Rotatorenmanschette, keine signifikante In-

Stabilität der Bizepssehne, keine signifikante Läsion der chondralen Situation im Glenohumeralgelenk gefunden werden. Eine SLAP-Läsion könne ebenfalls ausgeschlossen werden. Es finde sich lediglich im Ansatzbereich des MGH der Nachweis eines fokalen Labrumeinrisses im Sinne einer kapsuloligamentären Läsion. Klinisch fänden sich im Wesentlichen ebenfalls unveränderte Befunde gegenüber der Voruntersuchung mit Einschränkung der aktiven Schultergelenksbeweglichkeit, passiv könne der Arm im Schultergelenk bis zur Hochstrecke gebracht werden unter endgradiger Schmerzangabe und freien Rotationen. Es fänden sich somit unter Würdigung der nun zwischenzeitlich vorliegenden neuen CT-Befunde eine erhebliche Diskrepanz einerseits zwischen den sehr starken subjektiv empfundenen Beschwerden, welche sogar schon nur beim Hängenlassen des Armes nach kurzer Zeit aufträten und dazu führten, dass die Versicherte praktisch die ganze Zeit den Arm gestützt halten müsse, sowie der aktiven Bewegungseinschränkung bei andererseits passiv freier Beweglichkeit und dem radiologischen Befund mit Durchbau der Osteosynthese in korrekter Stellung und dem computertomografischen Nachweis eines lediglich fokalen Labrumeinrisses im Ansatzbereich des MGH bei ansonsten unauffälligen Befunden, insbesondere normalen Knorpelverhältnissen, normaler Darstellung der Rotatorenmanschette, normaler Darstellung der Bizepssehne im Sulcus sowie fehlender SLAP-Läsion. Diese Diskrepanz könne von orthopädischer Seite her nicht erklärt werden und *müsse bei fehlender bewusster Aggravation* der Versicherten am ehesten auf eine Schmerzfehlerverarbeitung zurückzuführen sein. Bei der Beschwerdeschilderung sei *keine bewusstseinsnahe Aggravationstendenz* zu erkennen. Aus orthopädischer Sicht bestehe weiterhin eine volle Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit ohne repetitive Überkopfarbeit (S. 33 ff.).

4.2.14.3 Im orthopädischen/handchirurgischen Teilgutachten hielt Dr. U._____, FMH Orthopädische Chirurgie/Handchirurgie, folgende Diagnosen fest:

- Chronische belastungs- und bewegungsabhängige Handgelenkschmerzen links bei Status nach Humerusfraktur mit Radialisparese und Status nach Osteosynthese (05/2016), bei
 - Verdacht auf medio-carpale Instabilität
 - Verdacht auf Läsion des TFCC
 - schmerzhafter Luxation der ECU-Sehne links.

Bei der klinischen Untersuchung sei auffallend, dass die Beweglichkeit im linken Handgelenk im Vergleich zu den Werten im letzten G._____-Gutachten deutlich abgenommen und auch die Kraft beim Faustschluss sowie

beim Pinzettengriff sich verschlechtert habe. Die lokalen Beschwerden über dem Handgelenk seien im Vergleich zur letzten Begutachtung nicht wesentlich different. Es fänden sich Druckdolenzen über der proximalen Karpalreihe, vor allem zwischen Lunatum und Triquetrum und zwischen der proximalen und distalen Reihe der Karpalia, vor allem zentral zwischen Lunatum und Capitatium und weiter distal über dem Carpometacarpalgelenk III. Zudem fänden sich Druckdolenzen über dem fovealen Diskus-Ansatz sowie über der ulnaren Begrenzung des Triquetrums. Eine Ulnarduktion sowie auch die Radialduktion gegen Widerstand sei wegen Schmerzen ulnar mehr als radial schlecht beurteilbar. Die Supination sei praktisch aufgehoben und könne auch passiv und auch gegen Widerstand nicht durchgeführt werden. Die Luxation der ECU-Sehne bei der Pro-/Supinationsbewegung sei im Vergleich zur letzten Begutachtung deutlicher sichtbar. Wegen lagerungsbedingten Problemen habe die ArthroMRI-Untersuchung nicht erfolgen können. Lediglich die Sonografie und die konventionelle Arthrographie des linken Handgelenkes hätten durchgeführt werden können. Sonographisch hätten sich keine pathologischen Befunde gefunden. Selbst im Bereich des 6. Strecksehnenfaches (luxierende ECU-Sehne) habe es keine Hinweise auf eine Synovialitis gegeben. Arthrographisch sei kein Kontrastmitteldurchtritt vom radiokarpalen in das mediokarpale Gelenk gefunden worden. Auch in der TFCC-Region habe sich kein eindeutiger Hinweis auf einen Kontrastmitteldurchtritt und damit auf eine Läsion gefunden. Diese neuen radiologischen Untersuchungen hätten die klinischen Verdachtsdiagnosen nicht erhärten können. In den früheren MRI-Untersuchungen zeigten sich ja auch schon keine eindeutigen Hinweise auf karpale Läsionen, wie dies im G. _____-Vorgutachten bereits erwähnt worden sei. Die erneute Beurteilung der früheren Bildgebung durch den Radiologen Dr. W. _____ habe diese Befunde (keine sicheren Anhaltspunkte für Bandverletzungen oder Luxation im Korpus und im TFCC) bestätigt. Durch eine arthroskopische Untersuchung des linken Handgelenkes, welche die Gutachter bereits im ersten Gutachten vom 28. August 2018 vorgeschlagen hätten, könnte eine quantitative und qualitative Beurteilung der intraartikulären Situation erfolgen. Zusammen mit einer erneuten MRI-Abklärung und den klinischen Befunden wäre eine diagnostische Gesamtschau (intra- und extraartikulär) und anschließende Wertung der Ergebnisse möglich. Im Weiteren könne das Sehnenpringen der ECU-Sehne bei entsprechend deutlichen Beschwerden operativ angegangen werden. Aus handchirurgischer Sicht könne die aktuelle volle Arbeitsunfähigkeit der Explorandin als Leiterin einer Wohngruppe oder als Kunsttherapeutin nicht begründet werden. Wegen der Schmerzen bestehe ein

Trage- und Hebelimit von ca. 10 kg und dadurch eine Verminderung des Rendements von 30% bei ganztägiger Arbeitsfähigkeit (S. 11; 44).

4.2.14.4 In neurologischer Hinsicht hielt Dr. med. V. _____, FMH Neurologie, folgende Diagnosen fest:

- Status nach Radialisläsion links bei dislozierter Humerusschaftspiralfaktur am 03.05.16. Residuell: Hypästhesie im Bereich des Nervus radialis superficialis links
- Schwäche der Hand- und Finger Muskulatur linksseitig M3-4 unklarer Aetologie (ENG vom «24.0.18»: N. radialis links motorisch: keine Reizantwort. N. medianus und N. ulnaris links motorisch: Normal. N. radialis links sensibel: keine SNAP ableitbar, N. medianus und N. ulnaris links sensibel: NLG normal)
- Status nach Contusio capitis am 03.05.2016.

Aus neurologischer Sicht habe nach dem Arbeitsunfall am 3. Mai 2016 mit Sturz auf den linken Oberarm initial eine inkomplette Radialisparese mit einer Fallhand und einer Hypästhesie am distalen-dorsalen Unterarm bestanden (S. 9; 51). Anlässlich der somatischen Untersuchung des Kopfes und der Hirnnerven finde der Gutachter keine Auffälligkeiten. Zur Sensibilität notierte er, die Explorandin gebe eine Dysästhesie (pelzige Empfindung) am linken Handrücken radialeits, am proximalen Drittel Dig. II und III dorsal und am gesamten Daumen, eine streifenförmige Hypästhesie am ulnaren Unterarmbereich bis zum Ellbogen sowie eine veränderte Empfindung am gesamten Oberarm an. Die Spitz-Stumpf-Diskrimination sei erhalten und die Sensibilität für das übrige Integument und für alle Qualitäten sei intakt. Mit Blick auf die Muskeleigenreflexe sei lediglich der ASR, da er beidseitig schwach auslösbar sei, auffällig. Was die oberen Extremitäten linksseitig betrifft, bemerkte der Gutachter eine leichtgradige Atrophie der Musculi interossei sowie der Musculi Thenar und Hypothenar. Der Arm werde konstant in Flexionsstellung gehalten, um das Schultergelenk zu entlasten. Armvorhalteversuch mit Supination links sei nicht möglich. Die Diadochokinese links sei nicht durchführbar. Der Finger-Nasenversuch sei schmerzhaft und verlangsamt; der Finger könne jedoch zur Nase geführt werden. Ferner merkte er an, dass das monopedale Hüpfen linksseitig und der Blind-Strichgang erschwert seien (S. 50 f.). Schliesslich stellte er eine vorbestehende, bekannte Hypästhesie am Handrücken sowie Daumen, dorsalem Zeige- und Mittelfinger entsprechend dem Versorgungsgebiet des Nervus radialis superficialis fest. Motorisch beständen eine eingeschränkte Supination sowie Pronation linksseitig, eine Einschränkung der Fingerextension und -flexion sowie der Fingeradduktion und -abduktion (Fingerspreizen und -zusammenführen in der Horizontalebene), Kraftgrad M3-4 bis M4. Der linke Arm könne aufgrund der Schmerzen nicht weiter als

60° abduziert werden. Aufgrund der Schmerzen im Schultergelenk werde der linke Arm zudem konstant in Flexionsstellung gehalten und auf einer Unterlage aufgestützt. Die Explorandin erhalte seit der letzten neurologischen Begutachtung vom 29. August 2018 eine regelmässige Physiotherapie, Ergotherapie sowie Lymphdrainagen (S. 10). Im Vergleich zur Untersuchung vom 29. Juni 2018 bestehe eine Verbesserung der Schmerzsituation. Es bestehe auch eine leichtgradige Verbesserung der Kraft der Fingerextensoren sowie der Flexoren. Ansonsten seien die Befunde vergleichbar mit der Voruntersuchung. Die beschriebenen motorischen Defizite seien nicht auf das Versorgungsgebiet des Nervus radialis beschränkt (Fingerflexoren und M. interossei werden z.B. nicht vom Nervus radialis versorgt), die Ursache hierfür sei neurologisch nicht erklärbar. Es sei anzunehmen, dass die Schwäche und Atrophien der Hand- und Fingermuskulatur schmerz- und/oder immobilitätsbedingt seien, da auch keine Läsion der Nervi ulnaris oder medianus bekannt oder vorbeschrieben sei. Die Einschränkung der Supination sei nicht auf den Unterarm beschränkt, die Aus- und Innenrotation im Schultergelenk sei ebenfalls stark eingeschränkt, was jedoch im Rahmen der orthopädischen Problematik und nicht als Folge einer neurogenen Parese zu analysieren sei. Zusammenfassend ergäben sich keine massgeblich veränderten Befunde im Vergleich zur ersten neurologischen Begutachtung und keine Anhaltspunkte für eine akute oder neu aufgetretene Parese der Nerven medianus, ulnaris und radialis. Die initial dokumentierte sensomotorische Radialisparese links mit Fallhand habe sich klinisch bis auf die beschriebene Sensibilitätsstörung im Bereich des Nervus radialis superficialis zurückgebildet (S. 10 f.; 47 ff).

4.2.15 Im Psychiatrischen Zusatzgutachten des G. _____ vom 22. Januar 2020 stellte Dr. Y. _____ keine psychiatrische Diagnose fest (B-act. 21 Beilage 4 S. 6, S. 9). Die psychiatrische Untersuchung sei veranlasst worden, weil bei den somatischen Untersuchungen erhebliche Diskrepanzen bezüglich Befunde und subjektiv erlebten Leidens wahrgenommen worden seien; die psychiatrische Untersuchung habe diesbezüglich keine Erklärungen ergeben. Differentialdiagnostisch stehe angesichts der Diskrepanzen zwischen subjektivem Erleben und objektiven Befunden eine psychiatrische Erkrankung aus dem psychosomatischen Formenkreis im Raum, so eine Konversionsstörung, d.h. eine Somatisierungsstörung oder eine somatoforme Schmerzstörung. Für eine solche Diagnose spreche die mehrfach erwähnte Diskrepanz zwischen objektiven Befunden und den subjektiv erlebten Einschränkungen, wie auch die vielen Untersuchungen und Behandlungen, die die Versicherte bereits unternommen habe. Die Kri-

terien für eine Somatisierungsstörung seien jedoch nicht erfüllt. Die Versicherte klagt nicht über multiple, häufig wechselnde körperliche Symptome, sie verneint depressive Gefühle oder Ängste, ihre Beschwerden seien lokalisiert, weitgehend auf die vom Unfall betroffene Körperstelle beschränkt und in der Vorgeschichte sei die Versicherte bis zum Unfallereignis unauffällig bezüglich Ausbildung und Arbeitsfähigkeit bzw. Krankheitsereignissen gewesen. Auch die Kriterien für eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ein andauernder, schwerer oder quälender Schmerz bei emotionalen Konflikten oder psychosozialen Belastungen) seien nicht überzeugend erfüllt. Die Explorandin gebe an, keine inneren Konflikte zu haben, psychosoziale Belastungen verneine sie. Auffällig seien in der psychiatrischen Untersuchung die extreme Fokussierung auf die Beeinträchtigung der linken Extremität bei gleichzeitigem Wunsch bzw. konkreten Erwartungen, dass durch weitere medizinische Eingriffe ihr Gesundheitszustand verbessert werden könnte. Eine schlüssige psychiatrische bzw. psychologische Erklärung für die Diskrepanz zwischen subjektiv erlebter Beeinträchtigung und objektiven Befunden lasse sich in der Untersuchung nicht finden. Die Annahme einer psychosomatischen Komponente könne zwar in den Raum gestellt, jedoch nicht schlüssig begründet werden. Allein die Tatsache, dass eine Diskrepanz zwischen objektiven Befunden und subjektiv erlebten Beeinträchtigungen bestehe, erkläre noch keine psychiatrische Miterkrankung im engeren Sinne. Es würden somit keine Einschränkungen bestehen, wobei die Gutachterin anmerkte, dass die Explorandin möglicherweise von einer psychotherapeutischen Begleitung profitieren könnte (S. 15 ff.)

5.

5.1 Die Vorinstanz stütze ihre Beurteilung in der angefochtenen Verfügung auf die reinen Aktenbeurteilungen des RAD-Arztes, Dr. med. H. _____, Facharzt für Arbeitsmedizin, vom 27. September 2017 und vom 8. März 2018 (doc. 43 S. 2; 62), welche ihrerseits vor allem auf die orthopädisch-unfallchirurgische Kurzbeurteilung von Dr. med. P. _____, Fachärztin für Chirurgie/ Unfallchirurgie, und die neurologische Kurzbeurteilung von Dr. med. Q. _____, Facharzt für Neurologie FMH (doc. 37 f.), Bezug nehmen. Gemäss ergänzender Duplik wird an den reinen Aktenbeurteilungen der RAD-Berichte vom 27. September 2018 (recte: 2017) und 17. Oktober 2018 festgehalten (vgl. act. 24), welche nicht auf dem interdisziplinären Gutachten vom 28. August 2018 gründen und von der dortigen Einschätzung dahingehend abweichen, als dass der RAD-Arzt das Belastungsprofil differenziert beschreibt (bimanuelle Tätigkeit) und er die Einschränkung der

Arbeitsunfähigkeit herabsetzt (doc. 77 S. 2 ff.; 81 S. 2). Das Abweichen vom Gutachten wird vor allem damit begründet, dass es nur eingeschränkt verwertbar sei, zumal es formale Fehler aufweise (doc. 77 S. 3).

5.2 Nach der geltenden Rechtsprechung (BGE 133 V 549) besteht für die Invalidenversicherung keine Bindungswirkung an die Invaliditätsschätzung der Unfallversicherung, weshalb die IV-Stellen auch nicht zur Einsprache gegen die Verfügung und zur Beschwerde gegen den Einspracheentscheid des Unfallversicherers über den Rentenanspruch als solchen oder den Invaliditätsgrad berechtigt sind. Allerdings schliesst das Bundesgericht in BGE 133 V 549 E. 6.4 nicht aus, dass die IV-Stellen oder im Beschwerdefall die kantonalen Gerichte die Unfallversicherungsakten beiziehen und gestützt darauf den Invaliditätsgrad für den Bereich der Invalidenversicherung bestimmen können.

Mit Blick auf die fehlende Bindungswirkung haben die IV-Stellen und die Unfallversicherer die Invaliditätsbemessung in jedem einzelnen Fall selbständig vorzunehmen. Sie dürfen sich somit nicht ohne weitere eigene Prüfung mit der blossen Übernahme des Invaliditätsgrades der jeweils anderen Stelle begnügen (vgl. BGE 133 V 549 E. 6.1 m. H., bestätigt mit Urteil des BGer 8C_549/2016 vom 19. Januar 2017 E. 5.1).

5.3 Aus medizinischer Sicht geht aus den vorinstanzlichen Akten hervor, dass die Vorinstanz – abgesehen von den Aktenbeurteilungen ihres RAD (doc. 43 S. 2; 62 S. 2; 77 S. 2 ff.; 81 S. 2) – keine eigenen medizinischen Abklärungen veranlasst hat. Das Abstellen auf die Abklärungen und Akten des Unfallversicherers ist zwar für sich allein nicht zu beanstanden, wenn einleuchtet und nachvollziehbar ist, weshalb nur auf diese abgestellt wird und damit keine weiteren Abklärungen nötig sind (vgl. zur Abgrenzung Urteil des BGer 8C_729/2020 vom 16. April 2021 E. 7.1). Allerdings besteht in Bezug auf die Verdachtsdiagnosen und den Ursprung der Schmerzen Unklarheit zwischen den Ärzten: So geht Dr. N. _____, Facharzt für Handchirurgie FMH, davon aus, dass keine Zeichen einer CPRS vorlägen (s. E. 4.5 hiervor), während PD Dr. med. I. _____, Orthopädie und Traumatologie FMH, eine solche diagnostiziert (s. E. 4.7 hiervor). Ferner diagnostiziert letzterer eine TFCC-Läsion (s. E. 4.7 hiervor); darüber hinaus empfahlen die Gutachter im interdisziplinären Gutachten vom 28. August 2018, die genannte TFCC-Läsion mittels Arthroskopie weiter abzuklären (s. E. 4.9.1 hiervor), was aber gemäss Gutachten vom 12. Juli 2019 nicht geschehen sei (s. E. 4.12.1 hiervor). Demgegenüber sieht Dr. R. _____, Facharzt für Allgemein Chirurgie, Handchirurgie, Plastische und Ästhetische

Chirurgie, keine TFCC-Problematik, zumal die Beschwerdeführerin die Hauptschmerzen nicht dort angebe. Überdies führe die Arthroskopie seiner Einschätzung zufolge nicht zur Aufdeckung des Ursprungs der Schmerzen. Dr. R._____ sehe die Problematik vielmehr in einer mediokarpalen Instabilität, welche durch eine Arthroskopie nur eingeschränkt beurteilbar sei (s. E. 4.8 hiavor). Diese Unklarheiten und offenen Fragen bezüglich des vorliegenden Gesundheitsschadens begründen bereits Zweifel an der ärztlichen Beurteilung (s. hiavor E. 3.2.3).

5.4

5.5 Des Weiteren stützte sich der RAD-Arzt im Wesentlichen auf die orthopädisch-unfallchirurgische Kurzbeurteilung sowie auf die neurologische Kurzbeurteilung (s. E. 5.1 hiavor) und somit auf die *unfallbedingte* Arbeitsfähigkeit. Kommt hinzu, dass gemäss Dr. R._____, Facharzt für Allgemein Chirurgie, Handchirurgie, Plastische und Ästhetische Chirurgie, die Beteiligung des Sehnenfaches (links) im Rahmen der Verletzung der rechten Seite vor 20 Jahren stehe (Verhebetauma Hand rechts; act. 1 Beilage 4 S. 2 f.). Als finale Versicherung hat die Invalidenversicherung im Unterschied zur Unfallversicherung sämtliche Leiden der versicherten Personen unabhängig von ihrer Ursache zu berücksichtigen (vgl. Urteil des BGer 8C_359/2013 vom 27. August 2013 E. 3). Vorliegend müsse nach Ansicht der G._____-Gutachter ein Jahr nach der Operation im August 2019 (Arthroskopie linkes Handgelenk) abgewartet werden, um den definitiven Gesundheitszustand beurteilen zu können. Da noch ein Eingriff des Schultergelenkes im Raume stehe, solle eine erneute Beurteilung frühestens Ende 2020 erfolgen (Nachtrag von 11. März 2020; act. 21 Beilage 1). Die Vorinstanz leitet daraus implizit ab, dass die von der Beschwerdeführerin weiterhin geklagten gesundheitlichen Beschwerden für die Invalidenversicherung unbeachtlich seien, zumal sie an ihrer Verfügung vom 15. Januar 2019 festhält (vgl. act. 24).

5.6 Mit Blick auf die Angleichung des Belastungsprofils (RAD-Bericht vom 27.9.2018; s. E. 4.10. hiavor) an die Nachbegutachtung vom 12. Juli 2019 ist festzuhalten, dass die Gutachter darin das Belastungsprofil wegen der nicht erfolgten Arthroskopie auf eine Annahme stützen mussten, zumal der medizinische Sachverhalt nicht abschliessend geklärt sei. Insbesondere ist auch festzustellen, dass in diesem Gutachten eine Diskrepanz zwischen den erlebten Schmerzen und den objektivierbaren Schmerzen beschrieben wird, welche es eingehend im IV-rechtlichen Sinne abzuklären gilt. Hierzu sind auch unfallfremde Faktoren, wie die psycho-onkologische Beratung

im Jahre 2013 infolge einer Mastektomie, zu beachten. Weiter ist auch der Zusammenhang mit der Schulterentzündung links im Jahr 2012 zu eruieren (doc. 37 S. 9). Nach der neuesten Rechtsprechung bedarf es in diesem Zusammenhang einer Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge der Schmerzstörung zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3). Dazu gehört auch eine Indikatorenprüfung (BGE 141 V 281), nachdem die G. _____-Gutachter auch das Vorliegen einer Schmerzstörung diskutiert haben. Diesen Anforderungen werden die bisher vorliegenden medizinischen Berichte nicht gerecht.

5.7 Nach dem Gesagten steht fest, dass sich der gesundheitliche Zustand und insbesondere dessen Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit per Ende 2017 unter Berücksichtigung der von der Vorinstanz der angefochtenen Verfügung zugrunde gelegten Akten nicht schlüssig beurteilen lassen. Damit lässt sich die Verneinung des Anspruchs auf Leistungen der IV und auf berufliche Massnahmen nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bestätigen.

6.

6.1 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Vorinstanz zu Unrecht von einer eigenen, von den Abklärungen der Unfallversicherung unabhängigen medizinischen Prüfung abgesehen hat. Zudem hat sie den relevanten medizinischen Sachverhalt nicht allseitig und auch nicht vollständig abgeklärt, zumal neben den verbleibenden Schmerzen selbst die G. _____-Gutachter im Unfall-Gutachten vom 12. Juli 2019 den medizinischen Sachverhalt nicht als vollständig abgeklärt betrachteten. Deshalb ist eine umfassende Begutachtung in den Fachbereichen Orthopädie, Handchirurgie, Neurologie und Psychiatrie, unter Beachtung der entsprechenden Verfahrensgarantien (BGE 139 V 349 E. 2.2 und 5.4) und unter Klärung der von den G. _____-Gutachtern offengelassenen Fragen, zu veranlassen. Der dem IV-Gutachtensauftrag beizulegende Fragenkatalog hat sämtliche Standardindikatoren der neuen Rechtsprechung (BGE 141 V 281 E. 4.1.3) zu berücksichtigen.

6.2 Eine Rückweisung der Sache an die Vorinstanz zur weiteren Abklärung des Sachverhaltes (Art. 43 Abs. 1 ATSG) ist unter diesen Umständen möglich, da sie in der notwendigen Beantwortung der bisher ungeklärten Fragen nach den Auswirkungen des Gesundheitszustandes auf die Arbeits- respektive Leistungsfähigkeit begründet liegt (vgl. BGE 137 V 210

E. 4.4.1.4). Vorliegend fehlt es an einer IV-rechtlich erforderlichen Gesamtbeurteilung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin. Die Vorinstanz hat es unterlassen, eine umfassende polydisziplinäre Abklärung zu veranlassen, obwohl eine solche aufgrund der im Raum stehenden Befunde und Diagnosen, welche verschiedene medizinische Fachgebiete betreffen, geboten gewesen wäre. Eine reine Aktenbeurteilung war vorliegend unzulässig, was zwangsläufig zur Einholung eines Administrativgutachtens hätte führen müssen. Würde eine derart mangelhafte Sachverhaltsabklärung durch Einholung eines Gerichtsgutachtens im Beschwerdeverfahren korrigiert, bestünde die konkrete Gefahr der unerwünschten Verlagerung der den Durchführungsorganen vom Gesetz übertragenen Pflicht zur Abklärung des rechtserheblichen medizinischen Sachverhalts auf das Gericht mit entsprechender zeitlicher und personeller Inanspruchnahme der Ressourcen. Daher ist die Angelegenheit zur Vornahme einer polydisziplinären Begutachtung an die Vorinstanz zurückzuweisen.

6.3 Zusammenfassend bleibt festzuhalten was folgt: Der Antrag auf Zusage angemessener Frühinterventionsmassnahmen ist als gegenstandslos geworden abzuschreiben. Die Beschwerde ist insoweit gutzuheissen und die angefochtene Verfügung vom 15. Januar 2019 aufzuheben, als die Akten im Sinne der Erwägungen zur Durchführung weiterer Abklärungen und anschliessendem Erlass einer neuen Verfügung an die Vorinstanz zurückzuweisen sind. Dabei wird die Vorinstanz ergänzend zu prüfen haben, ob ein Anspruch auf Gewährung beruflicher Massnahmen besteht (vgl. BGE 147 V, BGE 145 V 266 E. 4.2 und 6).

7.

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteient-schädigung.

7.1 Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Da eine Rückweisung praxisgemäss als Obsiegen der Beschwerde führenden Partei gilt (BGE 132 V 215 E. 6), sind im vorliegenden Fall der Beschwerdeführerin keine Verfahrenskosten aufzuerlegen. Der Kostenvorschuss von Fr. 800.– wird der Beschwerdeführerin nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückerstattet. Der Vorinstanz werden ebenfalls keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

7.2 Die Beschwerdeinstanz kann der ganz oder teilweise obsiegenden Partei von Amtes wegen oder auf Begehren eine Entschädigung für ihr erwachsene notwendige und verhältnismässig hohe Kosten zusprechen (Art. 64 Abs. 1 VwVG in Verbindung mit Art. 7 Abs. 1 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Die Parteientschädigung umfasst die Kosten der Vertretung sowie allfällige weitere notwendige Auslagen der Partei (Art. 8 VGKE). Die Beschwerdeführerin war im vorliegenden Verfahren anwaltlich vertreten, weshalb ihr zu Lasten der unterliegenden Vorinstanz eine Parteientschädigung zuzusprechen ist. Die vom Rechtsvertreter eingereichte Honorarnote vom 21. August 2020 beläuft sich auf einen Aufwand von total Fr. 6'454.80 (act. 26 S. 3 f.). Der Betrag setzt sich zusammen aus dem Honorar in der Höhe von Fr. 5'125.03 (20,5 Stunden à Fr 250.–) und Auslagen von Fr. 123.50 (184 Kopien zu Fr. 0.50, Kosten für Telefonie von Fr. 1.30 und Porti von Fr. 32.20), dem Kostenvorschuss von Fr. 800.– sowie Mehrwertsteuern von Fr. 404.29. Dem Gericht steht bei der Festsetzung der Parteientschädigung ein weites Ermessen zu (Urteil des BGer 9C_637/2013 vom 13.12.2013 E. 5.2; 8C_928/2012 vom 26.4.2013 E. 6). Dabei erscheint das Abstellen auf die den jeweiligen Zeitaufwand detailliert ausweisende Honorarnote eines Rechtsvertreters grundsätzlich als sachgerecht (Urteil des BGer 9C_162/2013 vom 8.8.2013 E. 4.3.2), wobei zu beachten ist, dass nur der notwendige Aufwand zu entschädigen ist (Urteil des BGer 8C_426/2018 vom 10. August 2018 E. 5.3). Ebenso zu beachten ist der Schwierigkeitsgrad der Sache im Vergleich zu ähnlich gelagerten Fällen (Urteil des BGer 8C_717/2014 vom 30.11.2015 E. 6.5; 9C_637/2013 vom 13.12.2013 E. 5.3) wie Synergieeffekte aus der Vertretung durch denselben Anwalt bereits im Verwaltungsverfahren (Urteil des BGer 9C_637/2013 vom 13.12.2013 E. 5.3; 8C_723/2009 vom 14.1.2010 E. 4.3).

7.3 Das Bundesverwaltungsgericht erachtet – unter Berücksichtigung des notwendigen und aktenkundigen Aufwands, der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Beschwerdeverfahrens sowie in Anbetracht der in vergleichbaren Fällen gesprochenen Entschädigung und vor allem mit Blick auf die im Sozialversicherungsrecht geltende Untersuchungsmaxime (s. hiervor E. 3.3) – den geltend gemachten Aufwand als überhöht, weshalb die Honorarnote zu kürzen ist. Insbesondere ist dem Synergieeffekt aus der Vertretung durch denselben Anwalt im Verwaltungsverfahren Rechnung zu tragen (vgl. Urteil vom BGer 9C_637/2013 vom 13. Dezember 2013 E. 5.3) und deshalb sind die Positionen «Beschwerde ausarbeiten» vom 6. und 7. und 15. Februar 2019 von

insgesamt 7.17 Stunden um 2,5 Stunden zu kürzen und die Positionen «Replik ausarbeiten vom 4. und 5. und 12. Juni 2019 sowie die Position «Replik fertigstellen» von insgesamt 5,83 Stunden um 2,5 Stunden zu kürzen. Aus demselben Grund ist auch die Besprechung mit der Klientin vom 18. Januar 2019 (2,5 Stunden) um 1 Stunde zu kürzen. Ferner erscheint die geltend gemachte Position «Mailanfrage der Klientin zum weiteren Verfahren und Beantwortung» vom 20. Juli 2020 (1 Stunde) nicht als notwendiger Aufwand (vgl. Urteil des BGer 8C-426/2018 vom 10. August 2018 E. 5.3 mit Hinweisen), zumal sich dies auch nicht in der Triplik widerspiegelt. Somit ist der geltend gemachte Aufwand von 20,5 Stunden auf 13,5 Stunden zu reduzieren. Damit ist ein Aufwand von 13,5 Stunden zum geltend gemachten Ansatz von Fr. 250.– als angemessen zu beurteilen und dementsprechend zu entschädigen, was ein Honorar von Fr. 3'375.– ergibt. Hinzuzurechnen sind, die geltend gemachten Auslagen in der Höhe von Fr. 123.50, zumal sie angemessen erscheinen und damit zu ersetzen sind. Ferner besagt Art. 1 Abs. 2 Bst. a i.V.m. Art. 8 Abs. 1 MWSTG [SR 641.20]), dass für die anwaltliche Vertretung von Personen mit Wohnsitz im Ausland grundsätzlich keine Mehrwertsteuer geschuldet ist (vgl. dazu auch Art. 10 VGKE). Deshalb ist der Posten «Mehrwertsteuer» von Fr. 404.29 zu streichen. Damit ist eine Parteientschädigung von Fr. 3'498.50 (inkl. Auslagen, exkl. MwSt.) zuzusprechen.

Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:

1.

Der Antrag auf Zusprache angemessener Frühinterventionsmassnahmen wird als gegenstandslos geworden abgeschrieben.

2.

Die Beschwerde wird insoweit gutgeheissen, als die Verfügung vom 15. Januar 2019 aufgehoben und die Sache an die Vorinstanz zurückgewiesen wird, damit sie die erforderlichen zusätzlichen Abklärungen und Beurteilungen im Sinne der Erwägung 6 vornehme und anschliessend neu verfüge.

3.

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. Der Beschwerdeführerin wird der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.– nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils auf das von ihr bezeichnete Konto zurückerstattet.

4.

Der Beschwerdeführerin wird zu Lasten der Vorinstanz eine Parteientschädigung von Fr. 3'498.50 zugesprochen, die nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils von der Vorinstanz zu leisten ist.

5.

Dieses Urteil geht an die Beschwerdeführerin, die Vorinstanz und das Bundesamt für Sozialversicherungen.

Für die Rechtsmittelbelehrung wird auf die nächste Seite verwiesen.

Der vorsitzende Richter:

Die Gerichtsschreiberin:

Beat Weber

Yvette Märki

Rechtsmittelbelehrung:

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen nach Eröffnung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten geführt werden, sofern die Voraussetzungen gemäss Art. 82 ff., 90 ff. und 100 BGG gegeben sind. Die Frist ist gewahrt, wenn die Beschwerde spätestens am letzten Tag der Frist beim Bundesgericht eingereicht oder zu dessen Händen der Schweizerischen Post oder einer schweizerischen diplomatischen oder konsularischen Vertretung übergeben worden ist (Art. 48 Abs. 1 BGG). Die Rechtschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. Der angefochtene Entscheid und die Beweismittel sind, soweit sie die beschwerdeführende Partei in Händen hat, beizulegen (Art. 42 BGG).

Versand: