

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



I 2022 67

Entscheid vom 12. Juni 2023

Besetzung

Dr.iur. Vital Zehnder, Vizepräsident
Dr.med. Bernhard Zumsteg, Richter
Dr.med. Urs Gössi, Richter
MLaw Joëlle Sigrist, Gerichtsschreiberin

Parteien

A._____, 8853 Lachen,
Beschwerdeführerin,
vertreten durch Rechtsanwalt B._____,

gegen

C._____,
Vorinstanz,

Gegenstand

Unfallversicherung (Leistungen)

Sachverhalt:

A. A._____ (Jg. 1964) arbeitete in einer Arztpraxis als onkologische Pflegefachfrau und war dadurch bei der C._____ obligatorisch unfallversichert, als sie am 12. Oktober 2018 beim Wandern stürzte und sich eine distale Radiusfraktur rechts mit Fraktur des Ulna Styloids zuzog (Vi-act. 1, 2001). Sie wurde noch am Unfalltag im Kantonsspital D._____ operiert (offene Reposition distaler Radius rechts mittels palmarer Plattenosteosynthese; Vi-act. 4). Fünf Tage nach der Operation stellte sich A._____ im Kantonsspital D._____ notfallmässig vor wegen zunehmenden Kribbelparästhesien, was seitens Spital als aktuelle Symptomatik im Rahmen der Schwellung und des auslaufenden Hämatoms interpretiert wurde (Vi-act. 7). Anlässlich der Traumasprechstunde vom 31. Oktober 2018 wurde der Verdacht auf ein beginnendes CRPS dokumentiert (Vi-act. 8) und am 14. November 2018 wurde die Diagnose eines manifesten CRPS Hand rechts (Budapest-Kriterien) gestellt (Vi-act. 9). Am 7. Dezember 2018 anerkannte die C._____ ihre Leistungspflicht und erbrachte Heilkosten- und Taggeldleistungen (Vi-act. 2008).

B. Nachdem die Beschwerden der rechten Hand - auch nach der Metallentfernung vom 23. Juli 2019 (Vi-act. 24, 27) - persistierten und die Behandlung anhielt, informierte die C._____ A._____ am 30. April 2020 über die Absicht einer Begutachtung. Als Gutachterstelle wurden die E._____ oder J._____ vorgeschlagen (Vi-act. 2062). Auf Wunsch von A._____ (Vi-act. 2064) erteilte die C._____ den Gutachtauftrag am 5. Juni 2020 der J._____ (Vi-act. 2068). Am 22. März 2021 legte die J._____ die medizinische Begutachtung in den Fachrichtungen Rheumatologie, Orthopädie, Neurologie und Psychiatrie vor (Vi-act. 58). Am 16. April 2021 lud die C._____ A._____ zur Stellungnahme einerseits zum Gutachten und andererseits zum beabsichtigten Fallabschluss ein, wobei eine Rente nicht in Aussicht gestellt werden könne und kein Integritätsschaden entstanden sei (Vi-act. 2132). Mit Stellungnahme vom 30. Juni 2021 äusserte A._____ Mängel am Gutachten und forderte die C._____ zu weiteren Abklärungen bei Aufrechterhaltung der Heilkosten- und Taggeldleistungen auf (Vi-act. 2150). Die Kritik unterbreitete die C._____ am 16. Juli 2021 der J._____ (Vi-act. 2157), welche hierzu am 23. August 2021 Stellung nahm (Vi-act. 59).

C. Mit Verfügung vom 2. September 2021 entschied die C._____ (Vi-act. 2160):

1. Die Versicherungsleistungen werden per 31.03.2021 eingestellt.
2. Es besteht kein Anspruch auf eine Invalidenrente.

3. Es besteht kein Anspruch auf eine Integritätsentschädigung.
4. Einer allfälligen Einsprache wird die aufschiebende Wirkung entzogen (Art. 11 ATSV).
5. Es werden keine Kosten übernommen.

D. Am 29. September 2021 erhob A._____ Einsprache (Vi-act. 2170), die am 12. Oktober 2021 ergänzt wurde, um das Rechtsbegehren (Vi-act. 2173):

Die Verfügung der C._____ vom 2. September 2021 in der Angelegenheit 2018 7805046 (A._____, Ereignis vom 12.10.2018) sei aufzuheben und es seien über den 31.3.2021 hinaus die gesetzlichen Leistungen zu erbringen, namentlich Taggelder und die Übernahme der Heilbehandlungskosten, eventualiter eine Erwerbsunfähigkeitsrente auf der Basis einer Erwerbsunfähigkeit von wenigstens 60% sowie eine Integritätsentschädigung von wenigstens 30% und es seien weitere Abklärungen vorzunehmen, insbesondere ein ergänzendes fachorthopädisches und neurologisches Gutachten.

Mit Einspracheentscheid vom 12. Oktober 2022 wies die C._____ die Einsprache ab (Vi-act. 2184).

E. Am 14. November 2022 lässt A._____ beim Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz fristgerecht Beschwerde erheben mit den Anträgen:

Rechtsbegehren:

1. Der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 12. Oktober 2022 sei aufzuheben, und es seien über den 31. März 2021 hinaus die gesetzlichen Leistungen zu erbringen, namentlich Taggelder und die Übernahme der Heilbehandlungskosten.
2. Eventualiter sei eine Erwerbsunfähigkeitsrente auf der Basis einer Erwerbsunfähigkeit von wenigstens 60% sowie eine Integritätsentschädigung von wenigstens 30% zu erbringen.
3. Subeventualiter seien weitere Abklärungen vorzunehmen, insbesondere ein ergänzendes fachorthopädisches und neurologisches Gutachten.
4. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der Beschwerdegegnerin.

Prozessuales Begehren:

Es sei ein zweiter Schriftenwechsel durchzuführen und der Beschwerdegegnerin Gelegenheit zu geben, die Beschwerde aufgrund der vollständigen Akten abschliessend zu begründen.

F. Mit Vernehmlassung vom 9. Januar 2023 beantragt die C._____:

1. Die Beschwerde vom 14. November 2022 sei abzuweisen.
2. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der Beschwerdeführerin.

Mit Replik vom 7. Februar 2023 bekräftigt A._____ ihre Beschwerdeanträge vom 14. November 2022. Die C._____ reicht innert der angesetzten Frist keine Duplik ein.

Mit Schreiben vom 20. April 2023 gelangt das Gericht an die Vorinstanz; aufgrund von Nennungen in den Akten müsse davon ausgegangen werden, dass dem Gericht nicht die vollständigen Akten vorliegen würden; die Vorinstanz werde ersucht, fehlende Akten zeitnah einzureichen. Am 26. April 2023 teilt die Vorinstanz mit, über keine weiteren Akten zu verfügen; die im Gutachten erwähnten, nicht in den vorinstanzlichen Akten befindlichen Berichte habe die Gutachterstelle offenbar selber angefordert.

Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1. Es ist zwischen den Parteien unbestritten, dass die Beschwerdeführerin am 12. Oktober 2018 beim Wandern stürzte und sich an der rechten Hand eine distale Radiusfraktur mit Fraktur des Ulna Styloids zuzog. Die Verletzung wurde noch am Unfalltag im Kantonsspital D. _____ operativ saniert (Vi-act. 1). Unbestritten ist ebenso, dass die Ärztin am Kantonsspital D. _____ bereits in der Sprechstunde vom 14. November 2018 die Diagnose eines manifesten CRPS Hand rechts (Budapest-Kriterien) stellte (Vi-act. 9).

Strittig und nachfolgend zu prüfen ist, ob die Vorinstanz mit Verfügung vom 2. September 2021 zu Recht dem Gutachten J. _____ vom 22. März 2021 (mit Ergänzung vom 23.8.2021) volle Beweiskraft zumass, gestützt auf diese medizinische Beurteilung den medizinischen Endzustand spätestens mit der psychiatrischen Untersuchung am 22. September 2020 als erreicht definierte sowie einen natürlichen Kausalzusammenhang von darüber hinaus geltend gemachten Gesundheitsstörungen zum Unfallereignis vom 12. Oktober 2018 als überwiegend wahrscheinlich nicht bestehend verneinte und daher einen darüber hinaus andauernden Leistungsanspruch abwies und ebenso einen Anspruch auf Rente und Integritätsentschädigung per 1. April 2021 (Ende der Taggeldzahlungen am 31.3.2021) ablehnte.

2.1 Gemäss Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) vom 20. März 1981 werden Leistungen der Unfallversicherung bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt. Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat sie Anspruch auf ein Taggeld (vgl. Art. 16 Abs. 1 UVG). Wird die versicherte Person infolge des Unfalles invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (vgl. Art. 18 Abs. 1 UVG). Erleidet sie durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der

körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität, so hat sie Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung (Art. 24 Abs. 1 UVG).

2.2 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 134 V 109 Erw. 2.1; BGE 129 V 177 Erw. 3.1 f.).

2.2.1 Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität des Versicherten beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiere (BGE 147 V 161 Erw. 3.2); m.a.W. wenn der Unfall überwiegend wahrscheinlich zumindest eine indirekte Teilursache der gesundheitlichen Beschwerden ist (BGE 142 V 435 Erw. 1; BGE 134 V 109 Erw. 2.1; Urteil BGer 8C_689/2019 vom 9.3.2020 Erw. 5.3 je mit Hinweisen).

2.2.2 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt des Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. 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 Erw. 3.2; BGE 125 V 461 Erw. 5a, je mit Hinweisen). Dabei ist es Aufgabe des Arztes, den natürlichen Kausalzusammenhang zu beurteilen, während es der Verwaltung und im Beschwerdefall dem Gericht obliegt, die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang zu beantworten (BGE 123 III 110 Erw. 2).

Die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers spielt bei organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate und natürliche Kausalität weitgehend decken (BGE 134 V 109 Erw. 2; Urteil BGer 8C_582/2021 vom 11.1.2022 Erw. 9.3). Unfallfolgen sind dann organisch objektiv ausgewiesen, wenn die Untersuchungsergebnisse objektivierbar

sind, d.h. reproduzierbar und von der Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten unabhängig sind. Von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen kann somit erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt wurden und die hierbei angewendeten Untersuchungsmethoden wissenschaftlich anerkannt sind (BGE 138 V 248 Erw. 5.1; Urteile BGer 8C_756/2021 vom 10.2.2022 Erw. 4.3; 8C_15/2021 vom 12.5.2021 Erw. 7.1; 8C_493/2021 vom 4.3.2022 Erw. 3.3.2).

Anders verhält es sich bei natürlich unfallkausalen, aber organisch nicht objektiv ausgewiesenen Beschwerden. Hier bedarf es einer besonderen Adäquanzbeurteilung (BGE 138 V 248 Erw. 4; Urteil BGer 8C_801/2017 vom 24.4.2018 Erw. 4.2.2). Dabei ist vom augenfälligen Geschehensablauf auszugehen, und es sind je nachdem weitere unfallbezogene Kriterien einzubeziehen (BGE 134 V 109 Erw. 2.1). Soweit dabei nicht die Schleudertrauma-Rechtsprechung anwendbar ist, sind grundsätzlich die Adäquanzkriterien, welche für psychische Fehlentwicklungen nach einem Unfall entwickelt wurden (BGE 115 V 133 Erw. 6c/aa; sog. Psycho-Praxis), heranzuziehen (BGE 134 V 109 Erw. 2.1; vgl. zum Ganzen auch: Urteil BGer 8C_216/2009 vom 28.10.2009 Erw. 2, nicht publ. in: BGE 135 V 465, aber in: SVR 2010 UV Nr. 6 S. 25; SVR 2011 UV Nr. 10 S. 35, 8C_584/2010 Erw. 2).

2.3 Hat der Unfallversicherer seine Leistungspflicht einmal anerkannt, entfällt diese erst, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, der Gesundheitsschaden mit anderen Worten nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (status quo sine), erreicht ist (vgl. BGE 146 V 51 Erw. 5.1 mit weiteren Hinweisen).

2.4 Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosser Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die entsprechende Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer (BGE 146 V 51 Erw. 5.1; Urteil BGer 8C_410/2022 vom 23.12.2022 Erw. 4.2). Der Beweis des Wegfalls des

Kausalzusammenhangs muss nicht durch den Nachweis unfallfremder Ursachen erbracht werden. Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliege oder die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei. Entscheidend ist allein, ob unfallbedingte Ursachen des Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind (Urteile BGer 8C_410/2022 vom 23.12.2022 Erw. 4.2; 8C_608/2020 vom 15.12.2020 Erw. 5.2; 8C_855/2018 vom 14.3.2019 Erw. 3.1; 8C_523/2018 vom 5.11.2018 Erw. 3.2).

2.5 Gemäss dem in Art. 43 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) vom 6. Oktober 2000 normierten Untersuchungsgrundsatz hat der Versicherungsträger die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vorzunehmen. Diese Untersuchungspflicht gilt grundsätzlich auch im Gerichtsverfahren (Art. 61 lit. c ATSG). Die Verwaltung als verfügende Instanz und im Beschwerdefall das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind.

Im Sozialversicherungsrecht ist ein Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen (BGE 146 V 51 Erw. 5.1). Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Der Richter und die Richterin haben vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigen (BGE 138 V 218 Erw. 6; BGE 126 V 353 Erw. 5b; BGE 125 V 193 Erw. 2). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus, da es Sache des Sozialversicherungsgerichts (oder der verfügenden Verwaltungsstelle) ist, für die Zusammentragung des Beweismaterials besorgt zu sein. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheidung zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 144 V 427 Erw. 3.2; Urteil BGer 8C_765/2020 vom 4.3.2021 Erw. 3.2.2). Auf ein beantragtes Beweismittel kann ohne Verletzung des Gehörsanspruches des Versicherten verzichtet werden, wenn die Verwaltung oder der Richter bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung gelangt, der Sachverhalt, den eine Partei beweisen will, sei nicht rechtserheblich oder der angebotene Beweis vermöge keine Abklärungen herbeizuführen. In der damit verbundenen antizipierten

Beweiswürdigung kann kein Verstoß gegen das rechtliche Gehör nach Art. 29 Abs. 2 BV erblickt werden (BGE 144 V 361 Erw. 6.5).

2.6 Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 43 und 61 ATSG). Danach haben die beurteilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen und alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten.

2.6.1 Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen, weshalb die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall der Richter wesensgemäss auf zuverlässige Angaben ärztlicher Fachkräfte angewiesen sind (Urteil BGer 8C_270/2022 vom 12.10.2022 Erw. 4.3). Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 134 V 231 Erw. 5.1). Ausschlaggebend für den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 Erw. 3a; BGE 122 V 157 f. Erw. 1c mit Hinweisen; Weber, 'Hürden' und 'Hilfen' bei der richterlichen Würdigung von medizinischen Gutachten, JaSo 2020, S. 199).

2.6.2 Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens nach Art. 44 ATSG eingeholte Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 Erw. 1.3.4; Urteil BGer 8C_292/2019 vom 27.8.2019 Erw. 3.2.2).

2.6.3 In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten darf und soll der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass die Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, weshalb den (unabhängigen) Fachärzten mehr Gewicht zukommt (vgl. Urteil BGer 8C_871/2008 vom 24.3.2009 Erw. 3.2 mit Hinweisen;

BGE 135 V 465 Erw. 4.5; BGE 125 V 353 Erw. 3b/cc). Dies gilt grundsätzlich nicht nur für Hausärzte (BGE 135 V 465 Erw. 4.5), sondern auch für spezialärztlich behandelnde Medizinalpersonen (Urteile BGer 8C_609/2017 vom 27.3.2018 Erw. 4.3.3; 8C_180/2017 vom 21.6.2017 Erw. 4.4.2). Mit Blick auf die Verschiedenheit von Behandlungs- und Begutachtungsauftrag kann daher im Streitfall regelmässig nicht auf die Sicht des behandelnden (Fach-)Arztes abgestellt werden (vgl. statt vieler: Urteil BGer I 701/05 vom 5.1.2007 Erw. 2 mit Hinweisen).

3. Bezüglich Unfall vom 12. Oktober 2018 und Gesundheitsverlauf ergibt sich aus den Akten:

3.1 Die Beschwerdeführerin (Jg. 1964) trat am 12. Oktober 2018 beim Wandern in ein 'Kuhloch', verlor das Gleichgewicht und stürzte auf die rechte Körperseite, wobei sie sich mit dem rechten Arm abzustützen versuchte. Hierbei verletzte sie sich am rechten Arm, worauf sie umgehend das Kantonsspital D. _____ aufsuchte (Vi-act 58 S. 72). Noch am Unfalltag wurde bei Diagnose distale Radiusfraktur rechts mit Fraktur des Ulna Styloids eine offene Reposition mittels palmarer Plattenosteosynthese durchgeführt und die Beschwerdeführerin mit einer Handgelenksklettschiene versorgt (Vi-act 1).

3.2 Am 17. Oktober 2018 suchte die Beschwerdeführerin wegen zunehmenden Kribbelparästhesien im rechten Unterarm notfallmässig das Spital auf (Vi-act. 7). Es wurde ein Röntgen des rechten Ellbogens durchgeführt mit unauffälligem Befund. Die Symptomatik wurde im Rahmen der Schwellung und des auslaufenden Hämatoms interpretiert.

3.3 In der Sprechstunde vom 31. Oktober 2018 klagte die Beschwerdeführerin über ausgeprägte Schmerzen. Die Ärztin interpretierte die Beschwerden im Rahmen eines Verdachts auf eine Tendovaginitis stenosans de Quervain rechts sowie eines beginnenden CRPS. Sie verordnete Ergotherapie mit Spiegeltherapie, Verzicht auf die Orthese und konsequente Schmerzmitteleinnahme (Vi-act. 8).

3.4 Anlässlich der Sprechstunde vom 14. November 2018 wurde mit Verweis auf die Budapest-Kriterien die Diagnose eines manifesten CRPS Hand rechts gestellt. Die Ärztin erhob als Lokalbefund (Vi-act. 9):

An der rechten Hand volar reizlos verheilte Inzision. Beim Betasten des distalen Narbenendes ausgesprochene Hyperalgesie. Kein Tinel-Phänomen bezüglich des Nervus medianus oder -ulnaris. Die Finger können vollständig gebeugt und fast frei gestreckt werden, der Spitzgriff ist kraftlos mit allen Fingern möglich. Extension/Flexion im Handgelenk weiterhin stark eingeschränkt, die Pronation ist quasi frei, die Supination mit lediglich 10° stark eingeschränkt. Veränderte Hauttopik im

Sinne der Überwärmung sowie lividen Verfärbung. Aktuell keine Hyperhidrose oder veränderte Behaarung. Die vormals ausgesprochene Druckdolenz über dem 1. Strecksehnenfach kann ich aktuell nicht auslösen. Die Patientin gibt ein brennendes Gefühl sowie krampfartige Beschwerden im gesamten Vorderarm an.

Ein Röntgen der rechten Hand ergab keine typischen Zeichen für ein CRPS im Sinne der verminderten Mineralisation des Skeletts.

Aufgrund der Diagnose erfolgte am 4. Dezember 2018 eine neurologische Untersuchung, wobei Dr.med. F._____ (Facharzt Neurologie FMH) die Diagnose eines CRPS Typ I stellte (Vi-act. 10). Das klinische Bild mit trophischen und autonomen Störungen an der rechten Hand (Ödeme, verändertes Haarwachstum, wechselnde Hauttemperaturen und Colorit), verbunden mit in Ruhe akzentuierten Schmerzen und sensorischen Störungen in Form einer Hyperästhesie und Allodynie sowie Bewegungseinschränkung im Handgelenk würden die Diagnose eines CRPS Typ I bestätigen.

Zur Sprechstunde vom 12. Dezember 2018 hielt die Ärztin des Kantonsspitals D._____ fest, das manifeste CRPS sei noch in der Entzündungsphase; mit der Medikation und therapeutischen Massnahmen werde vorerst weitergefahren (Vi-act. 11).

3.5 Der Hausarzt bestätigte gegenüber der Vorinstanz mit Bericht vom 18. Januar 2019 die Diagnose eines posttraumatischen CRPS. Es sei insgesamt von einer guten Prognose auszugehen, allerdings sei ein langwieriger, über Monate andauernder Verlauf des CRPS zu erwarten; eine Wiederaufnahme der Arbeit sei momentan nicht absehbar (Vi-act. 12).

3.6 Am 6. Februar 2019 untersuchte der Operateur Dr.med. G._____ (FMH Chirurgie) die Beschwerdeführerin zwecks Beurteilung einer vorzeitigen Metallentfernung bei offensichtlich subjektiv starker Störung durch das Implantat (starke Schmerzen und eingeschränkte Beweglichkeit). Er bestätigte die Diagnose eines manifesten CRPS (Vi-act. 14). Wegen des noch aktiven CRPS und weil das Implantat aus chirurgischer Sicht kein relevantes Störungspotential, namentlich nicht auf Pro-/Supination habe, sprach er sich gegen eine vorzeitige OSME aus, um nicht eine erneute Gewebetraumatisierung zu verursachen. Es sei bekannt, dass Eingriffe während der Heilungsphase kontraproduktiv seien und den Schweregrad ungünstig beeinflussen könnten.

3.7.1 Unterstützt durch ihren Arbeitgeber suchte die Beschwerdeführerin in der Folge für eine Zweitmeinung die L._____ Klinik auf. Nach der Sprechstunde vom 25. April 2019 stellte Prof. Dr.med. H._____ (Chefarzt Handchirurgie) die Diagnose eines Residualzustandes nach CRPS Hand rechts mit Verdacht auf

Sulcus-Ulnaris Syndrom (Vi-act. 19). Die Restbeschwerden wurden am ehesten auf das in Remission befindliche CRPS zurückgeführt. Es wurde eine DRUG Arthrolyse volar sowie die OSME empfohlen, wobei für die Bestätigung des CRPS und den Therapieversuch hinsichtlich Operation eine Bestätigung seitens Rheumatologie veranlasst wurde.

3.7.2 In der Rheumatologischen Standortbestimmung vom 22. Mai 2019 stellte PD Dr.med. I. _____ (Chefarzt Rheumatologie) die (Vi-act. 20):

Diagnosen

1. CRPS Hand rechts, dominant (Erstmanifestation 10/2018)

- St.n. distaler Radiusfraktur rechts vom 12.10.2018
- St.n. Osteosynthese vom 12.10.2018
- Klinisch-neurologisch keine Anhaltspunkte auf eine periphere Kompressionssymptomatik (neurologische Beurteilung vom 5.12.2018)
- Bisherige Therapien: NSAR, Opiate, Vitamin C, DMSO Salbe, Antikonvulsiva, schmerzdistanzierende Medikamente, Bisphosphonate

2. Formal Osteopenie

- DXA-Messung vom 7.3.2019 (T-Score): LWS -1,1 SD, Schenkelhals links -1,1 SD, Schenkelhals rechts -1,5 SD

3. Vd. Sulcus N. ulnaris Syndrom rechts

In der Gesamtschau bestätigte PD Dr.med. I. _____ die Diagnose eines CRPS an der rechten, dominanten Hand. Aktuell sei die Beschwerdeführerin vor allem durch die persistierenden neuropathisch anmutenden Schmerzen, die Bewegungseinschränkung im Handgelenk und die Kraftlosigkeit eingeschränkt. Daneben äussere sie einen persistierenden Pseudoneglect gegenüber der rechten oberen Extremität.

Im Hinblick auf die Plattenentfernung bestehe keine Kontraindikation. Klinisch sei ein Sulcus nervus ulnaris Syndrom möglich, im Falle einer peripheren Impulsleitungsstörung würde formal ein CRPS II bestehen; es sei die neurologische und neurophysiologische Standortbestimmung abzuwarten.

3.7.3 Die neurologische und neurophysiologische Untersuchung erfolgte am 12. Juni 2019 durch PD Dr.med. K. _____ (Facharzt Neurologie, Leitender Arzt Paraplegie). Klinisch-neurologisch zeigte sich insbesondere eine Hyperalgesie der rechten Hand, palmar betont, jedoch auch aller 5 Finger mit proximaler Betonung ohne klare Zuordnung zu einem peripheren Nerven. Die Kraft sei insbesondere für die Fingerabduktion und -extension leichtgradig eingeschränkt, DD schmerzbedingt. Neurophysiologisch würden sich normale sensomotorische Neurographien von N. ulnaris und N. medianus rechts ohne Hinweis auf ein Sulcus ulnaris-Syndrom oder ein Carpaltunnelsyndrom zeigen (Vi-act 22).

3.7.4 Anlässlich der Sprechstunde Handchirurgie vom 17. Juni 2019 wurde bei persistierender deutlicher Einschränkung der Beweglichkeit, wahrscheinlich durch eine Kapselkontraktur des DRUG sowie die distale Plattenlage verursacht, welche wahrscheinlich mit Verklebungen der Beugesehnen einhergeht, die OS-ME empfohlen bei gleichzeitiger Arthrolyse des DRUGs von palmar (Vi-act. 21). Der Eingriff erfolgte am 23. Juli 2019 durch Prof. Dr.med. H. _____ bei Diagnose Residualzustand nach distaler Radiusfraktur & CRPS Hand rechts (Vi-act. 24).

3.8.1 Bei der Verlaufssprechstunde der Handchirurgie vom 5. August 2019 wurde die Diagnose des Verdachts auf Aktivierung CRPS Hand rechts gestellt (Vi-act. 32). Die Beschwerdeführerin berichtete, dass die Narbe brennen würde sowie von erneutem Auftreten von Kribbelmissempfindungen in der Hand, Heiss- und Kaltgefühl, kein Gefühl im Bereich des Versorgungsgebietes des Ramus palmaris Nervus medianus. Die Beweglichkeit wurde als verbessert beurteilt.

3.8.2 In der rheumatologischen Sprechstunde vom 7. August 2019 wurde die Diagnose Residualzustand nach CRPS Hand rechts notiert. Dr.med. M. _____ (Stv. Chefarzt Rheumatologie) berichtete (Vi-act. 31):

In der Gesamtschau besteht zwei Wochen postoperativ sowohl auf der Symptom-, als auch auf der Befundebene eine Allodynie palmar rechts mit brennenden Sensationen und Kribbelparästhesien bei deutlich gebesserter Beweglichkeit. Weitere Hinweise, welche für ein erneutes CRPS der rechten sprechen würden, zeigen sich nicht. Bei fehlendem floriden CRPS sehen wir derzeit von einer Prednison-Stossbehandlung ab.

3.8.3 In der Rheumasprechstunde vom 1. Oktober 2019 zeigte sich die Beschwerdeführerin sehr zufrieden mit der Operation; die CRPS Symptomatik stehe eher im Hintergrund, brennende und spannende Schmerzen im Bereich der Narbe; in der Kälte spüre sie mehr Schmerzen der Hand und diese sei sehr kalt; nach Aufwärmen der Hand gingen die Schmerzen zurück (Vi-act. 33). Als Diagnose notierte Dr.med. M. _____ weiterhin Residualzustand nach CRPS Hand rechts.

3.8.4 Auch anlässlich der Sprechstunde Handchirurgie vom 1. November 2019 berichtete die Beschwerdeführerin von einem positiven Verlauf mit deutlicher Regredienz der CRPS Symptomatik. Prof. Dr.med. H. _____ stellte eine deutliche Verbesserung der Kraft und Beweglichkeit fest. Die Behandlung in der Handchirurgie wurde abgeschlossen (Vi-act. 37).

3.9.1 Nach einem Arbeitsversuch mit 20%-Pensum im November 2019 berichtete die Beschwerdeführerin der Rheumatologie L. _____ am 27. November

2019, die feinmotorischen Tätigkeiten seien nach 2 Stunden erschwert; die Hand fühle sich schwer an und sei deutlich schmerzhaft. Sie könne aber genügend Pausen einlegen, um dann erneut Blutentnahmen durchzuführen, Venflon zu legen und Spritzen aufzuziehen (Vi-act. 39).

3.9.2 Im Bericht zur regulären Verlaufskontrolle der Rheumatologie vom 22. Januar 2020 wurde die Diagnose 'CRPS Hand rechts (dominant) in partieller Remission' notiert (Vi-act. 42). Die Beschwerdeführerin berichte über ein insgesamt gutes Wohlbefinden. Seit dem Arbeitsversuch mit 20% (verteilt über die gesamte Woche) spüre sie nach 2-3 Stunden Arbeitstätigkeit Muskelkrämpfe der Hand sowie zunehmende Kälte und Kribbelgefühl. Die kalte Hand sei nicht objektivierbar, fühle sich aber deutlich besser an, sobald sie die Hand aufwärme. Derzeit habe sie keine Ergotherapie. Die CRPS-Symptomatik sei weiterhin regredient, wobei sich verstärkt eine vegetative Symptomatik zeige bei Belastung. Das Brennen beschränke sich über der Operationsnarbe, wobei auch dies leicht rückläufig sei. Die Bewegungseinschränkung sei unverändert. Nach einem anstrengenden Arbeitstag verspüre die Beschwerdeführerin vermehrt nächtliche Schmerzen und wache deshalb auf.

3.9.3 Nach der Verlaufskontrolle vom 23. Juni 2020 durch die Rheumatologie wurde bezüglich des CRPS auf Symptomebene der Beschrieb von Hitzegefühl, einer Ödemneigung, Koloritveränderung sowie Bewegungseinschränkung der Hand- und Fingergelenke notiert; auf der Befundebene eine leichte Bewegungseinschränkung in Dorsal- und Volarflexion sowie eine Hyperalgesie im Narbenbereich festgehalten. Es zeige sich ein CRPS in partieller Remission mit vegetativer Begleitsymptomatik nach Belastung (Vi-act. 44). Es wurde eine ambulante Anbindung an eine Schmerzklinik besprochen.

3.10 Am 21. Juli 2020 wurde eine MRI-Untersuchung der rechten Hand (nativ und nach iv-Kontrastmittelgabe mit Erstellen von dynamischen Synovitis-Maps) durchgeführt bei Fragestellung CRPS Hand rechts in partieller Remission, Hinweise auf ossäre Läsion, Tendovaginitis Hand rechts (Vi-act. 46). PD Dr.med. O. _____ (FMH Radiologie und praktischer Arzt) gelangte zur Beurteilung:

Synovitis des PIP 3 sowie geringer PIP 4 und im distalen Radioulnargelenk, minimal des PIP 2. Radialseitig irregulärer Discus triangularis mit zentraler Perforation sowie tiefer Knorpelschaden des proximalen ulnarseitigen Lunatum mit kleiner Geröllzyste. Narbige ulnarseitige Anheftungsstelle des Discus triangularis sowie kleines PSU Ossikel.

3.11 Ab dem 20. Juli 2020 konsultierte die Beschwerdeführerin das N. _____ Nach der ersten Sprechstunde stellte PD Dr.med. P. _____ die ICD-11 Dia-

gnose 8D8A.01 CRPS Typ II in partieller Remission. Die diagnostischen Kriterien für ein CRPS seien formal nicht erfüllt; unter Berücksichtigung der Anamnese könne jedoch von einem CRPS in partieller Remission ausgegangen werden (Vi-act. 45). Es folgten bis am 18. November 2020 mehrere Sessionen (sieben sind in den vorinstanzlichen Akten dokumentiert) mit verschiedenen Untersuchungen und Therapieversuchen (namentlich auch Infiltrationen und Medikamentenaustellung; Vi-act. 45, 47-54). Nach der letzten (dokumentierten) Session vom 18. November 2020 berichtete PD Dr.med. P._____ in Bestätigung der Diagnose CRPS Typ II in partieller Remission mit folgender Beurteilung an Prof. Dr.med. H._____ (Vi-act. 54):

Die letztmalig von uns durchgeführte Narbeninfiltration habe nur kurzfristig eine Verbesserung der Schmerzsituation gebracht. Wir gehen davon aus, dass die Reizung des N. medianus im Bereich der Narbe zu stark ist (Adhäsionen, in der Neurosonografie klar darstellbar), als dass mit solchen Massnahmen eine Verbesserung erzielt werden könnte. Es besteht also ein peripher-neuropathisches Schmerzproblem/CRPS II durch den N-medianus, welches mechanisch bedingt ist bei soweit ausgebauter medikamentöser Schmerztherapie, dass Frau A._____ noch arbeitsfähig bleibt. Wir schlagen als Massnahme eine Testimplantation von Stabelektroden für die Hinterstrangstimulation vor, was Frau A._____ im Moment nicht möchte. Die Frage, ob es nicht doch noch eine chirurgische Möglichkeit zur Sanierung dieser Narbe gäbe, bleibt bestehen, weswegen wir Sie bitten, Frau A._____ noch einmal in Ihre Sprechstunde anzubieten.

3.12 Am 16. April 2021 wurde die Beschwerdeführerin wiederum durch Prof. Dr.med. H._____ untersucht, wobei er in seinem Bericht an PD Dr.med. P._____ als Diagnose ein CRPS Typ 1 Hand rechts (dominant) in partieller Remission notierte. Der Untersuchungs erfolgte zur Klärung einer möglichen operativen Verbesserung bei Verdacht auf Verklebungen des Nervus medianus im Bereich der Narbe (Vi-act. 60). Unter Befund, Beurteilung und Prozedere berichtete Prof. Dr.med. H._____:

Befund

Handgelenk rechts:

Integument intakt. Etwas verklebte Narbe palmarseitig über dem distalen Radius. Diese Narbe kann auch kaum berührt werden, daraufhin jeweils starke, blitzartige, elektrische Schmerzen, welche in den Daumen ausstrahlen. Aktiver Bewegungsumfang Flexion/Extension 25-0-35° (links 90-0-65°), Pro-/Supination 50-0-80° (links 75-0-80°), Ulnar-/Radialabduktion 15-0-15° (links 40-0-15°). Jamar-Faustschlusskraft Stufe II 11 kg (links 31 kg), Pinchkraft 3 kg (links 7.5 kg). Positives Hoffmann-Tinelzeichen im Bereich des Sulcus ulnaris mit Ausstrahlung der Schmerzen in den Klein- und Ringfinger. Äusserst starke Schmerzen beim Beklopfen der Narbe über dem distalen Radius. Durchblutung intakt.

Zusätzliche Untersuchungen

Sonographie Handgelenk rechts vom 16.04.2021:

Es zeigen sich leichte Verklebungen des Nervus medianus mit den umgebenden

Beugesehenen. Ebenso leichter Kalibersprung mit Vd. a. ein Pseudoneurom im Bereich des Karpaltunnels. Keine Verklebungen zu der FCR-Sehne. Die Untersuchung ist extrem schmerzhaft für die Patientin.

Beurteilung und Prozedere

2.5 Jahre nach oben genannter Operation zeigt sich weiterhin ein CRPS Typ I im Bereich der rechten Hand. Die Patientin ist in ihrem Alltag so weit eingeschränkt, dass sie nicht 100% arbeiten kann. Dies bereite ihr zu grosse Schmerzen.

Sonographisch sehen wir keine ausgeprägten Verklebungen des Nervs mit den umgebenden Sehnen oder Cutis/Subcutis. Deshalb sehen wir auch von einem weiteren operativen Vorgehen ab. Aus handchirurgischer Sicht ist der einzig mögliche Therapieansatz eine Schmerztherapie, in welche die Patientin bereits eingebunden ist.

Zur Standortbestimmung empfehlen wir jedoch noch die Durchführung einer neurologischen/neurophysiologischen Verlaufskontrolle des N. medianus und N. ulnaris bei unseren Kollegen der Neurologie. Wir vereinbaren vorläufig keine weiteren Termine mit der Patientin, sondern werden sie nach erfolgter neurologischer Untersuchung telefonisch kontaktieren. Die Schmerztherapie extern soll weitergeführt werden.

4. Für das am 22. März 2021 erstattete Gutachten der J._____ wurde die Beschwerdeführerin in den Fachbereichen Rheumatologie (Dr.med. R._____, FMH Rheumatologie und Innere Medizin, Fallführung; Untersuchung vom 10.9.2020), Neurologie (Dr.med. S._____, FMH für Neurologie; Untersuchung vom 22.9.2020), Orthopädie (Dr.med. T._____; FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates; Untersuchung vom 16.9.2020) und Psychiatrie (Prof. Dr.med. U._____, FMH für Psychiatrie und Psychotherapie; Untersuchung vom 22.9.2020) begutachtet.

4.1 Dr.med. R._____ stellte im rheumatologischen Teilgutachten die Diagnosen (Vi-act. 58 S. 44):

1. St. n. CRPS 1 Hand rechts, ED 10/2018
2. Residualzustand nach Fraktur des Radius loco classico und des Proc. styloideus ulnae rechts am 12.10.2018 bei
 - Status nach Plattenentfernung am 23.7.2019
 - Status nach volarer Plattenosteosynthese am 12.10.2018
3. Unspezifische Rückenschmerzen bei
 - Fehlhaltung der Wirbelsäule
 - Status nach lumbaler Diskushernie vor Jahren
4. Verdacht auf schmerzhaftes Impingement der rechten Hüfte.

Die kursorische neurologische Untersuchung zeige vor allem eine stark schmerzempfindliche Narbe am rechten Handgelenk volar sowie eine Allodynie im Bereich der rechten oberen Extremität, respektive des rechten oberen Quadranten und etwas weniger auch an der rechten unteren Extremität. Eine peripher-neurologische Symptomatik ist für Dr.med. R._____ nicht offensichtlich. Die Kraft habe schmerzgehemmt imponiert. Hinweise für eine neurovaskuläre

Kompression seien für ihn nicht erkennbar gewesen. Die rechte Hand imponiere minim und diffus volumenvermehrt. Ein relevanter Farbunterschied sei nicht zu erkennen gewesen. Die Temperatur sei auf dem Handrücken mit 36.5° symmetrisch. Kein vermehrtes Schwitzen. Keine auffallende Behaarung. Die Nägel liessen sich wegen des aufgetragenen Lackes nicht beurteilen. Synovitiden und Tenosynovitiden würden fehlen. Der Faustschluss imponiere rechts vor allem für die radialen Langfinger etwas gehemmt. Zudem imponierten die PIPs etwas kontrakt, was die Extension betreffe. Generell sei die Beweglichkeit der Langfinger und auch des Daumens jedoch nicht relevant eingeschränkt. Erheblich eingeschränkt sei die Beweglichkeit im rechten Handgelenk für die Dorsalflexion mit 15° und die Palmarflexion mit 30°. Zudem seien die Umwendbewegungen mit einer Supination 40° und einer Pronation 80° ebenfalls deutlich eingeschränkt, was teilweise aus dem Schultergürtel kompensiert werde.

Aus rheumatologischer Sicht stehe das vermutete neuropathische Schmerzsyndrom im Vordergrund. Ob dieses für ein CRPS Typ II qualifiziere, müsse von neurologischer Seite beurteilt werden. Aus rheumatologischer Sicht würden sich die beschriebenen Bewegungseinschränkungen und die Kraftminderung als relevant zeigen, wobei zumindest letzteres deutlich schmerzbedingt imponiere.

An der Unfallkausalität der Beschwerden im Bereich der rechten oberen Extremität sei nicht zu zweifeln. Habe die Symptomatik zwischenzeitlich eine gewisse halbseitige Ausdehnung erfahren, was aus rheumatologischer Sicht kein entsprechendes objektivierbares Korrelat finde und unklar bleibe, müsse sich dazu der neurologische Teilgutachter äussern. Bei sonst konsistenten Befunden stehe für Dr.med. R._____ eine Symptomausweitung nicht im Vordergrund.

4.2 Dr.med. T._____ geht gemäss orthopädischem Teilgutachten (Vi-act. 58 S. 60) anhand der Akten davon aus, dass die Schwellung des Handgelenkes, des Handrückens und der Finger in starkem Ausmass nur etwa 3 Monate bestanden habe. Die sudomotorischen Veränderungen sowie Veränderungen der Fingernägel würden in den Akten kaum erwähnt. Auffallend sei, dass sich das Schmerzbild trotz intensiver ergotherapeutischer und medikamentöser Behandlung etwa ab 3-5 Monaten nach dem Unfall nicht verbessert habe. Auch die Fingerbeweglichkeit schein sich gemäss Akten sehr rasch verbessert resp. annähernd normalisiert zu haben. Klassischerweise verändere sich bei einem CRPS nach einer Radiusfraktur die Trophik der gesamten Hand, also nicht nur die Trophik des Handgelenkes oder des Handrückens. Dies sei vorliegend möglicherweise nur kurz der Fall gewesen, sodass die Dystrophie-Erkrankung objektiv gesehen wahrscheinlich schon wenige Wochen nach dem Unfall bereits wieder in Abheilung begriffen gewesen sei, also objektiv eigentlich einen raschen und

unproblematischen Verlauf genommen habe. Weiter hält Dr.med. T._____ fest, anlässlich der Untersuchung vom 16. September 2020 seien seitens der CRPS-Veränderung distales Handgelenk keinerlei Residuen mehr erkennbar gewesen. Auch das MRI der Hand vom 21. Juli 2020 bestätige diese klinische Befunderhebung. Die Veränderungen der Hand und insbesondere der Finger im MRI seien sehr diskret und würden auf eine altersphysiologische leichte degenerative Veränderung hindeuten.

Bezüglich aktiver und passiver Bewegungseinschränkung hält Dr.med. T._____ fest, es falle auf, dass diese seit der Untersuchung von Dr. med. G._____ (oben Erw. 3.6, Februar 2019) nahezu unverändert geblieben sei. Zu jenem Zeitpunkt - 4 Monate nach der operativen Versorgung - sei diese Einschränkung nicht besorgniserregend gewesen. Dass es aber danach bis zur Untersuchung vom 16. September 2020 trotz ausgeprägter Anstrengungen nicht gelungen sei, diese Beweglichkeit zu verbessern, sei aus orthopädischer Sicht morphologisch nicht erklärbar. In der Zeit seit Februar 2019 sei es zu einer Normalisierung der Hauttrophik gekommen; die radiologische Konsolidation sei zeitgerecht verlaufen und die Stellung anatomisch geblieben. Das Entfernen des Metalls habe nicht zu einer Verbesserung der Beweglichkeit geführt, weswegen eine Bewegungseinschränkung bedingt durch das Osteosynthesematerial nicht vorgelegen habe. Die MRI-Untersuchung der Hand vom 21. Juli 2020 zeige keine klassischen posttraumatischen Residuen oder Pathologien, welche die Bewegungseinschränkungen im Handgelenk und Vorderarm in alle Richtungen in dem Ausmass, wie es von der Beschwerdeführerin vorgeführt worden sei, strukturell erklären könnten. Auch der grosse Unterschied der Kraftmessung mittels Dynamometer der linken Hand gegenüber rechts könne objektiv und strukturell aus orthopädischer Sicht nicht erklärt werden.

Gemäss Dr.med. T._____ liegt knapp zwei Jahre nach dem Unfall von orthopädischer Seite her eine zeitgerechte ossäre Konsolidation bei anatomischer Stellung vor. Die Bewegungseinschränkungen könne aus orthopädischer Sicht nicht durch eine pathologische Struktur, insbesondere nicht durch eine posttraumatische Knochen-, Knorpel- oder Weichteilpathologie erklärt werden. Es sei davon auszugehen, dass ein chronisches persistierendes Schmerzproblem zu einer pathologischen Schonhaltung und zu einem pathologischem Schonmuster der Patientin geführt habe. Die während der Befragung des Orthopäden am 16. September 2020 von der Beschwerdeführerin eingenommene und aus seiner Sicht auffällige, unnatürliche Zwangshaltung der rechten Hand spreche für eine pathologische Schmerzwahrnehmung und Schmerzverarbeitung.

Von orthopädischer Seite her könne bestätigt werden, dass anlässlich der gutachterlichen Untersuchung keine Zeichen eines CRPS objektivierbar gewesen seien. Rein mechanisch gesehen könne die Beschwerdeführerin ihre Hand weit ausgeprägter einsetzen und belasten, als sie dies angebe. Bei sehr guter Fingerbeweglichkeit könne ihr höchstens ein geringfügiges Defizit bezüglich Geschicklichkeit attestiert werden.

Bezüglich Arbeitsfähigkeit gelangt Dr.med. T. _____ zum Schluss, aus orthopädischer Sicht sei die Beschwerdeführerin in einem höheren Pensum einsetzbar, als sie dies bis jetzt gemacht habe. Bei einem Arbeitspensum wie vor dem Unfall (60-80%) sei sie durch die diskreten, strukturellen posttraumatischen Veränderungen am Handgelenk rechts am angestammten Arbeitsplatz ohne Einschränkung, also zu 100% arbeitsfähig. Am aktuellen Arbeitsplatz, welcher es ihr erlaube, ihre Arbeit bis zu einem gewissen Grad selbst einzuteilen und sich dadurch auch zwischendurch betreffend die rechte Hand schonen zu können, wäre sie auch in einem Pensum von 100% voll arbeitsfähig. Lediglich Arbeiten mit erheblicher Belastung der rechten Hand (handwerkliche Tätigkeiten, Hantieren mit schweren Maschinen wie Hammer, Bohrer) oder Arbeiten mit extremer, monotoner und ununterbrochener feinmechanischer Belastung der Hand (ununterbrochen stundenlanges Schreiben am PC) seien wegen den diskreten posttraumatischen Veränderungen im Handgelenk rechts begleitend 20% eingeschränkt (leistungsmässige Einschränkung bedingt durch vermehrte Pausen ohne zeitliche Einschränkung).

Die so definierte Arbeitsfähigkeit am angestammten Arbeitsplatz sei spätestens mit den gutachterlichen Untersuchungen erreicht. Unter Berücksichtigung, dass klinisch anlässlich der orthopädischen Untersuchung keine Zeichen eines CRPS erkannt worden seien und dass das MRI vom 21. Juli 2020 keine schwerwiegenden, posttraumatischen Veränderungen dokumentiere, bleibe die Prognose funktionell gesehen günstig. Gewisse Schmerzen würden wahrscheinlich noch längere Zeit (mehrere Jahre) persistieren. Da aber ein klinisches Korrelat dazu fehle, sei die Belastbarkeit der rechten Hand und somit die Arbeitsfähigkeit am angestammten Arbeitsplatz spätestens mit Durchführung der gutachterlichen Untersuchungen nicht mehr eingeschränkt. Die CRPS-Symptome seien nicht mehr objektiv nachweisbar, so dass durch den Zustand nach einem CRPS keine relevante funktionelle Einschränkung mehr bestehe. Somit habe die Patientin auch keinen Anspruch auf eine Integritätsentschädigung.

4.3 Im neurologischen Teilgutachten gibt Dr.med. S. _____ die aktuellen Beschwerden der Beschwerdeführerin wie folgt wieder (Vi-act. 58 S. 66):

Die Patientin beklagt eine eingeschränkte Beweglichkeit im Bereich des rechten Handgelenkes, vor allem was die Pro- und Supination angeht, aber auch die Dorsalextension und Palmarflexion sowie die Fingerbeugung in den Fingergelenken sei leicht eingeschränkt. Die Schmerzsymptomatik konzentrierte sich auf mehrere, streifenförmige Areale radial, ulnar aber auch volar, jeweils mit Ausstrahlung nach proximal. Der Faustschluss sei aufgrund der Bewegungseinschränkung inkomplett, auch fühle sich der rechte Arm schwach an. Häufiger sollen ihr Dinge aus der Hand fallen. Zudem beklagt die Patientin Schmerzen im Bereich des Handrückens und Kribbeln im Bereich der Handfläche. Im Bereich der Finger IV und V bestehe nach wie vor ein Taubheitsgefühl. Die Haut im Bereich der Hohlhand sei empfindlich, z.T. komme es hier auch zu einem Hitzegefühl. Des Weiteren erwähnt die Patientin ein ringartiges Druckgefühl im Bereich der rechten Hand. Trotz insgesamt allenfalls leichter Besserung der Schmerzsymptomatik sei die Beweglichkeit und Kraft der rechten Hand bei weitem noch nicht normal. Die Patientin beklagt zudem belastungs- und bewegungsabhängige Schmerzen im Bereich der rechten Schulter sowie ein intermittierendes Ziehen im Bereich des rechten Fussristes. Die Stimmung sei durchwachsen, sie fühle sich z.T. handicapiert jedoch nicht eigentlich depressiv. Die Patientin beschreibt subjektiv eine vermehrte Schweißneigung der rechten Hand jedoch keine Veränderungen im Bereich des Nagel- oder Haarwachstums. Vor allem Haltearbeiten mit der rechten Hand seien erschwert, immer wieder komme es auch zu Verfärbungen der Haut, die phasenweise etwas dunkler als links erscheinen. Die Patientin sei Rechtshänderin.

Aufgrund der neurologischen Untersuchung notiert Dr.med. S._____ eine normale Trophik und eine normale Kraft. Die rechte Hand werde zum Teil ähnlich einer Krallenhand und fast dysfunktional gehalten; das Fingerspiel sei im Vergleich zur Gegenseite etwas verlangsamt, der Faustschluss sei inkomplett, wobei die Mittel- und Endglieder der Finger 3-5 nicht vollständig eingekrallt werden könnten. Keine Dystonie, kein Tremor. Der 9-hole-peg-Test ergab rechts 27s, links 20s. Im Bereich der volarseitigen Narbe bestehe eine Hyperalgesie, beidseits unmittelbar daneben keine Hyperalgesie mehr; keine Allodynie der Handfläche, des Handrückens oder der Finger; diffuse Hyperalgesie sämtlicher Fingerkuppen. Die Thermästhesie, Pallästhesie und Propriozeption im Bereich der rechten (recte: rechten) Hand seien normal. Ansonsten allseits normale Ästhesie, Algesie, Thermästhesie, Pallästhesie sowie Propriozeption. Die Sudation an beiden Handflächen und Fusssohlen sei normal.

Gemäss Dr.med. S._____ lasse die Anamnese sowie die Aktendokumentation an der Diagnose eines CRPS wenig Zweifel. Vergangene neurologische Untersuchungen hätten keine Hinweise für eine relevante Schädigung peripherer Nervenstrukturen gezeigt. Klinisch-neurologisch finde sich aktuell eine gewisse Feinmotorikstörung der rechten Hand, wobei namentlich das Fingerspiel sowie die Ausführung des 9-hole-peg-Tests auffällig sei und im Sinne der funktionellen Ausgestaltung interpretiert werden müsse. Es fänden sich bei der neurologischen Untersuchung keine Zeichen eines aktiven CRPS, namentlich keine Allodynie im

Bereich der rechten Hand. Einzig im unmittelbaren Bereich der Narbe bestehe eine umschriebene Allodynie, die allerdings kaum einem CRPS zugeordnet werden könne. Auffallend sei aus neurologischer Sicht die z.T. dysfunktionale Haltung der rechten Hand mit eingeschränkter Feinmotorik, die doch etwas zu den von der Beschwerdeführerin im Berufsleben durchgeführten feinmotorisch anspruchsvollen Tätigkeiten (Aufziehen von Medikamenten, Legen und Versorgen von Venflons) kontrastieren würden. Der Faustschluss sei sicherlich geringgradig eingeschränkt, was jedoch nicht zu einer grossen Beeinträchtigung der Funktionalität der rechten Hand führe. An der Diagnose eines abgelaufenen CRPS sei aus neurologischer Sicht nicht zu zweifeln, wobei sich aktuell keine Hinweise für eine relevante Aktivität des CRPS zeigen würden. Die geschilderten Schmerzen sowie die demonstrierte Einschränkung der Funktionalität gehe doch insgesamt über das zu erwartende Mass hinaus und kontrastiere doch etwas zu den beschriebenen Alltags- und Berufsaktivitäten, welche sie offenbar ohne grössere Schwierigkeiten ausführen könne.

4.4 Im psychiatrischen Teilgutachten gelangt Prof. Dr.med. U. _____ zur Beurteilung (Vi-act. 58 S. 89), es lasse sich bei der Beschwerdeführerin weder im Zeitpunkt der Untersuchung noch aus der Anamnese im Verlauf eine relevante ins Gewicht fallende psychische Störung feststellen. Allerhöchstens liesse sich eine Anpassungsstörung mit minimaler bzw. periodisch leicht ausgeprägter depressiver Reaktion (ICD-10 F43.2) postulieren. Diese postulierte Störung stehe im Zusammenhang mit subjektiven Beschwerden (Schmerzen) und vor allem sich mittlerweile abzeichnender verminderter Akzeptanz des Arbeitgebers betreffend die lange Zeit dauernde, verminderte Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin. Zudem liessen sich chronische Schmerzen erfassen, deren Ursprung die initiale Verletzung war, welche sich zu einem (aus psychiatrischer bzw. psychosomatischer Sicht, zumal basierend auf der vorliegenden Dokumentation nicht lückenlos nach erforderlichen Budapest Kriterien festgestellten) CRPS Typ 1 ausgeweitet hätten. Es sei nach vollständiger Rückbildung des CRPS ein chronischer und subjektiv limitierender Schmerz geblieben, für welchen gestützt auf die aktuellen somatischen Befunde keine ausreichende strukturelle Pathologie nachgewiesen werden könne. Dieser Schmerz erfülle somit die Kriterien chronische Schmerzen mit somatischen und psychischen Faktoren (psychosoziale Aspekte, welche die Schmerzen aufrechterhalten würden), ICD-10 F45.41. In den verschiedenen Fähigkeiten beurteilte Prof. Dr.med. U. _____ die Beschwerdeführerin nicht beeinträchtigt, die Widerstands- und Durchhaltefähigkeit höchstens leicht, die Konversations- und Kontaktfähigkeit zu Dritten kaum beeinträchtigt.

Aus der Vorgeschichte würden sich keine psychiatrischen oder psychosomatischen Vorbefunde oder Vorbehandlungen und keine psychischen oder psychosomatischen eingeschränkten Funktionen ergeben. Das relevante Problem dürfte gemäss Prof. Dr.med. U. _____ die Umstellung am Arbeitsplatz sein (Vorgesetztenwechsel), wobei sich hier gewisse Ungereimtheiten abzuzeichnen schienen. Es liessen sich keine psychischen Faktoren erkennen, welche die Fähigkeit der Beschwerdeführerin beeinträchtigen würden, die Anforderungen am Arbeitsplatz ("nicht") zu erfüllen, und es bestünden aus psychischen Gründen auch keine Aktivitätseinschränkungen oder Einschränkungen der Partizipation bzw. der Teilhabe. Die Leistungsfähigkeit der Patientin sei nicht aufgrund von psychischen Faktoren als beeinträchtigt zu beurteilen. Im Besonderen liege keine psychopathologische Störung vor. Die Diskrepanzen, welche die somatischen Experten zwischen den angegebenen Beschwerden und der subjektiv wahrgenommenen Leistungsfähigkeit festhielten, könnten nicht vor dem Hintergrund einer ins Gewicht fallenden psychopathologischen Störung oder einer eigentlichen Krankheitsverarbeitungsstörung erfasst werden, sondern womöglich vor dem Hintergrund der anstehenden und offensichtlich von der Beschwerdeführerin nicht bewältigbaren Umstände bei der Arbeit.

4.5 In der Konsensbeurteilung gehen die Gutachter davon aus, der Heilverlauf der Beschwerdeführerin sei nach der Unfallverletzung durch ein CRPS Typ 1 kompliziert worden. Allerdings sei aufgrund der vorliegenden Akten nicht ersichtlich, auf welcher Grundlage die Diagnose eines CRPS gestellt und seit Monaten aufrechterhalten werde. Die Arbeit habe die Beschwerdeführerin erst teilweise wiederaufnehmen können. Sie beklage insbesondere Schmerzen und eine Bewegungseinschränkung im rechten Handgelenk, verbunden mit einem gewissen Kraftverlust.

Aus orthopädischer Sicht sei die Fraktur konsolidiert. Die Beweglichkeit des rechten Handgelenkes sei nicht durch ein anatomisches Problem eingeschränkt. Das CRPS 1 sei ohne relevante Folgen ausgeheilt. Ein neuropathischer Schmerz habe durch den Neurologen nicht nachgewiesen werden können; dieser beschreibe vor allem Inkonsistenzen und eine funktionelle Ausgestaltung; die beklagten Schmerzen blieben aus neurologischer Sicht unklar. Vielmehr sei von einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren auszugehen. Dabei seien sich die Experten einig, dass zum Zeitpunkt der Untersuchungen ein Endzustand vorhanden gewesen sei, welcher unfallkausal weder eine relevante Arbeitsunfähigkeit noch einen Integritätsschaden begründe. Es sei aufgrund des dokumentierten Verlaufs von einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren auszugehen (ICD-10 F45.41). Die Be-

gründung dieser Diagnose finde sich in der Beurteilung des psychiatrischen Experten.

4.6 In Beantwortung der vorinstanzlichen Fragen führen die Gutachter als Diagnosen nach ICD-10 auf (Vi-act. 58 S. 94):

1. Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren F45.41
2. Residualzustand nach Fraktur des Radius loco classico und des Proc. styloideus ulnae rechts am 12.10.2018 bei
 - Status nach Plattenentfernung am 23.7.2019
 - Status nach volarer Plattenosteosynthese am 12.10.2018
3. Unspezifische Rückenschmerzen bei
 - Fehlhaltung der Wirbelsäule
 - Status nach lumbaler Diskushernie vor Jahren
4. Verdacht auf schmerzhaftes Impingement der rechten Hüfte
5. St. n. CRPS 1 Hand rechts, ED 10/2018

Die Fragen nach Befunden beantworten die Gutachter derart, dass sich aus rheumatologischer Sicht klinisch eine eingeschränkte Handgelenkbeweglichkeit, schmerzhaft segmentale Befunde zervikal und lumbal sowie ein leichtes schmerzhaftes Impingement rechts objektivieren liessen. Aus orthopädischer Sicht hätten die Bewegungseinschränkung sowie die Schmerzen im Handgelenk kein organisches Substrat und aus neurologischer Sicht würde sich eine gewisse Allodynie im Bereich der Operationsnarbe zeigen, welche die Beschwerden nicht erklären könne.

Aus rheumatologischer Sicht würden die Angaben der Beschwerdeführerin glaubhaft und plausibel imponieren, auch wenn die objektivierbaren Befunde so gravierend nicht imponierten. Aus orthopädischer Sicht sei die objektiv nicht erklärbare Divergenz zwischen den subjektiven Befunden und den objektivierbaren Pathologien zu erwähnen. Diese Divergenz könne durch eine pathologische Schmerzwahrnehmung oder Schmerzverarbeitung erklärt werden; Zeichen einer Aggravation habe der Orthopäde nicht erkennen können. Der Neurologe betone dennoch Inkonsistenzen und ein dysfunktionales Verhalten. In wie weit dieses bewusstseinsnah sei, müsse der psychiatrische Fachgutachter beantworten. Tatsächlich würden sich aus Sicht der Psychiatrie und Psychosomatik keine zwingenden Gründe ergeben, wonach ein bewusstseinsnahes als dysfunktional zu bezeichnendes Verhalten vorliege; das dysfunktionale Verhalten sei jedoch nicht zu verkennen und im Zusammenhang mit der Diagnose chronische Schmerzen mit somatischen und psychischen Faktoren zu interpretieren. Es handle sich dabei um eine Krankheitsverarbeitungsstörung, welcher das dysfunktionale Denken und Verhalten inhärent gehören würden.

Konkret auf das CRPS bezogen bestätigen die Gutachter, dass sich ein solches nach dem Unfall vom 12. Oktober 2018 gezeigt habe und dass dessen Entwicklung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in Zusammenhang zu sehen sei mit der Unfallverletzung und der daraus notwendigen operativen Versorgung der Fraktur.

Bezüglich Arbeitsfähigkeit gelangen die Gutachter zum Schluss, am Arbeitsplatz als Onkologie-Pflegefachfrau sei die Beschwerdeführerin aus Sicht des orthopädischen Fachgutachters auch in einem 100% Pensum ohne zeitliche und leistungsmässige Einbusse voll arbeitsfähig. Nur für handwerkliche Tätigkeiten schwerer Art werde sie bleibend bedingt durch vermehrte Pausen eine Leistungseinbusse von 20% auf ein 100% Pensum haben. Zeitlich sei die Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt. Der Endzustand und die Arbeitsfähigkeit seien bei einer Radiusfraktur 1 Jahr nach Unfall erreicht, wobei dies in casu durch das aufgetretene CRPS sicher nicht der Fall sei. Wann genau das unfallbedingte CRPS klinisch nicht mehr limitierend gewesen sei, lasse sich aus den Akten nicht sicher rekonstruieren; die beschriebene Arbeitsfähigkeit gelte sicher seit dem Untersuchung.

Auf die Frage nach einem Integritätsschaden schliesslich verneinen die Gutachter einen solchen.

5.1 Gemäss Vorinstanz kommt dem Gutachten der J._____ volle Beweiskraft zu. Die Gutachter hätten nach persönlichem Untersuchung und in Berücksichtigung des aktenmässigen Verlaufs nachvollziehbar und schlüssig dargelegt, dass der medizinische Endzustand spätestens im Zeitpunkt der orthopädischen Untersuchung erreicht gewesen sei; von weiteren medizinischen Massnahmen sei keine namhafte Besserung mehr zu erwarten; die noch geklagte Bewegungseinschränkung könne durch keine pathologische Struktur erklärt werden; Zeichen für ein aktives CRPS hätten sich keine gezeigt, die Allodynie im unmittelbaren Narbenbereich sei kaum einem CRPS zuzuordnen; das Ausmass der geklagten Schmerzen bleibe unklar. Insgesamt seien die noch geklagten Beschwerden überwiegend wahrscheinlich nicht durch den Unfall verursacht. Es bestehe aus somatischer und psychiatrischer Sicht keine bleibende Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit und durch den Unfall sei auch kein Integritätsschaden entstanden. Entsprechend gelangte die Vorinstanz zum Entscheid, es sei der Fall ohne Anspruch auf eine Rente oder eine Integritätsentschädigung abzuschliessen.

5.2 Die Beschwerdeführerin bestreitet die Schlussfolgerungen der Gutachter. In den medizinischen Akten der Behandler werde fortlaufend ein CRPS höchst-

tens regredient oder in partieller Remission beschrieben, also vorübergehend nachlassend; das Schmerzsyndrom sei nie verschwunden. Die Beschwerden wirkten sich nach wie vor äusserst limitierend aus. Auch im Rahmen der Begutachtung habe die Beschwerdeführerin konkrete Beschwerden an der rechten Hand angegeben. Die Gutachter ihrerseits hätten klinische Befunde dokumentiert. Die Konsensbemerkung der Gutachter bezüglich nachweisbarem organischem Gesundheitsschaden, wonach sich noch eine unbedeutende Allodynie feststellen lasse, sei im Lichte der festgehaltenen klinischen Befunde bezüglich der Narbe schlicht unverständlich. Zudem erkläre der Orthopäde Dr.med. T._____ nicht, wie er vor dem Hintergrund der Befunde des MRI vom 21. Juli 2020 zum Schluss gelange, es lägen keine objektivierbaren posttraumatischen Korrelate zu den festgestellten Bewegungseinschränkungen vor. Falsch sei der gutachterliche Hinweis, gemäss L._____ Klinik sei das unfallbedingte CRPS am 1. Oktober 2019 im Hintergrund gestanden. Berichtet werde einzig, gemäss Eigenangaben der Beschwerdeführerin sei die CRPS-Symptomatik deutlich regredient, was nicht besage, dass die Beschwerden nicht mehr vorhanden seien. Der neurologische Gutachter gehe von einem remittierten CRPS Typ 1 aus, was der Diagnosestellung von PD Dr.med. P._____ widerspreche, der durchwegs von einem CRPS Typ 2 lediglich in teilweiser Remission spreche. Auf die von PD Dr.med. P._____ angesprochene Verwachsung des Nervs in der Narbe gehe die Vorinstanz gar nicht ein. Seitens der Gutachter fehle es an einer eingehenden Auseinandersetzung mit abweichenden fachärztlichen Berichten, was gegen den Beweiswert des Gutachtens spreche.

Gemäss Gutachter sei das CRPS 1 ohne relevante Folgen ausgeheilt. Der Neurologe beschreibe Inkonsistenzen und eine funktionelle Ausgestaltung; die Gutachter würden von einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren ausgehen. Es handle sich um eine Krankheitsverarbeitungsstörung. Der Psychiater seinerseits halte fest, es würden keine psychopathologische Störung und keine eigentliche Krankheitsverarbeitungsstörung vorliegen; einzige Erklärung seien die anstehenden Umstände bei der Arbeit. Damit liege aber ein Widerspruch im Gutachten vor.

Schliesslich rügt die Beschwerdeführerin auch eine falsche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch das Gutachten. Die Beschwerdeführerin habe ihre Möglichkeiten im Alltag und bei der Arbeit sowie ihre Beschwerden genau beschrieben. Für den Rheumatologen seien die Angaben glaubhaft und nachvollziehbar; der Orthopäde habe keine Zeichen einer bewusstseinsnahen Aggravation verzeichnet. Hingegen sei in der Konsensbeurteilung mehrfach festgehalten, der Neurologe betone Inkonsistenzen und ein dysfunktionales Verhalten. Jedoch sei klar begründbar, was dem neurologischen Gutachter als Diskrepanz der dysfunktio-

nenalen Haltung der rechten Hand mit eingeschränkter Feinmotorik zum Berufsleben mit feinmotorisch anspruchsvollen Tätigkeiten aufgefallen sei. Die Beschwerdeführerin habe die Tätigkeiten des Arbeitsalltags - wie Spritzenaufziehen, Handschrift etc. zu Hause speziell geübt. Diese gezielt geübten Abläufe seien indes gutachterlich nicht getestet worden. Zudem entbehre die Aussage des Neurologen, sie erledige die Berufstätigkeiten offenbar ohne grössere Schwierigkeiten, jeglicher Grundlagen und widerspreche den Ausführungen der Beschwerdeführerin gegenüber den Gutachtern, mit welcher Mühe sie ihre Arbeitsleistung trotz Beschwerden erbringe.

6. Die Beschwerdeführerin weist zu Recht auf Widersprüche im Gutachten bzw. von diesem zu den Berichten der behandelnden Ärzte hin.

6.1 Vorab gilt es auf folgende Auffälligkeiten des Gutachtens J. _____ vom 22. März 2021 hinzuweisen (Vi-act. 58):

6.1.1 Unter Ziffer 1.1 beschreibt das Gutachten die Abwicklung des Auftrages (S. 4 ff.). Erwähnt wird unter anderem, dass (nach den einzeln aufgeführten Untersuchungen der Fachexperten) am 4. März 2021 von 17.30 bis 18.30 Uhr das Konsensusgespräch stattgefunden hat. Den administrativen Akten der Versicherung lässt sich demgegenüber entnehmen, dass das Sekretariat J. _____ die Versicherung am 10. Dezember 2020 informierte, in den nächsten Tagen würden die Abschlussgespräche stattfinden und mit dem Gutachten könne wohl noch vor Weihnachten gerechnet werden (Vi-act. 2100). Am 28. Januar 2021 erkundigte sich die Versicherung nach dem Verbleib, worauf sich das Sekretariat der J. _____ am 6. Februar 2021 entschuldigte und informierte, das Gutachten sei noch nicht fertig und gehe "in eine 'nächste' Runde". Einige Sachbestände seien noch nicht abschliessend besprochen und es müsse "nochmals ein Konsensusgespräch zwischen den Gutachtern stattfinden". Man suche nun einen Termin, "wann sich die Herren erneut treffen können, um eine abschliessende Beurteilung abzugeben" (Vi-act. 2109). Aus diesem Schriftverkehr erhellt, dass sich die Fachexperten nach ihren fachspezifischen Begutachtungen offensichtlich mehrmals trafen / treffen mussten, mehrere Konsensusgespräche notwendig waren, bis eine abschliessende Beurteilung möglich war. Unabhängig vom Grund der mehreren Termine (ob es aufgrund zeitlicher Not mehrerer Termine bedurfte oder aufgrund inhaltlicher Differenzen oder anderer Gründe) ist der im Gutachten beschriebene Ablauf mit einem einmaligen Konsensusgespräch auf jeden Fall nicht zutreffend, was zumindest Fragen bezüglich Zuverlässigkeit des Gutachtens aufwirft.

6.1.2 In Kapitel 1.3 führt das Gutachten die verwendeten Quellen auf (S. 10 f.). Neben den Akten des Unfallversicherers vom 5. Juni 2020 mit Bild-CDs werden "am 06.08.2020 nachgereichte Akten" aufgeführt und ebenso "Noch angeforderte Bericht". Tatsächlich wird dann im Kapitel 2 'Fachübergreifender Aktenauszug' unterschieden in 'medizinische Akten des Unfallversicherers' (Kap. 2.1, S. 12 ff.) und 'weitere medizinische Akten' (Kap. 2.2, S. 31 f.). In diesem Kapitel werden zwei Berichte von PD Dr.med. P._____ wiedergegeben, wovon sich in den Akten der Vorinstanz nur einer befindet (Vi-act. 51). Andererseits werden in den Berichten von PD Dr.med. P._____ 'nächste Konsultationen' angegeben, zu welchen sich weder im Gutachten noch in den vorinstanzlichen Akten Berichte befinden (4.8.2020; 12.11.2020). Bei wem die Gutachterstelle medizinische Berichte angefordert hat und von wem sie welche Akten erhalten hat, bleibt unbeschrieben. Auch in den administrativen Akten der Vorinstanz finden sich keinerlei Hinweise, dass die Gutachterstelle irgendwo Akten/Berichte eingefordert und erhalten hätte. Mithin bleibt letztlich nicht nachvollziehbar, gestützt auf welche Akten das Gutachten erstellt wurde.

6.1.3 In Kapitel 1.2 'Anlass und Umstände der Begutachtung' erfolgt u.a. eine kurze Darstellung des medizinischen Sachverhalts (S. 6 f.). Dabei wird u.a. zusammengefasst, was die Beschwerdeführerin am 18. Mai 2020 gegenüber der Case Managerin der Vorinstanz berichtet hatte. Und eine weitere Zusammenfassung erfolgt unter 'Telefonischer Bericht der Case Managerin vom 19.08.2020'. Es ist dabei nicht klar, ob die Case Managerin gegenüber der Gutachterstelle telefonische Auskunft erteilte (was in den verwendeten Quellen [S. 10] allerdings nicht aufgeführt wäre) oder ob den Gutachtern der Aussendienstbericht UVG der Case Managerin vom 19. August 2020 (Vi-act. 2078) zur Verfügung stand (was indes nur möglich wäre, wenn nach dem 6. August 2020 eine weitere Aktennachreichung durch die Vorinstanz erfolgt wäre, was im Quellenverzeichnis ebenfalls nicht aufgeführt ist). Es erhärtet sich damit der Vorwurf, dass intransparent ist, auf welche Grundlagen die Gutachterstelle ihr Gutachten abstützt.

Bleibt anzufügen, dass es, nachdem die Gutachterstelle offenbar eigenständig weitere (als die vorinstanzlichen) Akten eingeholt hat und das Verfahren nach der letzten Untersuchung (22.9.2020) noch relativ lange dauerte und offenbar mehrere Konsensusgespräche notwendig waren, nicht nachvollziehbar ist, dass die Gutachterstelle nicht auch von der Vorinstanz aktualisierte Daten eingefordert hat (aufgrund der administrativen Akten [Vi-act. 2076] sowie der Nennung im Gutachten [S. 10] ist davon auszugehen, dass die letzten Akten am 6.8.2020 nachgereicht wurden). Dies gilt insbesondere dann, wenn berücksichtigt wird, dass ein telefonischer Bericht der Case Managerin vom 19. August 2020 erwähnt ist

und insbesondere die darin beschriebene Situation am Arbeitsplatz im Gutachten stark gewichtet wurde (vgl. hierzu auch nachfolgend). Es erscheint diesfalls geradezu lückenhaft, wenn der Aussendienstbericht UVG vom Folgetag (20.8.2020, Vi-act. 2079), wonach sich die Beschwerdeführerin nach einem Gespräch mit dem Arbeitgeber selber meldete und eine Situation schilderte, welche die Aussage vom Vortag zumindest relativierte, im Gutachten überhaupt keine Beachtung fand.

6.1.4 Allein schon aus diesen Gründen bestehen gewichtige Indizien, welche gegen die Zuverlässigkeit des Gutachtens sprechen und es ausschliessen, diesem volle Beweiswertigkeit zuzuerkennen.

6.2.1 Medizinisch ist unbestritten, dass die Beschwerdeführerin am 12. Oktober 2018 beim Wandern einen Unfall erlitt, sich an der rechten Hand verletzte (Distale Radiusfraktur rechts mit Fraktur des Ulna Styloids, Vi-act. 1) und noch am Unfalltag operativ versorgt wurde. Unbestritten ist ebenso, dass sich in der Folge ein CRPS entwickelte, welches am 14. November 2018 diagnostiziert wurde (Vi-act. 9), somit insbesondere auch innerhalb der Latenzzeit von 6 bis 8 Wochen nach dem Unfall gemäss Rechtsprechung (vgl. Urteil BGer 8C_270/2022 vom 12.10.2022 Erw. 4.2.1 m.w.H., aber auch Urteil BGer 8C_11/2022 vom 18.3.2022 Erw. 6.2.2). Auch die Gutachter stellen weder die Diagnose eines CRPS noch dessen Unfallkausalität in Frage (Vi-act. 58 S. 97 f.), auch wenn sie ausführen, es sei aufgrund der Akten nicht ersichtlich, auf welcher Grundlage die Diagnose eines CRPS gestellt worden sei und seit Monaten aufrechterhalten werde (Vi-act. 58 S. 92).

6.2.2 Was die Beurteilung des natürlichen Kausalzusammenhangs beim CRPS betrifft, so sind dessen Ätiologie und Pathogenese unklar (SVR 2021 UV Nr. 9 S. 48, 8C_416/2019 Erw. 5). Es ist eine Sammelbezeichnung für Krankheitsbilder, welche die Extremitäten betreffen. Es entwickelt sich nach einem schädigenden Ereignis und führt beim Betroffenen zu anhaltenden Schmerzen mit Störungen des vegetativen Nervensystems, der Sensibilität und der Motorik (Urteil BGer 8C_11/2022 vom 18.3.2022 Erw. 6.1.1). Rechtsprechungsgemäss ist das CRPS als neurologisch-orthopädisch-traumatologische Erkrankung als organischer beziehungsweise körperlicher Gesundheitsschaden zu qualifizieren (Urteil BGer 8C_270/2022 vom 12.10.2022 Erw. 4.2.1 m.w.H.). In diesem Lichte ist es nicht gerechtfertigt, bezüglich Adäquanz die Rechtsprechung zu den pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage anzuwenden und die im Zusammenhang mit somatoformen Schmerzstörungen entwickelten Kriterien (BGE 130 V 352; vgl. auch

BGE 136 V 279,) ebenfalls für die Beurteilung der invalidisierenden Wirkung eines CRPS heranzuziehen (Urteil BGer 8C_1021/2010 vom 19.2.2011 Erw. 7).

6.2.3 Das CRPS kann in einen Typ I (früher: Sudeck-Syndrom oder sympathische Reflexdystrophie), der ohne definierte Nervenläsion nach relativ geringfügigem Trauma ohne Bezug zum Innervationsgebiet eines Nervs auftritt, sowie einen Typ II (früher Kausalgie) als Folge einer definierten peripheren Nervenläsion unterschieden werden. Im Urteil BGer 8C_123/2018 vom 18. September 2018 Erw. 4.1.2 wird das CRPS Typ I zudem in drei Stadien eingeteilt: I: Entzündungsstadium; II: Dystrophie; III: Atrophie (irreversibel). Gemäss neuerer Literatur wird diese Einteilung hinterfragt (vgl. Harden et al, Complex Regional Pain Syndrome: Practical Diagnostic and Treatment Guidelines, 5th Edition; Pain Medicine, 23/2022 S. 1-53, S. 4). Hingegen enthält die neue ICD-11-Version einen neuen formalen CRPS-Subtyp mit der Bezeichnung "CRPS in partieller Remission". Dieser Subtyp ist dabei nur auf Patienten anzuwenden, die nachweislich zu einem früheren Zeitpunkt die vollen CRPS-Kriterien erfüllten, die aber derzeit nicht genügend Anzeichen und Symptome aufweisen, um die vollen Kriterien zu erfüllen. Patienten in dieser Kategorie sind nicht notwendigerweise in Bezug auf die Schmerzintensität gebessert oder frei von allen CRPS-bezogenen Anzeichen und Symptomen, und sie können rückfällig werden. Harden et al. halten diesbezüglich u.a. fest, aus rechtlichen und versicherungstechnischen Gründen sei es von entscheidender Bedeutung, dass die vorübergehende Nichterfüllung der Kriterien, aus welchen Gründen auch immer, nicht mit einer Heilung der Erkrankung gleichgesetzt werde, insbesondere angesichts der bekannten Labilität der CRPS-Merkmale (Harden et al., a.a.O., S. 5; vgl. auch ICD-11 MG30.04 Complex regional pain syndrome; https://icd.who.int/ct11/icd11_mms/en/release; eingesehen am 28.4.2023; Harnik et al, Komplexes regionales Schmerzsyndrom, Teil 1, SMF 2021/13-14; Brunner, CRPS: was gibt es Neues?; SMF 2018/59-60). Der Subtyp CRPS in partieller Remission kann nicht gleichgesetzt werden mit einem Status post CRPS (Workshopbericht, Nach wie vor wenig Evidenz zur Therapie, in: Congressselection, Jahreskongress der Schweizerischen Gesellschaft für Rheumatologie vom August 2018, S. 10, www.rosenfluh.ch).

6.3.1 Die Gutachter führen als Diagnose u.a. "St.n. CRPS 1 Hand rechts, ED 10/2018" auf (Vi-act. 58 S. 95). Diese Diagnose nennt auch der Rheumatologe in seinem Teilgutachten (Vi-act. 58 S. 44). Der orthopädische Gutachter hält fest, anlässlich der Untersuchung vom 16. September 2020 seien seitens der CRPS-Veränderung distales Handgelenk keinerlei Residuen mehr erkennbar (Vi-act. 58 S. 60), es seien keine Zeichen eines CRPS objektivierbar (Vi-act. 58 S. 62 und 64). Er spricht von einem Zustand nach einem CRPS ohne relevante funktionelle

Einschränkungen (Vi-act. 58 S. 64). Der Neurologe betont in seinem Teilgutachten, an der Diagnose eines abgelaufenen CRPS sei aus neurologischer Sicht nicht zu zweifeln, wobei sich aktuell keine Hinweise für eine relevante Aktivität des CRPS zeigen würden (Vi-act. 58 S. 71). Der psychiatrische Experte führt aus, nach vollständiger Rückbildung des CRPS sei ein chronischer und subjektiv limitierender Schmerz geblieben, für welchen gestützt auf die aktuellen somatischen Befunde keine ausreichende strukturelle Pathologie nachgewiesen werden könne (Vi-act. 58 S. 89). Und konsensual halten die Gutachter fest, das CRPS sei ohne relevante Folgen ausgeheilt (Vi-act. 58 S. 92).

6.3.2 Diese gutachterliche Beurteilung und insbesondere Diagnosestellung widerspricht sämtlichen Berichten der behandelnden Ärzte. Kein behandelnder Arzt gelangte zum Schluss, das CRPS sei vollständig abgeklungen; sämtliche behandelnden Ärzte stellten die Diagnose eines CRPS in partieller Remission (wobei PD Dr.med. P. _____ von CRPS Typ II, die übrigen Ärzte von CRPS Typ I sprechen). Mit dieser Tatsache aber setzen sich die Gutachter mitnichten auseinander. Sie gehen nicht darauf ein, dass gemäss den die Beschwerdeführerin regelmässig untersuchenden Ärzten das CRPS nicht vollständig abgeklungen ist. Gleichzeitig ergibt sich aber aus der dargestellten Literatur, dass eine Diagnose 'CRPS in partieller Remission' keinesfalls mit einem 'St.n. CRPS' oder stattgehabtem CRPS gleichgesetzt werden darf. Auch hierzu fehlen jegliche Hinweise im Gutachten. Auffallend ist sodann, dass im Gutachtenauftrag wohl Fragen zum "Krankheitsbild CRPS" gestellt werden (Frage Ziff. 3; Vi-act. 58 S. 97 f.). Diese Fragen beschränken sich aber auf die Klärung des Entstehens eines CRPS, auf die Diagnosestellung CRPS und die Kausalität. Hingegen haben sich die Gutachter mit keiner Frage betreffend Verlauf, Remission und aktuellem Stand zu beschäftigen, was als klarer Mangel des Gutachtens (resp. des Gutachtenauftrags) zu werten ist, nachdem die Behandlung der Beschwerdeführerin stets bei Diagnose "CRPS in partieller Remission" erfolgt ist.

Diesbezüglich ist auf eine weitere Diskrepanz im Gutachten hinzuweisen: In der Stellungnahme der Gutachter vom 23. August 2021 wird ausgeführt, in der Anmeldung zum MRI vom 21. Juli 2020 sei auch erwähnt worden, dass die Versicherte einen Status nach CRPS der rechten Hand gehabt habe (Vi-act. 59). Auch das orthopädische Teilgutachten hält zum aktenmässigen Verlauf betreffend dieser MRI-Untersuchung fest: "Fragestellung: Status nach CRPS Hand rechts in Partieller Remission. [...]" (Vi-act. 58 S. 50). Eine Anmeldung zum MRI liegt nicht in den Akten. Hingegen nennt der Bericht zum MRI vom 21. Juli 2020 unter klinischen Angaben, diese seien automatisch aus der elektronischen Anmeldung übernommen. Festgehalten wird dabei "CRPS Typ 1 Hand rechts (dominant) in

partieller Remission". Es trifft somit nicht zu, dass die Anmeldung zum MRI einen Status nach CRPS nennt oder eine entsprechende Fragestellung formuliert ist; vielmehr wird auch hier und in Übereinstimmung mit den weiteren Berichten der behandelnden Ärzte von einem CRPS in partieller Remission gesprochen.

Sollten die Gutachter indes die Diagnose 'CRPS in partieller Remission' der Diagnose 'St.n. CRPS' gleichstellen, so widerspricht dies der jüngeren Literatur (vgl. oben Erw. 6.2.3), ohne dass dies weiter resp. nachvollziehbar begründet würde.

6.3.3 Auch die behandelnden Ärzte stellten zuletzt nicht mehr die Diagnose eines floriden CRPS; aufgrund der verschiedenen Befunde jedoch übereinstimmend 'CRPS in partieller Remission'. Dem Gutachten lässt sich entnehmen, dass auch die Gutachter nicht keine Befunde erhoben. Gemäss Rheumatologen wirkte die rechte Hand generell etwas diffus geschwollen, die Kraftprüfung war schmerzbedingt limitiert, die längsverlaufende Narbe war sehr schmerzhaft (Vi-act. 58 S. 40, 47). Auch die Bewegungen der rechten Hand waren schmerzhaft; die Beweglichkeit war deutlich eingeschränkt (Vi-act. 58 S. 42, 48). Die radialen Langfinger imponierten etwas kontrakt; der Faustschluss war weniger voll (Vi-act. 58 S. 42). Der Rheumatologe bezeichnete die Kraftminderung und Bewegungseinschränkungen als relevant (Vi-act. 58 S. 48). Auch der Orthopäde nennt eine Schwellung des Handrückens, wenn auch höchstens eine diskrete (Vi-act. 58 S. 56). Auch stellt er im Vergleich zur Hand links eine Bewegungseinschränkung fest (aktiv und passiv). Auch seine Kräftemessung fällt links und rechts unterschiedlich aus (Vi-act. 58 S. 56, 62). Zudem notiert auch er mehrfach teils massive Schmerzen. Der Gutachter hält auch fest, die Bewegungseinschränkung sei seit Februar 2019 nahezu unverändert geblieben, was seines Erachtens morphologisch nicht erklärbar sei (Vi-act 58 S. 61). Ob es ein Residuum des CRPS darstellen könnte, diskutiert er nicht. Der Neurologe spricht von einer fast dysfunktionalen Handhaltung; das Fingerspiel sei im Seitenvergleich etwas verlangsamt, der Faustschluss inkomplett, die Mittel- und Endglieder der Finger 3-5 könnten nicht vollständig eingekrallt werden. Auch der 9 hole peg-Test zeigt im Seitenvergleich eine Diskrepanz. Im Bereich der volarseitigen Narbe bestehe eine Hyperalgesie (Vi-act. 58 S. 69). Er bestätigt eine gewisse Feinmotorikstörung der rechten Hand (Vi-act. 58 S. 70). Der Psychiater beschreibt starke Schmerzen und Kribbeln sowie Probleme mit Hitze und Kälte (Vi-act. 58 S. 80). Eine Aggravation wurde ausgeschlossen; die Ausführungen der Beschwerdeführerin als glaubhaft und nachvollziehbar beurteilt.

Damit aber erheben auch die Gutachter verschiedene Befunde. Dass die Beschwerdeführerin im Verlauf unter dem Vollbild eines CRPS litt, ist unbestritten. Warum die Gutachter trotz dem diagnostizierten CRPS und trotz der erhobenen

Befunde nicht von einer teilweisen Heilung resp. einem 'CRPS in partieller Remission' (vgl. Harnik et al, a.a.O.), sondern einem St.n. CRPS sprechen, begründen sie nicht. Dies wäre indes zu erwarten, nachdem die behandelnden Ärzte rundwegs die Diagnose 'CRPS in partieller Remission' stellen. Entsprechend fehlen im Gutachten jegliche Auseinandersetzungen mit dieser Diagnose.

6.4 Der orthopädische Gutachter hält fest, für die von ihm erhobenen Befunde, namentlich Schmerzen und Bewegungseinschränkungen, lasse sich objektiv kein Substrat finden. Soweit die behandelnden Ärzte an der Diagnose eines CRPS in partieller Remission festhalten (womit sich die Gutachter nicht auseinandersetzen), mithin das CRPS nur teilweise abgeheilt ist, gilt es daran zu erinnern, dass es sich beim CRPS (und damit auch beim CRPS in teilweiser Remission) um eine neurologisch-orthopädisch-traumatologische Erkrankung und einen organischen beziehungsweise körperlichen Gesundheitsschaden handelt (vgl. oben Erw. 6.2.2). Diesbezüglich gilt es auch zu wiederholen, dass sich gemäss psychiatrischem Experten keine ins Gewicht fallende psychische Störung feststellen lässt (Vi-act. 58 S. 89). Soweit er auf eine belastende Situation am Arbeitsplatz und psychosoziale Aspekte, welche die Schmerzen aufrechterhalten würden, hinweist, so ist auf die oben ausgeführte Feststellung zu verweisen, dass dem Gutachten eine Meldung der Case Managerin betreffend Probleme am Arbeitsplatz vorlag (worauf der Psychiater Bezug nimmt), nicht jedoch die kurz darauf stark relativierende Meldung der Beschwerdeführerin nach einer Aussprache mit ihrem Chef. Entsprechend ist diese Begründung im Gutachten in Zweifel zu ziehen.

6.5 Zusammenfassend liegen damit verschiedene Indizien vor, welche gegen die Verwertbarkeit des Gutachtens J. _____ sprechen, so dass die Vorinstanz zu Unrecht darauf abgestellt hat. Zu kritisieren ist dabei neben formellen Punkten (oben Erw. 6.1) im Wesentlichen, dass sich das Gutachten wohl zur Kausalität des CRPS äussert, dann aber überhaupt keine Auseinandersetzung mit der von allen Behandlern gestellten Diagnose eines CRPS in partieller Remission erfolgt. Die Diagnosestellung im Gutachten eines Status nach CRPS ist insofern nicht nachvollziehbar. Auch die im Gutachtenauftrag formulierten Fragen gehen nicht auf die Diagnose 'CRPS in partieller Remission' ein, so dass letztlich ungeklärt bleibt, ob aufgrund der erhobenen Befunde ein nur teilweise ausgeheiltes CRPS vorliegt und wie sich dies auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin auswirkt. Der Einspracheentscheid ist daher aufzuheben und die Sache zur weiteren Klärung an die Vorinstanz zurückzuweisen. So ist namentlich zu klären, ob die Diagnose eines CRPS in partieller Remission bestätigt werden kann (was eine Auseinandersetzung mit dieser Diagnose, namentlich im Gegensatz zur Diagno-

se eines Status nach CRPS voraussetzt) und wie sich dies auf die medizinische Behandlung, die Arbeitsfähigkeit und einen allfälligen Integritätsschaden auswirkt.

7.1 Nach dem Gesagten ist die Beschwerde gutzuheissen und die Sache zur weiteren Abklärung an die Vorinstanz zurückzuweisen.

7.2 Es werden keine Verfahrenskosten erhoben (Art. 61 lit. f^{bis} ATSG).

7.3 Nachdem die beanwaltete Beschwerdeführerin im vorliegenden Verfahren obsiegt, ist ihr zu Lasten der Vorinstanz eine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 61 lit. g ATSG / § 74 Abs. 1 VRP). Die Parteientschädigung ist in Beachtung des kantonalen Gebührentarifs für Rechtsanwälte (GebTRA; SRSZ 280.411) vom 27. Januar 1975, welcher für das Honorar im Verfahren vor Verwaltungsgericht in § 14 einen Rahmen von Fr. 300.-- bis Fr. 8'400.-- vorsieht, und unter Beachtung der in § 2 des Gebührentarifs enthaltenen Kriterien sowie in Ausübung des pflichtgemässen Ermessens auf insgesamt Fr. 2'500.-- (inkl. Barauslagen und MwSt) festzusetzen.

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid vom 12. Oktober 2022 aufgehoben und die Sache zur weiteren Sachverhaltsabklärung und neuem Entscheid im Sinne der Erwägungen an die Vorinstanz zurückgewiesen.
2. Es werden keine Kosten erhoben.
3. Die Vorinstanz hat der beanwalteten Beschwerdeführerin eine Parteidenschädigung von Fr. 2'500.-- (inkl. Barauslagen und MwSt) zu leisten.
4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit Zustellung Beschwerde* in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, erhoben werden (Art. 42 und 82ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht [BGG; SR 173.110] vom 17.6.2005).
Soweit die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten nicht zulässig ist, kann in derselben Rechtschrift subsidiäre Verfassungsbeschwerde* erhoben und die Verletzung von verfassungsmässigen Rechten gerügt werden (Art. 113ff. BGG).
5. Zustellung an:
 - den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin (2/R)
 - die Vorinstanz (R)
 - und das Bundesamt für Gesundheit BAG, 3003 Bern (A).

Schwyz, 12. Juni 2023

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Vizepräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

***Anforderungen an die Beschwerdeschrift**

Die Beschwerdeschrift ist in einer Amtssprache (Deutsch, Französisch, Italienisch, Rumantsch Grischun) abzufassen und hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. In der Begründung ist in gedrängter Form darzulegen, inwiefern der angefochtene Entscheid Recht verletzt. Die Urkunden, auf die sich die Partei als Beweismittel beruft, sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat; der angefochtene Entscheid ist beizulegen.

Versand: 22. Juni 2023