

# SO\_GERICHTE VSBES.2018.258 vom 29. August 2024

SO Obergericht, 2024-08-29, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2018.258\\_d20240829](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2018.258_d20240829)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2018.258 du 29 août 2024

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2018.258 del 29 agosto 2024

## Regeste

Unfallversicherung

## Erwägungen

### E. 1

1.1 Mit Schadenmeldung UVG vom 9. Januar 2012 (BA [Akten der Basler Versicherung] 1, S. 24) wurde der Basler Versicherung AG (nachfolgend Beschwerdegegnerin) mitgeteilt, A.\_\_\_\_ (nachfolgend Beschwerdeführerin), geb. 1959, habe am 28. Dezember 2011 ein Unfallereignis erlitten, als sie beim Überqueren des Zebrastreifens auf Glatteis ausgerutscht und auf den Arm gefallen sei. Dabei zog sie sich rechts eine Radiusfraktur zu, welche noch am Unfalltag operiert wurde (BA 1, S. 94). Sodann wurde im Bericht des B.\_\_\_\_ vom 11. September 2012 (BA 2) ein CRPS Typ II mit punktförmigen Schmerzen im Bereich des Ulnokarpalgelenks und eine Bewegungseinschränkung der Schulter bei Störung der Schmerzverarbeitung bei Überlastungssituation und Zukunftsängsten festgestellt. In der Folge holte die Beschwerdegegnerin weitere medizinische Unterlagen ein und veranlasste mehrere medizinische Abklärungen.

Schliesslich erteilte die Beschwerdegegnerin der Detektei C.\_\_\_\_ GmbH am 10. Juni 2015 den Auftrag, die Beschwerdeführerin zu observieren (BA 13). Im Überwachungsauftrag wurde festgehalten, mit der Observation solle festgestellt werden, ob die angegebene Einschränkung der Arbeitsfähigkeit und/oder die angegebenen Einschränkungen bestünden. Es sollten sowohl entlastende wie auch belastende Beobachtungen festgehalten werden. In der Folge wurde die Beschwerdeführerin im Zeitraum vom 10. Juni 2015 bis 25. Juli 2015 observiert (BA 14). Nach Eingang der Überwachungsmaterialien legte die Beschwerdegegnerin diese ihrer Vertrauensärztin, Dr. med. D.\_\_\_\_, Fachärztin für orthopädische Chirurgie und Traumatologie FMH, zur Stellungnahme vor.

Gestützt auf die Überwachungsmaterialien (BA 14) und das Aktengutachten vom 14. September 2015 von Frau Dr. med. D.\_\_\_\_ (BA 16) stellte die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 24. September 2015 (BA 1, S. 326) die Taggeldleistungen und Heilbehandlungen per 11. Mai 2015 ein und forderte die seither erbrachten Leistungen zurück, insgesamt CHF 14'083.50 für Taggelder und CHF 932.80 für Heilbehandlungen. Dagegen sprach sie der Beschwerdeführerin eine Integritätsentschädigung von 10 % zu.

Gegen diese Verfügung liess die Beschwerdeführerin am 21. Oktober 2015 Einsprache erheben (BA 1, S. 308). Am 2. Juni 2016 stellte die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin den ausgefertigten Einspracheentscheid, betitelt mit «Entwurf», zu. Mit Schreiben vom 8. Juni 2016 liess die Beschwerdeführerin gegen die Verfasser des Einspracheentscheid-Entwurfs ein Ausstandsbegehren stellen. Zur Begründung wurde ausgeführt, dieser Entwurf erwecke bei ihr den Anschein der fehlenden Ergebnisoffenheit

resp. der Befangenheit infolge Voreingenommenheit. Daraufhin erliess die Beschwerdegegnerin am 26. September 2016 eine Verfügung, womit sie das Ausstandsbegehren der Beschwerdeführerin abwies. Die gegen diese Verfügung erhobene Beschwerde hiess das Versicherungsgericht mit Urteil VSBES.2016.277 vom 19. März 2018 (BA 1, S. 208) gut, hob die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 26. September 2016 auf, hiess das Ausstandsgesuch gut und wies die Sache zurück an die Beschwerdegegnerin.

Schliesslich erliess die Beschwerdegegnerin am 20. September 2018 einen Einspracheentscheid (A.S. [Akten-Seite] 1 ff.), worin sie die Einsprache der Beschwerdeführerin vom 21. Oktober 2015 gegen die Verfügung vom 24. September 2015 abwies. Weiter hielt sie darin fest, dass bezüglich des Anspruchs auf eine Integritätsentschädigung in einem separaten Verfahren entschieden werde.

2. Gegen diesen Entscheid lässt die Beschwerdeführerin am 18. Oktober 2018 fristgerecht Beschwerde beim Versicherungsgericht erheben (A.S. 7 ff.) mit den Rechtsbegehren:

3. Mit Beschwerdeantwort vom 12. Dezember 2018 (A.S. 39 ff.) stellt die Beschwerdegegnerin folgende Rechtsbegehren:

4. In der Folge verzichtet die Beschwerdeführerin auf Einreichung einer Replik.

5. Mit Verfügung vom 5. November 2019 (A.S. 84 ff.) wird bei Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt für Handchirurgie FMH, Senior Consultant Handchirurgie, K.\_\_\_\_, ein handchirurgisches Gerichtsgutachten veranlasst.

Zudem wird in der Verfügung festgehalten, das Gericht stelle dem Gutachter die Verfahrensakten inklusive der Vorakten der Basler Versicherung sowie der Observationsaufnahmen (1 DVD) zu. Dagegen werde der Observationsbericht der Detektei L.\_\_\_\_ AG (Akten-Nr. 14 der Basler Versicherung) dem Gutachter nicht zugestellt. Dieser Bericht habe bei der gutachterlichen Beurteilung unberücksichtigt zu bleiben. Zur Begründung wird diesbezüglich ausgeführt: «Wie bereits in der Verfügung vom 11. September 2019 festgehalten, enthält der Observationsbericht der Detektei L.\_\_\_\_ AG nach vorläufiger Würdigung der Vizepräsidentin des Versicherungsgerichts subjektive Wertungen und erscheint insgesamt nicht genügend objektiv abgefasst worden zu sein. Dieser Bericht wird deshalb dem Gutachter nicht zugestellt.»

6. Das Gutachten von Dr. med. J.\_\_\_\_ ergeht am 30. November 2019 (A.S. 92 ff.).

7. Mit Stellungnahme vom 27. Januar 2020 (A.S. 117 ff.) lässt sich die Beschwerdegegnerin abschliessend vernehmen.

8. Mit Stellungnahme vom 28. Februar 2020 (A.S. 126 ff.) lässt sich die Beschwerdeführerin ebenfalls abschliessend vernehmen und den Antrag stellen, dem Gutachter seien folgende Ergänzungsfragen zu stellen:

9. Mit Verfügung vom 6. März 2020 (A.S. 135) werden die Anträge der Beschwerdeführerin auf Durchführung einer Parteibefragung sowie die mit Eingabe des Vertreters der Beschwerdeführerin vom 28. Februar 2020 gestellten Ergänzungsfragen abgewiesen. Als Begründung zur Abweisung der Ergänzungsfragen wird ausgeführt: «Die vom Vertreter der Beschwerdeführerin gestellten Ergänzungsfragen Nr. 1 ■ 4 werden durch das Gutachten von Dr. med. J.\_\_\_\_ vom 30. November 2019 ■ nach einer vorläufigen und

unpräjudiziellen Prüfung durch die Instruktionsrichterin ■ bereits hinreichend beantwortet. Selbst wenn diese Fragen ■ wie von der Beschwerdeführerin gerügt ■ von Dr. med. J. \_\_\_ nicht ausdrücklich beantwortet worden sein sollten, ergeben sich die diesbezüglichen Antworten doch aus dem Kontext des Gutachtens. Bezüglich der Ergänzungsfragen 5 und 6 ist anzumerken, dass mit Verfügung des Versicherungsgerichts vom 5. November 2019 Dr. med. J. \_\_\_ aufgrund seiner persönlichen fachlichen Qualifikationen als Gutachter bestimmt wurde und nicht aufgrund seiner Tätigkeit K. \_\_\_. Dementsprechend spielt es für den Beweiswert des Gutachtens keine Rolle, ob die Begutachtung im K. \_\_\_ oder an einem anderen Ort durchgeführt wurde. Im Übrigen ist Dr. med. J. \_\_\_ lediglich als Senior Consultant beim K. \_\_\_ tätig, woraus sich bereits erhellt, dass er für allfällige Gutachten keine Einwilligung des K. \_\_\_ einzuholen hat. Demnach sind auch die Ergänzungsfragen Nr. 5 und 6 vorliegend nicht relevant.»

10. Mit Eingabe vom 10. Juni 2020 (A.S. 139) stellt die Beschwerdeführerin folgende Beweisanträge:

Mit Verfügung vom 15. Juni 2020 (A.S. 137) werden die Anträge 1 ■ 5 der Beschwerdeführerin abgewiesen. Als Begründung zur Abweisung der Anträge wird ausgeführt: «Der Vertreter der Beschwerdeführerin stellt im Zusammenhang mit der Untersuchungsdauer im Rahmen des Gerichtsgutachtens von Dr. med. J. \_\_\_ verschiedene Beweisanträge (Partei- und Zeugenbefragung sowie Einholung der prozessleitenden Verfügung vom 19. Februar 2020 im Verfahren SLZAG.2016.11 beim Richteramt Solothurn-Lebern). Vorweg ist dazu festzuhalten, dass es für den Aussagegehalt eines Arztberichtes oder eines Gutachtens nicht auf die Dauer der Untersuchung ankommen kann; massgeblich ist vielmehr, ob der Bericht inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist (Urteil des EVG I 719/05 vom 17. November 2006, E. 3), was nach einer vorläufigen und unpräjudiziellen Würdigung durch die Vizepräsidentin des Versicherungsgerichts hinsichtlich des Gutachtens von Dr. med. J. \_\_\_ bejaht werden kann. Zudem ist anzufügen, dass der Gutachter im vorliegenden Fall nicht eine Untersuchung des ganzen Körpers, sondern nur des rechten Handgelenks der Beschwerdeführerin vorzunehmen hatte, weshalb die von der Beschwerdeführerin behauptete Untersuchungsdauer von einer Stunde auch im Lichte dessen nicht von vornherein als «zu kurz» bezeichnet werden könnte. Sodann ist hinsichtlich der von der Beschwerdeführerin geltend gemachten Diskrepanz, wonach die Untersuchung nur eine Stunde gedauert habe, der Gutachter in der Honorarnote jedoch drei Stunden angegeben habe, festzuhalten, dass bereits die Dolmetscherin in ihrer Honorarnote eine «Arbeitszeit» von 120 Minuten (11 ■ 13 Uhr) angegeben hat. Wie eingangs erwähnt, ist für den Beweiswert eines Gutachtens nicht die Untersuchungsdauer entscheidend, sondern dessen Inhalt. Deshalb sind die beantragten Beweismassnahmen unnötig und die gestellten Beweisanträge abzuweisen.»

11. Am 17. Juni 2020 findet vor dem Versicherungsgericht eine Verhandlung statt. Anwesend ist die Beschwerdeführerin sowie deren Rechtsvertreter, Rechtsanwalt Rémy Wyssmann. Die Beschwerdegegnerin hat auf eine Teilnahme an der Verhandlung verzichtet; ihr ist denn auch das Erscheinen freigestellt worden. Rechtsanwalt Wyssmann reicht als Urkunden den Lebenslauf von Dr. med. J. \_\_\_ sowie Fotos des Domizils von Dr. med. J. \_\_\_ zu den Akten.

Nach Abschluss des Plädoyers stellt der Vertreter der Beschwerdeführerin folgende modifizierte Rechtsbegehren:

1. Der Einspracheentscheid der Basler Versicherung AG vom 20. September 2018 sei vollumfänglich aufzuheben.
2. Es sei gerichtlich festzustellen, dass für Rückforderungen der Unfallversicherung keine rechtliche Grundlage bestehe, weshalb von der Geltendmachung solcher Forderungen abzusehen sei.
3. a) Es sei eine neue gerichtliche Begutachtung den Fall der Beschwerdeführerin betreffend durchzuführen.  
b) Eventualiter: Die Rechtsstreitsache sei zur Erstellung eines handchirurgischen und neurologischen Fachgutachtens zur weiteren Abklärung und zum Neuentscheid an die Unfallversicherung zurückzuweisen, wobei während der Abklärungszeit weiterhin die ungekürzten Unfalltaggelder und Heilungskosten auszurichten seien.  
c) Subeventualiter: Es sei ein Einkommensvergleich vorzunehmen und es seien der Beschwerdeführerin ab wann rechtens die gesetzlichen Unfallrentenleistungen nach Massgabe einer unfallbedingten Erwerbsunfähigkeit von mindestens 26 %, die gesetzlichen Heilungskostenleistungen und eine Integritätsentschädigung nach Massgabe des fachärztlich ausgewiesenen unfallbedingten Integritätsschadens von mindestens 10 % zzgl. eines Verzugszinses zu 5 % ab wann rechtens auszurichten.
4. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin.
12. Mit Verfügung vom 22. Juli 2020 (A.S. 149) wird den Parteien mitgeteilt, das Beweisverfahren werde wieder eröffnet. Zur Beurteilung der Streitfrage, ob die Beschwerdegegnerin die Taggeldleistungen und die Kostenübernahme für Heilbehandlungen der Beschwerdeführerin zu Recht per 11. Mai 2015 eingestellt habe, werde ein gerichtliches handchirurgisches Obergutachten eingeholt.
13. Mit Verfügung vom 13. August 2020 (A.S. 150) wird festgestellt, dass das Gutachten von Dr. med. J. \_\_\_ vom 30. November 2019 keine taugliche Beweisgrundlage für eine abschliessende Anspruchsbeurteilung im vorliegenden Fall bilde, weshalb ein handchirurgisches Obergutachten eingeholt werde. Es sei vorgesehen, mit der Begutachtung der Beschwerdeführerin Dr. med. P. \_\_\_, Fachärztin FMH für Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates sowie für Handchirurgie, von der Q. \_\_\_, zu beauftragen.
14. Mit Verfügung vom 13. Oktober 2020 (A.S. 169) wird festgestellt, dass sich die mit Verfügung vom 13. August 2020 als Gutachterin vorgeschlagene Dr. med. P. \_\_\_, Fachärztin FMH für Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates sowie für Handchirurgie, von der Q. \_\_\_, in der Vergangenheit bereits als behandelnde Ärztin mit der Beschwerdeführerin befasst habe, weshalb sie als unabhängige Gutachterin ausscheide. Es sei vorgesehen, mit der Begutachtung der Beschwerdeführerin stattdessen Dr. med. R. \_\_\_, Facharzt FMH für Handchirurgie, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, Handzentrum S. \_\_\_, T. \_\_\_, [...], gutachterlich tätig für das U. \_\_\_, [...], zu beauftragen.
15. Mit Verfügung vom 10. November 2020 (A.S. 180) wird als Gutachter Dr. med. R. \_\_\_, Facharzt FMH für Handchirurgie, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, Handzentrum S. \_\_\_, T. \_\_\_ S. \_\_\_, [...], gutachterlich tätig für das U. \_\_\_, [...], bestimmt.
16. Das Gutachten von Dr. med. R. \_\_\_, Facharzt FMH für Handchirurgie, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, ergeht am 8. Juni 2021 (A.S. 190).

17. Mit Stellungnahme vom 2. Juli 2021 (A.S. 223) lässt sich die Beschwerdeführerin zum Gutachten von Dr. med. R.\_\_\_\_ vernehmen.
18. Mit Stellungnahme vom 16. August 2021 (A.S. 234) lässt sich die Beschwerdegegnerin zum Gutachten von Dr. med. R.\_\_\_\_ vernehmen und stellt folgende Anträge:
  19. Mit Verfügung vom 18. November 2021 (A.S. 242) wird festgestellt, dass das Gutachten von Dr. med. R.\_\_\_\_ vom 31. Mai 2021 wie auch das Gutachten von Dr. med. J.\_\_\_\_ vom 30. November 2019 (vgl. Verfügung vom 13. August 2020) keine taugliche Beweisgrundlage für eine abschliessende Anspruchsbeurteilung im vorliegenden Fall bildeten, weshalb ein handchirurgisches Obergutachten eingeholt werde. Es sei vorgesehen, mit der Begutachtung der Beschwerdeführerin Dr. med. V.\_\_\_\_, FMH Handchirurgie, W.\_\_\_\_, [...], zu beauftragen.
  20. Mit Verfügung vom 10. Dezember 2021 (A.S. 252) wird als Gutachter Dr. med. V.\_\_\_\_, FMH Handchirurgie, W.\_\_\_\_, [...], bestimmt.
  21. Das Gutachten von Dr. med. V.\_\_\_\_, FMH Handchirurgie, ergeht am 23. Januar 2023 (A.S. 260).
  22. Mit Eingabe vom 17. März 2023 (A.S. 303) nimmt die Beschwerdegegnerin zum Gutachten von Dr. med. V.\_\_\_\_ Stellung.
  23. Mit Stellungnahme vom 30. März 2023 (A.S. 312) lässt sich die Beschwerdeführerin zum Gutachten von Dr. med. V.\_\_\_\_ vernehmen und stellt folgendes Rechtsbegehren:

Der Beschwerdeführerin seien die gesetzlichen Unfallrentenleistungen nach Massgabe einer unfallbedingten Erwerbsunfähigkeit von 50 %, die gesetzlichen Heilungskostenleistungen und eine Integritätsentschädigung nach Massgabe des fachärztlich ausgewiesenen unfallbedingten Integritätsschadens von mindestens 10 % zzgl. eines Verzugszinses von 5 % seit wann rechtens direkt zuzusprechen, dies unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin.
  24. Mit Verfügung vom 20. Juli 2023 (A.S. 322) wird den Parteien mitgeteilt, es werde beabsichtigt, Dr. med. V.\_\_\_\_, FMH Handchirurgie, W.\_\_\_\_, [...], im Zusammenhang mit seinem handchirurgischen Gutachten vom 23. Januar 2023 Ergänzungsfragen zu stellen. Den Parteien werde Frist gesetzt, um allfällige Ergänzungsfragen zu formulieren.
  25. Mit Verfügung vom 5. Oktober 2023 (A.S. 333) werden Dr. med. V.\_\_\_\_, FMH Handchirurgie, im Zusammenhang mit seinem handchirurgischen Gutachten 23. Januar 2023 Erläuterungsfragen gestellt, welche dieser mit Stellungnahme vom 4. März 2024 (A.S. 339 ff.) beantwortet.
  26. Mit Stellungnahme vom 21. Mai 2024 (A.S. 355 f.) lässt sich die Beschwerdeführerin dazu vernehmen und beantragt weitere Ergänzungsfragen an den Gutachter.
  27. Mit Eingabe vom 21. Mai 2024 (A.S. 358 ff.) lässt sich die Beschwerdegegnerin abschliessend vernehmen.
  28. Auf die weiteren Ausführungen der Parteien in ihren Rechtsschriften wird im Folgenden, soweit erforderlich, eingegangen.

II.

1. Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten.

## **E. 2**

2.1 Ist die versicherte Person infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat er Anspruch auf ein Taggeld (Art. 16 Abs. 1 Bundesgesetz über die Unfallversicherung [UVG, SR 832.20]). Dieses beträgt bei voller Arbeitsunfähigkeit 80 % des versicherten Verdienstes; bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit wird es entsprechend gekürzt (Art. 17 Abs. 1 UVG).

2.2 Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]).

## **E. 3**

3.1 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers gemäss Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. 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 anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiere (BGE 129 V 181 E. 3.1, 119 V 337 E. 1, 118 V 289 E. 1b, je mit Hinweisen).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis oder einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall der Richter im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 181 E. 3.1, 119 V 338 E. 1, 118 V 289 E. 1b, je mit Hinweisen).

3.2 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im 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 181 E. 3.2, 123 V 103 E. 3d, 139 E. 3c, 122 V 416 E. 2a, 121 V 49 E. 3a mit Hinweisen).

4. Streitig und zu prüfen ist vorliegend, ob die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 24. September 2015 sowie Einspracheentscheid vom 20. September 2018 zu Recht die Taggeldleistungen und Heilbehandlungen der Beschwerdeführerin per 11. Mai 2015 einstellte, den Rentenanspruch implizit verneinte und die seither erbrachten Leistungen ■ insgesamt CHF 14'083.50 für Taggelder und CHF 932.80 ■ zurückforderte. Insofern die Beschwerdeführerin die Ausrichtung einer Integritätsentschädigung verlangt, ist festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Einspracheentscheid ausdrücklich festgehalten hat, über den Anspruch auf eine Integritätsentschädigung und dessen Höhe werde in einem separaten Verfahren entschieden. Somit gehört der Anspruch auf eine Integritätsentschädigung im vorliegenden Verfahren nicht zum Streitgegenstand, weshalb auf das diesbezügliche Begehren nicht einzutreten ist.

5. Bezüglich des vorgenannten Streitgegenstandes sind im Wesentlichen folgende Unterlagen von Belang:

5.1 Im Sprechstundenbericht des X.\_\_\_\_ vom 18. April 2012 (BA 1, S. 82) wurde ein CRPS bei Status nach Plattenosteosynthese mit Aptus-Platte volar am 28. Dezember 2011 bei dorsal dislozierter, intraartikulärer, distaler Radiusfraktur rechts diagnostiziert. Es seien eine Persistenz der deutlich vermehrten Behaarung über dem rechten Handgelenk und ein indolenter distaler Radius feststellbar. Die Handgelenksbeweglichkeit Dorsal- / Palmarflexion betrage 30/0/0°, die Pro-/Supination 30/0/60°.

5.2 Im Austrittsbericht des B.\_\_\_\_, Universitätsklinik für Plastische- und Handchirurgie, [...], vom 16. August 2012 (BA 1, S. 76) wurden folgende Diagnosen gestellt:

Konsolidierte intraartikuläre Radiusfraktur rechts mit/bei:

Klinisch sei die Beweglichkeit hauptsächlich midkarpal vorhanden, radiokarpal bewege sie nicht, im QEC zeige sich eine Ulnaplusvariante auf beiden Seiten symmetrisch, ohne karpale Gefügestörung und ohne Hinweis auf eine prä-dynamische interkarpale Bandinstabilität. Insbesondere kein Hinweis auf Instabilität des SL-Bandes. Nach einer Woche Hospitalisation und Schmerztherapie sitze der Contiplex schlecht und es gelinge keine komplette Schmerzausschaltung. Die Schienentherapie dynamisch erziele ein nicht befriedigendes Resultat bei persistierenden Schmerzen vor allen Dingen ulnokarpal. Am 13. August 2012 sei eine diagnostische Arthroskopie des Handgelenkes durchgeführt worden. Auch eine wiederholte Infiltration des Handgelenkes habe keine Besserung erbracht.

5.3 Im Verlaufsbericht des B.\_\_\_\_, Universitätsklinik für Plastische- und Handchirurgie, vom 21. Februar 2013 (BA 4) wurden folgende Diagnosen gestellt:

CRPS Typ II Stadium II-III mit deutlicher Bewegungseinschränkung und Schmerzen der gesamten rechten oberen Extremität bei:

Störung der Schmerzverarbeitung bei Überlastungssituation und Zukunftsängsten

Aktuell sehe man kein Verbesserungspotential der Situation. Eine weitere operative Therapie sei nicht erfolgsversprechend und die begleitende Schmerztherapie und psychosomatische Therapie habe die Beschwerdeführerin abgebrochen. Sie nehme aktuell ausser Spedifen keine Schmerztherapie. Im Prinzip sei die rechte Hand nur als Hilfshand für links zu gebrauchen, so könne sie kaum schreiben, keine schweren Gegenstände tragen und keine repetitiven Arbeiten ausführen. Die Arbeitsfähigkeit werde sich nach dem Eingliederungspotential richten. Eine handwerkliche Tätigkeit, wo hauptsächlich die rechte Hand gebraucht werde, sei nicht durchzuführen.

5.4 Im handchirurgischen Gutachten von Prof. Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt FMH Chirurgie, spez. Handchirurgie, vom 13. Juni 2013 (BA 5) wurde ausgeführt, es bestehe eine mit erheblicher Bewegungseinschränkung im Handgelenk, einem Ulnavorschub und einer chronischen Schmerzhaftigkeit verheilte intraartikuläre Radiusfraktur rechts. Zudem bestünden eine regelrechte Gelenkflächenstellung und eine Anschwellung des N. medianus noch nicht geklärt Ursache. Als Befund gab Prof. Dr. med. E.\_\_\_\_ an, die rechte Hand stehe im Handgelenk nach ulnar um 15° inkliniert, lasse sich nur unter Schmerzäusserung gerade richten (bis 5° Ulnarabduktion). Die Farbe zum Untersuchungszeitpunkt erscheine normal, beim Betasten kein Seitenunterschied in der Hauttemperatur oder Schweissfeuchtigkeit. Beugeseitig finde sich eine 5 cm lange reizlos verheilte und gut verschiebliche Narbe entlang der FCR-Sehne nach Osteosynthese einer Radiusfraktur und Metallentfernung. Die Narben nach Einführung des Endoskops zur Handgelenkspiegelung seien kaum sichtbar. Die Beweglichkeit im rechten Handgelenk sei stark eingeschränkt: Beugung/Streckung rechts 10/0/35, links 60/0/70; Radial/ulnar rechts 0/5/15, links 30/0/35; Pro/Supination rechts 60/0/65, links 90/0/90. Die Umfangmessung ergebe Folgendes: Unterarm maximaler Umfang rechts 25 cm, links 25 cm; Handgelenk rechts 17.5 cm, links 18 cm; Hand ohne Daumen rechts 18 cm, links 19 cm. Die grobe Kraft im Faustschluss betrage rechts 3 kp und links 5 kp. Das Gefühl werde überall als normal angegeben, aber wenn sie etwas mit der Hand tun wolle, dann habe sie ein Kribbeln in der Hand und die schon erwähnte fleckige Verfärbung. Die Pulse am Handgelenk seien beidseits normal zu tasten, die Rekapillarierungszeit sei seitengleich regelrecht. Die Fingerfunktionen seien ungestört, alle Greiformen seien ausführbar, der volle Faustschluss und die volle Fingerstreckung würden erreicht. Die geschilderten Befunde stünden alle im natürlichen Kausalzusammenhang mit dem Unfallgeschehen. Die Anschwellung des N. medianus rechts auf 0,14 cm<sup>2</sup> müsste neurologisch abgeklärt werden, sie könnte Hinweis auf ein Karpaltunnelkompressionssyndrom sein, welches einen Teil der Beschwerden erklären könnte. Wenn dies nachgewiesen werden könnte, wäre hier eine dekomprimierende Operation anzuraten. In ihrer bisherigen Tätigkeit als Arbeiterin in der Spitalwäscherei (X.\_\_\_\_) könne die Beschwerdeführerin nicht mehr arbeiten, da die rechte Hand nur noch als sehr beschränkt einsetzbare Hilfshand zu gebrauchen sei. Auch als Putzhilfe wäre sie auf eine funktionierende rechte Hand angewiesen. Andere zumutbare Tätigkeiten sehe er, Prof. Dr. med. E.\_\_\_\_, nicht: die Beschwerdeführerin habe keinen Beruf gelernt, sie sei als Putzhilfe und in der Wäscherei beschäftigt, müsse also von ihrer Hände-Arbeit leben, eine solche Arbeit sei einhändig nicht auszuführen, Verweistätigkeiten im Verwaltungsdienst z.B. (was ohne anstrengende Tätigkeit der Hände ausführbar wäre) seien unsinnig hier anzugeben. Zur Beurteilung des Integritätsschadens hielt Prof. Dr. med. E.\_\_\_\_ fest, die körperliche Integrität sei zu 50 % eingeschränkt (nahezu komplette Gebrauchsunfähigkeit der rechten Hand). Unfallfremde Vorzustände hätten nicht vorgelegen.

5.5 Dr. med. Y.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Neurologie, hielt in seinem Bericht vom 24. Oktober 2013 (BA 6) fest, eine Störung der peripheren Innervation an der rechten Hand könne er nicht nachweisen. So seien die Sensibilität an der Hand und die Kraft der kleinen Handmuskeln vollkommen erhalten, ebenso die Trophik und Sudomotorik. Auch die entsprechenden Leitgeschwindigkeiten seien vollkommen normal. Damit könne er ein Carpal tunnel syndrome nicht nachweisen. Auch eine Beeinträchtigung des N. ulnaris im Sulcus, wie dies zu früheren Zeiten diskutiert worden sei, liege zumindest aktuell nicht vor.

5.6 Im Austrittsbericht der Z.\_\_\_\_ vom 10. Februar 2014 (BA 9), wo eine Schmerztherapie durchgeführt worden war, wurden folgende Diagnosen gestellt:

Status nach CRPS Hand rechts

Die Beschwerdeführerin sei wegen therapieresistenter Schmerzen des rechten Handgelenks sowie stark eingeschränkter Funktionalität nach Ausschöpfen der ambulanten Massnahmen zur multimodalen Schmerztherapie hospitalisiert worden. Im Eintrittsstatus sei, neben einer eindrücklichen Schonhaltung des gesamten rechten Armes, insbesondere eine fast aufgehobene Flexionsmöglichkeit im rechten Handgelenk aufgefallen. Neben der eingeschränkten Funktion seien für die Beschwerdeführerin Schmerzen sowie eine Schwellungsneigung im Vordergrund gestanden. Während sich anfänglich ein stagnierender Verlauf gezeigt habe, habe die Beschwerdeführerin in der letzten Woche deutlich Fortschritte gemacht. Die Schonhaltung sei sichtlich zurückgegangen, sie habe ihre Hand wieder besser integrieren können und sie habe angegeben, dass sie endlich das Gefühl habe, dass die Hand wieder zu ihr gehöre. Ebenso habe sie eine Schmerzreduktion erfahren. Insgesamt habe sie von dem stationären Aufenthalt gut profitieren können und sei motiviert für die weitere ambulante Therapie.

5.7 Im handchirurgischen Gutachten vom 13. Oktober 2014 (BA 11) führte Dr. med. F.\_\_\_\_ vom AB.\_\_\_\_, Klinik für Plastische Chirurgie und Handchirurgie aus, die Beschwerden hätten sich nicht verändert. Es bestehe weiterhin ein Nacht- und Ruheschmerz sowie eine intermittierende Schwellung des rechten Handrückens. Auch die stationäre Behandlung in der Z.\_\_\_\_ habe entgegen der eher positiven Dokumentation gemäss Beschwerdeführerin keine Beschwerdelinderung gebracht. Die Befunde seien unverändert. Die Umfangmessung am Unterarm habe beidseits einen maximalen Umfang von 26 cm, auf Höhe der Mittelhand beidseits 16 cm, ergeben. Die grobe Kraft im Faustschluss habe mit dem Jamar Stufe III für links 8 kg, rechts 0, auf Stufe II gemessen für links 6 kg, rechts 0 betragen. Die rechte Hand sei im Seitenvergleich etwas kühler, bei der Untersuchung aber nicht geschwollen gewesen. Der Faustschluss sei uneingeschränkt möglich, die Handgelenksbeweglichkeit stark eingeschränkt gewesen. Es sei keine Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf als Wäschereimitarbeiterin zumutbar, da eine Beidhändigkeit vorausgesetzt werde. Aufgrund der Ausbildung der Beschwerdeführerin sei eine andere Tätigkeit nicht zumutbar. Ob eine Tätigkeit in einem rein administrativen Bereich möglich wäre, müsste zusammen mit der Beschwerdeführerin evaluiert werden.

5.8 Im handchirurgischen Gutachten von Dr. med. H.\_\_\_\_, FMH Handchirurgie, AC.\_\_\_\_ Klinik, vom 2. März 2015 (BA 12) wurde festgehalten, die Diagnosen hätten sich seit der Begutachtung von Prof. Dr. med. E.\_\_\_\_ vom 13. Juni 2013 verändert:

Schmerzsyndrom und Beweglichkeitseinschränkung im Handgelenk rechts (dominant) bei

Die Beschwerdeführerin gebe bereitwillig und umfassend Auskunft und könne ihre Beschwerden gut und glaubhaft beschreiben. Zur Befunderhebung führte Dr. med. H.\_\_\_\_ aus, die rechte obere Extremität sei inspektorisch reizlos, im Bereich des Handgelenkes bestehe zum Zeitpunkt der Untersuchung (9 Uhr morgens) eine minimale Schwellung dorsal. Die Farbe der Hand sei im Vergleich zur linken Seite nicht verändert und normal, die Hauttemperatur sowie die Sudomotorik seien seitengleich und unverändert. Es fänden sich keine Zeichen eines persistierenden CRPS. Bei der Schulterbeweglichkeit rechts manifestierten sich Unterschiede zur linken Seite beim Nackengriff von 5 cm und beim Schürzengriff von 22 cm. Die Ellbogenbeweglichkeit sei seitengleich und uneingeschränkt

möglich. Die Faustschlusskraft am Jamar-Dynamometer bei Rechtsdominanz betrage repetitiv geprüft rechts 8-7- 6 kp und links 20-20-20 kp, der Pinchgriff rechts 4-3-3 kp und links 6-6-6 kp. Die Beweglichkeiten an den Handgelenken betragen: Extension/Flexion rechts 50-0-0 0 links 70-0-60, Radial- / Ulnarduktion rechts 0-10-40 0 links 10-0-50, Pro-/Supination rechts 50-0-70 0 links 90-0-90. Die Beweglichkeit der kleinen Fingergelenke sei rechts und links identisch und uneingeschränkt möglich. Die Sensibilität sei an beiden Händen identisch und unbeeinträchtigt. An der rechten Hand befinde sich über dem distalen Vorderarm eine radiopalmare, gut verschiebliche, 5 cm lange Narbe. Die Narben dorsal über dem Handgelenk bei Status nach Arthroskopie seien fast nicht sichtbar. Umfangmessung: Oberarm (10 cm proximal der Ellenbeuge): rechts 32 cm, links 32 cm. Vorderarm (10 cm distal der Ellenbeuge): rechts 25,5 cm, links 25,5 cm. Handgelenk: rechts 17 cm, links 18 cm. Hand (proximale Hohlhandbeugefalte): rechts 18 cm, links 18 cm. Der Radialispuls sei auf der rechten Seite im Vergleich zu links minimal schwächer palpierbar, die Rekapillarierungszeit sei seitengleich und prompt. Die Bildwandleruntersuchung vom 2. März 2015 habe folgende Befunde ergeben: Die distale intraartikuläre Radiusfraktur rechts sei knöchern konsolidiert, der Radiusgelenkwinkel betrage in der ap-Aufnahme 16° (links 30°) und seitlich 0° (links 12° nach palmar). Es bestehe rechts eine relative Ulnaüberlänge, aber auch auf der linken Seite finde sich eine Ulna-Plus-Variante in fast identischem Ausmass wie rechts. Das CT Handgelenk rechts, 3-Phasen-Skelett-Szintigrafie und Spect vom 11. Mai 2015 habe folgende Befunde ergeben: Radiocarpale Überlastungszeichen/Arthrose mit erhaltenem Gelenkspalt, jedoch deutlich verstärkter Nuklidaktivität in der Spätphase entlang der radialen und gegenüberliegenden proximalen Gelenkfläche des Os lunatum. Es seien keine neuen Befunde hinzugekommen. Zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit hielt Dr. med. H. \_\_\_ fest, nach wie vor könne die Beschwerdeführerin ihre rechte dominante Hand lediglich als sehr beschränkt einsetzbare Hilfshand benutzen. Demzufolge sei eine Tätigkeit als Wäschereimitarbeiterin heute auch nicht nur teilzeitmässig zumutbar. Da sie keine Berufslehre habe absolvieren können, sei mit der heute nur sehr beschränkt als Hilfshand einsetzbaren rechten dominanten Hand keine handwerkliche Tätigkeit möglich. Als leidensangepasste Tätigkeit wäre lediglich eine Überwachungsfunktion vorstellbar, bei welcher keine Belastung der rechten Hand erforderlich sei. Er empfehle die gelegentliche Schmerzmedikation mit Dafalgan. Damit habe die Beschwerdeführerin die beste Erfahrung gemacht.

5.9 Im Bericht betreffend die Observation der Beschwerdeführerin vom 10. Juni bis 25. Juli 2015 (BA 14) wurde zusammenfassend festgehalten, der Tagesablauf der Beschwerdeführerin gestalte sich so, dass sie morgens ihr Zuhause meist um 09:00 Uhr verlasse. Mit dem Bus fahre sie nach [...], wo sie Shoppen gehe. Kurz vor Mittag fahre sie dann wieder nach Hause. Manchmal verlasse sie ihr Zuhause auch nachmittags, dann komme sie meist abends um 17:00 Uhr wieder zurück. Es hätten bisher keine beruflichen Tätigkeiten festgestellt werden können. Zu den körperlichen Betätigungen der Beschwerdeführerin wurde ausgeführt, während eines Tages habe sie ein kleines Kind (ca. 1 ■ 2 Jahre alt) betreut. Sie habe das Kind mühelos mit beiden Händen aus dem Kinderwagen heben können. Ebenfalls habe sie die Wäsche gemacht. Sie sei auch für die Einkäufe verantwortlich. Auf dem Balkon habe sie sichtlich anstrengende Arbeiten auf dem Fussboden getätigt. Wenn die Beschwerdeführerin ihre Wohnung verlassen habe, sei sie ausschliesslich mit dem Bus oder zu Fuss unterwegs gewesen. Sie sei meist gemächlich unterwegs und habe die Zeit verstreichen lassen, indem sie in den Läden nach Schnäppchen gesucht habe. Manchmal habe sie Bekannte getroffen, mit denen sie sich unterhalten habe.

Während der Observationsphase habe zu keinem Zeitpunkt eine Einschränkung des rechten Armes bzw. Handgelenkes festgestellt werden können.

5.10 In der versicherungsmedizinischen Stellungnahme vom 14. September 2015 (BA 16) hielt die Vertrauensärztin der Beschwerdegegnerin, Dr. med. D.\_\_\_\_, Fachärztin für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, Zertifizierte medizinische Gutachterin (SIM), fest, ihre Stellungnahme stütze sich auf die ihr zur Verfügung gestellten Akten sowie auf das Videomaterial. Es zeigten sich deutliche Diskrepanzen in der Medikamenteneinnahme zu den Angaben der Schmerzskala. In allen drei durchgeführten Gutachten hätten sich keinerlei muskuläre Umfangdifferenzen der Arme rechts zu links ergeben, dies lasse mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf einen seitengleichen Einsatz der Arme schliessen. Bereits im Gutachten von Prof. Dr. med. E.\_\_\_\_ sei nur ein sehr geringer Unterschied in der groben Kraftprüfung zu entnehmen, daraus könne mit überwiegender Wahrscheinlichkeit geschlossen werden, dass die Versicherte keine wesentliche Kraftminderung im Alltag und bei ihren Tätigkeiten aufweise. Funktionseinschränkungen im Bereich des rechten Handgelenkes sowie der rechten Schulter hätten auf dem Observationsmaterial nicht objektiviert werden können. Allfällige Einschränkungen in der Grob-/ Feinmotorik der rechten Hand könnten ebenfalls nicht objektiviert werden. Auch beim Hantieren mit ihrer Geldbörse und dem Herausnehmen von Scheinen und Münzen liessen sich keine Funktionseinschränkungen objektivieren. Des Weiteren seien Wäscheaufhängen und Zusammenlegen ohne sichtbare Einschränkungen des rechten Handgelenkes und der rechten Schulter während einer halben Stunde problemlos möglich gewesen. Des Weiteren habe die Versicherte mit beiden Händen ein Kind aus dem Kinderwagen nehmen können (dies sei aus dem Observationsprotokoll zu entnehmen), dies zeige, dass eine gleichseitige Belastung der Handgelenke ohne Probleme möglich sei, dies stelle einen Widerspruch zu den bisherigen klinischen Untersuchungsergebnissen dar. In einer Videosequenz habe sich die Versicherte in einem Geschäft für Hosen interessiert, diese habe sie ohne jegliche Probleme mit der rechten Hand von der Stange genommen und habe sie wieder zurückgesetzt, auch hier zeige sich keinerlei Schonhaltung bzw. Funktionseinschränkung der rechten Hand. Unter Berücksichtigung aller Gegebenheiten erklärten sich die von der Versicherten geklagten Beschwerden nur zu einem Teil aus den ärztlich erhobenen Befunden, insgesamt bestehe eine hochgradige Diskrepanz zwischen den von der Versicherten angegebenen Beschwerden und Schmerzen und ihrem beobachteten Verhalten während der Ermittlungsphase. Während dieses Zeitraums könnten zu keiner Zeit funktionelle Einschränkungen objektiviert werden. Basierend auf den vorliegenden Akten, dem Videomaterial und dem Observationsbericht könne aktuell ein Gesundheitsschaden nicht objektiviert werden, der versicherungsmedizinisch betrachtet eine wesentliche Limitierung der Arbeitsfähigkeit, bezogen auf die zuletzt ausgeübte Tätigkeit in der Wäscherei, begründen könnte. Auch für sämtliche Verweistätigkeiten liessen sich aus medizinisch-theoretischer Sicht keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit begründen. Da aus dem letzten Gutachten der AC.\_\_\_\_ Klinik von 2015 keine wesentliche Verschlechterung zu entnehmen sei, sei somit seit diesem Datum von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit angestammt/angepasst auszugehen. Die Unfall-Kausalität mit nachfolgender Entwicklung eines CRPS sei gegeben. Der Status quo sine sei mit dem Datum des Gutachtens der AC.\_\_\_\_ Klinik 2015 erreicht. Die im CT beschriebenen Überlastungszeichen / Arthrose mit erhaltenem Gelenkspalt wären mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auch ohne das Traumadegenerativ in diesem Zeitraum entstanden. Die Handgelenksarthrose sei mässig 5

■ 10 % nach Liste. Somit sei der Versicherten eine Integritätsentschädigung von 10 % geschuldet.

5.11 Anlässlich der Besprechung zwischen der Beschwerdegegnerin und der Beschwerdeführerin vom 16. September 2015 (BA 15) gab die Beschwerdeführerin an, es gehe ihr gut. Sie habe ziemlich Schmerzen im Arm. Auf die Frage, bei welcher Körperhaltung die Beschwerden aufträten, führte die Beschwerdeführerin aus, wenn sie etwas schneiden, oder wenn sie einen Kugelschreiber nehmen müsse. Das seien Bewegungen, die Schmerzen verursachten. Die Finger funktionierten, sobald sie aber eine Drehbewegung mit dem Handgelenk machen müsse, habe sie Schmerzen. Die Tochter der Beschwerdeführerin ergänzte, dass ihre Mutter versuche, den Haushalt zu machen. Wenn sie z.B. Kartoffeln rüste, das gehe schon, aber es sei sehr schmerzhaft. Es sei auch so, dass wenn sie lange etwas mache, sei es schmerzhafter. Schmerzhaft sei es zum Beispiel, eine Autotür zu öffnen. Auch ein Glas nehmen und dieses zum Mund führen. Etwas schneiden oder etwas rüsten. Sobald eine Drehbewegung gemacht werde, habe sie Schmerzen. Von einer Skala bis 10 seien diese bei 7 ■

#### **E. 4**

Den bisher involvierten Gutachtern der Unfallversicherung (Prof. Dr. med. E.\_\_\_\_, Dr. med. F.\_\_\_\_, Dr. med. G.\_\_\_\_ und Dr. med. H.\_\_\_\_) sei die versicherungsmedizinische Beurteilung von Frau Dr. D.\_\_\_\_ vom 1. September 2015 sowie die Stellungnahme der I.\_\_\_\_ AG zum Observationsbericht vom 12. Oktober 2015 und die Videoaufnahmen der I.\_\_\_\_ AG vom 1. Oktober 2015 zur abschliessenden schriftlichen Stellungnahme zu unterbreiten (Beweisthema: widersprüchliche vertrauensärztliche Beurteilung gegenüber den Beurteilungen der Gutachter und Therapeuten sowie Beseitigung dieser Widersprüche durch Konsensfindung; bis heute von der Beschwerdegegnerin nicht stattgegebener Beweis Antrag im Einspracheverfahren).

#### **E. 5**

Es sei eine öffentliche Verhandlung nach Art. 6 Ziff. 1 EMRK mit Publikums- und Presseanwesenheit durchzuführen.

#### **E. 6**

Vor der Eröffnung des materiellen Endentscheides sei dem unterzeichneten Rechtsanwalt Gelegenheit zur Einreichung einer detaillierten Kostennote zur Geltendmachung einer Parteientschädigung resp. einer armenrechtlichen Entschädigung zu geben (vgl. Art. 29 Abs. 2 BV).

#### **E. 7**

Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin. 3. Mit Beschwerdeantwort vom 12. Dezember 2018 (A.S. 39 ff.) stellt die Beschwerdegegnerin folgende Rechtsbegehren: 1. Die Beschwerde sei abzuweisen, soweit darauf einzutreten sei. 2. Eventualiter sei eine gerichtliche Begutachtung durchzuführen. 3. Subeventualiter sei die Angelegenheit zur weiteren Sachverhaltsabklärung und Neuentscheidung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. 4. Die gesamten Prozesskosten (Gerichtskosten und Parteientschädigung) seien der Gegenseite aufzuerlegen. 4. In der Folge verzichtet die Beschwerdeführerin auf Einreichung einer Replik. 5. Mit Verfügung vom 5. November 2019 (A.S. 84 ff.) wird bei Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt für Handchirurgie FMH, Senior Consultant Handchirurgie, K.\_\_\_\_, ein handchirurgisches

Gerichtsgutachten veranlasst. Zudem wird in der Verfügung festgehalten, das Gericht stelle dem Gutachter die Verfahrensakten inklusive der Vorakten der Basler Versicherung sowie der Observationsaufnahmen (1 DVD) zu. Dagegen werde der Observationsbericht der Detektei L.\_\_\_\_ AG (Akten-Nr. 14 der Basler Versicherung) dem Gutachter nicht zugestellt. Dieser Bericht habe bei der gutachterlichen Beurteilung unberücksichtigt zu bleiben. Zur Begründung wird diesbezüglich ausgeführt: «Wie bereits in der Verfügung vom 11. September 2019 festgehalten, enthält der Observationsbericht der Detektei L.\_\_\_\_ AG nach vorläufiger Würdigung der Vizepräsidentin des Versicherungsgerichts subjektive Wertungen und erscheint insgesamt nicht genügend objektiv abgefasst worden zu sein. Dieser Bericht wird deshalb dem Gutachter nicht zugestellt.» 6. Das Gutachten von Dr. med. J.\_\_\_\_ ergeht am 30. November 2019 (A.S. 92 ff.). 7. Mit Stellungnahme vom 27. Januar 2020 (A.S. 117 ff.) lässt sich die Beschwerdegegnerin abschliessend vernehmen. 8. Mit Stellungnahme vom 28. Februar 2020 (A.S. 126 ff.) lässt sich die Beschwerdeführerin ebenfalls abschliessend vernehmen und den Antrag stellen, dem Gutachter seien folgende Ergänzungsfragen zu stellen: 1. Liegen unfallfremde Beschwerden vor? Wenn ja, welche? 2. Sind alle oder ein Teil (welche?) der Beschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis vom 28. Dezember 2011 oder auf eine andere Ursache zurückzuführen? 3. Sie erwähnen an verschiedenen Stellen im Gutachten «erhebliche Diskrepanzen» (vgl. Seite 17 des Gutachtens), ohne diese näher zu begründen. Was verstehen Sie darunter? 4. Sie erwähnen an verschiedenen Stellen im Gutachten einen «Verdacht auf Selbstlimitierung und Symptomausweitung» (vgl. Seite 17 des Gutachtens). Wie lässt sich dieser Verdacht ausschliessen oder erhärten? 5. Warum wurde die Begutachtung nicht im K.\_\_\_\_ durchgeführt? 6. Sind Sie bei der M.\_\_\_\_ AG angestellt? Falls ja, erfolgte die vorliegende Begutachtung im Einverständnis mit Ihrer Arbeitgeberin (M.\_\_\_\_ AG)? Falls ja, gestützt auf welche Einwilligungsgrundlagen? 9. Mit Verfügung vom 6. März 2020 (A.S. 135) werden die Anträge der Beschwerdeführerin auf Durchführung einer Parteibefragung sowie die mit Eingabe des Vertreters der Beschwerdeführerin vom 28. Februar 2020 gestellten Ergänzungsfragen abgewiesen. Als Begründung zur Abweisung der Ergänzungsfragen wird ausgeführt: «Die vom Vertreter der Beschwerdeführerin gestellten Ergänzungsfragen Nr. 1 – 4 werden durch das Gutachten von Dr. med. J.\_\_\_\_ vom 30. November 2019 – nach einer vorläufigen und unpräjudiziellen Prüfung durch die Instruktionsrichterin – bereits hinreichend beantwortet. Selbst wenn diese Fragen – wie von der Beschwerdeführerin gerügt – von Dr. med. J.\_\_\_\_ nicht ausdrücklich beantwortet worden sein sollten, ergeben sich die diesbezüglichen Antworten doch aus dem Kontext des Gutachtens. Bezüglich der Ergänzungsfragen 5 und 6 ist anzumerken, dass mit Verfügung des Versicherungsgerichts vom 5. November 2019 Dr. med. J.\_\_\_\_ aufgrund seiner persönlichen fachlichen Qualifikationen als Gutachter bestimmt wurde und nicht aufgrund seiner Tätigkeit K.\_\_\_\_. Dementsprechend spielt es für den Beweiswert des Gutachtens keine Rolle, ob die Begutachtung im K.\_\_\_\_ oder an einem anderen Ort durchgeführt wurde. Im Übrigen ist Dr. med. J.\_\_\_\_ lediglich als Senior Consultant beim K.\_\_\_\_ tätig, woraus sich bereits erhellt, dass er für allfällige Gutachten keine Einwilligung des K.\_\_\_\_ einzuholen hat. Demnach sind auch die Ergänzungsfragen Nr. 5 und 6 vorliegend nicht relevant.» 10. Mit Eingabe vom 10. Juni 2020 (A.S. 139) stellt die Beschwerdeführerin folgende Beweisanträge: 1. Die Beschwerdeführerin sei – unter gleichzeitigem Beizug einer Dolmetscherin in der kroatischen Muttersprache der Versicherten – gerichtlich zur Dauer der gutachterlichen Untersuchung zu befragen (Beweisthemen: Dauer der Untersuchung, Beweiswert des Gutachtens, Glaubwürdigkeit

des Gutachters). 2. Die Tochter der Beschwerdeführerin, Frau N.\_\_\_\_, [...], sei gerichtlich zur Dauer der gutachterlichen Untersuchung zu befragen (Beweisthemen: Dauer der Untersuchung, Beweiswert des Gutachtens, Glaubwürdigkeit des Gutachters). 3. Der gerichtliche Gutachter, Dr. J.\_\_\_\_, [...], sei gerichtlich zur Dauer der gutachterlichen Untersuchung zu befragen (Beweisthemen: Dauer der Untersuchung, Beweiswert des Gutachtens, Glaubwürdigkeit des Gutachters). 4. Die Dolmetscherin, Frau O.\_\_\_\_, sei gerichtlich zur Dauer der gutachterlichen Untersuchung zu befragen (Beweisthemen: Dauer der Untersuchung, Beweiswert des Gutachtens, Glaubwürdigkeit des Gutachters). 5. Es sei die prozessleitende Verfügung vom 19. Februar 2020, SLZAG.2016.11, in anonymisierter Form von Amtes wegen beim Richteramt Solothurn-Lebern zu edieren. 6. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin. Mit Verfügung vom 15. Juni 2020 (A.S. 137) werden die Anträge 1 – 5 der Beschwerdeführerin abgewiesen. Als Begründung zur Abweisung der Anträge wird ausgeführt: «Der Vertreter der Beschwerdeführerin stellt im Zusammenhang mit der Untersuchungsdauer im Rahmen des Gerichtsgutachtens von Dr. med. J.\_\_\_\_ verschiedene Beweisanträge (Partei- und Zeugenbefragung sowie Einholung der prozessleitenden Verfügung vom 19. Februar 2020 im Verfahren SLZAG.2016.11 beim Richteramt Solothurn-Lebern). Vorweg ist dazu festzuhalten, dass es für den Aussagegehalt eines Arztberichtes oder eines Gutachtens nicht auf die Dauer der Untersuchung ankommen kann; massgeblich ist vielmehr, ob der Bericht inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist (Urteil des EVG I 719/05 vom 17. November 2006, E. 3), was nach einer vorläufigen und unpräjudiziellen Würdigung durch die Vizepräsidentin des Versicherungsgerichts hinsichtlich des Gutachtens von Dr. med. J.\_\_\_\_ bejaht werden kann. Zudem ist anzufügen, dass der Gutachter im vorliegenden Fall nicht eine Untersuchung des ganzen Körpers, sondern nur des rechten Handgelenks der Beschwerdeführerin vorzunehmen hatte, weshalb die von der Beschwerdeführerin behauptete Untersuchungsdauer von einer Stunde auch im Lichte dessen nicht von vornherein als «zu kurz» bezeichnet werden könnte. Sodann ist hinsichtlich der von der Beschwerdeführerin geltend gemachten Diskrepanz, wonach die Untersuchung nur eine Stunde gedauert habe, der Gutachter in der Honorarnote jedoch drei Stunden angegeben habe, festzuhalten, dass bereits die Dolmetscherin in ihrer Honorarnote eine «Arbeitszeit» von 120 Minuten (11 – 13 Uhr) angegeben hat. Wie eingangs erwähnt, ist für den Beweiswert eines Gutachtens nicht die Untersuchungsdauer entscheidend, sondern dessen Inhalt. Deshalb sind die beantragten Beweismassnahmen unnötig und die gestellten Beweisanträge abzuweisen.» 11. Am 17. Juni 2020 findet vor dem Versicherungsgericht eine Verhandlung statt. Anwesend ist die Beschwerdeführerin sowie deren Rechtsvertreter, Rechtsanwalt Rémy Wyssmann. Die Beschwerdegegnerin hat auf eine Teilnahme an der Verhandlung verzichtet; ihr ist denn auch das Erscheinen freigestellt worden. Rechtsanwalt Wyssmann reicht als Urkunden den Lebenslauf von Dr. med. J.\_\_\_\_ sowie Fotos des Domizils von Dr. med. J.\_\_\_\_ zu den Akten. Nach Abschluss des Plädoyers stellt der Vertreter der Beschwerdeführerin folgende modifizierte Rechtsbegehren: 1. Der Einspracheentscheid der Basler Versicherung AG vom 20. September 2018 sei vollumfänglich aufzuheben. 2. Es sei gerichtlich festzustellen, dass für Rückforderungen der Unfallversicherung keine rechtliche Grundlage bestehe, weshalb von der Geltendmachung solcher Forderungen abzusehen sei. 3. a) Es sei eine neue gerichtliche Begutachtung den Fall der Beschwerdeführerin betreffend durchzuführen. b) Eventualiter: Die Rechtsstreitsache sei zur Erstellung eines handchirurgischen und neurologischen Fachgutachtens zur weiteren Abklärung und zum Neuentscheid an die Unfallversicherung

zurückzuweisen, wobei während der Abklärungszeit weiterhin die ungekürzten Unfalltaggelder und Heilungskosten auszurichten seien. c) Subeventualiter: Es sei ein Einkommensvergleich vorzunehmen und es seien der Beschwerdeführerin ab wann rechtens die gesetzlichen Unfallrentenleistungen nach Massgabe einer unfallbedingten Erwerbsunfähigkeit von mindestens 26 %, die gesetzlichen Heilungskostenleistungen und eine Integritätsentschädigung nach Massgabe des fachärztlich ausgewiesenen unfallbedingten Integritätsschadens von mindestens 10 % zzgl. eines Verzugszinses zu 5 % ab wann rechtens auszurichten. 4. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin. 12. Mit Verfügung vom 22. Juli 2020 (A.S. 149) wird den Parteien mitgeteilt, das Beweisverfahren werde wieder eröffnet. Zur Beurteilung der Streitfrage, ob die Beschwerdegegnerin die Taggeldleistungen und die Kostenübernahme für Heilbehandlungen der Beschwerdeführerin zu Recht per 11. Mai 2015 eingestellt habe, werde ein gerichtliches handchirurgisches Obergutachten eingeholt. 13. Mit Verfügung vom 13. August 2020 (A.S. 150) wird festgestellt, dass das Gutachten von Dr. med. J. \_\_\_ vom 30. November 2019 keine taugliche Beweisgrundlage für eine abschliessende Anspruchsbeurteilung im vorliegenden Fall bilde, weshalb ein handchirurgisches Obergutachten eingeholt werde. Es sei vorgesehen, mit der Begutachtung der Beschwerdeführerin Dr. med. P. \_\_\_, Fachärztin FMH für Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates sowie für Handchirurgie, von der Q. \_\_\_, zu beauftragen. 14. Mit Verfügung vom 13. Oktober 2020 (A.S. 169) wird festgestellt, dass sich die mit Verfügung vom 13. August 2020 als Gutachterin vorgeschlagene Dr. med. P. \_\_\_, Fachärztin FMH für Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates sowie für Handchirurgie, von der Q. \_\_\_, in der Vergangenheit bereits als behandelnde Ärztin mit der Beschwerdeführerin befasst habe, weshalb sie als unabhängige Gutachterin ausscheide. Es sei vorgesehen, mit der Begutachtung der Beschwerdeführerin stattdessen Dr. med. R. \_\_\_, Facharzt FMH für Handchirurgie, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, Handzentrum S. \_\_\_, T. \_\_\_, [...], gutachterlich tätig für das U. \_\_\_, [...], zu beauftragen. 15. Mit Verfügung vom 10. November 2020 (A.S. 180) wird als Gutachter Dr. med. R. \_\_\_, Facharzt FMH für Handchirurgie, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, Handzentrum S. \_\_\_, T. \_\_\_ S. \_\_\_, [...], gutachterlich tätig für das U. \_\_\_, [...], bestimmt. 16. Das Gutachten von Dr. med. R. \_\_\_, Facharzt FMH für Handchirurgie, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, ergeht am 8. Juni 2021 (A.S. 190). 17. Mit Stellungnahme vom 2. Juli 2021 (A.S. 223) lässt sich die Beschwerdeführerin zum Gutachten von Dr. med. R. \_\_\_ vernehmen. 18. Mit Stellungnahme vom 16. August 2021 (A.S. 234) lässt sich die Beschwerdegegnerin zum Gutachten von Dr. med. R. \_\_\_ vernehmen und stellt folgende Anträge: 1. Es sei ein Obergutachten einzuholen. Dem Gutachter sei das Gutachten von Dr. med. R. \_\_\_ sowie die weiteren Verfahrensakten bekannt zu geben. 2. Eventualiter sei die Beschwerde unter Kosten- und Entschädigungsfolge abzuweisen. 19. Mit Verfügung vom 18. November 2021 (A.S. 242) wird festgestellt, dass das Gutachten von Dr. med. R. \_\_\_ vom 31. Mai 2021 wie auch das Gutachten von Dr. med. J. \_\_\_ vom 30. November 2019 (vgl. Verfügung vom 13. August 2020) keine taugliche Beweisgrundlage für eine abschliessende Anspruchsbeurteilung im vorliegenden Fall bildeten, weshalb ein handchirurgisches Obergutachten eingeholt werde. Es sei vorgesehen, mit der Begutachtung der Beschwerdeführerin Dr. med. V. \_\_\_, FMH Handchirurgie, W. \_\_\_, [...], zu beauftragen. 20. Mit Verfügung vom 10. Dezember 2021 (A.S. 252) wird als Gutachter Dr. med. V. \_\_\_, FMH Handchirurgie, W. \_\_\_, [...], bestimmt. 21. Das Gutachten von Dr. med. V. \_\_\_, FMH Handchirurgie, ergeht am 23. Januar 2023 (A.S. 260).

22. Mit Eingabe vom 17. März 2023 (A.S. 303) nimmt die Beschwerdegegnerin zum Gutachten von Dr. med. V.\_\_\_\_ Stellung. 23. Mit Stellungnahme vom 30. März 2023 (A.S. 312) lässt sich die Beschwerdeführerin zum Gutachten von Dr. med. V.\_\_\_\_ vernehmen und stellt folgendes Rechtsbegehren: Der Beschwerdeführerin seien die gesetzlichen Unfallrentenleistungen nach Massgabe einer unfallbedingten Erwerbsunfähigkeit von 50 %, die gesetzlichen Heilungskostenleistungen und eine Integritätsentschädigung nach Massgabe des fachärztlich ausgewiesenen unfallbedingten Integritätsschadens von mindestens 10 % zzgl. eines Verzugszinses von 5 % seit wann rechtens direkt zuzusprechen, dies unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin. 24. Mit Verfügung vom 20. Juli 2023 (A.S. 322) wird den Parteien mitgeteilt, es werde beabsichtigt, Dr. med. V.\_\_\_\_, FMH Handchirurgie, W.\_\_\_\_, [...], im Zusammenhang mit seinem handchirurgischen Gutachten vom 23. Januar 2023 Ergänzungsfragen zu stellen. Den Parteien werde Frist gesetzt, um allfällige Ergänzungsfragen zu formulieren. 25. Mit Verfügung vom 5. Oktober 2023 (A.S. 333) werden Dr. med. V.\_\_\_\_, FMH Handchirurgie, im Zusammenhang mit seinem handchirurgischen Gutachten 23. Januar 2023 Erläuterungsfragen gestellt, welche dieser mit Stellungnahme vom 4. März 2024 (A.S. 339 ff.) beantwortet. 26. Mit Stellungnahme vom 21. Mai 2024 (A.S. 355 f.) lässt sich die Beschwerdeführerin dazu vernehmen und beantragt weitere Ergänzungsfragen an den Gutachter. 27. Mit Eingabe vom 21. Mai 2024 (A.S. 358 ff.) lässt sich die Beschwerdegegnerin abschliessend vernehmen. 28. Auf die weiteren Ausführungen der Parteien in ihren Rechtsschriften wird im Folgenden, soweit erforderlich, eingegangen. II. 1. Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten. 2. 2.1 Ist die versicherte Person infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat er Anspruch auf ein Taggeld (Art. 16 Abs. 1 Bundesgesetz über die Unfallversicherung [UVG, SR 832.20]). Dieses beträgt bei voller Arbeitsunfähigkeit 80 % des versicherten Verdienstes; bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit wird es entsprechend gekürzt (Art. 17 Abs. 1 UVG). 2.2 Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]). 3. 3.1 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers gemäss Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. 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 anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 129 V 181 E. 3.1, 119 V 337 E. 1, 118 V 289 E. 1b, je mit Hinweisen). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis oder einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung bzw. im

Beschwerdefall der Richter im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 181 E. 3.1, 119 V 338 E. 1, 118 V 289 E. 1b, je mit Hinweisen).

3.2 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im 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 181 E. 3.2, 123 V 103 E. 3d, 139 E. 3c, 122 V 416 E. 2a, 121 V 49 E. 3a mit Hinweisen).

4. Streitig und zu prüfen ist vorliegend, ob die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 24. September 2015 sowie Einspracheentscheid vom 20. September 2018 zu Recht die Taggeldleistungen und Heilbehandlungen der Beschwerdeführerin per 11. Mai 2015 einstellte, den Rentenanspruch implizit verneinte und die seither erbrachten Leistungen – insgesamt CHF 14'083.50 für Taggelder und CHF 932.80 – zurückforderte. Insofern die Beschwerdeführerin die Ausrichtung einer Integritätsentschädigung verlangt, ist festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Einspracheentscheid ausdrücklich festgehalten hat, über den Anspruch auf eine Integritätsentschädigung und dessen Höhe werde in einem separaten Verfahren entschieden. Somit gehört der Anspruch auf eine Integritätsentschädigung im vorliegenden Verfahren nicht zum Streitgegenstand, weshalb auf das diesbezügliche Begehren nicht einzutreten ist.

5. Bezüglich des vorgenannten Streitgegenstandes sind im Wesentlichen folgende Unterlagen von Belang:

5.1 Im Sprechstundenbericht des X.\_\_\_\_ vom 18. April 2012 (BA 1, S. 82) wurde ein CRPS bei Status nach Plattenosteosynthese mit Aptus-Platte volar am 28. Dezember 2011 bei dorsal dislozierter, intraartikulärer, distaler Radiusfraktur rechts diagnostiziert. Es seien eine Persistenz der deutlich vermehrten Behaarung über dem rechten Handgelenk und ein indolenter distaler Radius feststellbar. Die Handgelenksbeweglichkeit Dorsal- / Palmarflexion betrage 30/0/0°, die Pro-/Supination 30/0/60°.

5.2 Im Austrittsbericht des B.\_\_\_\_, Universitätsklinik für Plastische- und Handchirurgie, [...], vom 16. August 2012 (BA 1, S. 76) wurden folgende Diagnosen gestellt: Konsolidierte intraartikuläre Radiusfraktur rechts mit/bei: - Narbenbride radiokarpal, LT Bandläsion Geissler III - Knorpeldefekt Fossa scaphoidea dorsal - Partielle TFCC-Läsion distal und foveal - St.n. volarer Plattenosteosynthese (Aptus) am 28. Dezember 2011 (X.\_\_\_\_) Klinisch sei die Beweglichkeit hauptsächlich midkarpal vorhanden, radiokarpal bewege sie nicht, im QEC zeige sich eine Ulnarplusvariante auf beiden Seiten symmetrisch, ohne karpale Gefügestörung und ohne Hinweis auf eine prä-dynamische interkarpale Bandinstabilität. Insbesondere kein Hinweis auf Instabilität des SL-Bandes. Nach einer Woche Hospitalisation und Schmerztherapie sitze der Contiplex schlecht und es gelinge keine komplette Schmerzausschaltung. Die Schienentherapie dynamisch erziele ein nicht befriedigendes Resultat bei persistierenden Schmerzen vor allen Dingen ulnokarpal. Am 13. August 2012 sei eine diagnostische Arthroskopie des Handgelenkes durchgeführt worden. Auch eine wiederholte Infiltration des Handgelenkes habe keine Besserung erbracht.

5.3 Im Verlaufsbericht des B.\_\_\_\_, Universitätsklinik für Plastische- und Handchirurgie, vom 21. Februar 2013 (BA 4) wurden folgende Diagnosen gestellt: CRPS Typ II Stadium II-III mit deutlicher Bewegungseinschränkung und Schmerzen der gesamten rechten oberen Extremität bei: - St. n. dorsal dislozierter

intraartikulärer distaler Radiusfraktur vom 28. Dezember 2011 - St. n. volarer Plattenosteosynthese (Aptus) am 28. Dezember 2011 Störung der Schmerzverarbeitung bei Überlastungssituation und Zukunftsängsten Aktuell sehe man kein Verbesserungspotential der Situation. Eine weitere operative Therapie sei nicht erfolgsversprechend und die begleitende Schmerztherapie und psychosomatische Therapie habe die Beschwerdeführerin abgebrochen. Sie nehme aktuell ausser Spedifen keine Schmerztherapie. Im Prinzip sei die rechte Hand nur als Hilfshand für links zu gebrauchen, so könne sie kaum schreiben, keine schweren Gegenstände tragen und keine repetitiven Arbeiten ausführen. Die Arbeitsfähigkeit werde sich nach dem Eingliederungspotential richten. Eine handwerkliche Tätigkeit, wo hauptsächlich die rechte Hand gebraucht werde, sei nicht durchzuführen.

5.4 Im handchirurgischen Gutachten von Prof. Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt FMH Chirurgie, spez. Handchirurgie, vom 13. Juni 2013 (BA 5) wurde ausgeführt, es bestehe eine mit erheblicher Bewegungseinschränkung im Handgelenk, einem Ulnavorschub und einer chronischen Schmerzhaftigkeit verheilte intraartikuläre Radiusfraktur rechts. Zudem bestünden eine regelrechte Gelenkflächenstellung und eine Anschwellung des N. medianus noch nicht geklärt Ursache. Als Befund gab Prof. Dr. med. E.\_\_\_\_ an, die rechte Hand stehe im Handgelenk nach ulnar um 15° inkliniert, lasse sich nur unter Schmerzäusserung gerade richten (bis 5° Ulnarabduktion). Die Farbe zum Untersuchungszeitpunkt erscheine normal, beim Betasten kein Seitenunterschied in der Hauttemperatur oder Schweissfeuchtigkeit. Beugeseitig finde sich eine 5 cm lange reizlos verheilte und gut verschiebliche Narbe entlang der FCR-Sehne nach Osteosynthese einer Radiusfraktur und Metallentfernung. Die Narben nach Einführung des Endoskops zur Handgelenkspiegelung seien kaum sichtbar. Die Beweglichkeit im rechten Handgelenk sei stark eingeschränkt: Beugung/Streckung rechts 10/0/35, links 60/0/70; Radial/ulnar rechts 0/5/15, links 30/0/35; Pro/Supination rechts 60/0/65, links 90/0/90. Die Umfangmessung ergebe Folgendes: Unterarm maximaler Umfang rechts 25 cm, links 25 cm; Handgelenk rechts 17.5 cm, links 18 cm; Hand ohne Daumen rechts 18 cm, links 19 cm. Die grobe Kraft im Faustschluss betrage rechts 3 kp und links 5 kp. Das Gefühl werde überall als normal angegeben, aber wenn sie etwas mit der Hand tun wolle, dann habe sie ein Kribbeln in der Hand und die schon erwähnte fleckige Verfärbung. Die Pulse am Handgelenk seien beidseits normal zu tasten, die Rekapillarierungszeit sei seitengleich regelrecht. Die Fingerfunktionen seien ungestört, alle Greifformen seien ausführbar, der volle Faustschluss und die volle Fingerstreckung würden erreicht. Die geschilderten Befunde stünden alle im natürlichen Kausalzusammenhang mit dem Unfallgeschehen. Die Anschwellung des N. medianus rechts auf 0,14 cm<sup>2</sup> müsste neurologisch abgeklärt werden, sie könnte Hinweis auf ein Karpaltunnelkompressionssyndrom sein, welches einen Teil der Beschwerden erklären könnte. Wenn dies nachgewiesen werden könnte, wäre hier eine dekomprimierende Operation anzuraten. In ihrer bisherigen Tätigkeit als Arbeiterin in der Spitalwäscherei (X.\_\_\_\_) könne die Beschwerdeführerin nicht mehr arbeiten, da die rechte Hand nur noch als sehr beschränkt einsetzbare Hilfshand zu gebrauchen sei. Auch als Putzhilfe wäre sie auf eine funktionierende rechte Hand angewiesen. Andere zumutbare Tätigkeiten sehe er, Prof. Dr. med. E.\_\_\_\_, nicht: die Beschwerdeführerin habe keinen Beruf gelernt, sie sei als Putzhilfe und in der Wäscherei beschäftigt, müsse also von ihrer Hände-Arbeit leben, eine solche Arbeit sei einhändig nicht auszuführen, Verweistätigkeiten im Verwaltungsdienst z.B. (was ohne anstrengende Tätigkeit der Hände ausführbar wäre) seien unsinnig hier anzugeben. Zur Beurteilung des Integritätsschadens hielt Prof. Dr. med. E.\_\_\_\_ fest, die körperliche Integrität sei zu 50 % eingeschränkt (nahezu komplette Gebrauchsunfähigkeit

der rechten Hand). Unfallfremde Vorzustände hätten nicht vorgelegen. 5.5 Dr. med. Y.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Neurologie, hielt in seinem Bericht vom 24. Oktober 2013 (BA 6) fest, eine Störung der peripheren Innervation an der rechten Hand könne er nicht nachweisen. So seien die Sensibilität an der Hand und die Kraft der kleinen Handmuskeln vollkommen erhalten, ebenso die Trophik und Sudomotorik. Auch die entsprechenden Leitungsgeschwindigkeiten seien vollkommen normal. Damit könne er ein Carpaltunnelsyndrom nicht nachweisen. Auch eine Beeinträchtigung des N. ulnaris im Sulcus, wie dies zu früheren Zeiten diskutiert worden sei, liege zumindest aktuell nicht vor.

5.6 Im Austrittsbericht der Z.\_\_\_\_ vom 10. Februar 2014 (BA 9), wo eine Schmerztherapie durchgeführt worden war, wurden folgende Diagnosen gestellt: Status nach CRPS Hand rechts - bei Status nach dorsal dislozierter intraartikularer distaler Radiusfraktur am 28. Dezember 2011 - Status nach volarer Plattenosteosynthese am 28. Dezember 2011 - Status nach Arthroskopie Handgelenk rechts, Shaving, Debridement Bride radiocarpal vom 13. August 2012 - MRI Handgelenk rechts 15. Januar 2014: Status nach OSM-Entfernung nach Plattenosteosynthese am distalen Radius. Irregulär konfigurierte distale Radiusgelenksfläche mit kleinen kortikalen Stufen dorsal-/ulnarseitig. An dieser Stelle Knorpeldefekte der Fossa lunata radii sowie gegenüberliegend am proximalen Lunatumpol. Geringe Knorpelirregularitäten an der Fossa scaphoidea radii sowie im distalen Radioulnargelenk. Keine Tendovaginitis. Kein Knochenmarksödem. - Röntgen Handgelenk 15. Januar 2014, Osteopore Knochenstruktur. Residuelle irreguläre Mehrsklerosierung des ehemaligen, konsolidierten Frakturspaltes. Degenerative Veränderungen radiocarpal und am STT-Gelenk. Regelrechte Gelenkstellung und Artikulation. Leichte Ulna-Plusstellung (2 mm). Keine postentzündlichen Veränderungen - neurologisches Konsil vom 24. Oktober 2013 (Dr. AA.\_\_\_\_, [...]): Keine Hinweise auf eine periphere Nervenschädigung Die Beschwerdeführerin sei wegen therapieresistenter Schmerzen des rechten Handgelenks sowie stark eingeschränkter Funktionalität nach Ausschöpfen der ambulanten Massnahmen zur multimodalen Schmerztherapie hospitalisiert worden. Im Eintrittsstatus sei, neben einer eindrucklichen Schonhaltung des gesamten rechten Armes, insbesondere eine fast aufgehobene Flexionsmöglichkeit im rechten Handgelenk aufgefallen. Neben der eingeschränkten Funktion seien für die Beschwerdeführerin Schmerzen sowie eine Schwellungsneigung im Vordergrund gestanden. Während sich anfänglich ein stagnierender Verlauf gezeigt habe, habe die Beschwerdeführerin in der letzten Woche deutlich Fortschritte gemacht. Die Schonhaltung sei sichtlich zurückgegangen, sie habe ihre Hand wieder besser integrieren können und sie habe angegeben, dass sie endlich das Gefühl habe, dass die Hand wieder zu ihr gehöre. Ebenso habe sie eine Schmerzreduktion erfahren. Insgesamt habe sie von dem stationären Aufenthalt gut profitieren können und sei motiviert für die weitere ambulante Therapie.

5.7 Im handchirurgischen Gutachten vom 13. Oktober 2014 (BA 11) führte Dr. med. F.\_\_\_\_ vom AB.\_\_\_\_, Klinik für Plastische Chirurgie und Handchirurgie aus, die Beschwerden hätten sich nicht verändert. Es bestehe weiterhin ein Nacht- und Ruheschmerz sowie eine intermittierende Schwellung des rechten Handrückens. Auch die stationäre Behandlung in der Z.\_\_\_\_ habe entgegen der eher positiven Dokumentation gemäss Beschwerdeführerin keine Beschwerdelinderung gebracht. Die Befunde seien unverändert. Die Umfangmessung am Unterarm habe beidseits einen maximalen Umfang von 26 cm, auf Höhe der Mittelhand beidseits 16 cm, ergeben. Die grobe Kraft im Faustschluss habe mit dem Jamar Stufe III für links 8 kg, rechts 0, auf Stufe II gemessen für links 6 kg, rechts 0 betragen. Die rechte Hand sei im Seitenvergleich etwas kühler, bei der Untersuchung aber

nicht geschwollen gewesen. Der Faustschluss sei uneingeschränkt möglich, die Handgelenksbeweglichkeit stark eingeschränkt gewesen. Es sei keine Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf als Wäschereimitarbeiterin zumutbar, da eine Beidhändigkeit vorausgesetzt werde. Aufgrund der Ausbildung der Beschwerdeführerin sei eine andere Tätigkeit nicht zumutbar. Ob eine Tätigkeit in einem rein administrativen Bereich möglich wäre, müsste zusammen mit der Beschwerdeführerin evaluiert werden. 5.8 Im handchirurgischen Gutachten von Dr. med. H.\_\_\_\_, FMH Handchirurgie, AC.\_\_\_\_ Klinik, vom 2. März 2015 (BA 12) wurde festgehalten, die Diagnosen hätten sich seit der Begutachtung von Prof. Dr. med. E.\_\_\_\_ vom 13. Juni 2013 verändert: Schmerzsyndrom und Beweglichkeitseinschränkung im Handgelenk rechts (dominant) bei - radiocarpaler Arthrose (Spect-CT vom 11. Mai 2015) nach · St. n. dislozierter intraartikulärer distaler Radiusfraktur rechts am 28. Dezember 2011, knöchern konsolidiert mit relativer Ulnaüberlänge (DD: vorbestehende Ulna-Plus-Variante) o St. n. palmarer Plattenosteosynthese am Radius rechts am 28. Dezember 2011 o St. n. Osteosynthesematerial-Entfernung am Radius am 13. August 2012 o St. n. Arthroskopie des rechten Handgelenkes mit Shaving und Debridement einer radiocarpalen Bride am 13. August 2012 o St. n. CRPS Die Beschwerdeführerin gebe bereitwillig und umfassend Auskunft und könne ihre Beschwerden gut und glaubhaft beschreiben. Zur Befunderhebung führte Dr. med. H.\_\_\_\_ aus, die rechte obere Extremität sei inspektorisch reizlos, im Bereich des Handgelenkes bestehe zum Zeitpunkt der Untersuchung (9 Uhr morgens) eine minimale Schwellung dorsal. Die Farbe der Hand sei im Vergleich zur linken Seite nicht verändert und normal, die Hauttemperatur sowie die Sudomotorik seien seitengleich und unverändert. Es fänden sich keine Zeichen eines persistierenden CRPS. Bei der Schulterbeweglichkeit rechts manifestierten sich Unterschiede zur linken Seite beim Nackengriff von 5 cm und beim Schürzengriff von 22 cm. Die Ellbogenbeweglichkeit sei seitengleich und uneingeschränkt möglich. Die Faustschlusskraft am Jamar-Dynamometer bei Rechtsdominanz betrage repetitiv geprüft rechts 8-7- 6 kp und links 20-20-20 kp, der Pinchgriff rechts 4-3-3 kp und links 6-6-6 kp. Die Beweglichkeiten an den Handgelenken betrügen: Extension/Flexion rechts 50-0-0 0 links 70-0-60, Radial- / Ulnarduktion rechts 0-10-40 0 links 10-0-50, Pro-/Supination rechts 50-0-70 0 links 90-0-90. Die Beweglichkeit der kleinen Fingergelenke sei rechts und links identisch und uneingeschränkt möglich. Die Sensibilität sei an beiden Händen identisch und unbeeinträchtigt. An der rechten Hand befinde sich über dem distalen Vorderarm eine radiopalmare, gut verschiebliche, 5 cm lange Narbe. Die Narben dorsal über dem Handgelenk bei Status nach Arthroskopie seien fast nicht sichtbar. Umfangmessung: Oberarm (10 cm proximal der Ellenbeuge): rechts 32 cm, links 32 cm. Vorderarm (10 cm distal der Ellenbeuge): rechts 25,5 cm, links 25,5 cm. Handgelenk: rechts 17 cm, links 18 cm. Hand (proximale Hohlhandbeugefalte): rechts 18 cm, links 18 cm. Der Radialispuls sei auf der rechten Seite im Vergleich zu links minimal schwächer palpierbar, die Rekapillarierungszeit sei seitengleich und prompt. Die Bildwandleruntersuchung vom 2. März 2015 habe folgende Befunde ergeben: Die distale intraartikuläre Radiusfraktur rechts sei knöchern konsolidiert, der Radiusgelenkwinkel betrage in der ap-Aufnahme 16° (links 30°) und seitlich 0° (links 12° nach palmar). Es bestehe rechts eine relative Ulnaüberlänge, aber auch auf der linken Seite finde sich eine Ulna-Plus-Variante in fast identischem Ausmass wie rechts. Das CT Handgelenk rechts, 3-Phasen-Skelett-Szintigrafie und Spect vom 11. Mai 2015 habe folgende Befunde ergeben: Radiocarpale Überlastungszeichen/Arthrose mit erhaltenem Gelenkspalt, jedoch deutlich verstärkter Nuklidaktivität in der Spätphase entlang der radialen und gegenüberliegenden

proximalen Gelenkfläche des Os lunatum. Es seien keine neuen Befunde hinzugekommen. Zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit hielt Dr. med. H. \_\_\_ fest, nach wie vor könne die Beschwerdeführerin ihre rechte dominante Hand lediglich als sehr beschränkt einsetzbare Hilfs-Hand benutzen. Demzufolge sei eine Tätigkeit als Wäschereimitarbeiterin heute auch nicht nur teilzeitmässig zumutbar. Da sie keine Berufslehre habe absolvieren können, sei mit der heute nur sehr beschränkt als Hilfs-Hand einsetzbaren rechten dominanten Hand keine handwerkliche Tätigkeit möglich. Als leidensangepasste Tätigkeit wäre lediglich eine Überwachungsfunktion vorstellbar, bei welcher keine Belastung der rechten Hand erforderlich sei. Er empfehle die gelegentliche Schmerzmedikation mit Dafalgan. Damit habe die Beschwerdeführerin die beste Erfahrung gemacht. 5.9 Im Bericht betreffend die Observation der Beschwerdeführerin vom 10. Juni bis 25. Juli 2015 (BA 14) wurde zusammenfassend festgehalten, der Tagesablauf der Beschwerdeführerin gestalte sich so, dass sie morgens ihr Zuhause meist um 09:00 Uhr verlasse. Mit dem Bus fahre sie nach [...], wo sie Shoppen gehe. Kurz vor Mittag fahre sie dann wieder nach Hause. Manchmal verlasse sie ihr Zuhause auch nachmittags, dann komme sie meist abends um 17:00 Uhr wieder zurück. Es hätten bisher keine beruflichen Tätigkeiten festgestellt werden können. Zu den körperlichen Betätigungen der Beschwerdeführerin wurde ausgeführt, während eines Tages habe sie ein kleines Kind (ca. 1 – 2 Jahre alt) betreut. Sie habe das Kind mühelos mit beiden Händen aus dem Kinderwagen heben können. Ebenfalls habe sie die Wäsche gemacht. Sie sei auch für die Einkäufe verantwortlich. Auf dem Balkon habe sie sichtlich anstrengende Arbeiten auf dem Fussboden getätigt. Wenn die Beschwerdeführerin ihre Wohnung verlassen habe, sei sie ausschliesslich mit dem Bus oder zu Fuss unterwegs gewesen. Sie sei meist gemütlich unterwegs und habe die Zeit verstreichen lassen, indem sie in den Läden nach Schnäppchen gesucht habe. Manchmal habe sie Bekannte getroffen, mit denen sie sich unterhalten habe. Während der Observationsphase habe zu keinem Zeitpunkt eine Einschränkung des rechten Armes bzw. Handgelenkes festgestellt werden können. 5.10 In der versicherungsmedizinischen Stellungnahme vom 14. September 2015 (BA 16) hielt die Vertrauensärztin der Beschwerdegegnerin, Dr. med. D. \_\_\_, Fachärztin für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, Zertifizierte medizinische Gutachterin (SIM), fest, ihre Stellungnahme stütze sich auf die ihr zur Verfügung gestellten Akten sowie auf das Videomaterial. Es zeigten sich deutliche Diskrepanzen in der Medikamenteneinnahme zu den Angaben der Schmerzskala. In allen drei durchgeführten Gutachten hätten sich keinerlei muskuläre Umfangdifferenzen der Arme rechts zu links ergeben, dies lasse mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf einen seitengleichen Einsatz der Arme schliessen. Bereits im Gutachten von Prof. Dr. med. E. \_\_\_ sei nur ein sehr geringer Unterschied in der groben Kraftprüfung zu entnehmen, daraus könne mit überwiegender Wahrscheinlichkeit geschlossen werden, dass die Versicherte keine wesentliche Kraftminderung im Alltag und bei ihren Tätigkeiten aufweise. Funktionseinschränkungen im Bereich des rechten Handgelenkes sowie der rechten Schulter hätten auf dem Observationsmaterial nicht objektiviert werden können. Allfällige Einschränkungen in der Grob-/ Feinmotorik der rechten Hand könnten ebenfalls nicht objektiviert werden. Auch beim Hantieren mit ihrer Geldbörse und dem Herausnehmen von Scheinen und Münzen liessen sich keine Funktionseinschränkungen objektivieren. Des Weiteren seien Wäscheaufhängen und Zusammenlegen ohne sichtbare Einschränkungen des rechten Handgelenkes und der rechten Schulter während einer halben Stunde problemlos möglich gewesen. Des Weiteren habe die Versicherte mit beiden Händen ein Kind aus dem Kinderwagen nehmen können (dies sei aus dem Observationsprotokoll zu

entnehmen), dies zeige, dass eine gleichseitige Belastung der Handgelenke ohne Probleme möglich sei, dies stelle einen Widerspruch zu den bisherigen klinischen Untersuchungsergebnissen dar. In einer Videosequenz habe sich die Versicherte in einem Geschäft für Hosen interessiert, diese habe sie ohne jegliche Probleme mit der rechten Hand von der Stange genommen und habe sie wieder zurückgesetzt, auch hier zeige sich keinerlei Schonhaltung bzw. Funktionseinschränkung der rechten Hand. Unter Berücksichtigung aller Gegebenheiten erklärten sich die von der Versicherten geklagten Beschwerden nur zu einem Teil aus den ärztlich erhobenen Befunden, insgesamt bestehe eine hochgradige Diskrepanz zwischen den von der Versicherten angegebenen Beschwerden und Schmerzen und ihrem beobachteten Verhalten während der Ermittlungsphase. Während dieses Zeitraums könnten zu keiner Zeit funktionelle Einschränkungen objektiviert werden. Basierend auf den vorliegenden Akten, dem Videomaterial und dem Observationsbericht könne aktuell ein Gesundheitsschaden nicht objektiviert werden, der versicherungsmedizinisch betrachtet eine wesentliche Limitierung der Arbeitsfähigkeit, bezogen auf die zuletzt ausgeübte Tätigkeit in der Wäscherei, begründen könnte. Auch für sämtliche Verweistätigkeiten liessen sich aus medizinisch-theoretischer Sicht keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit begründen. Da aus dem letzten Gutachten der AC.\_\_\_\_ Klinik von 2015 keine wesentliche Verschlechterung zu entnehmen sei, sei somit seit diesem Datum von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit angestammt/angepasst auszugehen. Die Unfall-Kausalität mit nachfolgender Entwicklung eines CRPS sei gegeben. Der Status quo sine sei mit dem Datum des Gutachtens der AC.\_\_\_\_ Klinik 2015 erreicht. Die im CT beschriebenen Überlastungszeichen / Arthrose mit erhaltenem Gelenkspalt wären mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auch ohne das Trauma degenerativ in diesem Zeitraum entstanden. Die Handgelenksarthrose sei mässig 5 – 10 % nach Liste. Somit sei der Versicherten eine Integritätsentschädigung von 10 % geschuldet.

5.11 Anlässlich der Besprechung zwischen der Beschwerdegegnerin und der Beschwerdeführerin vom 16. September 2015 (BA 15) gab die Beschwerdeführerin an, es gehe ihr gut. Sie habe ziemlich Schmerzen im Arm. Auf die Frage, bei welcher Körperhaltung die Beschwerden aufträten, führte die Beschwerdeführerin aus, wenn sie etwas schneiden, oder wenn sie einen Kugelschreiber nehmen müsse. Das seien Bewegungen, die Schmerzen verursachten. Die Finger funktionierten, sobald sie aber eine Drehbewegung mit dem Handgelenk machen müsse, habe sie Schmerzen. Die Tochter der Beschwerdeführerin ergänzte, dass ihre Mutter versuche, den Haushalt zu machen. Wenn sie z.B. Kartoffeln rüste, das gehe schon, aber es sei sehr schmerzhaft. Es sei auch so, dass wenn sie lange etwas mache, sei es schmerzhafter. Schmerzhaft sei es zum Beispiel, eine Autotür zu öffnen. Auch ein Glas nehmen und dieses zum Mund führen. Etwas schneiden oder etwas rüsten. Sobald eine Drehbewegung gemacht werde, habe sie Schmerzen. Von einer Skala bis 10 seien diese bei 7 –

## **E. 8**

Sie habe immer Schmerzen, aber je nach Bewegung sei es schmerzvoller oder eben weniger schmerzvoll. Sie habe auch Schmerzen, wenn sie nichts mache mit der Hand. Wenn sie die Hand aber brauche, seien die Schmerzen stärker. Der Schmerz sei permanent vorhanden, dieser sei aber nicht gleich stark. Auch jetzt habe sie Schmerzen und suche gerade eine Position für den Arm, damit sie sich wohler fühle. Wenn sie den Arm hinten auf den Rücken nehme, sei die Position etwas besser, so entlaste sie den Arm. Die Schmerzen begännen im Handgelenk und wanderten bis zur Schulter. Es sei mal versucht worden, die Therapie in der Schulter zu unterbrechen (Ferien in [...]), sie habe dann aber verstärkte

Schmerzen gehabt. Nun sei die Therapie wieder aufgenommen worden und die Schmerzen gingen lediglich noch bis zum Oberarm. Sie koche, aber mit Hilfe des Ehemannes oder des Sohnes. Staubsaugen gehe eigentlich nicht, das mache meistens der Ehemann. Die Wäsche machten ihr Mann und Sohn, ab und zu komme die jüngere Tochter (wohne im gleichen Dorf). Alleine könne sie dies nicht mehr machen. Wenn etwas Grösseres sei, komme die Tochter vorbei. Das Anziehen sei ganz schwierig. Etwas zumachen gehe nicht. Sie ziehe praktische Kleider an, welche sie so gut wie selber anziehen könne. Sie müsse beim Kleiderkauf achtgeben. Den BH schliesse sie vorne und drehe diesen dann. In der Therapie sei das Heben von einem halben Kilo mit der rechten Hand das Maximum. Vom Gewicht her sei es in beiden Händen gleich. Im Alltag könne sie z.B. links 5 kg heben. Rechts gehe das Heben von 1 kg wohl (Tragtasche), sie habe Schmerzen, 1 kg Zucker gehe weniger gut, da sie es anders in die Hand nehmen müsse. Sie sei Rechtshänderin und die Schmerzen seien vorwiegend im Handgelenk. Die Situation sei sehr schwierig für sie. Bis zu diesem Vorfall habe sie gearbeitet und habe eine Verpflichtung gehabt. Nun könne sie nicht mehr arbeiten. Was sie am meisten belaste, sei, dass sie keine Verpflichtung mehr habe. Das Hobby Schneidern könne sie nicht mehr ausüben. Enkelkinder könne sie nicht alleine hüten und könne diese auch nicht auf den Arm nehmen. Der grösste Wunsch sei gewesen, wieder zu arbeiten. Ihre Tätigkeit im X.\_\_\_\_ habe darin bestanden, dass die Wäsche gewaschen worden sei und sie diese aus der Maschine habe nehmen müssen. Manchmal habe sie Wäsche aufhängen, Flickarbeiten durchführen und Wäsche zusammenlegen müssen. Auf Nachfrage, ob sie heute in der Lage sei, Wäsche aus der Waschmaschine oder dem Trockner herauszunehmen und diese aufzuhängen und / oder zusammenzulegen, gab die Beschwerdeführerin an, leider könne sie das nicht mehr machen. Sie könne die Wäsche auf den Bügel hängen und zusammen mit dem Sohn aufhängen. Socken zusammenlegen gehe nicht. Daheim könne sie alleine keine Wäsche zusammenlegen. Sie bügle auch nichts mehr. Wäsche aufhängen sei aber schwierig, sie könne auf einer Seite aufhängen, dann etwas ziehen und dann die andere Seite aufhängen. Auf Nachfrage, wie sie es sich erkläre, dass der Gutachter festgestellt habe, die Messungen seien links und rechts identisch, hielt die Beschwerdeführerin fest, sie könne es sich nur dadurch erklären, dass sie eigentlich immer Therapie mache. Sie mache ja auch daheim Sachen. Sie brauche den Arm auch, jede Tätigkeit brauche den Arm. Sie könne es machen, es sei aber mit Schmerzen verbunden. Der Schmerz verhindere, dass sie eine Tätigkeit länger ausüben könne.

5.12 In der Stellungnahme vom 12. Oktober 2015 (BA 1, S. 330) zum Observationsbericht führte die behandelnde Physiotherapeutin der Beschwerdeführerin, AD.\_\_\_\_, Bsc BFH Physiotherapie, von der I.\_\_\_\_ AG, aus, die Beschwerdeführerin komme seit 2012 regelmässig in die Therapie. Sie sei immer pflichtbewusst erschienen und habe die Therapievorschlüsse stets mit grosser Motivation umgesetzt. Die Funktionalität im Handgelenk und in der Schulter hätten sich teilweise im Alltag und in der Therapie verbessert. Trotzdem sei es nach dieser langen Therapiezeit nicht zu einer deutlichen Zunahme der Belastbarkeit gekommen. Die Beschwerdeführerin könne zwar fast alle alltäglichen, nicht armspezifisch belastenden Aktivitäten wie Spazieren, Shoppen ohne Tragen von Lasten etc. durchführen. Zahlreiche Aktivitäten seien jedoch häufig mit Schmerzen verbunden (vor allem bei Belastungen des Handgelenks in Pronation und Supination). Dies könne anhand der Videoanalysen nicht eindeutig interpretiert werden. Zudem sei der Zeitfaktor sehr entscheidend, was zu den Videoanalysen führe. Auf den Videos seien jeweils kurze Sequenzen des alltäglichen Lebens gefilmt (Bsp. an der Bushaltestelle stehen, Einkaufen, Wäsche hängen). Diese Aktivitäten seien nicht

armspezifisch-belastender Natur und stünden auch nicht in Relation mit einer Belastung von einem ganzen Tag (Bsp. Job in Wäscherei 4 ■ 6 Stunden am Tag). Die Videoanalysen zeigten harmlose Aktivitäten wie durch die Stadt spazieren, an der Bushaltestelle stehen, an der Kasse im Migros bezahlen. Aus biomechanischer Sicht seien die kurz aufgezeichneten Bewegungsmuster nicht aussagekräftig bezüglich der Belastbarkeit der Beschwerdeführerin. So habe zum Bsp. das Spazieren auf der Strasse nichts mit Arbeiten in der Wäscherei zu tun. Dies sei kein vergleichbarer Parameter bezüglich Belastbarkeit in der Wäscherei.

5.13 Im Bericht von Dr. med. L.\_\_\_\_, Facharzt Allgemeine Medizin FMH, Regionaler Ärztlicher Dienst der IV-Stelle des Kantons Solothurn, vom 23. November 2015 (BA 18) wurde ausgeführt, aus dem Überwachungsjournal vom 10. Juni ■ 25. Juli 2015 z.H. der Basler-Versicherung sei keine Beeinträchtigung der rechten Hand in den auf den Videoaufnahmen sichtbaren Handlungen (Greifen von Kleidungsstücken, Wäsche mit beiden Händen aufhängen und zusammenlegen, Heben eines Kindes mit beiden Händen) erkennbar. Damit sei die von der Versicherten bei den Begutachtungen angegebene Handlungsunfähigkeit mit der rechten Hand widerlegt. Widerlegt sei auch die von der Versicherten angegebene Schmerzhaftigkeit, die solche Handlungen verunmöglichen würde. Es verbleibe die festgestellte teilweise Einschränkung der Beweglichkeit im rechten Handgelenk. Doch diese Einschränkung erlaube trotzdem, die angestammte Tätigkeit und jede andere Tätigkeit auszuüben, weil die Einschränkung nicht mit Schmerzen verbunden sei, wie sie die Versicherte angebe. Wäre dem nicht so, könnten die beobachteten Tätigkeiten gar nicht ausgeübt werden. Die fehlende Umfangdifferenz der Unterarmmuskulatur bewiese zudem, dass die rechte Hand sehr wohl eingesetzt werde. Der Beginn der Arbeitsfähigkeit von 100 % für jede Tätigkeit werde von Frau Dr. med. D.\_\_\_\_ mit der Begutachtung in der Klinik AC.\_\_\_\_ vom 2. März 2015 begründet, weil damals ein unveränderter Zustand gegenüber der Begutachtung von Prof. Dr. med. E.\_\_\_\_ im Jahr 2013 festgestellt worden sei. Streng genommen könne jedoch erst der Beobachtungszeitraum vom 10. Juni ■ 25. Juli 2015 als Beginn der generellen Arbeitsfähigkeit genommen werden, weil erst dann dieser Tatbestand aufgenommen worden sei.

5.14 In der versicherungsmedizinischen Stellungnahme vom 11. März 2016 (BA 17) bezog sich die Vertrauensärztin der Beschwerdegegnerin, Dr. med. D.\_\_\_\_, Fachärztin für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, auf die Anfrage der Beschwerdegegnerin vom 11. März 2016. Dr. med. D.\_\_\_\_ wurde darin gebeten, genauer zu begründen, weshalb die im CT beschriebene Arthrose der Beschwerdeführerin auch ohne Unfall in diesem Zeitraum entstanden wäre, zumal diese eine Radiusfraktur gehabt habe. Diesbezüglich führte Dr. med. D.\_\_\_\_ aus, im CT würden Überlastungszeichen / Arthrose beschrieben und ein erhaltener Gelenkspalt. Aufgrund dessen, dass ein erhaltener Gelenkspalt beschrieben worden sei, sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass trotz kleiner corticaler Stufen eine normale Beweglichkeit und somit kein erhöhtes Arthroserisiko aufgrund der stattgehabten Fraktur gegeben sei. Dass die Versicherte ihre oberen Extremitäten auch seitengleich einsetze, zeige sich in der Umfangmessung (keine wesentlichen Differenzen). Es liege bei dieser Versicherten keine wesentliche post-op. intraarticuläre Fehlstellung (trotz kleiner corticaler Stufen) vor, die präarthrotische Faktoren darstellten. Würden bestimmte Bewegungen Tag für Tag (letzte Tätigkeit der Versicherten in der Wäscherei) und über Jahre hinweg ausgeführt, könne dies zur Überlastung der betreffenden Gelenke führen. Berufsbedingte

Arthrosen seien keine Seltenheit.

5.15 In dem erst im Beschwerdeverfahren eingereichten Schreiben von Dr. med. AE.\_\_\_\_, Innere Medizin FMH, vom 25. September 2019 (Beschwerdebeilage 5) wird ausgeführt, aus den Schilderungen der Beschwerdeführerin sei zu entnehmen, dass die rechte Hand lediglich als sehr eingeschränkt hilfreiche Hilfs hand benutzt werden könne. Jegliche einfachen Tätigkeiten wie Schneiden von Gemüse oder ähnlichem oder Zusammenlegen von Wäsche seien jedoch nicht möglich. Auch das Tragen von Einkaufskörben sei nur mit einer Hand möglich. Daher erachte er, Dr. med. AE.\_\_\_\_, auch im Alltag eine schwerwiegende Einschränkung als gegeben und er würde die Beschwerdeführerin als einarmig bezeichnen.

6.

6.1 Die Beschwerdegegnerin stützt sich in ihrem angefochtenen Entscheid unter anderem auf die Ergebnisse der von ihr veranlassten Observation im Zeitraum vom 10. Juni 2015 bis 25. Juli 2015 (BA 14).

Wie aus der gerichtlichen Praxis hervorgeht, bestand im Zeitpunkt der durchgeführten Observation weder für die obligatorische Unfallversicherung (vgl. Urteil des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte [EGMR] vom 18. Oktober 2016 in Sachen Vukota-Bojic gegen die Schweiz, 61838/10) noch für die Invalidenversicherung (vgl. BGE 143 I 377 E. 4 S. 384) eine ausreichende gesetzliche Grundlage für Observationen, welche der Sozialversicherungsträger selbst angeordnet hat. Eine solche gesetzliche Grundlage wurde erst mit Art. 43a und 43b ATSG (in Kraft seit 1. Oktober 2019) geschaffen, welche aber im Zeitpunkt der vorliegenden Observation noch nicht anwendbar waren. Folglich verletzen solche Handlungen Art. 8 Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten (EMRK, SR 0.101) bzw. Art. 13 Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (BV, SR 101), der im Wesentlichen den gleichen Gehalt aufweist (vgl. BGE 143 I 377 E. 4 S. 384). Das Bundesgericht kam im vorgenannten Entscheid des Weiteren zum Schluss, dass auch die spezialgesetzliche Grundlage des Art. 59 Abs. 5 IVG den vom EGMR gestellten Anforderungen nicht genüge und es somit auch im Bereich der Invalidenversicherung an einer genügenden gesetzlichen Grundlage, welche die verdeckte Überwachung umfassend klar und detailliert regle, fehle (vgl. Jolanda Marti, Grundrechtliche Anforderungen an Observationen im Sozialversicherungsrecht im Rahmen der BV und der EMRK, Zürich 2019, S. 19).

6.2 Was die Verwendung des im Rahmen der (widerrechtlichen) Observation gewonnenen Materials anbelangt, richtet sich diese allein nach schweizerischem Recht. Der EGMR prüft dabei nur, ob ein Verfahren insgesamt fair im Sinne von Art. 6 Abs. 1 EMRK gewesen ist. In diesem Zusammenhang hat das Bundesgericht im soeben vermerkten BGE 143 I 377 im Wesentlichen erkannt, dass die Verwertbarkeit der Observationsergebnisse (und damit auch der gestützt darauf ergangenen weiteren Beweise) grundsätzlich zulässig ist, es sei denn, bei einer Abwägung der tangierten öffentlichen und privaten Interessen würden letztere überwiegen (vgl. E. 5.1.1 des BGE 143 I 377). Mit Blick auf die gebotene Verfahrensfairness hat es sodann in derselben Erwägung eine weitere Präzisierung angebracht: Unter Hinweis auf das Urteil 8C\_239/2008 vom 17. Dezember 2009 E. 6.4.2 Abs. 2 und die darin enthaltene Anlehnung an die strafprozessuale Rechtsprechung (vgl. BGE 131 I 272 E. 4.2 S. 279) hat es daran erinnert, dass eine gegen Art. 8 EMRK verstossende Videoaufnahme verwertbar ist, solange Handlungen des «Beschuldigten»

aufgezeichnet werden, die er aus eigenem Antrieb und ohne äussere Beeinflussung machte, und ihm keine Falle gestellt worden war. Ferner hat es erwogen, dass von einem absoluten Verwertungsverbot wohl immerhin insoweit auszugehen ist, als es um Beweismaterial geht, das im nicht öffentlich frei einsehbaren Raum zusammengetragen wurde, was im konkreten Fall jedoch nicht zu beurteilen war (vgl. E. 5.1.3 des Urteils BGE 143 I 377 mit Hinweis auf Urteil 8C\_830/2011 vom 9. März 2012 E. 6.4).

6.3 In diesem Lichte ist zur Verwertbarkeit der Observationsmaterialien für den vorliegenden Fall Folgendes zu erwägen:

6.3.1 Praxisgemäss muss eine Observation objektiv geboten sein, das heisst, es müssen konkrete Anhaltspunkte vorliegen, die Zweifel an den geäusserten gesundheitlichen Beschwerden oder der geltend gemachten Arbeitsunfähigkeit aufkommen lassen. Solche Anhaltspunkte können beispielsweise gegeben sein bei widersprüchlichem Verhalten der versicherten Person, oder wenn Zweifel an der Redlichkeit derselben bestehen (eventuell durch Angaben und Beobachtungen Dritter), bei Inkonsistenzen anlässlich der medizinischen Untersuchung, Aggravation, Simulation oder Selbstschädigung u.Ä. (vgl. BGE 136 III 410 E. 4.2.1 S. 417 f. mit Verweis auf DETTWILER/HARDEGGER, Zulässige Video-Überwachung von Suva-Versicherten, HAVE 2003 S. 246 ff., S. 247 Ziff. III/3/a). Diese Elemente können einzeln oder in Kombination zureichende Hinweise liefern, die zur objektiven Gebotenheit der Observation führen (BGE 137 I 327). Anlass zu der durchgeführten Observation gaben im vorliegenden Fall gemäss den Ausführungen der Beschwerdegegnerin unter anderem Diskrepanzen zwischen den Angaben der Beschwerdeführerin und der Schmerzmedikation. Dauernde Schmerzen und eine Schmerzintensität von 7 bis 8 auf der Skala bis 10 sowie Schmerzen auch nachts mit bis zu mehrmaligem Aufwachen seien nach Auffassung der Beschwerdegegnerin nicht im Einklang mit der Tatsache der Verweigerung einer Schmerztherapie und der nur gelegentlichen Einnahme eines nicht starken Schmerzmittels wie Spedifen gestanden. Auch die Tatsache, dass die Oberarm-, die Unterarm- und die Handmuskulatur seitengleich ausgestaltet seien, sei für die Beschwerdegegnerin ein Anhaltspunkt für eine mögliche Unredlichkeit der Beschwerdeführerin gewesen. Denn sei die Muskulatur seitengleich, sei logischerweise davon auszugehen, dass diese Muskulatur trotz angeblicher Bewegungseinschränkung bewegt und gestärkt werde. Immerhin sei auch das CRPS als komplexes Schmerzsyndrom nachweislich ausgeheilt gewesen. Unter diesen Umständen bestanden konkrete Anhaltspunkte für eine Überwachung. Auch wenn bei der Beschwerdeführerin keine Verdeutlichungstendenz aktenkundig ist, sind die von der Beschwerdegegnerin aufgeführten Inkonsistenzen angesichts der Rechtsprechung als Anfangsverdacht für eine Observation ausreichend (vgl. BGE 137 I 327 E. 5.4.2.2). Insbesondere auch, dass die Muskeln der Beschwerdeführerin seitengleich ausgebildet sind, stellt ein gewichtiges Indiz für die genannten Inkonsistenzen dar (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_866/2011 vom 27. März 2012 E. 3.1).

6.3.2 Über die Ergebnisse der Observation existiert ein Bericht der beauftragten Detektei C. \_\_\_ GmbH (BA 14), umfassend eine Fotodokumentation und Videoaufzeichnungen (DVD). Der Bericht enthält Angaben zur Identifikation der überwachten Person, zu den Wohnverhältnissen (mit Aussenaufnahmen des Wohnortes) und zu den von der überwachten Person benutzten Verkehrsmitteln. Im Observationsbericht finden sich die Ergebnisse der an 14 einzelnen Tagen, verteilt über einen Zeitraum von sechs Wochen, durchgeführten Observation. Die Beobachtung bezog sich im Wesentlichen auf folgende

alltägliche Verrichtungen: Betreten und Verlassen des Hauses; Spazieren, einmal mit Kinderwagen; auf den Bus warten und in den Bus einsteigen; Einkaufen; Wäsche aufhängen; Therapiebesuche; Kommunikation mit anderen Personen. Die Einsätze der Ermittelnden fanden in den folgenden Zeiträumen statt: 11. Juni 2015: 14.00 ■ 14.43 Uhr; 12. Juni 2015: 13.30 Uhr ■ 16.05 Uhr; 17. Juni 2015: 9.00 ■ 10.55 Uhr, 15.45 ■ 16.40 Uhr; 7. Juli 2015: 12.55 ■ 18.35 Uhr. 8. Juli 2015: 13.00 ■ 14.50 Uhr, 18.40 ■ 18.45 Uhr; 10. Juli 2015: 8.25 ■ 17.15 Uhr; 11. Juli 2015: 16.15 ■ 17.15 Uhr; 13. Juli 2015: 16.05 ■ 17.55 Uhr; 14. Juli 2015: 16.20 Uhr ■ 20.00 Uhr; 16. Juli 2015: 8.55 ■ 11.20 Uhr; 17. Juli 2015, 16.00 ■ 21.00 Uhr ■ die Beschwerdeführerin wurde jedoch nicht erblickt; 18. Juli 2015: 17.00 ■ 21.15 Uhr; 21. Juli 2015, 8.50 ■ 11.50 Uhr; 25. Juli 2015: 16.55 ■ 21.30 Uhr.

6.3.3 Dass es sich bei der Überwachten nicht um die versicherte Person handeln könnte, wurde nie geltend gemacht. Ebenso wenig ist behauptet oder ersichtlich, dass die Überwachung in nicht frei einsehbaren Räumen stattgefunden hätte. Der zeitliche Umfang des Eingriffs in die Privatsphäre der Beschwerdeführerin war begrenzt. Die Überwachung erfolgte auch nicht während den ganzen sechs Wochen vom 10. Juni ■ 25. Juli 2015. Entscheidend ist die tatsächliche Überwachungsdauer, also an wie vielen Tagen während dieser 6 Wochen die Beschwerdeführerin überwacht wurde (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_515/2017 vom 20. Dezember 2017 E. 5.6). Wie unter E. 7.3.2 hiavor ausgeführt, hat die Detektei an 14 Tagen über 6 Wochen verteilt Observationsversuche unternommen, wobei es nur an 13 Tagen zur tatsächlichen Observation kam, da die Beschwerdeführerin beim Observationsversuch vom 17. Juli 2015 nicht erblickt werden konnte. Die Überwachung erfolgte zwar gezielt und nicht bloss zufällig, dafür aber weder andauernd noch systematisch über einen längeren Zeitraum hinweg (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C\_569/2018 vom 30. Januar 2019 E. 5.1; 8C\_515/2017 vom 20. Dezember 2017 E. 5.6). Dieser Schluss rechtfertigt sich nicht nur mit Blick auf BGE 143 I 377, sondern auch auf seitherige Urteile, denen deutlich längere Überwachungsphasen zu Grunde lagen (vgl. etwa Urteile 8C\_430/2018 vom 4. Dezember 2018 und 8C\_2/2018 vom 15. Februar 2018). Damit und vor allem mit Blick auf die aufgezeichneten alltäglichen Verrichtungen und Handlungen kann insgesamt bei bloss geringfügiger Tangierung der Privatsphäre jedenfalls nicht von einer schweren Verletzung der Persönlichkeit ausgegangen werden (vgl. BGE 137 I 327 E. 5.6 S. 334). Dem gegenüberzustellen gilt es das Interesse des Versicherungsträgers und der Versichertengemeinschaft, unrechtmässige Leistungsbezüge abzuwenden. Dieses ist unter den hier gegebenen Umständen höher zu gewichten als das Interesse der Beschwerdeführerin an einer unbehelligten Privatsphäre (vgl. BGE 137 I 327 E. 5.6 S. 335). Damit können im vorliegenden Fall die Observationsergebnisse in Form des entsprechenden Berichts sowie der Foto- und Videoaufnahmen verwertet werden, zumal der Kerngehalt von Art. 13 BV bei der hier gegebenen Überwachung und der damit verbundenen geringen Eingriffsschwere ebenfalls unangetastet blieb (vgl. Urteil 8C\_735/2016 vom 27. Juli 2017 E. 5.3.6.3; BGE 137 I 327 E. 5.6 S. 335).

7. Die Beschwerdegegnerin hat den Leistungsanspruch im Wesentlichen gestützt auf die Ergebnisse der Observation der Beschwerdeführerin sowie auf die sich darauf beziehende vertrauensärztliche Stellungnahme von Dr. med. D.\_\_\_\_, Fachärztin für orthopädische Chirurgie und Traumatologie FMH, vom 14. September 2015 (BA 16) beurteilt.

Nach der Rechtsprechung können die Ergebnisse einer Observation zusammen mit einer ärztlichen Aktenbeurteilung grundsätzlich geeignet sein, eine genügende Basis für die

Sachverhaltsfeststellungen betreffend den Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit zu bilden (BGE 137 I 327 E. 7.1 S. 337 mit Hinweisen). Ein Observationsbericht für sich allein bildet jedoch keine sichere Basis für diese Sachverhaltsfeststellungen. Er kann diesbezüglich höchstens Anhaltspunkte liefern oder Anlass zu Vermutungen geben. Sichere Kenntnis des Sachverhalts kann in dieser Hinsicht jedoch erst die ärztliche Beurteilung des Observationsmaterials liefern (SVR 2012 UV Nr. 17 S. 63 E. 4.2 mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts 8C\_521/2012 vom 20. Dezember 2012 E. 5.1; Margit Moser-Szeless, La surveillance comme moyen de preuve en assurance sociale, in: SZS 2013 S. 129 ff., 152 Ziff. 5 mit weiteren Hinweisen in Fn. 83 und 84).

Die Stellungnahme von Dr. med. D.\_\_\_\_ vermag jedoch unter Berücksichtigung des vorliegenden Observationsmaterials nicht genügend zu überzeugen. Es erscheint zwar grundsätzlich korrekt ■ und stimmt auch mit den Beobachtungen des Versicherungsgerichts überein, welche dieses anlässlich der Sichtung der Observationsaufnahmen machte ■, wenn Dr. med. D.\_\_\_\_ ausführt, in den auf den Videoaufnahmen sichtbaren Handlungen sei keine Beeinträchtigung der rechten Hand erkennbar. Die von Dr. med. D.\_\_\_\_ daraus gezogenen Schlussfolgerungen, wonach damit die von der Versicherten bei den Begutachtungen angegebene Handlungsunfähigkeit mit der rechten Hand sowie die angegebene Schmerzhaftigkeit, die solche Handlungen verunmöglichen würde, widerlegt seien, vermögen in dieser Absolutheit jedoch nicht zu überzeugen. Es ergeben sich zwar durchaus Diskrepanzen zwischen den Observationsaufnahmen und den Angaben in den handchirurgischen Gutachten der Dres. E.\_\_\_\_, F.\_\_\_\_ und H.\_\_\_\_ vom 13. Juni 2013, 13. Oktober 2014 und 2. März 2015 (BA 5, 11 und 12). Damit ist aber nicht erstellt, dass die Beschwerdeführerin bei den sichtbaren Handlungen keine Schmerzen verspürt. Zudem stimmen die in den Videoaufnahmen beobachtbaren Handlungen grossenteils mit den von der Beschwerdeführerin anlässlich der Besprechung vom 16. September 2015 (B 15) gemachten Angaben überein. Wie aus der Verfügung vom 24. September 2015 ersichtlich, wusste die Beschwerdeführerin im Zeitpunkt dieser Besprechung noch nicht über die stattgefundene Observation Bescheid. So seien ihr erst nach der Besprechung Unterlagen gezeigt worden, die eindeutig belegten, dass sie ihre Hand im Alltag ohne Einschränkung einsetze. Die anlässlich der Besprechung gegebenen Auskünfte waren somit unbeeinflusst vom Resultat der Observation. Vergleicht man die Aussagen aus der Besprechung und die Observationsaufnahmen, kann zumindest nicht gesagt werden, die Beschwerdeführerin habe ihre Einschränkungen und noch möglichen Tätigkeiten völlig übertrieben und falsch dargestellt. Nicht zu überzeugen vermag sodann auch die abschliessende Feststellung von Dr. med. D.\_\_\_\_, die in der rechten Hand verbleibende Einschränkung erlaube der Beschwerdeführerin trotzdem, die angestammte Tätigkeit und jede andere Tätigkeit auszuüben, weil die Einschränkung nicht mit Schmerzen verbunden sei, wie sie die Versicherte angebe. Eine solche Schlussfolgerung lassen die Observationsaufnahmen nicht zu. Auf den Aufnahmen ist die Beschwerdeführerin unter anderem bei folgenden Tätigkeiten zu sehen:

-11. Juni 2015, 14.38 Uhr: Die Beschwerdeführerin durchsucht mit ihrer rechten Hand ihre Tragtasche und nimmt das Portemonnaie hervor. Es ist nicht ersichtlich, ob sie hierfür das Handgelenk drehen musste.

-17. Juni 2015, 09.22 Uhr: Die Beschwerdeführerin nimmt mit der rechten Hand eine Frucht und führt diese zum Mund. 09.26 Uhr: Die Beschwerdeführerin nimmt einen Plastiksack von einem Verkaufsstand mit der rechten Hand entgegen. Dieser scheint nicht

schwer zu sein. Sie trägt den Sack dann mit der linken Hand weiter. 10.14 Uhr: Die Beschwerdeführerin hält mit der rechten Hand Geldscheine und zeigt mit ihren Fingern der rechten Hand auf Früchte. Sie nimmt das Geld mit der rechten Hand aus dem Portemonnaie und legt das Rückgeld mit der rechten Hand zurück. Sie nimmt den Plastiksack mit der linken Hand entgegen. 10.18 Uhr: Die Beschwerdeführerin trägt den Plastiksack über längere Zeit mit der linken Hand.

15.50 Uhr: Die Beschwerdeführerin hängt Wäsche auf dem Balkon auf, die Beschwerdeführerin ist aber nur ab Brusthöhe aufwärts zu sehen. Sie hängt mehrere T-Shirts auf Kleiderbügel. Sie scheint dabei beide Hände gleich zu benutzen. Sie hängt Tücher mit beiden Händen in flüssigen Bewegungen wohl auf einen Wäscheständer auf, welcher nicht sichtbar ist. Es folgen weitere einzelne Aufnahmen während fast einer Stunde, welche die Beschwerdeführerin beim Wäscheaufhängen zeigen. Auf einer Aufnahme um 16.23 Uhr ist die Beschwerdeführerin dabei zu sehen, wie sie irgendetwas auf dem Balkonboden macht. Was genau, ist nicht zu sehen. Dass es dabei um anstrengende Handlungen geht, wie im Observationsbericht festgehalten wurde, kann aufgrund der Aufnahmen nicht gesagt werden.

-7. Juli 2015, 12.55 Uhr: Beim Einsteigen in den Bus trug die Beschwerdeführerin eine gut gefüllte Stofftasche in der linken Hand.

Zusammenfassend ist nach der Sichtung des Observationsmaterials festzuhalten, dass es aufgrund dessen zwar durchaus möglich erscheint, dass die Beschwerdeführerin trotz der geklagten Einschränkungen in der rechten Hand Tätigkeiten verrichten könnte, bei denen sie auch die rechte Hand gebrauchen kann. In welchem Pensum und unter welchem Zumutbarkeitsprofil kann alleine aufgrund der Aufnahmen jedoch nicht gesagt werden, zumal von Dr. med. D. \_\_\_ in ihrer Stellungnahme vom 14. September 2015 auch nicht schlüssig begründet wird, inwiefern daraus eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in der bisherigen und jeder anderen Tätigkeit abgeleitet werden soll. Dass die Beschwerdeführerin ihre rechte Hand praktisch nicht mehr gebrauchen kann, wie dies in den handchirurgischen Gutachten teilweise postuliert wurde, dürfte durch die Observationsaufnahmen hingegen widerlegt sein. Daraus kann aber auch nicht ohne weiteres geschlossen werden, der Beschwerdeführerin sei die bisherige Tätigkeit in einer Wäscherei und jede andere Tätigkeit ohne Einschränkungen zumutbar. Immerhin fällt auf, dass sie auf den Aufnahmen die Taschen und Säcke über längere Zeit stets mit der linken Hand trägt. Zudem dürften die mit der rechten Hand ergriffenen Gegenstände und Säcke ■ aufgrund der Aufnahmen geschätzt ■ kaum je schwerer als 1 kg gewesen sein. In diesem Zusammenhang kann auch auf die einleuchtenden Ausführungen in der Stellungnahme der behandelnden Physiotherapeutin der Beschwerdeführerin, AD. \_\_\_, vom 12. Oktober 2015 (BA 1, S. 330) verwiesen werden: Die auf den Videoaufnahmen ersichtlichen Aktivitäten seien nicht armspezifisch-belastender Natur und stünden auch nicht in Relation mit einer Belastung von einem ganzen Tag (Bsp. Job in Wäscherei 4 ■ 6 Stunden am Tag). Aus biomechanischer Sicht seien die kurz aufgezeichneten Bewegungsmuster nicht aussagekräftig bezüglich der Belastbarkeit der Beschwerdeführerin. Wie die Beschwerdeführerin sodann ausführt, sei sie auf dem Video bei einer Schonhaltung zu sehen. So nehme sie ihren rechten Arm hinter den Rücken oder nach vorne und halte diesen mit der linken Hand fest. Diese Position oder das Anlehnen des rechten gestreckten Arms seien ihre üblichen Schonhaltungen. Diese Angabe machte die Beschwerdeführerin auch anlässlich der Besprechung vom 16. September 2015, bevor ihr mitgeteilt wurde, dass eine

Observation stattgefunden hatte (vgl. Verfügung vom 24. September 2015). Auf der Videoaufnahme (Video 724b) vom 16. Juli 2015, 09.00 Uhr, ist die Beschwerdeführerin tatsächlich bei der besagten Handlung zu sehen. Probiert man diese Körperstellung selbst aus, merkt man, dass es sich hierbei um eine relativ unbequeme und unübliche Haltung handelt. Auch im Lichte dessen erscheint es aus Sicht des Laien nachvollziehbar, dass es sich hierbei um eine bewusst eingenommene Schonhaltung handelt. Dieser Umstand wurde von Dr. med. D. \_\_\_ in ihrer Stellungnahme vom 14. September 2015 nicht berücksichtigt. Des Weiteren stützt Dr. med. D. \_\_\_ ihre Beurteilung teilweise auf den Observationsbericht, welcher subjektiv formuliert ist. So bezieht Dr. med. D. \_\_\_ in ihre Beurteilung eine Beobachtung des Überwachungsunternehmens mit ein, welche nicht durch eine Videoaufnahme belegt ist: Etwa 50 Meter vor dem Wohnungseingang habe die Beschwerdeführerin ohne ein Problem, mit beiden Händen, das Kind aus dem Kinderwagen genommen und habe es alleine nach Hause gehen lassen. Einerseits handelt es sich hierbei um eine subjektiv gefärbte Wahrnehmung («ohne ein Problem»), welche eben nicht belegt ist. Andererseits ist die Fotoaufnahme, welche im Observationsbericht (S. 13) die entsprechende Beobachtung dokumentieren soll, aus einer grösseren Distanz aufgenommen worden, weshalb es fraglich erscheint, ob der beobachtende Detektiv aus dieser Entfernung sehen konnte, wie die Beschwerdeführerin ihre rechte Hand bei der behaupteten Handlung eingesetzt hat. Die diesbezügliche Beobachtung ist somit vorliegend nicht verwertbar. Schliesslich kann der vorliegende Fall auch nicht gestützt auf die übrigen medizinischen Akten entschieden werden. So erscheinen die veranlassten handchirurgischen Gutachten, wie erwähnt, im Lichte der Observationsaufnahmen nicht in allen Belangen überzeugend: Dass die Beschwerdeführerin ihre rechte Hand praktisch nicht mehr gebrauchen kann, wie dies in den handchirurgischen Gutachten teilweise postuliert wird, ist angesichts der Observationsaufnahmen nicht mehr haltbar. Insofern die Beschwerdeführerin rügt, die Videosequenzen umfassten jeweils ganz kurze Szenen, weshalb diese nicht aussagekräftig seien, ist ihr zumindest dahingehend Recht zu geben, dass von den insgesamt 55 Videos, deren 38 weniger als 1 Minute, 15 Videos 1 ■ 2 Minuten und 2 Videos 2 ■ 3 Minuten dauern. Nach Sichtung des gesamten Videomaterials kann aber dennoch gesagt werden, dass die Aufnahmen, auch wenn diese teilweise sehr kurz sind, einen guten Überblick vom Tagesablauf der Beschwerdeführerin und über die ihr noch möglichen Bewegungsabläufe geben. Zudem sind insgesamt betrachtet ausreichend Aufnahmen vorhanden, die entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin nicht nur belastende, sondern ■ wie vorgehend ausgeführt ■ auch entlastende Momente enthalten. Die Videoaufnahmen sind somit auch unter diesem Gesichtspunkt als beweismässig anzusehen. Jedoch kann aufgrund der Aufnahmen ohne eingehende Beurteilung durch medizinische Fachärzte nicht gesagt werden, es bestünden keine Einschränkungen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind rechtsprechungsgemäss ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 139 V 225 E. 5.2 S. 229, 135 V 465 E. 4.4 S. 470). Somit kam das Versicherungsgericht nicht umhin, ein handchirurgisches Gerichtsgutachten zu veranlassen, wobei dem Gutachter, wie vorgehend erwähnt (E. I. 5. hiervor), die Vorakten ohne Observationsbericht zugestellt wurden, da der Observationsbericht zu subjektiv formuliert ist.

8. Aufgrund der genannten Unklarheiten wurde von Seiten des Versicherungsgerichts bei Dr. med. J. \_\_\_, Facharzt für Handchirurgie FMH, Senior Consultant Handchirurgie, K. \_\_\_, ein handchirurgisches Gutachten eingeholt.

Im handchirurgischen Gutachten von Dr. med. J. \_\_\_ vom 30. November 2019 (A.S. 92 ff.) werden folgende Diagnosen gestellt:

Der Gutachter setzt sich grundsätzlich eingehend mit den Vorakten und mit dem Observationsmaterial auseinander. Jedoch ist seine Schlussfolgerung, wonach die von der Beschwerdeführerin noch geklagten Beschwerden nicht mehr als unfallkausal zu betrachten seien, nur ungenügend begründet. Dr. med. J. \_\_\_ hält zwar grundsätzlich nachvollziehbar fest, bei der Beschwerdeführerin sei bereits im Mai 2015 im Rahmen einer Begutachtung eine leichte Handgelenksarthrose festgestellt worden, bei der jetzigen Röntgenuntersuchung fänden sich ebenso Zeichen einer leichten, speichenseitig betonten Handgelenksarthrose ohne Hinweise für eine wesentliche Progredienz im Vergleich zur Voruntersuchung. Eine solche Arthrose könne Beschwerden, wie von der Versicherten angegeben, verursachen, jedoch mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht in dem geschilderten Ausmass. Bei der fehlenden Progredienz sei zum jetzigen Zeitpunkt nicht mehr von einer Unfallkausalität der leichten Handgelenksarthrose auszugehen. Dr. med. J. \_\_\_ begründet in der Folge aber nicht nachvollziehbar, weshalb die Unfallkausalität der Arthrose nicht mehr gegeben sein solle. Vielmehr verursacht er mit der von ihm gestellten Diagnose «Beginnende, radial betonte Handgelenksarthrose rechts ICD-10 M 19.13» einen erheblichen Widerspruch. So lautet die Diagnose M19.13 gemäss ICD-Code «Posttraumatische Arthrose sonstiger Gelenke Unterarm», während Dr. med. J. \_\_\_ eine traumabedingte bzw. unfallkausale Arthrose gerade verneinte. Im Lichte dessen und des auch in den Übrigen Punkten nur sehr rudimentär begründeten Gutachtens kam das Versicherungsgericht nicht umhin, bei Dr. med. R. \_\_\_, Facharzt FMH für Handchirurgie, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, ein handchirurgisches Obergutachten zu veranlassen.

9. Im handchirurgischen Gutachten von Dr. med. R. \_\_\_ vom 8. Juni 2021 (A.S. 190 ff.) werden folgende Diagnosen gestellt:

Nebendiagnosen:

Zur Beurteilung hielt Dr. med. R. \_\_\_ fest, die Explorandin habe einige Wochen nach operativer Versorgung einer distalen Radiusfraktur rechts ein CRPS Typ 1 der rechten Hand entwickelt. Die durch die vorbehandelnden Ärzte beschriebenen trophischen Störungen der Weichteile entsprächen positiven Budapest-Kriterien, sodass die Diagnose eines CRPS Typ I berechtigt sei. Obwohl sich die trophischen Weichteilstörungen mit der Zeit zurückgebildet hätten, entwickle die Explorandin eine Schmerzchronifizierung mit therapieresistenter Funktionseinschränkung des rechten Handgelenks. Die Explorandin könne ihre rechtsdominante Hand lediglich als zu dienende Hilfshand einsetzen. In den umfangreichen Akten werde durch keinen Handchirurgen der Verdacht auf eine Simulation oder Aggravation mit Selbstlimitierung geäussert. Die geschilderten Beschwerden würden durch alle behandelnden Ärzte stets als glaubhaft beschrieben. Bei der aktuell durchgeführten handchirurgischen gutachterlichen Untersuchung seien dem Gutachter keine offensichtliche Simulation, keine einfach durchschaubare Aggravation und auch keine stossende Selbstlimitierung aufgefallen. Die geschilderten Beschwerden sowie die Funktionseinschränkung der rechten Hand würden als glaubhaft und plausibel empfunden. In der angestammten beruflichen Tätigkeit als Wäschereimitarbeiterin bestehe eine dauerhafte 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Diese Einschätzung gelte gemäss Studium der Akten auch für das Jahr 2015 resp. 2018. Bezüglich eines leidensadaptierten Arbeitsplatzes komme aus handchirurgischer Sicht lediglich ein geschützter Arbeitsplatz als Beschäftigungstherapie und zur Kultivierung von sozialen Kontakten in Frage, wo das

Arbeitstempo keine Rolle spielen und lange Pausen gewährt werden könnten. Die Leistungsfähigkeit in einer leidensadaptierten leichten Verweistätigkeit betrage 50 %. Dies betreffe auch die Leistungsfähigkeit im Haushalt.

Während die vorstehenden Schlussfolgerungen von Dr. med. R. \_\_\_ für sich alleine betrachtet nachvollziehbar erscheinen, zeigt Dr. med. R. \_\_\_ in der Folge selbst diverse Inkonsistenzen auf, ohne jedoch diese in seiner Schlussfolgerung zu berücksichtigen. Gemäss Dr. med. R. \_\_\_ zeigten sich bei der aktuellen gutachterlichen Untersuchung keine CRPS-typischen muskulären Atrophien der Handmuskeln, keine Umfangdifferenzen der Vorderarmmuskulatur rechts zu links, keine passiven Gelenkskontrakturen in den Fingergelenken und des rechten Handgelenks, keine radiologisch dokumentierbare Osteopenie (Inaktivitätsosteopenie) des Handskeletts rechts im Seitenvergleich und eine gänzlich normale Beschwiellung der Haut an sämtlichen Fingerkuppen, was ganz objektiv gesehen für eine ordentliche Einsatzfähigkeit der rechten Hand im Alltag spreche. Aufgrund dieser Inkonsistenzen sei es deshalb zweifelhaft, dass die Gebrauchsfähigkeit der rechten Hand im Alltag derart schlecht sei, wie es die Explorandin bei der gutachterlichen Untersuchung glaubhaft machen möchte. Nach so vielen Jahren Mindergebrauch des rechten Armes wären objektive Zeichen der Minderaktivität wie z.B. muskuläre Atrophien der Handmuskulatur, Umfangdifferenzen der Vorderarmmuskulatur oder auch eine radiologisch objektivierbare Inaktivitätsosteopenie des Handskeletts zu erwarten gewesen. Zudem liefere die im Frühsommer 2015 durchgeführte Observation der Explorandin mit multiplen Videosequenzen, unter Berücksichtigung des Langzeitverlaufs, klare Indizien, welche für eine ordentliche Einsatzfähigkeit der rechten Hand im Alltag (zumindest im Frühsommer 2015) sprächen. Es seien somit aus gutachterlicher Sicht möglicherweise nicht sämtliche geäusserten Beschwerden einzig und allein auf das erlittene Unfallereignis zurückzuführen. Es sei in der Tat so, dass auf diesen Videoclips bei der Explorandin keine funktionellen Einschränkungen der rechten Hand feststellbar seien. Sie weise generell flüssige Bewegungsmuster mit normalem Grob- und Feingriff der rechten Hand auf. Das Pendeln der Arme beim Gehen sei beidseits symmetrisch, beim Gestikulieren werde der rechte Arm normal eingesetzt. Dies sei für ihn, Dr. med. R. \_\_\_, grundsätzlich sehr überraschend und stark irritierend, da die Explorandin bei der aktuellen klinischen Untersuchung anlässlich dieses Gutachtens erhebliche funktionelle Defizite der rechten Hand aufweise. Es stellten sich ihm da einige kritische Fragen. Sei es tatsächlich möglich, dass die Explorandin all die Jahre versucht habe, Ärzte und Gutachter zu täuschen? Sei sie eine Betrügerin? Seien diese merkwürdigen Videoclips einfach Momentaufnahmen aus einer Zeit, wo es der Explorandin einfach besser gegangen sei? Habe sie damals im 2015 den Schmerz willentlich einfach besser überwinden können als heute? Er wisse es nicht.

Obwohl Dr. med. R. \_\_\_ die vorstehenden Inkonsistenzen in seinem Gutachten selbst treffend aufgezeigt hat, hat er der Beschwerdeführerin dennoch eine erhebliche Arbeitsunfähigkeit attestiert, ohne diese Inkonsistenzen hierbei mit zu berücksichtigen. So wäre es aber gerade Aufgabe des Gutachters, bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sämtliche Punkte mit einzubeziehen. Da er die Inkonsistenzen zwar nennt, bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aber schlussendlich ausklammert und hierfür keine plausible Begründung anführt, ist das Gutachten in beweismässiger Hinsicht nicht verwertbar.

10.1 Aufgrund der Nichtverwertbarkeit des Gutachtens von Dr. med. R.\_\_\_\_ kam das Versicherungsgericht nicht umhin, bei Dr. med. V.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Handchirurgie, FMH Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie, ein weiteres handchirurgisches Obergutachten zu veranlassen (A.S. 252) sowie diesem zusätzliche Ergänzungsfragen zu unterbreiten (A.S. 333).

Im handchirurgischen Gutachten von Dr. med. V.\_\_\_\_ vom 23. Januar 2023 (A.S. 260 ff.) werden folgende Diagnosen gestellt:

Sodann führt Dr. med. V.\_\_\_\_ hinsichtlich der von ihm gestellten Diagnosen aus, aktuell zeige sich ein residuelles chronisches Schmerzsyndrom an der rechten Hand / Handgelenk. Dies sei nicht zu verwechseln mit einem aktiven komplexen regionalen Schmerzsyndrom (CRPS Typ 1; vormals Morbus Sudeck), wie es in der erstmaligen Konsultation vom 18. April 2011 (recte: 2012) als Diagnose gestellt worden sei. Die Kriterien, die zu der Diagnose CRPS Typ I führten, seien seit 2010 in den Kriterien nach Harden / Budapest Kriterien definiert. Die Diagnose werde anhand eines klinischen und anamnestischen Kriterienrasters gefällt. Technisch-apparativ gebe es keine Modalitäten mit einer genügenden Spezifität und Sensitivität um die Diagnose zu erhärten oder auszuschliessen. Auch in sehr technisch aufwändigen Untersuchungen wie MRT/Szintigrafie/SPECT-CT lasse sich diese Diagnose nicht mit Sicherheit objektivieren. Die Diagnose eines CRPS Typ I ergebe sich aus der Aktenlage retrospektiv auf das Datum 18. April 2011 (recte: 2012). In der bei der Begutachtung durchgeführten klinischen Untersuchung seien die Kriterien für ein florides / aktives CRPS nicht mehr erfüllt. Trotzdem lägen anamnestisch und minimal auch klinisch gewisse trophische Störungen und Bewegungseinschränkungen vor, so dass von einem residuellen Zustand nach CRPS gesprochen werden könne. Aus der Aktenlage liessen sich die Kriterien nach Harden bis zur Hospitalisation an der Z.\_\_\_\_ vom 30. Januar 2014 bis 19. Februar 2014 nachweisen. In den folgenden Kontrolluntersuchungen an der Z.\_\_\_\_ zeigten sich die Kriterien nach Harden als regredient, respektive nicht mehr erfüllt. Es seien in der Folge Stati nach CRPS dokumentiert worden. Ebenfalls seien im darauffolgenden Gutachten der AC.\_\_\_\_-Klinik 2015 die Kriterien nach Harden für ein CRPS nicht mehr erfüllt gewesen. Des Weiteren lägen radiologisch sowohl eine Rhizarthrose (Arthrose des 1. Carpometacarpalgelenkes) und eine STT-Arthrose (Arthrose zwischen der 1. und 2. Handwurzelreihe) vor. Ein klinisches Korrelat zu diesen rein radiologisch gestellten Diagnosen liege mit grosser Wahrscheinlichkeit nicht vor.

Des Weiteren setzte sich Dr. med. V.\_\_\_\_ eingehend mit den vorliegenden Observationsaufnahmen und den Vorakten auseinander und führte aus, der Gutachtensauftrag habe beinhaltet, neben einer Gesamtbeurteilung die möglichen Diskrepanzen gutachterlich einzuordnen und in die Beurteilung miteinzubeziehen. Um ein genaueres Bild dieser Videosequenzen abzugeben, seien im vorliegenden Gutachten die Videosequenzen mehrfach durchgegangen worden. Die Dokumentation habe sich nach der Analyse der Bewegungsumfänge in allen Dimensionen, spezielle Handpositionen (Pinzettengriff, Schlüsselgriff, Faustschluss), Schonhaltungen, maximale Kraftanwendungen, Beurteilung der Feinmotorik sowie Dominanz des Einsatzes gerichtet. Die Videosequenzen seien wie folgt zusammenzufassen: Maximales Gewicht, das gehalten werde: 1 kg geschätzt (Kleid an Kunststoff Kleiderbügel) auf Schulterhöhe gehalten. Bimanuelle Tätigkeit ersichtlich. Bewegungen insgesamt flüssig, jedoch werde das Handgelenk in diesen Bewegungsabläufen nicht in maximale Extension / Flexion (Beugung oder Streckung) oder Supination/Pronation (Umwendbewegungen) gebracht. Ein

kompletter Faustschluss sei in diesen Bewegungen nicht ersichtlich. Beim Gehen werde der Arm geschwungen, es zeigten sich keine Schonhaltungen auf mehreren Sequenzen. Der maximale Bewegungsumfang in den Videosequenzen betrage für die Pronation 70° und Supination 70° (Umwendbewegungen), wobei diese endgradigen Bewegungen auf 2 Videosequenzen nachweisbar seien (617/744). Der maximale Bewegungsumfang in den Videosequenzen betrage für die Flexion 20° und Extension 40° (Beugung und Streckung im Handgelenk). Feinmanipulationen seien auf mehreren Videosequenzen erhalten. Der Pinzettengriff sei flüssig und erhalten. Wäschezusammenlegen von leichten Kleidungsstücken (T-Shirt) bimanuell über eine Dauer von ca. 30 min erhalten. In diesem Zusammenhang hielt Dr. med. V. \_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 4. März 2024 ergänzend fest, die klinische Untersuchung zum Zeitpunkt der Begutachtung habe eine Bewegungseinschränkung von 30° für die Beugung und 35° für die Streckung im Handgelenk gezeigt. In den Videosequenzen habe sich eine maximale Beugung von 20° und Streckung von 40° gezeigt. Für die Umwendbewegung hätten sich zum Zeitpunkt der Begutachtung eine Pronation (Umwendbewegung nach innen) von 65° und für die Supination (Umwendbewegung nach aussen) von 70° gezeigt. In den Videosequenzen zeige sich eine Pronation von 70° und Supination von 70°. Diese Unterschiede seien gering ausgeprägt und könnten durch tagesabhängige Diskrepanzen («Tagesform») erklärt werden. Ob diese Bewegungseinschränkungen schlussendlich schmerzbedingt oder mechanisch bedingt seien, lasse sich in der klinischen Untersuchung oder durch bildgebende Verfahren nicht objektivieren. Eine mögliche Objektivierung sei mittels Schmerzausschaltung (komplette Anästhesie des Armes sowohl Sensibilität wie Motorik) prinzipiell möglich. Die Aussagekraft diesbezüglich wäre rein mechanisch betrachtet und hätte keine Relevanz hinsichtlich der Einschätzung der Belastbarkeit der Hand. Sodann hielt Dr. med. V. \_\_\_ in seinem Gutachten fest, das CRPS Typ I sei bis zum Oktober 2014 / März 2015 nach den Budapest-Kriterien glaubhaft dokumentiert. Apparative Untersuchungen hätten keine bessere Spezifität oder Sensitivität. Im Anschluss daran seien die Kriterien für das aktive CRPS nicht mehr erfüllt gewesen. Nichtsdestotrotz habe die Explorandin Funktionseinschränkungen, Kraftminderungen und Schmerzen beklagt. Residuelle Funktionseinschränkungen und Kraftminderungen seien häufig nach einem CRPS vorhanden, diese ergäben sich aus nachfolgenden Gelenkkontrakturen. Die Vorgutachten / Berichte sprächen einerseits von einer komplizierten Sachlage, andererseits von einem hochgradigen Verdacht einer Aggravation oder gar simulierendem Verhalten. Die Bewegungsumfänge unterschieden sich in Flexions-Richtung um 20°, in Extensions-Richtung um 0°, in Supinationsrichtung um 0° und in Pronations-Richtung um 20°. Die Flüssigkeit der Bewegungen sei gut. Zusätzlich zeigten sich in keinen Vorberichten / Gutachten fehlende Beschwielerung oder Umfangdifferenzen. Aus den Videosequenzen lasse sich keine Objektivierung der Schmerzen ableiten, jedoch sicherlich Zweifel aufkommen, dass die Explorandin konstant unter den geschilderten Schmerzen leide. Kurz: Die Videosequenzen bestätigten die funktionellen Einschränkungen, wie sie aus der klinischen Untersuchung und der Aktenlage abzuleiten seien, liessen aber hinsichtlich der Schmerzen keine abschliessende Beurteilung zu. In den Videosequenzen mache die Explorandin nicht den Eindruck, dass sie ausgeprägt schmerzgeplagt sei. Eine entsprechende Selbstlimitierung hinsichtlich der Schmerzen lasse sich deshalb vermuten. Die Ursache diesbezüglich könne auch im Rahmen dieses handchirurgischen (und nicht psychiatrischen) Gutachtens nicht restlos geklärt werden. Zusammengefasst lasse sich festhalten, dass sich die maximalen Kraftanwendungen in den Videosequenzen (Juni / Juli

2015) nicht von der letzten Begutachtung der AC.\_\_\_\_-Klinik (März 2015) unterschieden. Somit könne im vorliegenden Fall nicht von einer funktionellen Einarmigkeit ausgegangen werden, wenngleich dieser Terminus nicht klar definiert sei. Das vorliegende Zustandsbild sei im klinischen Alltag nach durchgemachtem CRPS nicht selten anzutreffen. Es bestünden einerseits glaubhafte Einschränkungen, Limiten und Schmerzen, andererseits seien die Kriterien für ein florides/aktives CRPS nicht erfüllt. Nach Durchsicht der Aktenlage inklusive der Videosequenzen zeige sich trotz der teilweise gegenteiligen Beurteilung durch die Vorgutachter ein relativ konstantes Bild, was die Funktion betreffe. Die Hand der Explorandin könne eingesetzt werden bis zu den vorbeschriebenen Bewegungs- und Kraftlimiten. Daraus lasse sich auch entsprechend eine angepasste zumutbare Tätigkeit ableiten.

Sodann hielt Dr. med. V.\_\_\_\_ zur Unfallkausalität der geklagten Beschwerden und der gestellten Diagnosen fest, die funktionellen Beschwerden seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis zurückzuführen. Die residuellen Bewegungseinschränkungen, Kraftminderungen und Schmerzen könnten nicht durch die Rhizarthrosen/STT Arthrosen/Ellenüberlänge erklärt werden. Diesbezüglich führte Dr. med. V.\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme 4. März 2024 zur Begründung ergänzend aus, eine Rhizarthrose bereite typischerweise Schmerzen im Bereich des Daumensattelgelenkes und lasse sich klinisch mit entsprechender Druckdolenz und einem positiven Grinding Test nachweisen. In der Regel sei das Punktum maximum klar zuordenbar. Diese Provokationstests seien bei der Beschwerdeführerin nicht typisch auszulösen gewesen. Dasselbe gelte für die STT Arthrose, welche typischerweise durch eine Druckdolenz im entsprechenden STT-Intervall gekennzeichnet sei. Bei der Explorandin habe eine ubiquitäre Druckdolenz über die lokalen Druckdolenzen hinaus bestanden und ohne zu erwartendes Maximum auf die Provokationstests der STT-Arthrose und Rhizarthrose. Zusammengefasst reichten die geschilderten Beschwerden und die Befunde der klinischen Untersuchung über die klar lokalisierbaren Beschwerden im Bereich des STT Gelenkes und des CMC Gelenkes (Rhizarthrose) hinaus. Sodann sei das nachfolgend ausgebildete CRPS eine Folge der initialen Radiusfraktur. Die residuellen funktionellen Einschränkungen passten zu einem stattgehabten CRPS und seien häufig anzutreffen. Hinsichtlich der geschilderten Schmerzen zeigten sich anamnestisch und aus der Aktenlage ein konstantes Bild. Die anamnestisch erhobenen Werte auf der visuellen Analogskala (VAS) zeigten in der Dokumentation und klinischen Untersuchung konstante Werte. Dazu hielt Dr. med. V.\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme 4. März 2024 ergänzend fest, sowohl ein florides (aktives) CRPS wie ein stattgehabtes CRPS seien durch eine Bildgebung nicht zu objektivieren. Diesbezüglich seien in der Literatur verschiedene Modalitäten (CT, MRI, SPECT CT, 3 Phasen-Szintigrafien) untersucht worden. Dabei sei in keiner dieser Modalitäten eine ausreichende Spezifität / Sensitivität dokumentiert worden. Sodann seien die rein radiologisch nachgewiesenen Arthrosen (Rhizarthrose, STT-Arthrose) als unfallfremd zu bezeichnen. Beim initialen Trauma sei es zu einer Radiusfraktur gekommen, welche operativ korrekt, das heiße ohne Stufenbildung oder Fehlstellung, versorgt worden sei. Eine geringgradige Radiokarpalarthrose bestehe rein radiologisch. In der Aktenlage sei keine Traumatisierung der karpalen Knochen (scapholunäre Band Läsion, zusätzliche Frakturierung oder Fehlstellung der Handwurzelknochen, namentlich Os trapezium, trapezoideum und scaphoideum) dokumentiert. Zur Erfüllung der Unfall-Kausalität der STT-Arthrose und der Rhizarthrose müsste eine entsprechende Läsion dieser essenziellen Strukturen in der Aktenlage ersichtlich sein. Somit seien diese mit überwiegender

Wahrscheinlichkeit nicht unfallkausal. Des Weiteren hielt Dr. med. V.\_\_\_\_ bezüglich der gestellten Diagnosen in seinem Gutachten fest, es sei weder ein Status quo ante noch ein Status quo sine erreicht. Die Kriterien für das floride CRPS seien zwar nicht mehr erfüllt, jedoch bestünden nach wie vor Einschränkungen im Bewegungsumfang und Kraftumfang, zudem bestünden Schmerzen. Der Status quo sine der radiologisch beschriebenen STT-Arthrose / Rhizarthrose und Ellenüberlänge sei bei bilateral nachgewiesenen Befunden und fehlendem klinischen Korrelat nicht wahrscheinlich.

Des Weiteren führte Dr. med. V.\_\_\_\_ zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin aus, das postoperativ aufgetretene CRPS Typ I bei Zustand nach operativer Versorgung der Radiusfraktur rechts habe initial zu einer chronischen Schmerzsituation mit Schonhaltung und verminderter Funktion des rechten Handgelenkes und Miteinbezug der Hand geführt. Sowohl die Kraft wie auch die Handgelenksbeweglichkeit in Beugung und Streckung sowie Umwendbewegungen seien anhaltend eingeschränkt. In der Folge habe trotz der frühen Diagnosestellung und entsprechender Therapieeinleitung bis hin zum stationären Aufenthalt in der dafür spezialisierten Z.\_\_\_\_, was die Beweglichkeit, Kraft und Schmerzen betreffe, nur wenig Besserung erzielt werden können. Die Kriterien für die dystrophen Störungen (vegetative Anteile wie Temperaturregulation, Schwellung, Farbunterschiede) hätten hingegen positiv beeinflusst werden können. Die nachfolgend aufgetretenen residuellen Schmerzen und Bewegungseinschränkungen hätten auch mit weiteren Therapiemassnahmen nicht verbessert werden können. Es zeige sich bis dato ein relativ konstantes Bild mit Bewegungseinschränkungen von 30° für die Beugung, 35° für die Streckung, Supination und Pronation (Innendrehung respektive Aussendrehung bei Umwendbewegung) von jeweils ca. 20°. Der Kraftverlust im Faustschluss betrage ca. 12-15 kp (18 versus 8 kp bei zu erwartender rechts Dominanz von ca. 20 kp) und für den Schlüsselgriff 2 kp (7 versus 5kp). Zusammengefasst zeige sich ein Handgelenk, welches in der Beugung und Streckung um jeweils ca. 40 %, in der Umwendbewegung um jeweils ca. 25 % eingeschränkt sei. Die Kraft im Faustschluss sei zu ca. 75 % eingeschränkt. Die anamnestisch geschilderten Kraftanwendungen über 1 kg führten zu Schmerzen (bis 8/10 VAS). Es zeige sich ein erhaltener Pinzettengriff und Schlüsselgriff. Die Sensibilität sei intakt. Die postulierte faktische Einhändigkeit könne so nicht bestätigt werden. Wie auch auf den Videosequenzen der Detektee C.\_\_\_\_ gut ersichtlich, benutze die Explorandin die Hand für feinmotorische Tätigkeiten, Heben und Tragen bis zu 1 kg, jedoch in konstantem Bewegungsumfang, wie in der klinischen Untersuchung und in den Vorakten dokumentiert mit entsprechender Einschränkung der Umwendbewegung, Beugung und Streckung im Handgelenk. Weiter führte Dr. med. V.\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme 4. März 2024 dazu aus, die seitengleiche Beschwielung und der seitengleiche Armumfang seien Anzeichen dafür, dass keine faktische Einhändigkeit vorliege. Würde die Hand gar nicht eingesetzt werden im Alltag, wäre ein kompletter Rückgang der Beschwielung aufgrund der fehlenden, wenngleich minimalen mechanischen Reize, zu erwarten. Dies gelte auch für eine Armumfangdifferenz. Bei komplettem Verzicht auf Einsatz der Hand / Unterarm wäre eine Atrophie (Rückbildung) der Muskulatur zu erwarten. Die Hand werde im Alltag eingesetzt. Diesbezüglich sei auf die entsprechenden Limiten zu verweisen, welche sich auch mit den Beobachtungen der Videosequenzen deckten. Daraus sei zu schliessen, dass die Hand von der Versicherten, wenn auch in geringem Umfang, eingesetzt werde. Sodann hielt Dr. med. V.\_\_\_\_ in seinem Gutachten weiter fest, die unfallfremden Diagnosen der Rhizarthrose und STT-Arthrose hätten mit überwiegend grosser Wahrscheinlichkeit keinen Einfluss auf die Beeinträchtigung auf der Ebene der somatischen Fähigkeiten. In Bezug auf

die letztmalige Arbeitstätigkeit als Mitarbeiterin in einer Wäscherei des X.\_\_\_\_ sei die Versicherte zu 100 % arbeitsunfähig. Diese manuellen Tätigkeiten erforderten einerseits repetitive Kraftanwendungen deutlich über 10 kg, andererseits sei diese Tätigkeit bimanuell durchzuführen. Die vorliegend eingeschränkte Beugung / Streckung und Pronation / Supination würde das Arbeitstempo respektive die zu bewältigenden Volumina deutlich einschränken. Zudem wäre mit konstanten Schmerzen zu rechnen. Die in den Videosequenzen gut dokumentierten Manipulationen beim Wäschezusammenlegen respektive das Aufhängen von Kleidungsstücken, seien mit den alltäglichen Tätigkeiten in einer Wäscherei sowohl in Umfang und Belastung nicht zu vergleichen. Ein idealer Arbeitsplatz wäre eine vorwiegend nicht feinmanipulatorische Tätigkeit, welche mit der linken Hand durchgeführt werden könnte, bei der die rechte Hand lediglich als Hilfs hand verwendet werden könnte. Die Erfahrung zeige, dass es solche idealen Arbeitsstellen in der Regel nur selten gebe. Bei einem optimalen Arbeitsplatz wäre eine bimanuelle Tätigkeit ohne Erfordernisse an einen endgradigen Bewegungsumfang sowie Kraftanwendungen von maximal 1 kg einhändig für die rechte Extremität, respektive 5 kg beidhändig unter Einhaltung entsprechender Pausen und ohne zeitlichen Druck (Stückzahl nicht höher als 50 % als branchenüblich) möglich. Eine Arbeitsfähigkeit an einem leidensadaptierten optimalen Arbeitsplatz sei unter Einhaltung der entsprechenden Pausen zu 50 % gegeben. Die Leistungsfähigkeit respektive Arbeitsleistung (Stückerheiten pro Zeit) sei erwartungsgemäss mit 50 % anzugeben. In der Zusammenfassung der Videosequenzen (S. 17 des Gutachtens) seien die maximalen Bewegungsumfänge sowie maximalen Gewichtslimiten aufgeführt. Die vorangehend beschriebenen Ansprüche an einen leidensadaptierten Arbeitsplatz deckten sich auch mit den durchgeführten Manipulationen in den Videosequenzen. Dazu führte Dr. med. V.\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme 4. März 2024 ergänzend aus, in den Videosequenzen zeige sich insgesamt eine Verlangsamung der Bewegungsabläufe, wenngleich einzelne Tätigkeiten flink durchgeführt würden. Die statuierte Arbeitsfähigkeit von 50 % in einer angepassten Tätigkeit bemesse sich erstens aufgrund der notwendigen Pausen, welche bei einer solchen Tätigkeit trotz Einhaltung der Gewichtslimiten, aufgrund der Ermüdbarkeit, zu erwarten seien und zweitens aufgrund der Leistungsfähigkeit (Stückzahl / Zeiteinheit), welche ebenfalls erwartungsgemäss aufgrund der Residuen des CRPS zu erwarten seien. Weiter führte Dr. med. V.\_\_\_\_ in seinem Gutachten aus, der Gesundheitszustand habe seit der Begutachtung im Oktober 2014 und März 2015 keinen wechselnden Verlauf gehabt. Die oben beschriebene Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit bestehe unverändert. Eine angepasste Tätigkeit wie vorgehend beschrieben wäre seit Ende 2014 zumutbar. Bis zu diesem Zeitpunkt hin (Oktober 2014) habe der Verlauf, aufgrund der unmittelbaren postoperativen Phase und des floriden CRPS, einen wechselnden Charakter gehabt. Plausibel und dokumentiert sei in der ersten postoperativen Phase bis hin zur Re-Operation im August 2012 mit einer 100 % Arbeitsunfähigkeit auch in einer angepassten Tätigkeit zu rechnen. In der Folge sei das floride CRPS aus den Akten bis zur Hospitalisation an der Z.\_\_\_\_ Februar 2014 noch dokumentiert. Somit sei auch in dieser Phase bis zur Begutachtung im Oktober 2014 eine Zumutbarkeit an eine angepasste Tätigkeit nicht gegeben. Der genaue Zeitpunkt hinsichtlich der Zumutbarkeit der angepassten Tätigkeit lasse sich somit nicht auf den Tag genau eruieren, sondern lediglich auf einen Zeitrahmen zwischen Februar und Oktober 2014 schätzen. Seither sei der Gesundheitszustand stationär, sowohl was den Bewegungsumfang, Kraftanwendung und Schmerzen betreffe. Ab Oktober 2014 wäre eine leidensadaptierte Tätigkeit zumutbar, was auch die Videosequenzen belegten.

## E. 10.2

10.2.1 Zum Beweiswert des handchirurgischen Gutachtens von Dr. med. V.\_\_\_\_ vom 23. Januar 2023 (A.S. 260 ff.) ■ unter Einbezug der ergänzenden Stellungnahme vom 4. März 2024 ■ ist festzuhalten, dass dieses den Anforderungen, welche die Rechtsprechung an den Beweiswert eines Gutachtens stellt, entspricht. Es wurde von einem unabhängigen, fachlich qualifizierten Facharzt der einschlägigen medizinischen Disziplinen erstellt. Dieser verfügte über die gesamten Akten, hat die Beschwerdeführerin umfassend untersucht und Befunde erhoben, wobei deren subjektive Angaben mitberücksichtigt wurden. Dem Gutachten von Dr. med. V.\_\_\_\_ ist somit grundsätzlich voller Beweiswert zuzumessen. Dr. med. V.\_\_\_\_ setzt sich in seinem Gutachten sehr eingehend mit den Observationsaufnahmen auseinander und analysierte diese akribisch. Er kommt gestützt darauf in nachvollziehbarer Weise zum Schluss, dass sich das anlässlich der Observation (Zeitraum vom 10. Juni 2015 bis 25. Juli 2015) von der Beschwerdeführerin gezeigte Verhalten nicht erheblich von dem anlässlich der Begutachtung in der AC.\_\_\_\_-Klinik vom 2. März 2015 gezeigten Verhalten (hinsichtlich der Bewegungseinschränkungen) unterscheidet. Gestützt auf diese Feststellung kann gesagt werden, dass sich aufgrund der Observationsaufnahmen eine Aggravation / Simulation nicht belegen lässt. Weiter muss berücksichtigt werden, dass diese Aufnahmen hauptsächlich für den betreffenden Zeitraum Rückschlüsse zulassen. Insofern macht ein Vergleich dieser Aufnahmen von 2015 mit den anlässlich der vorliegenden Begutachtung durch Dr. med. V.\_\_\_\_ im Jahr 2022 erhobenen Befunde wenig Sinn. Dementsprechend sind auch ein Teil der von der Beschwerdegegnerin in ihrer Stellungnahme vom 17. März 2023 in diesem Zusammenhang erhobenen Rügen kaum weiterführend. Insofern die Beschwerdegegnerin rügt, in Bezug auf den Faktor Schmerz (und in Bezug auf weitere nicht berücksichtigte Erkenntnisse aus den Videos) fehle eine klinische Auswertung der Videosequenzen gänzlich, ist dies nicht korrekt. So schreibt Dr. V.\_\_\_\_, dass gestützt auf das Video keine Aussagen zu allfälligen Schmerzen gemacht werden könnten bzw. Schmerzen daraus nicht ersichtlich seien. Aufgrund des grossen zeitlichen Abstandes der Aufnahmen und der vorliegenden Begutachtung können daraus denn auch nur begrenzte Schlussfolgerungen gezogen werden. Wenn Dr. med. V.\_\_\_\_ vorliegend zum Schluss kommt, die Schmerzen seien glaubhaft und hätten damit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit, steht dieser Schlussfolgerung einer sieben Jahre zuvor erstellten Videoaufnahme, welche keine Schmerzen erkennen lässt, aufgrund des grossen zeitlichen Abstandes demnach nur bedingt entgegen.

10.2.2 Schliesslich ist die Unfallkausalität zu prüfen. Im Gutachten von Dr. med. V.\_\_\_\_ wird als einzige unfallkausale Diagnose «Residuelle Bewegungseinschränkung, Schmerzen und Kraftverlust Hand / Unterarm rechts bei stattgehabtem CRPS Typ I Hand rechts R52.9» gestellt. Dr. med. V.\_\_\_\_ führt diesbezüglich zur Begründung der Kausalität grundsätzlich nachvollziehbar aus, zwar liessen sich die Kriterien eine CRPS (Complex Region Pain Syndrome) nur bis zur Hospitalisation an der Z.\_\_\_\_ vom 30. Januar 2014 bis 19. Februar 2014 nachweisen. In der bei der Begutachtung durchgeführten klinischen Untersuchung seien die Kriterien für ein florides/aktives CRPS nicht mehr erfüllt gewesen. Trotzdem lägen anamnestisch und minimal auch klinisch gewisse trophische Störungen und Bewegungseinschränkungen vor, so dass von einem residuellen Zustand nach CRPS gesprochen werden könne.

In diesem Zusammenhang ist auf die einschlägige Rechtsprechung einzugehen: Für die Annahme unfallkausaler somatischer Restfolgen wird im Regelfall eine strukturelle Läsion

bzw. eine schlecht verheilte strukturelle Läsion als objektivierbares Korrelat verlangt. Liegt kein solches vor, wird häufig davon ausgegangen, dass der Schmerz durch eine psychische Komponente unterhalten wird. Darüber hinaus gibt es aber auch anerkannte unfallkausale Schmerzsyndrome, wie das CRPS bzw. der Morbus Sudeck, die auftreten, obwohl die Verheilung einer strukturellen Läsion grundsätzlich günstig verlaufen ist (vgl. dazu ALFRED M. DEBRUNNER, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl. Bern 2005, S. 695 ff.). Die Diagnose eines CRPS erfolgt mittlerweile anhand der Budapest-Kriterien, welche aus einer Konsensuskonferenz im Jahr 2006 resultieren. Typischerweise treten die Beschwerden innerhalb kurzer Zeit nach einem auslösenden Ereignis ■ nach der Rechtsprechung wird für eine Leistungspflicht des Unfallversicherers eine Latenzzeit von sechs bis acht Wochen vorausgesetzt ■ auf (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 6. September 2006, U 23/06, E. 2.3 mit Hinweis). Entscheidend ist, dass anhand echtzeitlich erhobener medizinischer Befunde der Schluss gezogen werden kann, die betroffene Person habe innerhalb der Latenzzeit von sechs bis acht Wochen nach dem Unfall zumindest teilweise an den für ein CRPS typischen Symptomen gelitten. Massgeblich bei der Diagnose des CRPS ist die klinische Untersuchung, wobei die sogenannten Budapest-Kriterien gültig sind, in welchen zwischen Zeichen und Symptomen differenziert wird. Symptome werden vom Patienten anamnestisch geschildert, Zeichen sind zum Zeitpunkt der Untersuchung durch den Arzt manifest. Für die Diagnose eines CRPS muss mindestens ein Symptom aus mindestens drei der vier Kategorien anamnestisch vorliegen oder vorgelegen sein, des Weiteren muss mindestens ein klinisches Zeichen aus mindestens zwei der vier Kategorien zum Zeitpunkt der Untersuchung vorliegen (vgl. KRÖNER-HERWIG / FRETTLÖH / KLINGER / NILGES [Hrsg.], Schmerzpsychotherapie, Grundlagen ■ Diagnostik ■ Krankheitsbilder ■ Behandlung, 8. Aufl. 2017, S. 570, GÖBEL / SABATOWSKI [Hrsg.], Weiterbildung Schmerzmedizin, CME-Beiträge aus: Der Schmerz 2013 ■ 2014, S. 68, KOMMISSION LEITLINIEN DER DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR NEUROLOGIE [Hrsg.], Diagnostik und Therapie komplexer regionaler Schmerzsyndrome [CRPS], publiziert bei: AWMF online ■ Das Portal der wissenschaftlichen Medizin, S. 12). Die massgeblichen Kriterien gliedern sich wie folgt:

1. Anhaltender Schmerz, inadäquat zum vorangegangenen Trauma

2. Anamnestisch erhobene Symptomatik (Patient benennt mindestens 1 Symptom aus mindestens 3 der 4 Kategorien):

-Sensibilität: Hyperästhesie

-Motorik/Trophik: Einschränkung des Bewegungsumfangs und/oder motorische Dysfunktion (Schwäche, Tremor, Dystonie) und/oder trophische Veränderungen (Haut, Haare, Nägel)

-Sudomotorik/Ödem: Ödem und/oder Asymmetrie/Veränderung des Schwitzens

-Vasomotorik: Temperaturveränderung und/oder Asymmetrie der Hautfarbe

3. Medizinische Befunde (Nachweis von mindestens einem klinischen Zeichen in mehr als 2 Kategorien):

-Sensibilität: Hyperalgesie bei Nadelreizen und/oder Allodynie bei leichter Berührung

-Motorik/Trophik: eingeschränkter Bewegungsumfang und/oder motorische Dysfunktion (Schwäche, Tremor, Dystonie), und / oder trophische Veränderungen (Haut, Haare, Nägel)

-Sudomotorik/Ödem: Ödem und/oder Asymmetrie/Veränderung des Schwitzens

-Vasomotorik: Temperaturveränderung und/oder Asymmetrie der Hautfarbe

4. Es darf keine andere Erkrankung vorliegen, welche die Symptome und klinischen Zeichen hinreichend erklären würde.

Gestützt auf die Vorakten ist festzuhalten, dass die Diagnose eines CRPS anhand der vorgenannten Kriterien korrekt und damit zurecht gestellt wurde. Diesbezüglich ist auf den Bericht des Z. \_\_\_ vom 9. Dezember 2013 (BA 7) zu verweisen, wo als Befunde u.a. milde Schwellung, Temperaturdifferenz, reduzierte Beweglichkeit, und damit 3 Symptome aus mehr als 2 Kategorien erhoben wurden. Zudem gehen aus der Anamnese von Dr. med. AF. \_\_\_, AB. \_\_\_, vom 5. Dezember 2013 (BA 1, S. 28) als Symptome verstärktes Haarwachstum, Schwellung (= Ödem), Kältegefühl (Temperaturveränderung), hervor, womit auch die vorgenannte Voraussetzung der von der Patientin zu benennenden Symptome (1 Symptom aus mindestens 3 der 4 Kategorien) erfüllt ist. Wenn somit ein CRPS infolge der Handverletzung zu bejahen ist, ist somit auch die diesbezügliche Unfallkausalität zu bejahen. Sodann waren die Kriterien für ein CRPS gestützt auf die Vorakten spätestens ab Februar 2014 nicht mehr gegeben (vgl. Austrittsbericht der Z. \_\_\_ vom 10. Februar 2014, BA 9, E. II. 5.6 hiervor) und diese Diagnose wurde auch nicht mehr gestellt. Dem widerspricht der Gutachter Dr. med. V. \_\_\_ zwar teilweise, wenn er ausführt, das CRPS Typ I sei bis zum Oktober 2014 / März 2015 nach den Budapest-Kriterien glaubhaft dokumentiert. Gestützt auf die diesbezüglichen echtzeitlichen Akten lassen sich diese Kriterien in diesem Zeitpunkt aber nicht mehr bestätigen, zumal auch Dr. med. V. \_\_\_ in seiner Verlaufsbeurteilung festhielt, das floride CRPS sei aus den Akten noch bis zur Hospitalisation an der Z. \_\_\_ im Februar 2014 dokumentiert (vgl. S. 27 f. des Gutachtens; A.S. 286 f.).

Nun stellt sich weiter die Frage, wie die Kausalität zu beurteilen ist, wenn wie vorliegend die Kriterien für ein CRPS gestützt auf die Vorakten spätestens ab Februar 2014 nicht mehr gegeben waren und diese Diagnose auch nicht mehr gestellt wurde, aber gemäss dem beweiswertigen Gutachten von Dr. med. V. \_\_\_ im Zeitpunkt der Begutachtung (19. Mai 2022; A.S. 261) ein residueller Zustand nach CRPS vorliegt, welcher gemäss seiner Beurteilung ursächlich für das chronische Schmerzsyndrom an der rechten Hand ist. Dr. med. V. \_\_\_ hielt diesbezüglich zur Begründung fest, in der bei der Begutachtung durchgeführten klinischen Untersuchung seien die Kriterien für ein florides / aktives CRPS nicht mehr erfüllt. Trotzdem lägen anamnestisch und minimal auch klinisch gewisse trophische Störungen und Bewegungseinschränkungen vor, so dass von einem residuellen Zustand nach CRPS gesprochen werden könne. Diesbezüglich ist auf die Rechtsprechung des Bundesgerichts zu verweisen, wonach Untersuchungsergebnisse dann als objektivierbar gelten, wenn diese reproduzierbar und von der Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten unabhängig sind. Würde auf Ergebnisse klinischer Untersuchungen abgestellt, so würde fast in allen Fällen ein organisches Substrat namhaft gemacht, das eine Adäquanzprüfung als nicht erforderlich erscheinen liesse (Urteil 8C\_806/2007 vom 7. August 2008 E. 8.2 mit Hinweis auf BGE 127 V 102 E. 5b/bb S. 103). Auch aus dem Vorliegen von Schmerzen kann noch nicht auf organisch (hinreichend) nachweisbare Unfallfolgen geschlossen werden, weil sich die Feststellung von Schmerzen einer

wissenschaftlichen Beweisführung entzieht (vgl. Urteil 8C\_736/2009 vom 20. Januar 2010 E. 3.2). 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 E. 5.1 S. 251 mit Hinweisen; Urteil 8C\_154/2016 vom 7. Juni 2016 E. 3.2.2). Das von Dr. med. V.\_\_\_\_ diagnostizierte residuelle Schmerzsyndrom kann jedoch nicht apparativ / bildgebend nachgewiesen werden. Dr. med. V.\_\_\_\_ hielt in seinem Gutachten denn auch selbst fest, sowohl ein florides (aktives) CRPS wie auch ein stattgehabtes CRPS sei durch eine Bildgebung nicht zu objektivieren. Diesbezüglich seien in der Literatur verschiedene Modalitäten (CT, MRI, SPECT CT, 3 Phasen-Szintigrafien) untersucht worden. Dabei sei in keiner dieser Modalitäten eine ausreichende Spezifität/Sensitivität dokumentiert worden. Somit ist zusammenfassend festzuhalten, dass bezüglich des diagnostizierten residuellen Zustands nach CRPS weder die zur Bejahung der Unfallkausalität notwendigen vorgenannten Budapester Kriterien erfüllt sind noch die diesbezüglichen Beschwerden im Sinne der Rechtsprechung objektiv nachweisbar sind. Damit liegen bei der Beschwerdeführerin keine somatisch objektivierbaren Unfallfolgen mehr vor und auch eine richtunggebende Verschlimmerung des Vorzustandes ist zu verneinen.

11. Treten nach einem Unfall wie vorliegend psychische und / oder organisch nicht hinreichend nachweisbare Beschwerden auf, und kann weder das Vorliegen des für ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule typischen, bunten Beschwerdebildes noch eine solche Verletzung bejaht werden, so ist die adäquate Kausalität gemäss der Rechtsprechung für psychische Fehlentwicklungen nach Unfällen zu prüfen (BGE 115 V 133, 138 V 248 E. 4 S. 250 f. mit Hinweisen).

Bei der Adäquanzprüfung ist zunächst vom Unfallereignis auszugehen. Dieses ist einer der drei folgenden Gruppen zuzuordnen: Banale bzw. leichte Unfälle einerseits, schwere Unfälle andererseits und schliesslich der dazwischenliegende mittlere Bereich (BGE 115 V 133 E. 6 S. 138 f.). Bei leichten Unfällen ist die Adäquanz in der Regel ohne weiteres zu verneinen, bei schweren wird sie bejaht. Handelt es sich um einen Unfall im mittleren Bereich, lässt sich die Frage, ob zwischen Unfall und psychisch bedingter Erwerbsunfähigkeit ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht aufgrund des Unfallereignisses allein schlüssig beantworten, sondern es sind weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte bzw. indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen.

Als leichte Unfälle sind der Rechtsprechung unter anderem folgende Fallbeispiele zu entnehmen: (Die fünf erstgenannten Beispiele stammen aus dem Urteil des Bundesgerichts 8C\_41/2016 vom 23. Juni 2016 E. 4.3.1.)

·Der Versicherte erlitt eine Rückenkontusion, als er von einem umfallenden Betonschalungselement im Rücken getroffen wurde

·Der Versicherte war bei seinen Betonfräsarbeiten von einem zirka 600 kg schweren Betonblock am rechten Oberarm getroffen worden, war aber gemäss seinen eigenen Angaben nach dem Unfall noch in der Lage, selber mit dem Auto von X nach Y zu fahren, bevor er sich in ärztliche Behandlung begab.

·Beim Fussballtraining prallte ein Versicherter mit einem Gegenspieler zusammen, worauf er das Training abbrach.

·Der Versicherte wurde von einem umkippenden Gerüstelement am Kopf getroffen. Auch das hier zu beurteilende Ereignis ist mithin den leichten Unfällen zuzuordnen. Dies umso mehr, als der Versicherte danach in der Lage war, den mehrstündigen Rücktransport im Bus auf sich zu nehmen und erst am nächsten Tag einen Arzt aufsuchte.

·Die Versicherte, welche von einer Person, die von einer anderen beim Turnen über die Schulter geworfen wurde, bekam mit den beschuhten Füßen einen Schlag von rechts an den Hals, Nacken und Kopf. Danach fiel sie zu Boden und erbrach.

·Der Unfall der Versicherten vom 24. Februar 2004 (Sturz beim Aussteigen aus dem Auto) ist auf Grund des augenfälligen Geschehensablaufs mit den sich dabei entwickelnden Kräften (SVR 2008 UV Nr. 8 S. 26 E. 5.3.1 [U 2/07]) als leicht zu bezeichnen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_897/2009 vom 21. Januar 2010).

Angesichts der genannten Beispiele kann das Unfallereignis vom 28. Dezember 2011 ■ die Beschwerdeführerin rutschte beim Überqueren des Zebrastreifens auf Glatteis aus und fiel auf den Arm ■ nicht anders denn als leicht beurteilt werden. Dies zeigt ein vergleichbarer Fall, welchen das damalige eidgenössische Versicherungsgericht ebenfalls als leicht beurteilte. Darin stolperte eine versicherte Person im Dunkeln auf einer Strasse, stürzte und schlug mit dem Gesicht sowie einem Knie auf dem Boden auf (Urteil des Bundesgerichts U 367/01 vom 21. März 2003 E. 4.2). Demnach ist im vorliegenden Fall auch die adäquate Kausalität der nicht objektivierbaren Beschwerden ohne Weiteres zu verneinen.

12. Gestützt auf die vorgehenden Erwägungen ist es somit nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 24. September 2015 sowie Einspracheentscheid vom 20. September 2018 die Taggeldleistungen und Heilbehandlungen der Beschwerdeführerin per 11. Mai 2015 einstellte und hiernach den Rentenanspruch verneinte. Damit erübrigt sich die Vornahme des beantragten Einkommensvergleich, nachdem nach Einstellung der Taggelder keine unfallkausalen Beschwerden mehr erstellt sind (vgl. Verlaufsbeurteilung von Dr. med. V.\_\_\_\_, S. 27 f. des Gutachtens; A.S. 286 f.). Zudem erübrigen sich beim vorliegenden Beweisergebnis weitere Abklärungen, womit auch die von der Beschwerdeführerin mit Eingabe vom 21. Mai 2024 beantragten Ergänzungsfragen an den Gutachter abzuweisen sind, zumal die beantragte Frage nach der Höhe des erlittenen Integritätsschadens nicht zum Streitgegenstand gehört, wie in E. II. 4. hiervor festgehalten wurde.

13. Schliesslich bleibt noch zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht die nach dem 11. Mai 2015 erbrachten Leistungen, insgesamt CHF 14'083.50 für Taggelder und CHF 932.80 für Heilbehandlungen, zurückfordert.

13.1 Nach Art. 25 Abs. 1 Satz 1 ATSG sind unrechtmässig bezogene Leistungen zurückzuerstatten. Die Rückerstattung zu Unrecht bezogener Leistungen setzt voraus, dass die Bedingungen für eine prozessuale Revision oder eine Wiedererwägung (Art. 53 Abs. 1 und 2 ATSG) der ursprünglichen Verfügung (oder formlosen Leistungszusprechung) erfüllt sind (BGE 130 V 318 E. 5.2 in fine S. 320, 129 V 110 E. 1.1).

Der Versicherungsträger kann die formlos verfügten Taggeldleistungen ohne Berufung auf einen Wiedererwägungs- oder Revisionsgrund «ex nunc et pro futuro» einstellen, etwa mit dem Argument, bei richtiger Betrachtung liege kein versichertes Ereignis vor (BGE 130 V 380 E. 2.3.1 S. 384), oder der Kausalzusammenhang zwischen Unfall und dem leistungsbegründenden Gesundheitsschaden sei dahingefallen. Eine solche Einstellung kann

auch rückwirkend erfolgen; etwas anderes gilt in jenen Fällen, in denen der Versicherungsträger die zu Unrecht ausbezahlten Leistungen zurückfordert (vgl. BGE 133 V 57 E. 6.8 S. 65 und Urteil 8C\_987/2010 vom 24. August 2011 E. 3). Eine Rückforderung bereits erbrachter Taggeld- und Heilbehandlungsleistungen ist demnach an die Voraussetzung eines Rückkommenstitels (Wiedererwägung [wegen zweifelloser Unrichtigkeit der Leistungserbringung und erheblicher Bedeutung der Berichtigung] oder prozessuale Revision [wegen vorbestandener neuer Tatsachen oder Beweismittel]) geknüpft (Urteil des Bundesgerichts 8C\_155/2012 vom 9. Januar 2013 E. 6.1).

13.2 Gemäss Art. 25 Abs. 2 ATSG verjährt der Rückforderungsanspruch innert eines Jahres, nachdem die Versicherungseinrichtung davon Kenntnis erhalten hat, spätestens aber fünf Jahre nach der Auszahlung der Leistung. Es handelt sich um Verwirkungsfristen (BGE 140 V 521 E. 2.1 mit Hinweisen). Hinsichtlich des Beginns der einjährigen relativen Verwirkungsfrist ist nicht die tatsächliche, sondern die zumutbare Kenntnis des zur Rückforderung Anlass gebenden Sachverhalts massgebend. Fristauslösend ist nicht das erstmalige unrichtige Handeln des Durchführungsorgans und die daran anknüpfende unrechtmässige Leistungsausrichtung. Vielmehr ist auf jenen Tag abzustellen, an dem die Verwaltung später ■ beispielsweise anlässlich einer Rechnungskontrolle oder aufgrund eines zusätzlichen Indizes ■ bei Beachtung der gebotenen und ihr zumutbaren Aufmerksamkeit sich hinsichtlich ihres Fehlers hätte Rechenschaft geben und erkennen müssen, dass die Voraussetzungen für eine Rückforderung gegeben sind (BGE 139 V 570 E. 3.1 S. 572, 124 V 380 E. 1 S. 382 f., je mit Hinweisen; Urteil 9C\_328/2015 vom 23. September 2015 E. 2 mit Hinweisen).

Im vorliegenden Fall hat die Beschwerdegegnerin die nach dem 11. Mai 2015 erbrachten Leistungen für Taggelder (CHF 14'083.50) und für Heilbehandlungen (CHF 932.80) bereits mit Verfügung vom 24. September 2015 zurückgefordert. Zwar war sie damals bereits im Besitz der Observationsmaterialien, welche ihr wohl im August oder September 2015 zugegangen sind (genaues Datum ist aus den Akten nicht ersichtlich). Dennoch war mit dem Vorliegen der Observationsmaterialien ■ wie vorgehend unter E. II. 7. hiervor ausgeführt ■ noch nicht erstellt, dass die Beschwerdeführerin spätestens ab Mai 2015 keinen Anspruch auf Taggelder und die Übernahme von Heilbehandlungskosten hatte. Dies war erst mit Vorliegen des beweiskräftigen Gutachtens von Dr. med. V. \_\_\_ vom 23. Januar 2023 erwiesen. Die einjährige Verwirkungsfrist hat demnach im Zeitpunkt des Erlasses der Rückforderungsverfügung vom 24. September 2015 noch gar nicht zu laufen begonnen, womit die Rückforderung auf jeden Fall rechtzeitig geltend gemacht worden ist.

13.3 Stellt sich nach Erlass einer Verfügung oder einer formlosen Leistungszusprechung heraus, dass diese (durch unrichtige Ermittlung oder Würdigung der Tatsachen- und Rechtslage) mit einem rechtlichen Mangel behaftet ist, kann die Durchführungsstelle, die Leistung zugesprochen hat, diese in Wiedererwägung ziehen. Vorausgesetzt ist gemäss Art. 53 Abs. 2 ATSG, dass die formell rechtskräftige Verfügung bzw. Leistungszusprechung von Anfang an zweifellos unrichtig und ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist. Sind diese Voraussetzungen nicht erfüllt, darf eine Leistungszusprechung nicht in Wiedererwägung gezogen werden.

Angesichts der Höhe der im Streite liegenden Rückforderungen von insgesamt CHF 14'083.50 für Taggelder und CHF 932.80 für Heilbehandlungen ist die Erheblichkeit ohne Weiteres zu bejahen. Zweifellos ist die Unrichtigkeit, wenn kein vernünftiger Zweifel daran möglich ist, dass die Verfügung bzw. Leistungszusprechung unrichtig war. Es ist nur

ein einziger Schluss ■ derjenige auf die Unrichtigkeit ■ möglich (BGE 125 V 383 E. 6a S. 393; Urteil des EVG U 378/05 vom 10. Mai 2006, E. 5.2 und 5.3, publ. in: SVR 2006 UV Nr. 17 S. 62 f. und Urteil des EVG C 29/04 vom 24. Januar 2005, E. 3.1.1, publ. in: SVR 2005 Arbeitslosenversicherung Nr. 8 S. 27, ferner etwa Urteil des EVG I 912/05 vom 5. Dezember 2006, E. 3.2, je mit Hinweisen). Das Erfordernis der zweifellosen Unrichtigkeit ist in der Regel erfüllt, wenn die gesetzeswidrige Leistungszusprechung aufgrund falscher oder unzutreffender Rechtsregeln erfolgte oder wenn massgebliche Bestimmungen nicht oder unrichtig angewandt wurden (BGE 103 V 126 E. 2a S. 128; Urteil des EVG C 151/94 vom 30. Mai 1995, E. 3c, publ. in: ARV 1996/97 Nr. 28 S. 158). Anders verhält es sich, wenn der Wiedererwägungsgrund im Bereich materieller Anspruchsvoraussetzungen liegt, deren Beurteilung in Bezug auf gewisse Schritte und Elemente (z.B. Invaliditätsbemessung, Einschätzungen der Arbeitsunfähigkeit, Beweiswürdigungen, Zumutbarkeitsfragen) notwendigerweise Ermessenszüge aufweist. Erscheint die Beurteilung solcher Anspruchsvoraussetzungen (einschliesslich ihrer Teilaspekte wie etwa die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit) vor dem Hintergrund der Sach- und Rechtslage, wie sie sich im Zeitpunkt der rechtskräftigen Leistungszusprechung darbot, als vertretbar, scheidet die Annahme zweifelloser Unrichtigkeit aus (Urteile des Bundesgerichts 1 907/06 vom 7. Mai 2007, E. 3.2.1 mit Hinweisen, 9C\_215/2007 vom 2. Juli 2007, E. 3.2 mit Hinweisen, und 9C\_845/2009 vom 10. Februar 2010, E. 3.2 mit Hinweisen). Zweifellose Unrichtigkeit der ursprünglichen Leistungszusprechung kann jedoch auch bei unrichtiger Feststellung im Sinne der Würdigung des Sachverhalts gegeben sein. Darunter fällt insbesondere eine unvollständige Sachverhaltsabklärung aufgrund einer klaren Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes (vgl. Art. 43 Abs. 1 ATSG und Art. 61 lit. c ATSG). Eine auf keiner nachvollziehbaren ärztlichen Einschätzung der massgeblichen Arbeitsfähigkeit beruhende Invaliditätsbemessung ist nicht rechtskonform und die entsprechende Leistungszusprechung zweifellos unrichtig im wiedererwägungsrechtlichen Sinne (Urteile des Bundesgerichts 9C\_1014/2008 vom 14. April 2009, E. 3.2.2, und 9C\_562/2008 vom 3. November 2008 E. 6.2.1 je mit Hinweisen).

13.4 Wie vorgehend sowie unter E. II. 7. hiervor festgehalten, stand im Zeitpunkt des Erlasses der Rückforderungsverfügung vom 24. September 2015 und damit auch im Zeitraum, für welchen die geleisteten Taggelder und Heilbehandlungskosten zurückgefordert werden (11. Mai 2015 bis 24. September 2015), noch nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit fest, dass die Beschwerdeführerin keinen Anspruch mehr auf weitere Versicherungsleistungen hatte. Dies war erst mit Vorliegen des beweiskräftigen Gutachtens von Dr. med. V.\_\_\_\_ vom 23. Januar 2023 erstellt. Damit konnte die Ausrichtung der Taggeldleistungen und Heilbehandlungskosten im genannten Zeitraum vom 11. Mai 2015 bis 24. September 2015 aber auch noch nicht zweifellos unrichtig sein. So beschlägt die Wiedererwägung gemäss Art. 53 Abs. 2 ATSG den Tatbestand der anfänglichen rechtlichen Unrichtigkeit. Sie setzt voraus, dass der frühere, rechtsbeständige Entscheid zweifellos unrichtig war, was nach damaliger Aktenlage zu beurteilen ist. Eine Wiedererwägung aufgrund allfälliger späterer Erkenntnisse ist unzulässig (vgl. z.B. Urteil des Bundesgerichts vom 11. August 2011, 8C\_347/2011, E. 4.1 und 4.2). Somit ist die von der Beschwerdegegnerin verlangte Rückforderung von CHF 14'083.50 für Taggelder und CHF 932.80 für Heilbehandlungen infolge fehlender anfänglicher zweifelloser Unrichtigkeit dieser Leistungsausrichtung nicht zulässig

13.5 Ebenso zu verneinen ist das Vorliegen eines prozessualen Revisionsgrundes gemäss Art. 53 Abs. 1 ATSG. Eine prozessuale Revision ist dann vorzunehmen, wenn die versicherte Person oder der Versicherungsträger nach deren Erlass erhebliche neue Tatsachen entdeckt oder Beweismittel auffindet, deren Beibringung zuvor nicht möglich war. Nach Lehre und Rechtsprechung ist der Sozialversicherungsträger verpflichtet, auf eine formell rechtskräftige Verfügung zurückzukommen, wenn sich diese aufgrund neuentdeckter Tatsachen oder Beweismittel als unrichtig erweist (BGE 143 V 105 E. 2.1 S. 106 f., 108 V 167 E. 2b S. 168). Betrifft der Revisionsgrund wie im vorliegenden Fall eine materielle Anspruchsvoraussetzung, deren Beurteilung massgeblich auf Schätzung oder Beweiswürdigung beruht, auf Elementen also, die notwendigerweise Ermessenszüge aufweisen, so ist eine vorgebrachte neue Tatsache als solche in der Regel nicht erheblich. Ein (prozessrechtlicher) Revisionsgrund fällt jedoch dann in Betracht, wenn bereits im ursprünglichen Verfahren der untersuchende Arzt und die entscheidende Behörde das Ermessen wegen eines neu erhobenen Befundes zwingend anders hätten ausüben und infolgedessen zu einem anderen Ergebnis hätten gelangen müssen (Urteil 8C\_18/2013 vom 23. April 2013 E. 3.1). Im vorliegenden Verfahren war der medizinische Sachverhalt, wie vorgehend festgehalten ■ auch rückwirkend betrachtet ■ erst mit dem Gutachten von Dr. med. V. \_\_\_ vom 23. Januar 2023 rechtsgenügend abgeklärt. Ebenso kann nicht gesagt werden, die im Jahr 2015 involvierten Ärzte und Behörden hätten das Ermessen wegen eines neu erhobenen Befundes zwingend anders ausüben müssen. Somit liegt auch kein prozessualer Revisionsgrund vor.

14. Zusammenfassend ist die Beschwerde somit insoweit teilweise gutzuheissen, als der Einspracheentscheid vom 20. September 2018 bezüglich der Rückforderung der Taggelder von CHF 14'083.50 sowie der Heilbehandlungskosten von CHF 932.80 aufgehoben wird. Im Übrigen ist die Beschwerde abzuweisen, soweit darauf einzutreten ist.

## **E. 11**

Juni 2015, 14.38 Uhr: Die Beschwerdeführerin durchsucht mit ihrer rechten Hand ihre Tragtasche und nimmt das Portemonnaie hervor. Es ist nicht ersichtlich, ob sie hierfür das Handgelenk drehen musste. - 17. Juni 2015, 09.22 Uhr: Die Beschwerdeführerin nimmt mit der rechten Hand eine Frucht und führt diese zum Mund. 09.26 Uhr: Die Beschwerdeführerin nimmt einen Plastiksack von einem Verkaufsstand mit der rechten Hand entgegen. Dieser scheint nicht schwer zu sein. Sie trägt den Sack dann mit der linken Hand weiter. 10.14 Uhr: Die Beschwerdeführerin hält mit der rechten Hand Geldscheine und zeigt mit ihren Fingern der rechten Hand auf Früchte. Sie nimmt das Geld mit der rechten Hand aus dem Portemonnaie und legt das Rückgeld mit der rechten Hand zurück. Sie nimmt den Plastiksack mit der linken Hand entgegen. 10.18 Uhr: Die Beschwerdeführerin trägt den Plastiksack über längere Zeit mit der linken Hand. 15.50 Uhr: Die Beschwerdeführerin hängt Wäsche auf dem Balkon auf, die Beschwerdeführerin ist aber nur ab Brusthöhe aufwärts zu sehen. Sie hängt mehrere T-Shirts auf Kleiderbügel. Sie scheint dabei beide Hände gleich zu benützen. Sie hängt Tücher mit beiden Händen in flüssigen Bewegungen wohl auf einen Wäscheständer auf, welcher nicht sichtbar ist. Es folgen weitere einzelne Aufnahmen während fast einer Stunde, welche die Beschwerdeführerin beim Wäscheaufhängen zeigen. Auf einer Aufnahme um 16.23 Uhr ist die Beschwerdeführerin dabei zu sehen, wie sie irgendetwas auf dem Balkonboden macht. Was genau, ist nicht zu sehen. Dass es dabei um anstrengende Handlungen geht, wie im Observationsbericht festgehalten wurde, kann aufgrund der Aufnahmen nicht gesagt

werden. - 7. Juli 2015, 12.55 Uhr: Beim Einsteigen in den Bus trug die Beschwerdeführerin eine gut gefüllte Stofftasche in der linken Hand. Zusammenfassend ist nach der Sichtung des Observationsmaterials festzuhalten, dass es aufgrund dessen zwar durchaus möglich erscheint, dass die Beschwerdeführerin trotz der geklagten Einschränkungen in der rechten Hand Tätigkeiten verrichten könnte, bei denen sie auch die rechte Hand gebrauchen kann. In welchem Pensum und unter welchem Zumutbarkeitsprofil kann alleine aufgrund der Aufnahmen jedoch nicht gesagt werden, zumal von Dr. med. D. \_\_\_ in ihrer Stellungnahme vom 14. September 2015 auch nicht schlüssig begründet wird, inwiefern daraus eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in der bisherigen und jeder anderen Tätigkeit abgeleitet werden soll. Dass die Beschwerdeführerin ihre rechte Hand praktisch nicht mehr gebrauchen kann, wie dies in den handchirurgischen Gutachten teilweise postuliert wurde, dürfte durch die Observationsaufnahmen hingegen widerlegt sein. Daraus kann aber auch nicht ohne weiteres geschlossen werden, der Beschwerdeführerin sei die bisherige Tätigkeit in einer Wäscherei und jede andere Tätigkeit ohne Einschränkungen zumutbar. Immerhin fällt auf, dass sie auf den Aufnahmen die Taschen und Säcke über längere Zeit stets mit der linken Hand trägt. Zudem dürften die mit der rechten Hand ergriffenen Gegenstände und Säcke – aufgrund der Aufnahmen geschätzt – kaum je schwerer als 1 kg gewesen sein. In diesem Zusammenhang kann auch auf die einleuchtenden Ausführungen in der Stellungnahme der behandelnden Physiotherapeutin der Beschwerdeführerin, AD. \_\_\_, vom 12. Oktober 2015 (BA 1, S. 330) verwiesen werden: Die auf den Videoaufnahmen ersichtlichen Aktivitäten seien nicht armspezifisch-belastender Natur und stünden auch nicht in Relation mit einer Belastung von einem ganzen Tag (Bsp. Job in Wäscherei 4 – 6 Stunden am Tag). Aus biomechanischer Sicht seien die kurz aufgezeichneten Bewegungsmuster nicht aussagekräftig bezüglich der Belastbarkeit der Beschwerdeführerin. Wie die Beschwerdeführerin sodann ausführt, sei sie auf dem Video bei einer Schonhaltung zu sehen. So nehme sie ihren rechten Arm hinter den Rücken oder nach vorne und halte diesen mit der linken Hand fest. Diese Position oder das Anlehnen des rechten gestreckten Arms seien ihre üblichen Schonhaltungen. Diese Angabe machte die Beschwerdeführerin auch anlässlich der Besprechung vom 16. September 2015, bevor ihr mitgeteilt wurde, dass eine Observation stattgefunden hatte (vgl. Verfügung vom 24. September 2015). Auf der Videoaufnahme (Video 724b) vom 16. Juli 2015, 09.00 Uhr, ist die Beschwerdeführerin tatsächlich bei der besagten Handlung zu sehen. Probiert man diese Körperstellung selbst aus, merkt man, dass es sich hierbei um eine relativ unbequeme und unübliche Haltung handelt. Auch im Lichte dessen erscheint es aus Sicht des Laien nachvollziehbar, dass es sich hierbei um eine bewusst eingenommene Schonhaltung handelt. Dieser Umstand wurde von Dr. med. D. \_\_\_ in ihrer Stellungnahme vom 14. September 2015 nicht berücksichtigt. Des Weiteren stützt Dr. med. D. \_\_\_ ihre Beurteilung teilweise auf den Observationsbericht, welcher subjektiv formuliert ist. So bezieht Dr. med. D. \_\_\_ in ihre Beurteilung eine Beobachtung des Überwachungsunternehmens mit ein, welche nicht durch eine Videoaufnahme belegt ist: Etwa 50 Meter vor dem Wohnungseingang habe die Beschwerdeführerin ohne ein Problem, mit beiden Händen, das Kind aus dem Kinderwagen genommen und habe es alleine nach Hause gehen lassen. Einerseits handelt es sich hierbei um eine subjektiv gefärbte Wahrnehmung («ohne ein Problem»), welche eben nicht belegt ist. Andererseits ist die Fotoaufnahme, welche im Observationsbericht (S. 13) die entsprechende Beobachtung dokumentieren soll, aus einer grösseren Distanz aufgenommen worden, weshalb es fraglich erscheint, ob der beobachtende Detektiv aus dieser Entfernung sehen konnte, wie die Beschwerdeführerin ihre rechte Hand bei der behaupteten Handlung

eingesetzt hat. Die diesbezügliche Beobachtung ist somit vorliegend nicht verwertbar. Schliesslich kann der vorliegende Fall auch nicht gestützt auf die übrigen medizinischen Akten entschieden werden. So erscheinen die veranlassten handchirurgischen Gutachten, wie erwähnt, im Lichte der Observationsaufnahmen nicht in allen Belangen überzeugend: Dass die Beschwerdeführerin ihre rechte Hand praktisch nicht mehr gebrauchen kann, wie dies in den handchirurgischen Gutachten teilweise postuliert wird, ist angesichts der Observationsaufnahmen nicht mehr haltbar. Insofern die Beschwerdeführerin rügt, die Videosequenzen umfassten jeweils ganz kurze Szenen, weshalb diese nicht aussagekräftig seien, ist ihr zumindest dahingehend Recht zu geben, dass von den insgesamt 55 Videos, deren 38 weniger als 1 Minute, 15 Videos 1 – 2 Minuten und 2 Videos 2 – 3 Minuten dauern. Nach Sichtung des gesamten Videomaterials kann aber dennoch gesagt werden, dass die Aufnahmen, auch wenn diese teilweise sehr kurz sind, einen guten Überblick vom Tagesablauf der Beschwerdeführerin und über die ihr noch möglichen Bewegungsabläufe geben. Zudem sind insgesamt betrachtet ausreichend Aufnahmen vorhanden, die entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin nicht nur belastende, sondern – wie vorgehend ausgeführt – auch entlastende Momente enthalten. Die Videoaufnahmen sind somit auch unter diesem Gesichtspunkt als beweiswertig anzusehen. Jedoch kann aufgrund der Aufnahmen ohne eingehende Beurteilung durch medizinische Fachärzte nicht gesagt werden, es bestünden keine Einschränkungen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind rechtsprechungsgemäss ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 139 V 225 E. 5.2 S. 229, 135 V 465 E. 4.4 S. 470). Somit kam das Versicherungsgericht nicht umhin, ein handchirurgisches Gerichtsgutachten zu veranlassen, wobei dem Gutachter, wie vorgehend erwähnt (E. I. 5. hiervor), die Vorakten ohne Observationsbericht zugestellt wurden, da der Observationsbericht zu subjektiv formuliert ist. 8. Aufgrund der genannten Unklarheiten wurde von Seiten des Versicherungsgerichts bei Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt für Handchirurgie FMH, Senior Consultant Handchirurgie, K.\_\_\_\_, ein handchirurgisches Gutachten eingeholt. Im handchirurgischen Gutachten von Dr. med. J.\_\_\_\_ vom 30. November 2019 (A.S. 92 ff.) werden folgende Diagnosen gestellt: - In achsengerechter Stellung knöchern konsolidierte distale Radiusfraktur rechts nach distaler Radiusfraktur am 28. Dezember 2011 und primärer plattenosteosynthetischer Versorgung am Unfalltag. ICD-10 S 52.6 - Beginnende, radial betonte Handgelenksarthrose rechts ICD-10 M 19.13 - Unklare, bei der Untersuchung am 26. November 2019 gezeigte Schmerzsymptomatik und Bewegungseinschränkung am rechten Handgelenk Der Gutachter setzt sich grundsätzlich eingehend mit den Vorakten und mit dem Observationsmaterial auseinander. Jedoch ist seine Schlussfolgerung, wonach die von der Beschwerdeführerin noch geklagten Beschwerden nicht mehr als unfallkausal zu betrachten seien, nur ungenügend begründet. Dr. med. J.\_\_\_\_ hält zwar grundsätzlich nachvollziehbar fest, bei der Beschwerdeführerin sei bereits im Mai 2015 im Rahmen einer Begutachtung eine leichte Handgelenksarthrose festgestellt worden, bei der jetzigen Röntgenuntersuchung fänden sich ebenso Zeichen einer leichten, speichenseitig betonten Handgelenksarthrose ohne Hinweise für eine wesentliche Progredienz im Vergleich zur Voruntersuchung. Eine solche Arthrose könne Beschwerden, wie von der Versicherten angegeben, verursachen, jedoch mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht in dem geschilderten Ausmass. Bei der fehlenden Progredienz sei zum jetzigen Zeitpunkt nicht mehr von einer Unfallkausalität der leichten Handgelenksarthrose auszugehen. Dr. med. J.\_\_\_\_ begründet in der Folge aber nicht nachvollziehbar, weshalb die Unfallkausalität der Arthrose nicht mehr gegeben sein solle.

Vielmehr verursacht er mit der von ihm gestellten Diagnose «Beginnende, radial betonte Handgelenksarthrose rechts ICD-10 M 19.13» einen erheblichen Widerspruch. So lautet die Diagnose M19.13 gemäss ICD-Code «Posttraumatische Arthrose sonstiger Gelenke Unterarm», während Dr. med. J.\_\_\_\_ eine traumabedingte bzw. unfallkausale Arthrose gerade verneinte. Im Lichte dessen und des auch in den Übrigen Punkten nur sehr rudimentär begründeten Gutachtens kam das Versicherungsgericht nicht umhin, bei Dr. med. R.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Handchirurgie, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, ein handchirurgisches Obergutachten zu veranlassen. 9. Im handchirurgischen Gutachten von Dr. med. R.\_\_\_\_ vom 8. Juni 2021 (A.S. 190 ff.) werden folgende Diagnosen gestellt: · Chronisches Schmerzsyndrom mit Funktionseinschränkung, Schonhaltung und Fehlhaltung Handgelenk rechts (ICD-10 G 90.5) - St. n. CRPS Typ1 mit trophischen Weichteilstörungen in Remission - Status nach dorsal dislozierter interartikulärer distaler Radiusfraktur rechts am 28. Dezember 2011 - Status nach Plattenosteosynthese distaler Radius rechts von volar mittels einer Aptusplatte am 28. Dezember 2011 (X.\_\_\_\_) - Status nach Arthroskopie mit Shaving, Debridement Bride radiocarpal Handgelenk und Metallentfernung distaler Radius rechts am 13. August 2012. - MRI-verifizierte posttraumatische leichtgradige Radiocarpal-Arthrose radioscapoidal (Fossa scaphoidea) und radiolunär (Fossa lunata) Handgelenk rechts (MRI am 13. August 2012, B.\_\_\_\_) Nebendiagnosen: 1. Ulna-plus-Varianz Handgelenk beidseits, links mehr als rechts 2. Leichtgradige Rhizarthrose und STT-Gelenksarthrose rechts 3. MRI-verifizierte TFCC-Läsion, LT-Bandläsion rechts Zur Beurteilung hielt Dr. med. R.\_\_\_\_ fest, die Explorandin habe einige Wochen nach operativer Versorgung einer distalen Radiusfraktur rechts ein CRPS Typ 1 der rechten Hand entwickelt. Die durch die vorbehandelnden Ärzte beschriebenen trophischen Störungen der Weichteile entsprächen positiven Budapest-Kriterien, sodass die Diagnose eines CRPS Typ I berechtigt sei. Obwohl sich die trophischen Weichteilstörungen mit der Zeit zurückgebildet hätten, entwickle die Explorandin eine Schmerzchronifizierung mit therapieresistenter Funktionseinschränkung des rechten Handgelenks. Die Explorandin könne ihre rechtsdominante Hand lediglich als zu dienende Hilfshand einsetzen. In den umfangreichen Akten werde durch keinen Handchirurgen der Verdacht auf eine Simulation oder Aggravation mit Selbstlimitierung geäussert. Die geschilderten Beschwerden würden durch alle behandelnden Ärzte stets als glaubhaft beschrieben. Bei der aktuell durchgeführten handchirurgischen gutachterlichen Untersuchung seien dem Gutachter keine offensichtliche Simulation, keine einfach durchschaubare Aggravation und auch keine stossende Selbstlimitierung aufgefallen. Die geschilderten Beschwerden sowie die Funktionseinschränkung der rechten Hand würden als glaubhaft und plausibel empfunden. In der angestammten beruflichen Tätigkeit als Wäschereimitarbeiterin bestehe eine dauerhafte 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Diese Einschätzung gelte gemäss Studium der Akten auch für das Jahr 2015 resp. 2018. Bezüglich eines leidensadaptierten Arbeitsplatzes komme aus handchirurgischer Sicht lediglich ein geschützter Arbeitsplatz als Beschäftigungstherapie und zur Kultivierung von sozialen Kontakten in Frage, wo das Arbeitstempo keine Rolle spiele und lange Pausen gewährt werden könnten. Die Leistungsfähigkeit in einer leidensadaptierten leichten Verweistätigkeit betrage 50 %. Dies betreffe auch die Leistungsfähigkeit im Haushalt. Während die vorstehenden Schlussfolgerungen von Dr. med. R.\_\_\_\_ für sich alleine betrachtet nachvollziehbar erscheinen, zeigt Dr. med. R.\_\_\_\_ in der Folge selbst diverse Inkonsistenzen auf, ohne jedoch diese in seiner Schlussfolgerung zu berücksichtigen. Gemäss Dr. med. R.\_\_\_\_ zeigten sich bei der aktuellen gutachterlichen Untersuchung keine

CRPS-typischen muskulären Atrophien der Handmuskeln, keine Umfangdifferenzen der Vorderarmmuskulatur rechts zu links, keine passiven Gelenkskontrakturen in den Fingergelenken und des rechten Handgelenks, keine radiologisch dokumentierbare Osteopenie (Inaktivitätsosteopenie) des Handskeletts rechts im Seitenvergleich und eine gänzlich normale Beschwiellung der Haut an sämtlichen Fingerkuppen, was ganz objektiv gesehen für eine ordentliche Einsatzfähigkeit der rechten Hand im Alltag spreche. Aufgrund dieser Inkonsistenzen sei es deshalb zweifelhaft, dass die Gebrauchsfähigkeit der rechten Hand im Alltag derart schlecht sei, wie es die Explorandin bei der gutachterlichen Untersuchung glaubhaft machen möchte. Nach so vielen Jahren Mindergebrauch des rechten Armes wären objektive Zeichen der Minderaktivität wie z.B. muskuläre Atrophien der Handmuskulatur, Umfangsdifferenzen der Vorderarmmuskulatur oder auch eine radiologisch objektivierbare Inaktivitätsosteopenie des Handskeletts zu erwarten gewesen. Zudem liefere die im Frühsommer 2015 durchgeführte Observation der Explorandin mit multiplen Videosequenzen, unter Berücksichtigung des Langzeitverlaufs, klare Indizien, welche für eine ordentliche Einsatzfähigkeit der rechten Hand im Alltag (zumindest im Frühsommer 2015) sprächen. Es seien somit aus gutachterlicher Sicht möglicherweise nicht sämtliche geäußerten Beschwerden einzig und allein auf das erlittene Unfallereignis zurückzuführen. Es sei in der Tat so, dass auf diesen Videoclips bei der Explorandin keine funktionellen Einschränkungen der rechten Hand feststellbar seien. Sie weise generell flüssige Bewegungsmuster mit normalem Grob- und Feingriff der rechten Hand auf. Das Pendeln der Arme beim Gehen sei beidseits symmetrisch, beim Gestikulieren werde der rechte Arm normal eingesetzt. Dies sei für ihn, Dr. med. R. \_\_\_\_, grundsätzlich sehr überraschend und stark irritierend, da die Explorandin bei der aktuellen klinischen Untersuchung anlässlich dieses Gutachtens erhebliche funktionelle Defizite der rechten Hand aufweise. Es stellten sich ihm da einige kritische Fragen. Sei es tatsächlich möglich, dass die Explorandin all die Jahre versucht habe, Ärzte und Gutachter zu täuschen? Sei sie eine Betrügerin? Seien diese merkwürdigen Videoclips einfach Momentaufnahmen aus einer Zeit, wo es der Explorandin einfach bessergegangen sei? Habe sie damals im 2015 den Schmerz willentlich einfach besser überwinden können als heute? Er wisse es nicht. Obwohl Dr. med. R. \_\_\_\_ die vorstehenden Inkonsistenzen in seinem Gutachten selbst treffend aufgezeigt hat, hat er der Beschwerdeführerin dennoch eine erhebliche Arbeitsunfähigkeit attestiert, ohne diese Inkonsistenzen hierbei mit zu berücksichtigen. So wäre es aber gerade Aufgabe des Gutachters, bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sämtliche Punkte mit einzubeziehen. Da er die Inkonsistenzen zwar nennt, bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aber schlussendlich ausklammert und hierfür keine plausible Begründung anführt, ist das Gutachten in beweismässiger Hinsicht nicht verwertbar.

10. 10.1 Aufgrund der Nichtverwertbarkeit des Gutachtens von Dr. med. R. \_\_\_\_ kam das Versicherungsgericht nicht umhin, bei Dr. med. V. \_\_\_\_, Facharzt FMH für Handchirurgie, FMH Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie, ein weiteres handchirurgisches Obergutachten zu veranlassen (A.S. 252) sowie diesem zusätzliche Ergänzungsfragen zu unterbreiten (A.S. 333). Im handchirurgischen Gutachten von Dr. med. V. \_\_\_\_ vom 23. Januar 2023 (A.S. 260 ff.) werden folgende Diagnosen gestellt:

- Residuelle Bewegungseinschränkung, Schmerzen und Kraftverlust Hand / Unterarm rechts bei stattgehabtem CRPS Typ I Hand rechts R52.9 - Status nach distaler, gering dislozierter intraartikulärer Radiusfraktur rechts vom 28. Dezember 2011 (S52.51) - Status nach offener Reposition und Plattenosteosynthese Radius rechts am 28. November 2011 - Status nach Komplexem Regionalem Schmerzsyndrom CRPS Typ I Hand rechts von G90.50

(Erstdiagnose am 18. April 2012) · Rhizarthrose mit beginnender STT (Scapho-Trapezium-Trapezoid) Arthrose rechts (M18.1/M19.84) Sodann führt Dr. med. V.\_\_\_\_ hinsichtlich der von ihm gestellten Diagnosen aus, aktuell zeige sich ein residuelles chronisches Schmerzsyndrom an der rechten Hand / Handgelenk. Dies sei nicht zu verwechseln mit einem aktiven komplexen regionalen Schmerzsyndrom (CRPS Typ 1; vormals Morbus Sudeck), wie es in der erstmaligen Konsultation vom 18. April 2011 (recte: 2012) als Diagnose gestellt worden sei. Die Kriterien, die zu der Diagnose CRPS Typ I führten, seien seit 2010 in den Kriterien nach Harden / Budapester Kriterien definiert. Die Diagnose werde anhand eines klinischen und anamnestischen Kriterienrasters gefällt. Technisch-apparativ gebe es keine Modalitäten mit einer genügenden Spezifität und Sensitivität um die Diagnose zu erhärten oder auszuschliessen. Auch in sehr technisch aufwändigen Untersuchungen wie MRT/Szintigrafie/SPECT-CT lasse sich diese Diagnose nicht mit Sicherheit objektivieren. Die Diagnose eines CRPS Typ I ergebe sich aus der Aktenlage retrospektiv auf das Datum 18. April 2011 (recte: 2012). In der bei der Begutachtung durchgeführten klinischen Untersuchung seien die Kriterien für ein florides / aktives CRPS nicht mehr erfüllt. Trotzdem lägen anamnestisch und minimal auch klinisch gewisse trophische Störungen und Bewegungseinschränkungen vor, so dass von einem residuellen Zustand nach CRPS gesprochen werden könne. Aus der Aktenlage liessen sich die Kriterien nach Harden bis zur Hospitalisation an der Z.\_\_\_\_ vom 30. Januar 2014 bis 19. Februar 2014 nachweisen. In den folgenden Kontrolluntersuchungen an der Z.\_\_\_\_ zeigten sich die Kriterien nach Harden als regredient, respektive nicht mehr erfüllt. Es seien in der Folge Stati nach CRPS dokumentiert worden. Ebenfalls seien im darauffolgenden Gutachten der AC.\_\_\_\_-Klinik 2015 die Kriterien nach Harden für ein CRPS nicht mehr erfüllt gewesen. Des Weiteren lägen radiologisch sowohl eine Rhizarthrose (Arthrose des 1. Carpometacarpalgelenkes) und eine STT-Arthrose (Arthrose zwischen der 1. und 2. Handwurzelreihe) vor. Ein klinisches Korrelat zu diesen rein radiologisch gestellten Diagnosen liege mit grosser Wahrscheinlichkeit nicht vor. Des Weiteren setzte sich Dr. med. V.\_\_\_\_ eingehend mit den vorliegenden Observationsaufnahmen und den Vorakten auseinander und führte aus, der Gutachtensauftrag habe beinhaltet, neben einer Gesamtbeurteilung die möglichen Diskrepanzen gutachterlich einzuordnen und in die Beurteilung miteinzubeziehen. Um ein genaueres Bild dieser Videosequenzen abzugeben, seien im vorliegenden Gutachten die Videosequenzen mehrfach durchgegangen worden. Die Dokumentation habe sich nach der Analyse der Bewegungsumfänge in allen Dimensionen, spezielle Handpositionen (Pinzettengriff, Schlüsselgriff, Faustschluss), Schonhaltungen, maximale Kraftanwendungen, Beurteilung der Feinmotorik sowie Dominanz des Einsatzes gerichtet. Die Videosequenzen seien wie folgt zusammenzufassen: Maximales Gewicht, das gehalten werde: 1 kg geschätzt (Kleid an Kunststoff Kleiderbügel) auf Schulterhöhe gehalten. Bimanuelle Tätigkeit ersichtlich. Bewegungen insgesamt flüssig, jedoch werde das Handgelenk in diesen Bewegungsabläufen nicht in maximale Extension / Flexion (Beugung oder Streckung) oder Supination/Pronation (Umwendbewegungen) gebracht. Ein kompletter Faustschluss sei in diesen Bewegungen nicht ersichtlich. Beim Gehen werde der Arm geschwungen, es zeigten sich keine Schonhaltungen auf mehreren Sequenzen. Der maximale Bewegungsumfang in den Videosequenzen betrage für die Pronation 70° und Supination 70° (Umwendbewegungen), wobei diese endgradigen Bewegungen auf 2 Videosequenzen nachweisbar seien (617/744). Der maximale Bewegungsumfang in den Videosequenzen betrage für die Flexion 20° und Extension 40° (Beugung und Streckung im

Handgelenk). Feinmanipulationen seien auf mehreren Videosequenzen erhalten. Der Pinzettengriff sei flüssig und erhalten. Wäschezusammenlegen von leichten Kleidungsstücken (T-Shirt) bimanuell über eine Dauer von ca. 30 min erhalten. In diesem Zusammenhang hielt Dr. med. V. \_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 4. März 2024 ergänzend fest, die klinische Untersuchung zum Zeitpunkt der Begutachtung habe eine Bewegungseinschränkung von 30° für die Beugung und 35° für die Streckung im Handgelenk gezeigt. In den Videosequenzen habe sich eine maximale Beugung von 20° und Streckung von 40° gezeigt. Für die Umwendbewegung hätten sich zum Zeitpunkt der Begutachtung eine Pronation (Umwendbewegung nach innen) von 65° und für die Supination (Umwendbewegung nach aussen) von 70° gezeigt. In den Videosequenzen zeige sich eine Pronation von 70° und Supination von 70°. Diese Unterschiede seien gering ausgeprägt und könnten durch tagesabhängige Diskrepanzen («Tagesform») erklärt werden. Ob diese Bewegungseinschränkungen schlussendlich schmerzbedingt oder mechanisch bedingt seien, lasse sich in der klinischen Untersuchung oder durch bildgebende Verfahren nicht objektivieren. Eine mögliche Objektivierung sei mittels Schmerzausschaltung (komplette Anästhesie des Armes sowohl Sensibilität wie Motorik) prinzipiell möglich. Die Aussagekraft diesbezüglich wäre rein mechanisch betrachtet und hätte keine Relevanz hinsichtlich der Einschätzung der Belastbarkeit der Hand. Sodann hielt Dr. med. V. \_\_\_ in seinem Gutachten fest, das CRPS Typ I sei bis zum Oktober 2014 / März 2015 nach den Budapest-Kriterien glaubhaft dokumentiert. Apparative Untersuchungen hätten keine bessere Spezifität oder Sensitivität. Im Anschluss daran seien die Kriterien für das aktive CRPS nicht mehr erfüllt gewesen. Nichtsdestotrotz habe die Explorandin Funktionseinschränkungen, Kraftminderungen und Schmerzen beklagt. Residuelle Funktionseinschränkungen und Kraftminderungen seien häufig nach einem CRPS vorhanden, diese ergäben sich aus nachfolgenden Gelenkkontrakturen. Die Vorgutachten / Berichte sprächen einerseits von einer komplizierten Sachlage, andererseits von einem hochgradigen Verdacht einer Aggravation oder gar simulierendem Verhalten. Die Bewegungsumfänge unterschieden sich in Flexions-Richtung um 20°, in Extensions-Richtung um 0°, in Supinationsrichtung um 0° und in Pronations-Richtung um 20°. Die Flüssigkeit der Bewegungen sei gut. Zusätzlich zeigten sich in keinen Vorberichten / Gutachten fehlende Beschwielung oder Umfangdifferenzen. Aus den Videosequenzen lasse sich keine Objektivierung der Schmerzen ableiten, jedoch sicherlich Zweifel aufkommen, dass die Explorandin konstant unter den geschilderten Schmerzen leide. Kurz: Die Videosequenzen bestätigten die funktionellen Einschränkungen, wie sie aus der klinischen Untersuchung und der Aktenlage abzuleiten seien, liessen aber hinsichtlich der Schmerzen keine abschliessende Beurteilung zu. In den Videosequenzen mache die Explorandin nicht den Eindruck, dass sie ausgeprägt schmerzgeplagt sei. Eine entsprechende Selbstlimitierung hinsichtlich der Schmerzen lasse sich deshalb vermuten. Die Ursache diesbezüglich könne auch im Rahmen dieses handchirurgischen (und nicht psychiatrischen) Gutachtens nicht restlos geklärt werden. Zusammengefasst lasse sich festhalten, dass sich die maximalen Kraftanwendungen in den Videosequenzen (Juni / Juli 2015) nicht von der letzten Begutachtung der AC. \_\_\_-Klinik (März 2015) unterschieden. Somit könne im vorliegenden Fall nicht von einer funktionellen Einarmigkeit ausgegangen werden, wengleich dieser Terminus nicht klar definiert sei. Das vorliegende Zustandsbild sei im klinischen Alltag nach durchgemachtem CRPS nicht selten anzutreffen. Es bestünden einerseits glaubhafte Einschränkungen, Limiten und Schmerzen, andererseits seien die Kriterien für ein florides/aktives CRPS nicht erfüllt. Nach Durchsicht der

Aktenlage inklusive der Videosequenzen zeige sich trotz der teilweise gegenteiligen Beurteilung durch die Vorgutachter ein relativ konstantes Bild, was die Funktion betreffe. Die Hand der Explorandin könne eingesetzt werden bis zu den vorbeschriebenen Bewegungs- und Kraftlimiten. Daraus lasse sich auch entsprechend eine angepasste zumutbare Tätigkeit ableiten. Sodann hielt Dr med. V. \_\_\_ zur Unfallkausalität der geklagten Beschwerden und der gestellten Diagnosen fest, die funktionellen Beschwerden seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis zurückzuführen. Die residuellen Bewegungseinschränkungen, Kraftminderungen und Schmerzen könnten nicht durch die Rhizarthrosen/STT Arthrosen/Ellenüberlänge erklärt werden. Diesbezüglich führte Dr. med. V. \_\_\_ in seiner Stellungnahme 4. März 2024 zur Begründung ergänzend aus, eine Rhizarthrose bereite typischerweise Schmerzen im Bereich des Daumensattelgelenkes und lasse sich klinisch mit entsprechender Druckdolenz und einem positiven Grinding Test nachweisen. In der Regel sei das Punktum maximum klar zuordenbar. Diese Provokationstests seien bei der Beschwerdeführerin nicht typisch auszulösen gewesen. Dasselbe gelte für die STT Arthrose, welche typischerweise durch eine Druckdolenz im entsprechenden STT-Intervall gekennzeichnet sei. Bei der Explorandin habe eine ubiquitäre Druckdolenz über die lokalen Druckdolenzen hinaus bestanden und ohne zu erwartendes Maximum auf die Provokationstests der STT-Arthrose und Rhizarthrose. Zusammengefasst reichten die geschilderten Beschwerden und die Befunde der klinischen Untersuchung über die klar lokalisierbaren Beschwerden im Bereich des STT Gelenkes und des CMC Gelenkes (Rhizarthrose) hinaus. Sodann sei das nachfolgend ausgebildete CRPS eine Folge der initialen Radiusfraktur. Die residuellen funktionellen Einschränkungen passten zu einem stattgehabten CRPS und seien häufig anzutreffen. Hinsichtlich der geschilderten Schmerzen zeigten sich anamnestisch und aus der Aktenlage ein konstantes Bild. Die anamnestisch erhobenen Werte auf der visuellen Analogskala (VAS) zeigten in der Dokumentation und klinischen Untersuchung konstante Werte. Dazu hielt Dr. med. V. \_\_\_ in seiner Stellungnahme 4. März 2024 ergänzend fest, sowohl ein florides (aktives) CRPS wie ein stattgehabtes CRPS seien durch eine Bildgebung nicht zu objektivieren. Diesbezüglich seien in der Literatur verschiedene Modalitäten (CT, MRI, SPECT CT, 3 Phasen-Szintigrafien) untersucht worden. Dabei sei in keiner dieser Modalitäten eine ausreichende Spezifität / Sensitivität dokumentiert worden. Sodann seien die rein radiologisch nachgewiesenen Arthrosen (Rhizarthrose, STT-Arthrose) als unfallfremd zu bezeichnen. Beim initialen Trauma sei es zu einer Radiusfraktur gekommen, welche operativ korrekt, das heisse ohne Stufenbildung oder Fehlstellung, versorgt worden sei. Eine geringgradige Radiokarpalarthrose bestehe rein radiologisch. In der Aktenlage sei keine Traumatisierung der karpalen Knochen (scapholunäre Band Läsion, zusätzliche Frakturierung oder Fehlstellung der Handwurzelknochen, namentlich Os trapezium, trapezoideum und scaphoideum) dokumentiert. Zur Erfüllung der Unfall-Kausalität der STT-Arthrose und der Rhizarthrose müsste eine entsprechende Läsion dieser essenziellen Strukturen in der Aktenlage ersichtlich sein. Somit seien diese mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht unfallkausal. Des Weiteren hielt Dr. med. V. \_\_\_ bezüglich der gestellten Diagnosen in seinem Gutachten fest, es sei weder ein Status quo ante noch ein Status quo sine erreicht. Die Kriterien für das floride CRPS seien zwar nicht mehr erfüllt, jedoch bestünden nach wie vor Einschränkungen im Bewegungsumfang und Kraftumfang, zudem bestünden Schmerzen. Der Status quo sine der radiologisch beschriebenen STT-Arthrose / Rhizarthrose und Ellenüberlänge sei bei bilateral nachgewiesenen Befunden und fehlendem

klinischen Korrelat nicht wahrscheinlich. Des Weiteren führte Dr. med. V.\_\_\_\_ zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin aus, das postoperativ aufgetretene CRPS Typ I bei Zustand nach operativer Versorgung der Radiusfraktur rechts habe initial zu einer chronischen Schmerzsituation mit Schonhaltung und verminderter Funktion des rechten Handgelenkes und Miteinbezug der Hand geführt. Sowohl die Kraft wie auch die Handgelenksbeweglichkeit in Beugung und Streckung sowie Umwendbewegungen seien anhaltend eingeschränkt. In der Folge habe trotz der frühen Diagnosestellung und entsprechender Therapieeinleitung bis hin zum stationären Aufenthalt in der dafür spezialisierten Z.\_\_\_\_, was die Beweglichkeit, Kraft und Schmerzen betreffe, nur wenig Besserung erzielt werden können. Die Kriterien für die dystrophen Störungen (vegetative Anteile wie Temperaturregulation, Schwellung, Farbunterschiede) hätten hingegen positiv beeinflusst werden können. Die nachfolgend aufgetretenen residuellen Schmerzen und Bewegungseinschränkungen hätten auch mit weiteren Therapiemassnahmen nicht verbessert werden können. Es zeige sich bis dato ein relativ konstantes Bild mit Bewegungseinschränkungen von 30° für die Beugung, 35° für die Streckung, Supination und Pronation (Innendrehung respektive Aussendrehung bei Umwendbewegung) von jeweils ca. 20°. Der Kraftverlust im Faustschluss betrage ca. 12-15 kp (18 versus 8 kp bei zu erwartender rechts Dominanz von ca. 20 kp) und für den Schlüsselgriff 2 kp (7 versus 5kp). Zusammengefasst zeige sich ein Handgelenk, welches in der Beugung und Streckung um jeweils ca. 40 %, in der Umwendbewegung um jeweils ca. 25 % eingeschränkt sei. Die Kraft im Faustschluss sei zu ca. 75 % eingeschränkt. Die anamnestisch geschilderten Kraftanwendungen über 1 kg führten zu Schmerzen (bis 8/10 VAS). Es zeige sich ein erhaltener Pinzettengriff und Schlüsselgriff. Die Sensibilität sei intakt. Die postulierte faktische Einhändigkeit könne so nicht bestätigt werden. Wie auch auf den Videosequenzen der Detektei C.\_\_\_\_ gut ersichtlich, benutze die Explorandin die Hand für feinmotorische Tätigkeiten, Heben und Tragen bis zu 1 kg, jedoch in konstantem Bewegungsumfang, wie in der klinischen Untersuchung und in den Vorakten dokumentiert mit entsprechender Einschränkung der Umwendbewegung, Beugung und Streckung im Handgelenk. Weiter führte Dr. med. V.\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme 4. März 2024 dazu aus, die seitengleiche Beschwielung und der seitengleiche Armumfang seien Anzeichen dafür, dass keine faktische Einhändigkeit vorliege. Würde die Hand gar nicht eingesetzt werden im Alltag, wäre ein kompletter Rückgang der Beschwielung aufgrund der fehlenden, wenngleich minimalen mechanischen Reize, zu erwarten. Dies gelte auch für eine Armumfangdifferenz. Bei komplettem Verzicht auf Einsatz der Hand / Unterarm wäre eine Atrophie (Rückbildung) der Muskulatur zu erwarten. Die Hand werde im Alltag eingesetzt. Diesbezüglich sei auf die entsprechenden Limiten zu verweisen, welche sich auch mit den Beobachtungen der Videosequenzen deckten. Daraus sei zu schliessen, dass die Hand von der Versicherten, wenn auch in geringem Umfang, eingesetzt werde. Sodann hielt Dr. med. V.\_\_\_\_ in seinem Gutachten weiter fest, die unfallfremden Diagnosen der Rhizarthrose und STT-Arthrose hätten mit überwiegend grosser Wahrscheinlichkeit keinen Einfluss auf die Beeinträchtigung auf der Ebene der somatischen Fähigkeiten. In Bezug auf die letztmalige Arbeitstätigkeit als Mitarbeiterin in einer Wäscherei des X.\_\_\_\_ sei die Versicherte zu 100 % arbeitsunfähig. Diese manuellen Tätigkeiten erforderten einerseits repetitive Kraftanwendungen deutlich über 10 kg, andererseits sei diese Tätigkeit bimanuell durchzuführen. Die vorliegend eingeschränkte Beugung / Streckung und Pronation / Supination würde das Arbeitstempo respektive die zu bewältigenden Volumina deutlich einschränken. Zudem wäre mit konstanten Schmerzen zu rechnen. Die in den

Videsequenzen gut dokumentierten Manipulationen beim Wäschezusammenlegen respektive das Aufhängen von Kleidungsstücken, seien mit den alltäglichen Tätigkeiten in einer Wäscherei sowohl in Umfang und Belastung nicht zu vergleichen. Ein idealer Arbeitsplatz wäre eine vorwiegend nicht feinmanipulatorische Tätigkeit, welche mit der linken Hand durchgeführt werden könnte, bei der die rechte Hand lediglich als Hilfs hand verwendet werden könnte. Die Erfahrung zeige, dass es solche idealen Arbeitsstellen in der Regel nur selten gebe. Bei einem optimalen Arbeitsplatz wäre eine bimanuelle Tätigkeit ohne Erfordernisse an einen endgradigen Bewegungsumfang sowie Kraftanwendungen von maximal 1 kg einhändig für die rechte Extremität, respektive 5 kg beidhändig unter Einhaltung entsprechender Pausen und ohne zeitlichen Druck (Stückzahl nicht höher als 50 % als branchenüblich) möglich. Eine Arbeitsfähigkeit an einem leidensadaptierten optimalen Arbeitsplatz sei unter Einhaltung der entsprechenden Pausen zu 50 % gegeben. Die Leistungsfähigkeit respektive Arbeitsleistung (Stückeinheiten pro Zeit) sei erwartungsgemäss mit 50 % anzugeben. In der Zusammenfassung der Videosequenzen (S. 17 des Gutachtens) seien die maximalen Bewegungsumfänge sowie maximalen Gewichtslimiten aufgeführt. Die vorangehend beschriebenen Ansprüche an einen leidensadaptierten Arbeitsplatz deckten sich auch mit den durchgeführten Manipulationen in den Videosequenzen. Dazu führte Dr. med. V. \_\_\_ in seiner Stellungnahme 4. März 2024 ergänzend aus, in den Videosequenzen zeige sich insgesamt eine Verlangsamung der Bewegungsabläufe, wenngleich einzelne Tätigkeiten flink durchgeführt würden. Die statuierte Arbeitsfähigkeit von 50 % in einer angepassten Tätigkeit bemesse sich erstens aufgrund der notwendigen Pausen, welche bei einer solchen Tätigkeit trotz Einhaltung der Gewichtslimiten, aufgrund der Ermüdbarkeit, zu erwarten seien und zweitens aufgrund der Leistungsfähigkeit (Stückzahl / Zeiteinheit), welche ebenfalls erwartungsgemäss aufgrund der Residuen des CRPS zu erwarten seien. Weiter führte Dr. med. V. \_\_\_ in seinem Gutachten aus, der Gesundheitszustand habe seit der Begutachtung im Oktober 2014 und März 2015 keinen wechselnden Verlauf gehabt. Die oben beschriebene Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit bestehe unverändert. Eine angepasste Tätigkeit wie vorgehend beschrieben wäre seit Ende 2014 zumutbar. Bis zu diesem Zeitpunkt hin (Oktober 2014) habe der Verlauf, aufgrund der unmittelbaren postoperativen Phase und des floriden CRPS, einen wechselnden Charakter gehabt. Plausibel und dokumentiert sei in der ersten postoperativen Phase bis hin zur Re-Operation im August 2012 mit einer 100 % Arbeitsunfähigkeit auch in einer angepassten Tätigkeit zu rechnen. In der Folge sei das floride CRPS aus den Akten bis zur Hospitalisation an der Z. \_\_\_ Februar 2014 noch dokumentiert. Somit sei auch in dieser Phase bis zur Begutachtung im Oktober 2014 eine Zumutbarkeit an eine angepasste Tätigkeit nicht gegeben. Der genaue Zeitpunkt hinsichtlich der Zumutbarkeit der angepassten Tätigkeit lasse sich somit nicht auf den Tag genau eruieren, sondern lediglich auf einen Zeitrahmen zwischen Februar und Oktober 2014 schätzen. Seither sei der Gesundheitszustand stationär, sowohl was den Bewegungsumfang, Kraftanwendung und Schmerzen betreffe. Ab Oktober 2014 wäre eine leidensadaptierte Tätigkeit zumutbar, was auch die Videosequenzen belegten. 10.2 10.2.1 Zum Beweiswert des handchirurgischen Gutachtens von Dr. med. V. \_\_\_ vom 23. Januar 2023 (A.S. 260 ff.) – unter Einbezug der ergänzenden Stellungnahme vom 4. März 2024 – ist festzuhalten, dass dieses den Anforderungen, welche die Rechtsprechung an den Beweiswert eines Gutachtens stellt, entspricht. Es wurde von einem unabhängigen, fachlich qualifizierten Facharzt der einschlägigen medizinischen Disziplinen erstellt. Dieser verfügte über die gesamten Akten, hat die Beschwerdeführerin umfassend untersucht und Befunde

erhoben, wobei deren subjektive Angaben mitberücksichtigt wurden. Dem Gutachten von Dr. med. V. \_\_\_ ist somit grundsätzlich voller Beweiswert zuzumessen. Dr. med. V. \_\_\_ setzt sich in seinem Gutachten sehr eingehend mit den Observationsaufnahmen auseinander und analysierte diese akribisch. Er kommt gestützt darauf in nachvollziehbarer Weise zum Schluss, dass sich das anlässlich der Observation (Zeitraum vom 10. Juni 2015 bis 25. Juli 2015) von der Beschwerdeführerin gezeigte Verhalten nicht erheblich von dem anlässlich der Begutachtung in der AC. \_\_\_-Klinik vom 2. März 2015 gezeigten Verhalten (hinsichtlich der Bewegungseinschränkungen) unterscheidet. Gestützt auf diese Feststellung kann gesagt werden, dass sich aufgrund der Observationsaufnahmen eine Aggravation / Simulation nicht belegen lässt. Weiter muss berücksichtigt werden, dass diese Aufnahmen hauptsächlich für den betreffenden Zeitraum Rückschlüsse zulassen. Insofern macht ein Vergleich dieser Aufnahmen von 2015 mit den anlässlich der vorliegenden Begutachtung durch Dr. med. V. \_\_\_ im Jahr 2022 erhobenen Befunde wenig Sinn. Dementsprechend sind auch ein Teil der von der Beschwerdegegnerin in ihrer Stellungnahme vom 17. März 2023 in diesem Zusammenhang erhobenen Rügen kaum weiterführend. Insofern die Beschwerdegegnerin rügt, in Bezug auf den Faktor Schmerz (und in Bezug auf weitere nicht berücksichtigte Erkenntnisse aus den Videos) fehle eine klinische Auswertung der Videosequenzen gänzlich, ist dies nicht korrekt. So schreibt Dr. V. \_\_\_, dass gestützt auf das Video keine Aussagen zu allfälligen Schmerzen gemacht werden könnten bzw. Schmerzen daraus nicht ersichtlich seien. Aufgrund des grossen zeitlichen Abstandes der Aufnahmen und der vorliegenden Begutachtung können daraus denn auch nur begrenzte Schlussfolgerungen gezogen werden. Wenn Dr. med. V. \_\_\_ vorliegend zum Schluss kommt, die Schmerzen seien glaubhaft und hätten damit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit, steht dieser Schlussfolgerung einer sieben Jahre zuvor erstellten Videoaufnahme, welche keine Schmerzen erkennen lässt, aufgrund des grossen zeitlichen Abstandes demnach nur bedingt entgegen.

### 10.2.2 Schliesslich ist die Unfallkausalität zu prüfen.

Im Gutachten von Dr. med. V. \_\_\_ wird als einzige unfallkausale Diagnose «Residuelle Bewegungseinschränkung, Schmerzen und Kraftverlust Hand / Unterarm rechts bei stattgehabtem CRPS Typ I Hand rechts R52.9» gestellt. Dr. med. V. \_\_\_ führt diesbezüglich zur Begründung der Kausalität grundsätzlich nachvollziehbar aus, zwar liessen sich die Kriterien eine CRPS (Complex Region Pain Syndrome) nur bis zur Hospitalisation an der Z. \_\_\_ vom 30. Januar 2014 bis 19. Februar 2014 nachweisen. In der bei der Begutachtung durchgeführten klinischen Untersuchung seien die Kriterien für ein florides/aktives CRPS nicht mehr erfüllt gewesen. Trotzdem lägen anamnestisch und minimal auch klinisch gewisse trophische Störungen und Bewegungseinschränkungen vor, so dass von einem residuellen Zustand nach CRPS gesprochen werden könne. In diesem Zusammenhang ist auf die einschlägige Rechtsprechung einzugehen: Für die Annahme unfallkausaler somatischer Restfolgen wird im Regelfall eine strukturelle Läsion bzw. eine schlecht verheilte strukturelle Läsion als objektivierbares Korrelat verlangt. Liegt kein solches vor, wird häufig davon ausgegangen, dass der Schmerz durch eine psychische Komponente unterhalten wird. Darüber hinaus gibt es aber auch anerkannte unfallkausale Schmerzsyndrome, wie das CRPS bzw. der Morbus Sudeck, die auftreten, obwohl die Verheilung einer strukturellen Läsion grundsätzlich günstig verlaufen ist (vgl. dazu ALFRED M. DEBRUNNER, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl. Bern 2005, S. 695 ff.). Die Diagnose eines CRPS erfolgt mittlerweile anhand der Budapest-Kriterien, welche aus einer Konsensuskonferenz im Jahr 2006 resultieren. Typischerweise treten die Beschwerden innerhalb kurzer Zeit nach einem auslösenden Ereignis – nach der

Rechtsprechung wird für eine Leistungspflicht des Unfallversicherers eine Latenzzeit von sechs bis acht Wochen vorausgesetzt – auf (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 6. September 2006, U 23/06, E. 2.3 mit Hinweis). Entscheidend ist, dass anhand echtzeitlich erhobener medizinischer Befunde der Schluss gezogen werden kann, die betroffene Person habe innerhalb der Latenzzeit von sechs bis acht Wochen nach dem Unfall zumindest teilweise an den für ein CRPS typischen Symptomen gelitten. Massgeblich bei der Diagnose des CRPS ist die klinische Untersuchung, wobei die sogenannten Budapest-Kriterien gültig sind, in welchen zwischen Zeichen und Symptomen differenziert wird. Symptome werden vom Patienten anamnestisch geschildert, Zeichen sind zum Zeitpunkt der Untersuchung durch den Arzt manifest. Für die Diagnose eines CRPS muss mindestens ein Symptom aus mindestens drei der vier Kategorien anamnestisch vorliegen oder vorgelegen sein, des Weiteren muss mindestens ein klinisches Zeichen aus mindestens zwei der vier Kategorien zum Zeitpunkt der Untersuchung vorliegen (vgl. KRÖNER-HERWIG / FRETTLÖH / KLINGER / NILGES [Hrsg.], Schmerzpsychotherapie, Grundlagen – Diagnostik – Krankheitsbilder – Behandlung, 8. Aufl. 2017, S. 570, GÖBEL / SABATOWSKI [Hrsg.], Weiterbildung Schmerzmedizin, CME-Beiträge aus: Der Schmerz 2013 – 2014, S. 68, KOMMISSION LEITLINIEN DER DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR NEUROLOGIE [Hrsg.], Diagnostik und Therapie komplexer regionaler Schmerzsyndrome [CRPS], publiziert bei: AWMF online – Das Portal der wissenschaftlichen Medizin, S. 12). Die massgeblichen Kriterien gliedern sich wie folgt: 1. Anhaltender Schmerz, inadäquat zum vorangegangenen Trauma 2. Anamnestisch erhobene Symptomatik (Patient benennt mindestens 1 Symptom aus mindestens 3 der 4 Kategorien): - Sensibilität: Hyperästhesie - Motorik/Trophik: Einschränkung des Bewegungsumfangs und/oder motorische Dysfunktion (Schwäche, Tremor, Dystonie) und/oder trophische Veränderungen (Haut, Haare, Nägel) - Sudomotorik/Ödem: Ödem und/oder Asymmetrie/Veränderung des Schwitzens - Vasomotorik: Temperaturveränderung und/oder Asymmetrie der Hautfarbe 3. Medizinische Befunde (Nachweis von mindestens einem klinischen Zeichen in mehr als 2 Kategorien): - Sensibilität: Hyperalgesie bei Nadelreizen und/oder Allodynie bei leichter Berührung - Motorik/Trophik: eingeschränkter Bewegungsumfang und/oder motorische Dysfunktion (Schwäche, Tremor, Dystonie), und / oder trophische Veränderungen (Haut, Haare, Nägel) - Sudomotorik/Ödem: Ödem und/oder Asymmetrie/Veränderung des Schwitzens - Vasomotorik: Temperaturveränderung und/oder Asymmetrie der Hautfarbe 4. Es darf keine andere Erkrankung vorliegen, welche die Symptome und klinischen Zeichen hinreichend erklären würde. Gestützt auf die Vorakten ist festzuhalten, dass die Diagnose eines CRPS anhand der vorgenannten Kriterien korrekt und damit zurecht gestellt wurde. Diesbezüglich ist auf den Bericht des Z.\_\_\_\_ vom 9. Dezember 2013 (BA 7) zu verweisen, wo als Befunde u.a. milde Schwellung, Temperaturdifferenz, reduzierte Beweglichkeit, und damit 3 Symptome aus mehr als 2 Kategorien erhoben wurden. Zudem gehen aus der Anamnese von Dr. med. AF.\_\_\_\_, AB.\_\_\_\_, vom 5. Dezember 2013 (BA 1, S. 28) als Symptome verstärktes Haarwachstum, Schwellung (= Ödem), Kältegefühl (Temperaturveränderung), hervor, womit auch die vorgenannte Voraussetzung der von der Patientin zu benennenden Symptome (1 Symptom aus mindestens 3 der 4 Kategorien) erfüllt ist. Wenn somit ein CRPS infolge der Handverletzung zu bejahen ist, ist somit auch die diesbezügliche Unfallkausalität zu bejahen. Sodann waren die Kriterien für ein CRPS gestützt auf die Vorakten spätestens ab Februar 2014 nicht mehr gegeben (vgl. Austrittsbericht der Z.\_\_\_\_

vom 10. Februar 2014, BA 9, E. II. 5.6 hiervor) und diese Diagnose wurde auch nicht mehr gestellt. Dem widerspricht der Gutachter Dr. med. V.\_\_\_\_ zwar teilweise, wenn er ausführt, das CRPS Typ I sei bis zum Oktober 2014 / März 2015 nach den Budapest-Kriterien glaubhaft dokumentiert. Gestützt auf die diesbezüglichen echtzeitlichen Akten lassen sich diese Kriterien in diesem Zeitpunkt aber nicht mehr bestätigen, zumal auch Dr. med. V.\_\_\_\_ in seiner Verlaufsbeurteilung festhielt, das floride CRPS sei aus den Akten noch bis zur Hospitalisation an der Z.\_\_\_\_ im Februar 2014 dokumentiert (vgl. S. 27 f. des Gutachtens; A.S. 286 f.). Nun stellt sich weiter die Frage, wie die Kausalität zu beurteilen ist, wenn wie vorliegend die Kriterien für ein CRPS gestützt auf die Vorakten spätestens ab Februar 2014 nicht mehr gegeben waren und diese Diagnose auch nicht mehr gestellt wurde, aber gemäss dem beweiswertigen Gutachten von Dr. med. V.\_\_\_\_ im Zeitpunkt der Begutachtung (19. Mai 2022; A.S. 261) ein residueller Zustand nach CRPS vorliegt, welcher gemäss seiner Beurteilung ursächlich für das chronische Schmerzsyndrom an der rechten Hand ist. Dr. med. V.\_\_\_\_ hielt diesbezüglich zur Begründung fest, in der bei der Begutachtung durchgeführten klinischen Untersuchung seien die Kriterien für ein florides / aktives CRPS nicht mehr erfüllt. Trotzdem lägen anamnestisch und minimal auch klinisch gewisse trophische Störungen und Bewegungseinschränkungen vor, so dass von einem residuellen Zustand nach CRPS gesprochen werden könne. Diesbezüglich ist auf die Rechtsprechung des Bundesgerichts zu verweisen, wonach Untersuchungsergebnisse dann als objektivierbar gelten, wenn diese reproduzierbar und von der Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten unabhängig sind. Würde auf Ergebnisse klinischer Untersuchungen abgestellt, so würde fast in allen Fällen ein organisches Substrat namhaft gemacht, das eine Adäquanztprüfung als nicht erforderlich erscheinen liesse (Urteil 8C\_806/2007 vom 7. August 2008 E. 8.2 mit Hinweis auf BGE 127 V 102 E. 5b/bb S. 103). Auch aus dem Vorliegen von Schmerzen kann noch nicht auf organisch (hinreichend) nachweisbare Unfallfolgen geschlossen werden, weil sich die Feststellung von Schmerzen einer wissenschaftlichen Beweisführung entzieht (vgl. Urteil 8C\_736/2009 vom 20. Januar 2010 E. 3.2). 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 E. 5.1 S. 251 mit Hinweisen; Urteil 8C\_154/2016 vom 7. Juni 2016 E. 3.2.2). Das von Dr. med. V.\_\_\_\_ diagnostizierte residuelle Schmerzsyndrom kann jedoch nicht apparativ / bildgebend nachgewiesen werden. Dr. med. V.\_\_\_\_ hielt in seinem Gutachten denn auch selbst fest, sowohl ein florides (aktives) CRPS wie auch ein stattgehabtes CRPS sei durch eine Bildgebung nicht zu objektivieren. Diesbezüglich seien in der Literatur verschiedene Modalitäten (CT, MRI, SPECT CT, 3 Phasen-Szintigrafien) untersucht worden. Dabei sei in keiner dieser Modalitäten eine ausreichende Spezifität/Sensitivität dokumentiert worden. Somit ist zusammenfassend festzuhalten, dass bezüglich des diagnostizierten residuellen Zustands nach CRPS weder die zur Bejahung der Unfallkausalität notwendigen vorgenannten Budapester Kriterien erfüllt sind noch die diesbezüglichen Beschwerden im Sinne der Rechtsprechung objektiv nachweisbar sind. Damit liegen bei der Beschwerdeführerin keine somatisch objektivierbaren Unfallfolgen mehr vor und auch eine richtunggebende Verschlimmerung des Vorzustandes ist zu verneinen. 11. Treten nach einem Unfall wie vorliegend psychische und / oder organisch nicht hinreichend nachweisbare Beschwerden auf, und kann weder das Vorliegen des für ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule typischen, bunten Beschwerdebildes noch eine solche Verletzung bejaht werden, so ist die adäquate

Kausalität gemäss der Rechtsprechung für psychische Fehlentwicklungen nach Unfällen zu prüfen (BGE 115 V 133, 138 V 248 E. 4 S. 250 f. mit Hinweisen). Bei der Adäquanzprüfung ist zunächst vom Unfallereignis auszugehen. Dieses ist einer der drei folgenden Gruppen zuzuordnen: Banale bzw. leichte Unfälle einerseits, schwere Unfälle andererseits und schliesslich der dazwischenliegende mittlere Bereich (BGE 115 V 133 E. 6 S. 138 f.). Bei leichten Unfällen ist die Adäquanz in der Regel ohne weiteres zu verneinen, bei schweren wird sie bejaht. Handelt es sich um einen Unfall im mittleren Bereich, lässt sich die Frage, ob zwischen Unfall und psychisch bedingter Erwerbsunfähigkeit ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht aufgrund des Unfallereignisses allein schlüssig beantworten, sondern es sind weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte bzw. indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Als leichte Unfälle sind der Rechtsprechung unter anderem folgende Fallbeispiele zu entnehmen: (Die fünf erstgenannten Beispiele stammen aus dem Urteil des Bundesgerichts 8C\_41/2016 vom 23. Juni 2016 E. 4.3.1.) · Der Versicherte erlitt eine Rückenkontusion, als er von einem umfallenden Betonschalungselement im Rücken getroffen wurde · Der Versicherte war bei seinen Betonfräsarbeiten von einem zirka 600 kg schweren Betonblock am rechten Oberarm getroffen worden, war aber gemäss seinen eigenen Angaben nach dem Unfall noch in der Lage, selber mit dem Auto von X nach Y zu fahren, bevor er sich in ärztliche Behandlung begab. · Beim Fussballtraining prallte ein Versicherter mit einem Gegenspieler zusammen, worauf er das Training abbrach. · Der Versicherte wurde von einem umkippenden Gerüstelement am Kopf getroffen. Auch das hier zu beurteilende Ereignis ist mithin den leichten Unfällen zuzuordnen. Dies umso mehr, als der Versicherte danach in der Lage war, den mehrstündigen Rücktransport im Bus auf sich zu nehmen und erst am nächsten Tag einen Arzt aufsuchte. · Die Versicherte, welche von einer Person, die von einer anderen beim Turnen über die Schulter geworfen wurde, bekam mit den beschuhten Füüssen einen Schlag von rechts an den Hals, Nacken und Kopf. Danach fiel sie zu Boden und erbrach. · Der Unfall der Versicherten vom 24. Februar 2004 (Sturz beim Aussteigen aus dem Auto) ist auf Grund des augenfälligen Geschehensablaufs mit den sich dabei entwickelnden Kräften (SVR 2008 UV Nr. 8 S. 26 E. 5.3.1 [U 2/07]) als leicht zu bezeichnen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_897/2009 vom 21. Januar 2010). Angesichts der genannten Beispiele kann das Unfallereignis vom 28. Dezember 2011 – die Beschwerdeführerin rutschte beim Überqueren des Zebrastreifens auf Glatteis aus und fiel auf den Arm – nicht anders denn als leicht beurteilt werden. Dies zeigt ein vergleichbarer Fall, welchen das damalige eidgenössische Versicherungsgericht ebenfalls als leicht beurteilte. Darin stolperte eine versicherte Person im Dunkeln auf einer Strasse, stürzte und schlug mit dem Gesicht sowie einem Knie auf dem Boden auf (Urteil des Bundesgerichts U 367/01 vom 21. März 2003 E. 4.2). Demnach ist im vorliegenden Fall auch die adäquate Kausalität der nicht objektivierbaren Beschwerden ohne Weiteres zu verneinen. 12. Gestützt auf die vorgehenden Erwägungen ist es somit nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 24. September 2015 sowie Einspracheentscheid vom 20. September 2018 die Taggeldleistungen und Heilbehandlungen der Beschwerdeführerin per 11. Mai 2015 einstellte und hiernach den Rentenanspruch verneinte. Damit erübrigt sich die Vornahme des beantragten Einkommensvergleich, nachdem nach Einstellung der Taggelder keine unfallkausalen Beschwerden mehr erstellt sind (vgl. Verlaufsbeurteilung von Dr. med. V.\_\_\_\_, S. 27 f. des Gutachtens; A.S. 286 f.). Zudem erübrigen sich beim vorliegenden Beweisergebnis weitere Abklärungen, womit

auch die von der Beschwerdeführerin mit Eingabe vom 21. Mai 2024 beantragten Ergänzungsfragen an den Gutachter abzuweisen sind, zumal die beantragte Frage nach der Höhe des erlittenen Integritätsschadens nicht zum Streitgegenstand gehört, wie in E. II. 4. hiervor festgehalten wurde. 13. Schliesslich bleibt noch zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht die nach dem 11. Mai 2015 erbrachten Leistungen, insgesamt CHF 14'083.50 für Taggelder und CHF 932.80 für Heilbehandlungen, zurückfordert. 13.1 Nach Art. 25 Abs. 1 Satz 1 ATSG sind unrechtmässig bezogene Leistungen zurückzuerstatten. Die Rückerstattung zu Unrecht bezogener Leistungen setzt voraus, dass die Bedingungen für eine prozessuale Revision oder eine Wiedererwägung (Art. 53 Abs. 1 und 2 ATSG) der ursprünglichen Verfügung (oder formlosen Leistungszusprechung) erfüllt sind (BGE 130 V 318 E. 5.2 in fine S. 320, 129 V 110 E. 1.1). Der Versicherungsträger kann die formlos verfügten Taggeldleistungen ohne Berufung auf einen Wiedererwägungs- oder Revisionsgrund «ex nunc et pro futuro» einstellen, etwa mit dem Argument, bei richtiger Betrachtung liege kein versichertes Ereignis vor (BGE 130 V 380 E. 2.3.1 S. 384), oder der Kausalzusammenhang zwischen Unfall und dem leistungsbegründenden Gesundheitsschaden sei dahingefallen. Eine solche Einstellung kann auch rückwirkend erfolgen; etwas anderes gilt in jenen Fällen, in denen der Versicherungsträger die zu Unrecht ausbezahlten Leistungen zurückfordert (vgl. BGE 133 V 57 E. 6.8 S. 65 und Urteil 8C\_987/2010 vom 24. August 2011 E. 3). Eine Rückforderung bereits erbrachter Taggeld- und Heilbehandlungsleistungen ist demnach an die Voraussetzung eines Rückkommenstitels (Wiedererwägung [wegen zweifelloser Unrichtigkeit der Leistungserbringung und erheblicher Bedeutung der Berichtigung] oder prozessuale Revision [wegen vorbestandener neuer Tatsachen oder Beweismittel]) geknüpft (Urteil des Bundesgerichts 8C\_155/2012 vom 9. Januar 2013 E. 6.1). 13.2 Gemäss Art. 25 Abs. 2 ATSG verjährt der Rückforderungsanspruch innert eines Jahres, nachdem die Versicherungseinrichtung davon Kenntnis erhalten hat, spätestens aber fünf Jahre nach der Auszahlung der Leistung. Es handelt sich um Verwirkungsfristen (BGE 140 V 521 E. 2.1 mit Hinweisen). Hinsichtlich des Beginns der einjährigen relativen Verwirkungsfrist ist nicht die tatsächliche, sondern die zumutbare Kenntnis des zur Rückforderung Anlass gebenden Sachverhalts massgebend. Fristauslösend ist nicht das erstmalige unrichtige Handeln des Durchführungsorgans und die daran anknüpfende unrechtmässige Leistungsausrichtung. Vielmehr ist auf jenen Tag abzustellen, an dem die Verwaltung später – beispielsweise anlässlich einer Rechnungskontrolle oder aufgrund eines zusätzlichen Indizes – bei Beachtung der gebotenen und ihr zumutbaren Aufmerksamkeit sich hinsichtlich ihres Fehlers hätte Rechenschaft geben und erkennen müssen, dass die Voraussetzungen für eine Rückforderung gegeben sind (BGE 139 V 570 E. 3.1 S. 572, 124 V 380 E. 1 S. 382 f., je mit Hinweisen; Urteil 9C\_328/2015 vom 23. September 2015 E. 2 mit Hinweisen). Im vorliegenden Fall hat die Beschwerdegegnerin die nach dem 11. Mai 2015 erbrachten Leistungen für Taggelder (CHF 14'083.50) und für Heilbehandlungen (CHF 932.80) bereits mit Verfügung vom 24. September 2015 zurückgefordert. Zwar war sie damals bereits im Besitz der Observationsmaterialien, welche ihr wohl im August oder September 2015 zugegangen sind (genaues Datum ist aus den Akten nicht ersichtlich). Dennoch war mit dem Vorliegen der Observationsmaterialien – wie vorgehend unter E. II. 7. hiervor ausgeführt – noch nicht erstellt, dass die Beschwerdeführerin spätestens ab Mai 2015 keinen Anspruch auf Taggelder und die Übernahme von Heilbehandlungskosten hatte. Dies war erst mit Vorliegen des beweiskräftigen Gutachtens von Dr. med. V.\_\_\_\_ vom 23. Januar 2023 erwiesen. Die einjährige Verwirkungsfrist hat demnach im Zeitpunkt des

Erlasses der Rückforderungsverfügung vom 24. September 2015 noch gar nicht zu laufen begonnen, womit die Rückforderung auf jeden Fall rechtzeitig geltend gemacht worden ist.

13.3 Stellt sich nach Erlass einer Verfügung oder einer formlosen Leistungszusprechung heraus, dass diese (durch unrichtige Ermittlung oder Würdigung der Tatsachen- und Rechtslage) mit einem rechtlichen Mangel behaftet ist, kann die Durchführungsstelle, die Leistung zugesprochen hat, diese in Wiedererwägung ziehen. Vorausgesetzt ist gemäss Art. 53 Abs. 2 ATSG, dass die formell rechtskräftige Verfügung bzw. Leistungszusprechung von Anfang an zweifellos unrichtig und ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist. Sind diese Voraussetzungen nicht erfüllt, darf eine Leistungszusprechung nicht in Wiedererwägung gezogen werden. Angesichts der Höhe der im Streite liegenden Rückforderungen von insgesamt CHF 14'083.50 für Taggelder und CHF 932.80 für Heilbehandlungen ist die Erheblichkeit ohne Weiteres zu bejahen. Zweifellos ist die Unrichtigkeit, wenn kein vernünftiger Zweifel daran möglich ist, dass die Verfügung bzw. Leistungszusprechung unrichtig war. Es ist nur ein einziger Schluss – derjenige auf die Unrichtigkeit – möglich (BGE 125 V 383 E. 6a S. 393; Urteil des EVG U 378/05 vom 10. Mai 2006, E. 5.2 und 5.3, publ. in: SVR 2006 UV Nr. 17 S. 62 f. und Urteil des EVG C 29/04 vom 24. Januar 2005, E. 3.1.1, publ. in: SVR 2005 Arbeitslosenversicherung Nr. 8 S. 27, ferner etwa Urteil des EVG I 912/05 vom 5. Dezember 2006, E. 3.2, je mit Hinweisen). Das Erfordernis der zweifellosen Unrichtigkeit ist in der Regel erfüllt, wenn die gesetzeswidrige Leistungszusprechung aufgrund falscher oder unzutreffender Rechtsregeln erfolgte oder wenn massgebliche Bestimmungen nicht oder unrichtig angewandt wurden (BGE 103 V 126 E. 2a S. 128; Urteil des EVG C 151/94 vom 30. Mai 1995, E. 3c, publ. in: ARV 1996/97 Nr. 28 S. 158). Anders verhält es sich, wenn der Wiedererwägungsgrund im Bereich materieller Anspruchsvoraussetzungen liegt, deren Beurteilung in Bezug auf gewisse Schritte und Elemente (z.B. Invaliditätsbemessung, Einschätzungen der Arbeitsunfähigkeit, Beweiswürdigungen, Zumutbarkeitsfragen) notwendigerweise Ermessenszüge aufweist. Erscheint die Beurteilung solcher Anspruchsvoraussetzungen (einschliesslich ihrer Teilaspekte wie etwa die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit) vor dem Hintergrund der Sach- und Rechtslage, wie sie sich im Zeitpunkt der rechtskräftigen Leistungszusprechung darbot, als vertretbar, scheidet die Annahme zweifelloser Unrichtigkeit aus (Urteile des Bundesgerichts I 907/06 vom 7. Mai 2007, E. 3.2.1 mit Hinweisen, 9C\_215/2007 vom 2. Juli 2007, E. 3.2 mit Hinweisen, und 9C\_845/2009 vom 10. Februar 2010, E. 3.2 mit Hinweisen). Zweifellose Unrichtigkeit der ursprünglichen Leistungszusprechung kann jedoch auch bei unrichtiger Feststellung im Sinne der Würdigung des Sachverhalts gegeben sein. Darunter fällt insbesondere eine unvollständige Sachverhaltsabklärung aufgrund einer klaren Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes (vgl. Art. 43 Abs. 1 ATSG und Art. 61 lit. c ATSG). Eine auf keiner nachvollziehbaren ärztlichen Einschätzung der massgeblichen Arbeitsfähigkeit beruhende Invaliditätsbemessung ist nicht rechtskonform und die entsprechende Leistungszusprechung zweifellos unrichtig im wiedererwägungsrechtlichen Sinne (Urteile des Bundesgerichts 9C\_1014/2008 vom 14. April 2009, E. 3.2.2, und 9C\_562/2008 vom 3. November 2008 E. 6.2.1 je mit Hinweisen).

13.4 Wie vorgehend sowie unter E. II. 7. hiervor festgehalten, stand im Zeitpunkt des Erlasses der Rückforderungsverfügung vom 24. September 2015 und damit auch im Zeitraum, für welchen die geleisteten Taggelder und Heilbehandlungskosten zurückgefordert werden (11. Mai 2015 bis 24. September 2015), noch nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit fest, dass die Beschwerdeführerin keinen Anspruch mehr auf weitere Versicherungsleistungen hatte. Dies war erst mit Vorliegen des

beweiskräftigen Gutachtens von Dr. med. V.\_\_\_\_ vom 23. Januar 2023 erstellt. Damit konnte die Ausrichtung der Taggeldleistungen und Heilbehandlungskosten im genannten Zeitraum vom 11. Mai 2015 bis 24. September 2015 aber auch noch nicht zweifellos unrichtig sein. So beschlägt die Wiedererwägung gemäss Art. 53 Abs. 2 ATSG den Tatbestand der anfänglichen rechtlichen Unrichtigkeit. Sie setzt voraus, dass der frühere, rechtsbeständige Entscheid zweifellos unrichtig war, was nach damaliger Aktenlage zu beurteilen ist. Eine Wiedererwägung aufgrund allfälliger späterer Erkenntnisse ist unzulässig (vgl. z.B. Urteil des Bundesgerichts vom 11. August 2011, 8C\_347/2011, E. 4.1 und 4.2). Somit ist die von der Beschwerdegegnerin verlangte Rückforderung von CHF 14'083.50 für Taggelder und CHF 932.80 für Heilbehandlungen infolge fehlender anfänglicher zweifelloser Unrichtigkeit dieser Leistungsausrichtung nicht zulässig 13.5 Ebenso zu verneinen ist das Vorliegen eines prozessualen Revisionsgrundes gemäss Art. 53 Abs. 1 ATSG. Eine prozessuale Revision ist dann vorzunehmen, wenn die versicherte Person oder der Versicherungsträger nach deren Erlass erhebliche neue Tatsachen entdeckt oder Beweismittel auffindet, deren Beibringung zuvor nicht möglich war. Nach Lehre und Rechtsprechung ist der Sozialversicherungsträger verpflichtet, auf eine formell rechtskräftige Verfügung zurückzukommen, wenn sich diese aufgrund neuentdeckter Tatsachen oder Beweismittel als unrichtig erweist (BGE 143 V 105 E. 2.1 S. 106 f., 108 V 167 E. 2b S. 168). Betrifft der Revisionsgrund wie im vorliegenden Fall eine materielle Anspruchsvoraussetzung, deren Beurteilung massgeblich auf Schätzung oder Beweiswürdigung beruht, auf Elementen also, die notwendigerweise Ermessenszüge aufweisen, so ist eine vorgebrachte neue Tatsache als solche in der Regel nicht erheblich. Ein (prozessrechtlicher) Revisionsgrund fällt jedoch dann in Betracht, wenn bereits im ursprünglichen Verfahren der untersuchende Arzt und die entscheidende Behörde das Ermessen wegen eines neu erhobenen Befundes zwingend anders hätten ausüben und infolgedessen zu einem anderen Ergebnis hätten gelangen müssen (Urteil 8C\_18/2013 vom 23. April 2013 E. 3.1). Im vorliegenden Verfahren war der medizinische Sachverhalt, wie vorgehend festgehalten – auch rückwirkend betrachtet – erst mit dem Gutachten von Dr. med. V.\_\_\_\_ vom 23. Januar 2023 rechtsgenügend abgeklärt. Ebenso kann nicht gesagt werden, die im Jahr 2015 involvierten Ärzte und Behörden hätten das Ermessen wegen eines neu erhobenen Befundes zwingend anders ausüben müssen. Somit liegt auch kein prozessualer Revisionsgrund vor. 14. Zusammenfassend ist die Beschwerde somit insoweit teilweise gutzuheissen, als der Einspracheentscheid vom 20. September 2018 bezüglich der Rückforderung der Taggelder von CHF 14'083.50 sowie der Heilbehandlungskosten von CHF 932.80 aufgehoben wird. Im Übrigen ist die Beschwerde abzuweisen, soweit darauf einzutreten ist.

## **E. 15**

15.1 Bei diesem Verfahrensausgang ■ teilweises Obsiegen ■ steht der Beschwerdeführerin eine ordentliche Parteientschädigung zu, die von der Beschwerdegegnerin zu bezahlen ist.

Nach der Rechtsprechung ist bei bloss teilweisem Obsiegen nur dann eine ungekürzte Parteientschädigung zuzusprechen, wenn die versicherte Person im Grundsatz obsiegt und lediglich im Masslichen (teilweise) unterliegt. In Streitigkeiten um die Höhe einer Invalidenrente trifft dies zu, wenn nicht die beantragte ganze oder höhere Rente, sondern eine geringere Teilrente zugesprochen wird (SVR 2011 IV Nr. 38 S. 112, 9C\_580/2010 E. 4.1). Dahinter steht die Überlegung, dass eine «Überklagung» eine Reduktion der

Parteientschädigung nicht rechtfertigt, soweit das Rechtsbegehren keinen Einfluss auf den Prozessaufwand ausübt (BGE 117 V 401 E. 2c S. 407; Georg Wilhelm, in: Christian Zünd / Brigitte Pfiffner Rauber [Hrsg.], Kommentar zum Gesetz über das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich, 2. Aufl. 2009, § 34 GSVG N 8). Wird anstelle der beantragten Dauerrente lediglich eine auf einen vergleichsweise kurzen Zeitraum befristete Rente zugesprochen, ist eine anteilmässige Kürzung regelmässig angebracht, weil sich das Rechtsbegehren im Normalfall auf den Prozessaufwand auswirkt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_478/2015 vom 12. Februar 2016 E. 5 [nicht publ. in BGE 142 V 106]). Weiter ist die Parteientschädigung auch insoweit zu reduzieren, als zusätzlich weitere Leistungen der Invalidenversicherung wie berufliche Massnahmen beantragt worden sind, welchen nicht entsprochen werden kann (Urteil des Bundesgerichts 8C\_568/2010 vom 3. Dezember 2010 E. 4.1).

Im vorliegenden Fall wird die Beschwerde einzig bezüglich der Rückforderung der Taggelder und Heilbehandlungskosten gutgeheissen. Dagegen wird die Beschwerde bezüglich der beantragten Rentenleistungen abgewiesen. Dieses Rechtsbegehren hat den Prozessaufwand erheblich erhöht. Die Rechtsschriften und die Vorbringen an der öffentlichen Verhandlung konzentrierten sich zum weitaus grössten Teil auf Argumente, welche das Begehren auf Ausrichtung von Rentenleistungen betreffen. Im Lichte der dargelegten Grundsätze erscheint es deshalb gerechtfertigt, im Rahmen der Parteientschädigung nur 1/2 des gesamten Aufwandes zu vergüten.

In Anbetracht von Aufwand und Schwierigkeit des Prozesses ist die Parteientschädigung demnach auf CHF 8'210.80 (46.67 Stunden zu CHF 260.00 und 10.02 Stunden zu CHF 280.00 [§ 160 Abs. 2 GT], zuzügl. Auslagen von CHF 305.00 und MwSt [CHF 10'187.60; CHF 717.40 à 8.1 %]; hiervon 1/2) festzusetzen.

Im Vergleich zu den eingereichten Kostennoten sind vorweg verschiedene der geltend gemachten Positionen zu streichen: Mehrere Positionen stellen Kanzleiaufwand dar (Orientierungskopien an die Klientin, Fristerstreckungsgesuch, Einreichung Kostennote), der bereits im Stundenansatz enthalten ist und nicht gesondert entschädigt wird. Zudem ergeben sich bei den Kostennoten vom 30. Januar 2019 und 28. Februar 2020 Überschneidungen, welche zu streichen sind. Sodann wird der nachprozessuale Aufwand zweimal geltend gemacht, was entsprechend angepasst wird. Des Weiteren ist die Position vom 23. Oktober 2020 «Eingabe an das Versicherungsgericht» nicht in den Akten enthalten, weshalb diese gestrichen wird. Zudem ist der geltend gemachte Stundenansatz von CHF 280.00 für alle Positionen bis Ende 2022 auf CHF 260.00 zu kürzen ist. So wurde gemäss der bis Ende 2022 geltenden Praxis nur in rechtlich oder sachverhältnismässig aussergewöhnlichen Fällen ein Ansatz von mehr als CHF 260.00 gewährt. Ein solcher Fall liegt hier nicht vor, denn es geht weder um besonders komplizierte Rechtsfragen noch sind die Akten überdurchschnittlich umfangreich oder die Beweiswürdigung ungewöhnlich schwierig. Ab 1. Januar 2023 gilt als Obergrenze CHF 280.00, weshalb für die ab diesem Datum geltend gemachten Positionen der Stundenansatz von CHF 280.00 zu gewähren ist. Des Weiteren sind die Kopien pro Stück nur mit 50 Rappen zu vergüten (§ 158 Abs. 3 Gebührentarif) und nicht mit CHF 1.00, wie in der Kostennote geltend gemacht wird. Zudem beträgt der Ansatz für die Vergütung von Fahrtspesen CHF 0.70 pro Kilometer (§ 157 Abs. 3 GT i.V.m. 161 lit. a GAV) und nicht CHF 1.00, wie beantragt.

15.2 Grundsätzlich ist das Verfahren kostenlos. Von diesem Grundsatz abzuweichen, besteht im vorliegenden Fall kein Anlass.

