

SO_GERICHTE VSBES.2019.140 vom 11. April 2019

SO Obergericht, 2019-04-11, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2019.140

FR: SO_GERICHTE VSBES.2019.140 du 11 avril 2019

IT: SO_GERICHTE VSBES.2019.140 del 11 aprile 2019

Erwägungen

E. 1

1.1 Die Sachurteilsvoraussetzungen (zulässiges Anfechtungsobjekt, Einhaltung von Frist und Form, örtliche, sachliche und funktionelle Zuständigkeit des angerufenen Gerichts, Legitimation) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten. 1.2 Bei der Beurteilung des Falles ist grundsätzlich auf den Sachverhalt abzustellen, der bis zum Erlass des angefochtenen Einspracheentscheides am 11. April 2019 eingetreten ist (Ueli Kieser in: ATSG-Kommentar, 4. Aufl., Zürich 2020, Art. 61 N 109).

E. 1.3

Die revidierte Version des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [UVG, SR 832.20] ist am 1. Januar 2017 in Kraft getreten. Gemäss der Übergangsbestimmung zur Änderung vom 25. September 2015 werden Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem Inkrafttreten dieser Änderung ereignet haben und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt. Im vorliegenden Beschwerdeverfahren sind die Folgen des Ereignisses vom

E. 6

6.1 Der Fall ist unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen und Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung abzuschliessen, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind (vgl. Art. 19 Abs. 1 UVG; BGE 137 V 199 E. 2.1 S. 201). Ob eine namhafte Verbesserung erwartet werden kann, bestimmt sich namentlich danach, ob eine weiterer Behandlung noch eine erhebliche Steigerung der Arbeitsfähigkeit verspricht (vgl. BGE 134 V 109 E. 4.3 S. 115).

E. 6.2

Gestützt auf das D.____-Gutachten ist davon auszugehen, dass seit Juni 2016 nach zuvor erfolgter OSME und zweiter Neurolyse mit Nervenwrapping eine volle Arbeitsfähigkeit in der angestammten wie auch einer angepassten Tätigkeit besteht (vgl. SA-Nr. 122). In dieser Konstellation mit einer zumutbaren angestammten Tätigkeit bei voller Arbeitsfähigkeit war der Zeitpunkt für den Fallabschluss erreicht (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_142/2017 vom 7. September 2017 E. 5.2.1). Der Fallabschluss mit Einstellung der Taggeldleistung und der Heilbehandlung ist damit zu Recht erfolgt. Dies bestätigen auch die behandelnden Ärzte. Die Beschwerdeführerin bestreitet sodann auch nicht, dass in medizinischer Hinsicht von weiteren Massnahmen keine Verbesserung mehr zu erwarten ist. Dennoch sei die Annahme eines medizinischen Endzustands nach Art. 19 UVG unzutreffend, da die Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung erneut aufgenommen worden seien (Beschwerde Ziff. 12 S. 26 f.). Rechtsprechungsgemäss kann sich der in Art. 19 Abs. 1 Satz

1 UVG vorbehaltene Abschluss allfälliger Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung, soweit es um berufliche Massnahmen geht, nur auf Vorkehren beziehen, die geeignet sind, den der Invalidenrente der Unfallversicherung zugrunde zu legenden Invaliditätsgrad zu beeinflussen (Urteil des Bundesgerichts 8C_651/2016 vom 15. Dezember 2016 E. 4.3 mit Hinweisen). Dies trifft vorliegend nicht zu, da der Beschwerdeführerin – wie bereits dargelegt – die angestammte Tätigkeit bei voller Arbeitsfähigkeit wieder zuzumuten ist.

E. 7

7.1 Die Beschwerdegegnerin ermittelte in ihrem Einspracheentscheid vom 11. April 2019 bei einer – von der gutachterlichen Beurteilung abweichenden Annahme einer Arbeitsfähigkeit von 100 % in einer leidensangepassten Tätigkeit – einen rentenausschliessenden Invaliditätsgrad. Für die Bemessung des Valideneinkommens wurde dabei auf den von der Beschwerdeführerin zuletzt erzielten Verdienst bei der B.____ abgestellt und an die Nominallohnentwicklung angepasst. Das Valideneinkommen beträgt demnach CHF 55'848.00, was unbestritten geblieben ist. Weil die Beschwerdeführerin die ihr zumutbare Restarbeitsfähigkeit von 100 % mit ihrer Anstellung als Rezeptionistin bei der Firma R.____ in einem Pensum von 50 bis 60 % (Beschwerdebeilage 3) nicht vollständig ausschöpft, wurde für die Berechnung des Invalideneinkommens auf einen Tabellenlohn der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) abgestellt. Der konkret angewendete Tabellenlohn (LSE 2016 TA1_tirage_skill_level, Total, Kompetenzniveau 1, Frauen) erweist sich angesichts des zumutbaren Tätigkeitsprofils als korrekt. Das Invalideneinkommen beträgt demgemäss nach Aufrechnung der Wochenstunden und Anpassung an die Teuerung CHF 55'019.00 für ein Vollpensum.

7.2 Bestritten wird einzig, dass die Beschwerdegegnerin bezüglich des Invalideneinkommens, das auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt wurde, keinen leidensbedingten Abzug vorgenommen hat (vgl. Replik Ziff. 27 S. 12 f.; A.S. 82 f.).

7.2.1 Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen (sog. leidensbedingter Abzug). Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann. Der Abzug ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen. Er darf 25 % nicht übersteigen und soll nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale ihre gesundheitlich bedingte (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwerten kann. Unter dem Titel Beschäftigungsgrad im Besonderen wird bei Frauen, welche gesundheitlich bedingt lediglich noch teilzeitlich erwerbstätig sein können, kein Abzug anerkannt. Ob ein Abzug vom Tabellenlohn vorzunehmen ist, ist – anders als die Bemessung der Höhe eines gewährten Abzugs – eine Rechtsfrage, die das Gericht frei prüft (BGE 137 V 71 E. 5.1 S. 72).

7.2.2 Für einen Abzug aufgrund der Merkmale wie Alter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie besteht kein Raum, weil sich diese im konkreten Fall nicht lohnmindernd auswirken (vgl. hierzu Urteil des Bundesgerichts 9C_380/2015 vom 17. November 2015 E. 3.2.4 mit Hinweis, zur Frage der

grundsätzlichen Nachfrage nach Hilfsarbeiten gemäss dem hier relevanten Kompetenzniveau auf dem massgebenden hypothetischen ausgeglichenen Arbeitsmarkt). Zudem ist das Zumutbarkeitsprofil der Beschwerdeführerin nicht derart eingeschränkt, als dass sich hier ein zusätzlicher leidensbedingter Abzug rechtfertigen würde. Sodann kann die Beschwerdeführerin gemäss dem D.____-Gutachten ihre Restarbeitsfähigkeit in einem Vollzeitpensum ausüben. Insgesamt ist somit – in Übereinstimmung mit der Beschwerdegegnerin – kein Tabellenlohnabzug gerechtfertigt. 7.3 Die Gegenüberstellung des Valideneinkommens von CHF 55'848.00 und des Invalideneinkommens von CHF 55'019.00 ergibt somit einen Invaliditätsgrad von 1.5 %, womit die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Invalidenrente hätte. 8. Streitig und zu prüfen ist schliesslich noch die Frage, ob die Beschwerdegegnerin den Anspruch auf eine Integritätsentschädigung zu Recht verneint hat. 8.1 Gemäss Art. 24 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung, wenn sie durch das Unfallereignis oder einer Berufskrankheit (vgl. Art. 9 Abs. 3 i.V.m. Art. 24 Abs. 1 UVG) eine dauernde und erhebliche Schädigung ihrer körperlichen oder geistigen Integrität erleidet. Nach Art. 36 Abs. 1 UVV gilt ein Integritätsschaden dann als dauernd, wenn er voraussichtlich während des ganzen Lebens mindestens im gleichen Umfang besteht. Er ist erheblich, wenn die körperliche oder geistige Integrität, unabhängig von der Erwerbsfähigkeit, augenfällig oder stark beeinträchtigt wird. Gemäss Art. 36 Abs. 2 UVV gelten für die Bemessung der Integritätsentschädigung die Richtlinien des Anhangs 3. Der Bundesrat hat in diesem Anhang Bemessungsregeln aufgestellt und in einer nicht abschliessenden (Gilg/Zollinger, Die Integritätsentschädigung nach dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung, S. 47) Skala wichtige und typische Schäden prozentual gewichtet. Für spezielle oder nicht aufgeführte Integritätsschäden wird die Entschädigung nach dem Grad der Schwere vom Skalenwert abgeleitet (Ziff. 1 Abs. 2 der Richtlinien im Anhang 3, ferner Art. 25 Abs. 1 UVG). Die Liste der Integritätsschäden sieht von allen individuellen Besonderheiten der Auswirkung ab und gibt eine abstrakte Schätzung für einen Durchschnittsmenschen. Es wird somit nur jene «Schwere» berücksichtigt, die einem Integritätsschaden solcher Art bei einem Durchschnittsmenschen beigemessen werden kann (Gilg/Zollinger, a.a.O., S. 36 ff und 45 ff). Die Schätzung der Beeinträchtigung der Integrität obliegt in erster Linie den Ärzten (Gilg/Zollinger, a.a.O., S. 100 f), welche auf Grund ihrer Kenntnisse und Erfahrungen fähig sind, einerseits die konkreten Befunde der Unfallfolgen festzuhalten und andererseits die sachgemässe Einstufung im Rahmen der erwähnten Liste vorzunehmen (vgl. dazu die Mitteilungen der Medizinischen Abteilung der Suva, Heft 57, November 1984, S. 18 bis 31). Die Medizinische Abteilung der Suva hat in Weiterentwicklung der bundesrätlichen Skala weitere Bemessungsgrundlagen in tabellarischer Form (sog. Feinraster) erarbeitet (Mitteilungen der Medizinischen Abteilung der Suva Nr. 57 bis 59, Tabellen 1 – 22). Diese von der Verwaltung herausgegebenen Tabellen stellen zwar keine Rechtssätze dar und sind für die Parteien nicht verbindlich, umso mehr als Ziffer 1 vom Anhang 3 zur UVV bestimmt, dass der in der Skala angegebene Prozentsatz des Integritätsschadens für den Regelfall gilt, welcher im Einzelfall Abweichungen nach unten wie nach oben ermöglicht. Soweit sie jedoch lediglich Richtwerte enthalten, mit denen die Gleichbehandlung aller Versicherten gewährleistet werden soll, sind sie mit dem Anhang 3 zur UVV vereinbar (BGE 124 V 32 E. 1c mit Hinweis). Ist eine Integritätsentschädigung weder in der Skala in Anhang 3 UVV noch in den Tabellen der Suva enthalten, ist gemäss Ziff. 1 Abs. 2 Anhang 3 UVV eine Schätzung im Vergleich mit anderen Schäden

vorzunehmen. 8.2 Der neurologische Gutachter Dr. med. N. ___ führte im neurologischen Teilgutachten aus, aus neurologischer Sicht bestehe kein Anspruch auf eine Integritätsentschädigung. Es würden nur sensible, aber keine motorischen Defizite (mehr) vorliegen. Die Ausprägung der Schmerzsymptomatik sei zudem allenfalls als gering zu werten (Gutachten S. 66). Dagegen bringt die Beschwerdeführerin vor, die Einschätzung des neurologischen Gutachters sei in keiner Weise einleuchtend. Gemäss Tabelle 1 der Tabellen der Suva sei bei einer Radialislähmung am dominanten Arm von einem 30%igen Integritätsschaden auszugehen. Nach Massgabe des zuletzt erwähnten Berichtes von Dr. med. E. ___ vom 20. April 2018 sei dies vorliegend klar zu bejahen (Beschwerde Ziff. 9 S. 24). Dem ist jedoch entgegenzuhalten, dass gemäss dem beweiswertigen D. ___-Gutachten vor allem gefordert wird, dass die Beschwerdeführerin lediglich hochfrequente, repetitiv starke Armbeugung und Armstreckung mit entsprechenden muskulären Zug- und Schiebeveränderungen im Weichteilgewebe am Oberarm und durchgängig mittelschwere und schwere Tätigkeiten zu vermeiden hat. Diese Einschränkung ist bedeutend weniger erheblich als die genannte Radialislähmung. Soweit die Beschwerdeführerin vorbringt, Dr. med. E. ___ habe in seinen Berichten vom 20. April 2018 und 30. Mai 2018 eine Radialis-Parese diagnostiziert, was nichts anderes als eine Radialislähmung sei (vgl. Replik Ziff. 28 S. 13), ist sie darauf hinzuweisen, dass Dr. med. E. ___ bereits in seinem Bericht vom 18. September 2015 (vgl. E. II. 4.5 hiervor; SA-Nr. 45) erwähnt hatte, dass sich die postoperative Radialis-Parese zwischenzeitlich komplett erholt habe. Auch in seinen Berichten vom 20. April 2018 und 30. Mai 2018 geht er von einer «im Verlauf motorisch weitgehenden Erholung einer Radialisparese rechts» aus (vgl. SA-Nr. 126, 134). Somit erscheint es nachvollziehbar, wenn der neurologische Gutachter ausführt, es bestehe kein Anspruch auf eine Integritätsentschädigung. Im Übrigen vermag die Beschwerdeführerin nichts – zumindest nichts Substanzielles – vorzubringen, das hieran etwas zu ändern vermöchte. Es ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin den Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Integritätsentschädigung verneint hat. Auch in diesem Punkt ist die Beschwerde abzuweisen. 9. Nach dem Dargelegten stellt sich die Beschwerde als unbegründet heraus und wird abgewiesen.

E. 10

10.1 Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG). 10.2 Grundsätzlich ist das Verfahren kostenlos. Von diesem Grundsatz abzuweichen, besteht im vorliegenden Fall kein Anlass.

E. 30

Juni 2016 ■ ein mit Nerven Chirurgie wohl zweifellos erfahrener Oberarzt, das werde wohl auch Dr. med. E. ___ nicht bestreiten ■ keine Bewegungseinschränkungen mehr attestieren können und habe sogar sofortige vollumfängliche Arbeitsfähigkeit attestiert. Das Erfordernis für eine EMG-Untersuchung oder motorische NLG Untersuchung des Nervus radialis sei somit nicht für die aktuelle gutachterliche Fragestellung primär relevant gewesen, da sie funktional nicht bedeutsam sei. Im Übrigen sei auch darauf hingewiesen, dass in dem jetzt vorliegenden EMG von M. extensor indicis rechts auch keine pathologische Spontanaktivität bestehe, nur der gar nicht bezweifelte abgelaufene axonale Schaden des N. radialis (es habe ja auch klinisch eine Parese unzweifelhaft bestanden) belege, welcher auch im Gutachten doch gar nicht bezweifelt werde. Eine tendenziell schmerzhaftere EMG-Untersuchung sei entsprechend auch im Rahmen der Begutachtung entbehrlich gewesen, ähnlich auch die motorische NLG. Es sei nochmals ausdrücklich

betont, dass nicht infrage gestellt werde, dass eine Läsion des Nervus radialis am rechten Oberarm stattgefunden habe, und auch hieraus noch gewisse Residuen bestünden; das sei wiederholt im Gutachten auch zitiert worden. Es gehe vielmehr um die Funktionsausprägung, um den Schweregrad der Folgen, die Auswirkung der subjektiven Schmerzangaben und nicht nur darum, eine Diagnose zu stellen, sondern versicherungsmedizinisch deren Auswirkung zu bewerten. Dies erfordere aber eben genau auch die detaillierte Reflexion und Abgrenzung versicherungsfremder Aspekte und Faktoren, welche in den Berichten von Dr. med. E.____ unzureichend reflektiert würden. Es seien nur kurz pauschale allgemeine Feststellungen getroffen worden, dass Menschen mit chronischer Schmerzstörung im Verlauf zur Antriebsstörung und sehr häufig zu Depressionen neigten und solches entwickelten. Eine Konsistenzprüfung, ob die anamnestischen Aussagen der Beschwerdeführerin zum Schweregrad und so hochskaliert angegebenen Beeinträchtigung überhaupt zutreffen könnten, werde nicht valide vorgelegt, er übernehme naturgemäss in seiner therapeutischen Rolle die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin und sei deshalb auch von invalidisierend bezeichneter und selbst leichte Arbeiten nach seiner Ansicht verunmöglichender Symptomatik ausgegangen. Dr. med. E.____ verweise nur auf das Vorliegen der N. Radialisläsion (welche ja unbestritten sei), unterlasse aber die Überprüfung der Konsistenz und übernehme dazu den Schweregrad, wie er von der Beschwerdeführerin behauptet werde. Zwar verweise er auf die diversen therapeutischen Massnahmen, belege aber in keiner Weise, ob diese denn auch wirklich von der Beschwerdeführerin gerade pharmakotherapeutisch umgesetzt worden seien (keinerlei Medikamentenspiegelbestimmungen aktenkundig). Der Hinweis, dass Medikamente Nebenwirkungen machen könnten, so auch Lyrica, sei banal, dass jedoch so gar keine wirksame Therapie möglich sein solle bei neuropathischen Schmerzen, sei schlichtweg eine zu kurz greifende Verallgemeinerung. Im Gutachten sei auch sehr differenziert erklärt worden, dass sehr wohl Zweifel bestünden an der Inanspruchnahme der angebotenen pharmakotherapeutischen Massnahmen, dass vielmehr Widersprüche zu dem beobachtbaren, eben nicht relevante Schmerzen ausweisenden Ausdrucksverhalten auffielen und den anamnestischen Angaben der dauerhaften Schmerzen widersprächen. Gelegentlich noch fünf Tropfen Tramal als Behandlung, Ablehnen von schmerzmodulierenden antidepressiven Substanzen, alles helfe nicht, seien vielmehr Indikatoren, dass hier Zweifel an den Aussagen zu prüfen seien. Und eben ergäben sich dabei auch eine Vielzahl an Inkonsistenzen, welche hier die Zweifel weckten, sei dieses auch umfangreich im Gutachten diskutiert worden, was aber nicht Ausdruck einer negativen Einstellung des Gutachters der Beschwerdeführerin gegenüber als vielmehr der gewissenhaften Argumentation entspreche, welche nicht nur auf wenigen Anhaltspunkten beruhen dürfe. Gerade hier ergäben sich aber eben vielfache und deutliche Diskrepanzen. Zum Beispiel sei bei solch hochgradig angegebener invalidisierend übermässiger Berührungsüberempfindlichkeit im gesamten Nervus radialis Areal (■sie sei nicht in der Lage irgendwelche Berührungen am rechten Arm zu tolerieren" gemäss Anamnese vom 20. April 2018), ■ bei besonders auch betroffenem distalem Unterarm und radialem Handrückenbereich ■ sehr erstaunlich, dass die Beschwerdeführerin genau an ihrem rechten Handgelenk, dieser so invalidisierend überempfindlichen Zone, welche doch keine Berührung toleriere, zwei Handgelenkkettchen trage, welche den ganzen Tag üblicherweise scheuerten und Bewegungsreize abgäben. Auch wenn die Beschwerdeführerin angebe, sie habe dauernd Schmerzen, auch zum Zeitpunkt der Begutachtung Stärke mindestens 5/10 und teils höher, so erstaune doch sehr das völlig unauffällige Verhalten, das von

humorvollem, entspanntem, lockerem, vielfach auch mit herzhaftem Lachen geprägte Wesensbild der Beschwerdeführerin. Es könne in keiner Weise eine affektive Schmerzreaktion oder gar vegetative Reaktion erkannt werden. Auch wenn zwar eine N. radialis-Läsion in Höhe Oberarm eingetreten sei (was ja nicht bestritten werde), so erkläre die Beschwerdeführerin auf mehrfache Nachfrage, dass am Unterarm und Hand explizit eben keine spontanen oder gar dauerhaften neuropathischen Schmerzen im Projektionsgebiet des N. radialis bestünden (sie habe keinen Schmerz im Unterarm und Hand, sondern nur die Berührungsempfindlichkeit), so könne hier eine schwererwiegende Nervenschädigung doch eher wahrscheinlich nicht angenommen werden. Leichtergradige Irritationen seien natürlich denkbar, bei extremen, aber wohl nicht alltagsüblichen unphysiologischen Dehnungsmanövern möglich, das werde auch im Gutachten nicht abgestritten, nur die Ausprägung und funktionale Auswirkung sei aus der blossen Diagnosestellung eines Nervenschadens nicht zwingend alleine ableitbar, sondern es seien eben auch Konsistenzprüfungen insbesondere bei den subjektiven und nicht objektiv messbaren Schmerzphänomenen erforderlich. Trotz dieser so scheinbaren übermässig invalidisierenden Berührungsüberempfindlichkeit, welche von der Beschwerdeführerin ■ wie wohl Dr. med. E. ___ es gesehen habe ■ auch im Rahmen der Begutachtung gezeigt worden sei, sei diese bei Ablenkung schlicht aber nicht mehr nachvollziehbar vorhanden gewesen. Bei Ablenkung (mehrfach kontrolliert) hätten sowohl leichte wie auch stärkere Berührungen, wie auch Druck, aufgebracht werden können ohne jegliche Reaktion, eben auch in den zuvor als so berührungsempfindlich angegebenen Bereichen am Unterarm und Handgelenk/Handrücken. Das in der gezielten Untersuchung hingegen gezeigte sogleich sich Verkrampfen mit dem ganzen Körper und mit hyperexpressiver Mimik, sei auch in keiner Weise authentisch wirkend gewesen, sondern von aufgesetzt verzerrter Mimik geprägt, unecht erscheinend. Dass am Oberarm und an der Schulter aber übrigens gar keine neuropathischen Schmerzen angegeben worden seien, sondern rein nozizeptive Schmerzqualitäten, wenn man von gelegentlichem und nur leichtem Stechen lokal im Narbenbereich absehe, sei ebenfalls ausführlich im Gutachten erklärt worden. Eine relevante neuropathische, mit dem N. Radialis-Schaden zusammenhängende Schmerzgenese sei hieraus auch nicht ableitbar. Auch die Reflexion von Dr. med. E. ___ zu einer depressiven Symptomatik sei angesichts des Ausdrucksverhaltens der Beschwerdeführerin schlichtweg widerlegt worden, reflektiere er aber in seiner therapeutischempathischen Rolle in keiner Weise die persönlichen psychosozialen Aspekte und Einflussfaktoren wie wirtschaftliche (man denke an sekundären Krankheitsgewinn) und persönliche Zielsetzungen (Familiengründung), welche hier in gewisser Wechselwirkung im Verhalten und in den anamnestischen Angaben der Beschwerdeführerin zu berücksichtigen seien. Somit seien die Ausführungen von Dr. med. E. ___ in seiner Rolle als behandelnder Arzt mindestens teilweise zu unkritisch reflektiert, werde bei zwar im Kern nicht bestrittener Symptomatik deren Schweregrad und Ausprägung aber nicht kritisch genug hinterfragt, was entsprechend auch die andere versicherungsmedizinische Bewertung erkläre. Wie eingangs auch erklärt worden sei, befinde sich ein behandelnder Arzt eben auch in der schwierigen Rolle, in seiner helfenden, empathischen Haltung die anamnestischen Angaben nicht zu sehr zu hinterfragen und den subjektiven Beschwerdeangaben auch teils zu unkritisch zu glauben. Der stets vorhandenen intra- und interpersonellen Psychodynamik sei man sich dabei selten oder nur zum Teil bewusst. Dieses sei eben auch die Schwierigkeit bei der Benennung von Fachärzten, wer welche Untersuchungen vornehmen und beurteilen solle, da eben nicht nur fachmedizinische,

sondern auch versicherungsmedizinische Kompetenzen in neutraler Rolle wichtig seien. Die Empfehlungen diesbezüglich von Dr. med. E. ___ seien entsprechend auch klar zu relativieren. Er verweise diesbezüglich wieder auf die eingangs getroffenen Zusammenhänge. Es sei auch gerne erwähnt, dass der Referent sehr wohl in seiner langjährigen neurologischen praktischen Tätigkeit in der Betreuung von weit über 25■000 Patienten, über den Verlauf von über 20 Jahren, natürlich in einer sehr grossen Zahl mit Patienten mit Nervenverletzungen und mit Nervenoperationen, vielfach in enger Kooperation mit Handchirurgen und Neurochirurgen ■ natürlich auch N. radialis-Läsionen ■ und eben auch deren Langzeitverlauf, so auch deren Verhalten und Verläufe sowie Behandelbarkeit habe erfahren dürfen. Statt aber die sicherlich auf allen Seiten sehr guten Fachkompetenzen gegenseitig aufzuwiegen, sei vielmehr die Schwierigkeit zu betonen, dass bei den verschiedenen Akteuren ■ Therapeut versus Gutachter ■ eben die unterschiedlichen Rollen und Perspektiven die teils unterschiedliche Wahrnehmungen und Bewertungen begründeten, wie eingangs zu dieser Stellungnahme auch ausgeführt worden sei.

Zusammenfassend sei abschliessend also festzustellen, dass aus den zusätzlich vorgebrachten Argumenten von Dr. med. E. ___ bei kritischer Würdigung und nochmaliger sehr intensiver Bearbeitung der gesamten Akten und des Gutachtens keine Hinweise gefunden worden seien, welche eine Andersbewertung des Gutachtens erfordern würden. Die Diskrepanz in der Meinung erkläre sich aus den Einflüssen nicht leistungsrelevanter versicherungsfremder Aspekte.

5.

5.1 Die Beschwerdegegnerin stützt sich im angefochtenen Entscheid im Wesentlichen auf das polydisziplinäre D. ___-Gutachten vom 11. März 2018 (SA-Nr. 122) in den Fachrichtungen Orthopädie, Neurologie und Psychiatrie, weshalb vorweg dessen Beweiswert zu prüfen ist. Das polydisziplinäre Gutachten wird den allgemeinen rechtsprechungsgemässen Anforderungen gerecht. Es stammt von unabhängigen Fachärzten, welche die Beschwerdeführerin eingehend untersucht und die Anamnese erhoben sowie die Vorakten studiert haben. Weiter ist zu prüfen, ob das Gutachten auch den übrigen beweisrechtlichen Anforderungen genügt.

5.2

5.2.1 Inhaltlich kommt der orthopädische Gutachter Dr. med. O. ___, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, zum nachvollziehbaren Schluss, dass gesamtwertend die orthopädisch klinischen Untersuchungsbefunde und die im Rahmen der Begutachtung veranlassten Röntgenaufnahmen der rechten Schulter, des rechten Ellenbogens und des rechten Handgelenkes in jeweils zwei Ebenen keine Erklärung für eine nachvollziehbare nachhaltige Minderbelastbarkeit des rechten Armes aus orthopädischer Sicht böten. Bei der aktuellen orthopädischen Untersuchung seien die Schultergelenke seitengleich schmerzfrei beweglich. Die Impingement-Zeichen seien negativ und klinische Hinweise auf Vorliegen einer Rotatorenmanschettenläsion fänden sich an beiden Schultergelenken nicht. Auch die Ellenbogengelenke seien frei beweglich. Druckempfindlichkeit bekunde die Beschwerdeführerin am Epicondylus humeri radialis rechts. Weitere Druckdolenz bestünden nicht. Die Armachse messe im rechten Ellenbogen 0° und im linken Ellenbogen bestehe ein Valgus von 11°. Bei frei beweglichen Handgelenken und Fingergelenken finde

sich erbsgross streckseitig am rechten Handgelenk eine subkutan gelegene druckdolente Intumeszenz, welche am ehesten einem Handgelenksganglion entspreche. Schmerzen bekunde die Beschwerdeführerin bei der endgradigen Palmarflexion im rechten Handgelenk. Linksseitig bestehe bei der Beschwerdeführerin ein Cubitus valgus von 11° . Es sei davon auszugehen, dass auch am rechten Arm vor dem Unfall eine entsprechende valgische Armachse bestanden habe. Die jetzt mit 0° im rechten Ellenbogengelenk zu messende Armachse sei somit Unfallfolge, wobei hieraus bei freier Beweglichkeit des rechten Ellenbogengelenkes keine Funktionseinschränkung von versicherungsmedizinischer Relevanz abzuleiten sei. Die von der Beschwerdeführerin bekundete Druckempfindlichkeit am Epicondylus humeri radialis rechts entspreche einer Tennisarmsymptomatik, einer gering bis mässiggradigen Epicondylitis humeri radialis. Diese sei einer konservativen Therapie gut zugänglich und bedinge keine Gesundheitseinschränkung von versicherungsmedizinischer Relevanz. Gleiches gelte für die Intumeszenz streckseitig am rechten Handgelenk, welche am ehesten einem Ganglion entspreche. Auch dieses stelle gesamtwertend keine Funktionseinschränkung von versicherungsmedizinischer Relevanz dar. Dass die Epicondylitis humeri radialis rechts und das Ganglion am rechten Handgelenk indirekte Unfallfolgen seien, sei möglich, aber eher unwahrscheinlich. Dass die Beschwerdeführerin mit der rechten Hand keine Wasserflasche aus einem Regal nehmen könne, sei über die Epicondylitis humeri radialis erklärlich. Der berichtete Schmerz beim Abstützen im rechten Handgelenk sei dem Ganglion zuzuordnen. Gute Behandlungsmöglichkeiten bezüglich dieser Symptomatiken bestünden wie bereits genannt. Eine versicherungsmedizinische Relevanz ergebe sich hieraus nicht. Ihre linke Schulter sei überbelastet, habe die Beschwerdeführerin berichtet. Die linke Schulter habe sich im Rahmen der aktuellen Begutachtung gänzlich unauffällig gezeigt. Des Weiteren unauffällig seien die Befunde an der Wirbelsäule und den Beinen. Die Fussfehlstatik bedinge keine Gesundheitsstörung von versicherungsmedizinischer Relevanz. Beim Entkleiden für die orthopädische Untersuchung im Rahmen der Begutachtung habe die Beschwerdeführerin ihren Arm zwar geschont, teilweise setze sie ihn aber dann auch mit flüssiger Überkopfbewegung ein. Hier möge ein gewisses Verdeutlichungsverhalten erkennbar werden. Sonstige Widersprüche oder Verhaltensauffälligkeiten seien im Rahmen der orthopädischen Begutachtung nicht zu finden gewesen. Aus rein orthopädischer Sicht sei ein negatives Fähigkeitsprofil nicht zu definieren. Die Beschwerdeführerin sei in der angestammten Tätigkeit als Pflegeassistentin wie auch in einer Verweistätigkeit zu 100 % arbeitsfähig. Aus rein orthopädischer Sicht sei der Endzustand der Frakturheilung spätestens erstmalig mit den Röntgenbildern des rechten Humerus in zwei Ebenen vom 9. Februar 2016 dokumentiert gewesen. Zu diesem Zeitpunkt seien bei fortgeschrittener knöcherner Konsolidierung die Frakturspalten nicht mehr einsehbar gewesen. Mit diesem Datum sei aus rein orthopädischer Sicht die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin wieder hergestellt gewesen.

5.2.2 Die neurologische Beurteilung durch Dr. med. N.____, Facharzt für Neurologie, erweist sich schliesslich ebenfalls als stimmig, wenn angegeben wird, bei Betrachtung der aktuellen Befunde und Aktenlage sei zwar zweifelsohne eine Affektion des Nervus radialis aufgetreten, dies aber nicht im Zusammenhang mit dem Unfall selbst. Weit vorrangig seien diese offensichtlich erst im Verlauf deutlich nach der Operation vom 16. Mai 2014 anfangs durch eine denkbar geringe Druckwirkung entstanden. Sensible Störungen im Versorgungsgebiet des N. radialis an Unterarm und Handrücken seien erst am 19. Dezember 2014 dokumentiert worden. Angesichts dieser doch zum Unfall deutlichen

zeitlichen Latenz erscheine eher eine zunehmende leichte Druckschädigung durch das anatomisch eng benachbarte Osteosynthesematerial plausibel. Es sei entsprechend am 16. Februar 2015 zur Revision mit erster Neurolyse gekommen. Am 18. Februar 2015 sei es aber auch noch ■ frisch operiert ■ zu einem Sturz gekommen und bei unklarer Schwellung zur Revisions-Operation am 20. Februar 2015, wobei aber kein gröberes Hämatom vorgefunden worden sei. Gleichwohl sei nach dieser Revisions-Operation vom 20. Februar 2015 gemäss Austrittsbericht vom 27. Februar 2015 nun eine deutlichere sensomotorische Defizitsymptomatik eines proximalen N. radialis-Läsion beschrieben worden (mit Fallhand). Es bleibe somit unklar, welchen Einfluss der Sturz vom 18. Februar 2015 hier noch zusätzlich auf den Verlauf der Nervenschädigung genommen habe, ob hier ggf. im Rahmen der Revisions-Operation oder durch den Sturz mit Kompression auf den Nerv eine Druckschädigung zustande gekommen sei, DD weniger wahrscheinlich ggf.

Traktionsschädigung bei Exploration. Aber erst nach diesem Revisionseingriff habe die aktenkundige, anfangs nicht nur sensible, sondern auch motorische N. radialis Schädigung rechts bestanden. Während die motorischen Funktionen sich dann doch aber relativ zügig restituiert hätten, was auch darauf hindeute, dass die strukturelle Nervenschädigung des N. radialis eher leichter ausgeprägt gewesen sei, seien persistierend eine Schmerzsymptomatik und sensible Störungen beschrieben worden. Diesbezüglich seien aber die motorischen Funktionen aktenkundig wie auch gemäss aktueller Untersuchungsbefunde definitiv vollumfänglich remittiert, was also auf eine sehr gute Restitution der Nervenstrukturen hindeute. Neurosonologisch sei auch nur noch eine leichte residuale Inhomogenität erkennbar im Verlauf des Nervus radialis, so dass ein geringes Residuum, so die auch stets beschriebene sensible Störungssymptomatik plausibilisierbar sei. Dieses finde auch objektivierbar ein gewisses Korrelat in der sensiblen NLG des Nervus radialis, welches in der Vergangenheit in ähnlicher Weise wie auch aktuell im NLG nachweisbar sei in Form der Amplitudenminderung im Seitenvergleich. Es sei somit also zwar eine residuale sensible Affektion des Nervus radialis belegbar, aber die Ausprägung der angegebenen Störungssymptomatik, insbesondere der Schmerzsymptomatik, durchaus sehr kontrovers zu diskutieren und könne nicht in dieser Schweregradigkeit objektiviert werden, wie es immer wieder in den Berichten der Handchirurgie und neurologisch attestiert worden sei. In dieser Hinsicht sei nochmal darauf verwiesen, dass in der aktuellen klinischen Untersuchung sehr wohl erhebliche Inkonsistenzen aufgefallen seien, insbesondere eine erhebliche Aufmerksamkeitsabhängigkeit der Symptompräsentation. In der gezielten Untersuchung sei ein unecht und selektiv präsentiert wirkendes, sich allgemein Zusammenkrampfen schon auf leichte Berührung am rechten Unterarm/Hand mit ebenso unecht wirkendem Verziehen der Mimik ohne aber authentisch spürbare begleitende affektive Beteiligung beobachtbar gewesen, während andererseits eine völlig normale Berührung bei entsprechender Ablenkung möglich sei, ohne jegliches solches Verhalten, unabhängig davon, ob man mehr oder weniger fest an Oberarm, Unterarm oder Handrücken berühre oder drücke. Es hätten sich auch im Seitenvergleich keinerlei Beeinträchtigungen im klinischen Einsatz des rechten Armes gezeigt. Auch bestehe keinerlei Atrophie der Armmuskulatur, welche zu erwarten sei, wenn diese so aktenkundig zuletzt noch immer beschriebene «schwergradige, hochgradige und invalidisierende Allodynie und neuropathische Schmerzen» in dieser Form bestehen würden. Auch sei die Behandlungsaktivität anfangs eher von lokalen Massnahmen geprägt gewesen, spät erst ■ und erst mit Überzeugungsarbeit ■ habe die Beschwerdeführerin die Einnahme von Lyrica akzeptiert (effektive Einnahme sei aber nie mit Medikamentenspiegelkontrollen überprüft worden). Auffallend sei insbesondere, dass

die Beschwerdeführerin behauptete, Lyrica wirke gar nicht, was doch höchst ungewöhnlich erscheine, wenn man die doch eher geringe Ausprägung der neuropathischen Beschwerden betrachte. Eine so völlige Wirkungslosigkeit von Lyrica scheine hier doch wenig plausibel, eher der Umstand, dass es gar nicht eingenommen werde, was auch zuletzt mit Kinderwunsch begründet worden sei. Dem Referenten erscheine insgesamt die Präsentation der Beschwerdesymptomatik erheblich überzeichnet bei nur noch geringem somatischem Kern, es falle eine sehr bewusst wirkende Präsentation der beobachtbaren aufmerksamkeits- und zuwendungsabhängigen Beschwerdedarbietung auf, das bei ansonsten durchaus fröhlichem, humorvollem und heiterem Wesensbild (Gutachten S. 61 ff.).

Zusammenfassend könne für eine leidensadaptierte Tätigkeit durchaus eine Arbeitsfähigkeit von 100 % medizinisch zugemutet werden, überwiegend wahrscheinlich gelte dies auch für die angestammte Tätigkeit als Pflegeassistentin. Es dürfe mindestens eine leichte Arbeitstätigkeit zugemutet werden, gelegentlich auch kurz mittelschwer. Die Funktionen der Handflächen und Fingerkuppen, welche für Greiffunktionen benötigt würden, seien nicht eingeschränkt, feinmotorische Funktionen seien nicht reduziert. Lediglich hochfrequente, repetitive starke Armbeugung und Armstreckung mit entsprechenden muskulären Zug- und Schiebeeränderungen im Weichteilgewebe am Oberarm seien zu vermeiden. Lediglich durchgängig mittelschwere und schwere Tätigkeiten seien weiterhin nicht abzuverlangen. Diese seien aber auch nicht Gegenstand des angestammten Anforderungsprofils gewesen. Diese Bewertung gelte mindestens seit Juni 2016 nach der zuvor im Mai 2016 erfolgten OSME und zweiten Neurolyse mit Nerven-Wrapping. Überwiegend wahrscheinlich müssten aber auch schon zuvor deutlich bessere Arbeitsfähigkeitsbewertungen angenommen werden. Eine genaue Quantifizierung erscheine hier aber angesichts der Überlegungen von anzunehmenden Inkonsistenzen nicht hinreichend möglich. Bezüglich der Unfallkausalität sei zwar wahrscheinlich mittelbar infolge der Therapiemaßnahmen eine Unfallkausalität hinsichtlich der Nervus Radialis-Schädigung anzunehmen. Hinsichtlich der deutlichen vorübergehenden Verschlechterung ab Februar 2015 sei ein zusätzlicher Einfluss durch den Sturz vom 18. Februar 2015 überlagert zu diskutieren, wobei dessen prozentualer Anteil bei geringer Datenlage nicht hinreichend abgrenzbar sei (Gutachten S. 64 ff.).

5.2.3 Der psychiatrische Experte Dr. med. P.____, Facharzt für Psychiatrie, legt in seiner Einschätzung einleuchtend dar, bei der Beschwerdeführerin müsse aufgrund der Schilderung der Beschwerden nach dem Unfall von einer Anpassungsstörung ausgegangen werden. Auch in der späteren Phase seien die psychoreaktiven Anteile als dominierend anzusehen. Gegenwärtig sei allenfalls von einer leichten undifferenzierten Somatisierungsstörung F45 auszugehen, wobei bei der Entwicklung dieser neben den protrahierten somatischen Beschwerden die Persönlichkeitskonstellation mit narzisstischen und leichten histrionischen Zügen eine Rolle spielen dürfte. Hinweise auf eine Persönlichkeitsstörung ergäben sich dabei nicht. Der Ausprägungsgrad psychopathologischer Symptome sei wesentlich für die Beurteilung der versicherungsmedizinischen Auswirkungen. Eine, die berufliche Leistungsfähigkeit einschränkende, schwere oder mittelgradige, chronifizierte und einer Therapie nicht zugängliche Schmerzsymptomatik gehe regelmässig mit ausgeprägten psychopathologischen Symptomen einher. Wenn solche psychopathologischen Auffälligkeiten fehlten oder sehr gering ausgeprägt seien, spreche dies gegen eine relevante Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit durch eine somatoforme Störung. Bei der Beschwerdeführerin seien gegenwärtig keine relevanten, psychopathologisch zu

erfassenden psychischen Auswirkungen erkennbar. Bei der Beschwerdeführerin bestünden auch keine psychische Komorbidität, keine sonstigen aktuellen Konflikte, speziell keine relevanten Veränderungen oder Konfliktsituationen in der Kindheit und Jugend. Die psycho-sozio-soziokulturellen Besonderheiten ihrer weiblichen Identität, selbst von der Beschwerdeführerin thematisiert, orientierten sich an ihren kulturspezifischen Vorbildern und sich daraus ableitbaren Vorstellungen und Ängsten, speziell der Einstellung ihrem Körper gegenüber, welche Ängste vor unwiederbringlichen Veränderungen ihres Körpers im kosmetischen Sinne implizieren könnten. Diese hätten offensichtlich die Entstehung der somatoformen Störung begünstigt. Bei der Beschwerdeführerin erschienen gegenwärtig die eigenen Anstrengungen im Bereich der beruflichen Integration hinreichend, um ein gutes Ergebnis im versicherungsmedizinischen Sinne zu erzielen. Günstig wäre es, neben der Schmerztherapie, sofern erforderlich, auch die resilienzorientierte psychiatrisch/psychologisch geleitete Behandlung noch fortzuführen, um die bei der Beschwerdeführerin erreichten Fortschritte weiter zu festigen und auszubauen. Dies würde in Gegenwart und Zukunft weiterhelfen, psychischen Stress und Ängste noch weiter zu mindern und ein negatives Körperbild abzubauen, dabei den Körper besser zu entspannen und die Anpassung an evtl. länger bestehende Veränderungen zu bewältigen. Die Beschwerdeführerin verfüge aber bereits derzeit über ein hohes Ressourcenpotential. Im rein psychiatrischen Gutachten hätten sich bei der Beschwerdeführerin aktuell zwar keine negativen Antwortverzerrungen ergeben, keine widersprüchlichen Angaben, keine willentlich verfälschten Aussagen oder Leistungsinkonsistenzen. Die Angaben der Beschwerdeführerin stimmten somit weitgehend mit der aktuellen Interpretation überein. Jedoch müsse auf die auffälligen Verhaltensweisen insbesondere im neurologischen Gutachten verwiesen werden. Da aus versicherungspsychiatrischer Sicht aber keine arbeitsrelevanten psychischen Störungen ableitbar seien, müsse dieses Verhalten zumindest teilweise als überwiegend bewusstseinsnahe und damit als aggravatorisches Verhalten gewertet werden. Bei der Beschwerdeführerin sei im Rahmen der vorhandenen somatischen Störung gegenwärtig nicht von einer reduzierten psychischen Stabilität oder nachlassender Zuverlässigkeit auszugehen. Es bestehe bei ihr keine reduzierte Daueraufmerksamkeit, keine Veränderung der höheren kognitiven Funktionen. Sie sei in der Lage, Neues zu lernen, verfüge über ausgesprochen gute kognitive Ressourcen, sei immer eine gute Schülerin gewesen, es liege eine abgeschlossene qualifizierte berufliche Ausbildung vor. Die Beschwerdeführerin sei aus rein psychiatrischer Sicht gegenwärtig in vollem Umfang arbeitsfähig. Die Arbeitsfähigkeit liege bei 100 % (Gutachten S. 71 f.).

5.3 Gestützt auf diese Ausführungen vermag sodann auch die gutachterliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aus interdisziplinärer Sicht zu überzeugen: Die Beschwerdeführerin sei in der angestammten Tätigkeit als Pflegeassistentin wie auch in einer Verweistätigkeit zu 100 % arbeitsfähig. Diese Bewertung gelte spätestens seit Juni 2016 nach zuvor im Mai 2016 erfolgter OSME und zweiter Neurolyse mit Nervenwrapping. Überwiegend wahrscheinlich müssten auch schon zuvor deutlich bessere Arbeitsfähigkeitsbewertungen angenommen werden, wie auch schon die Beobachtung gemäss Case-Management vom März 2015 nahelege. Eine genaue Quantifizierung erscheine hier aber angesichts der Überlagerungen von anzunehmenden Inkonsistenzen nicht hinreichend möglich. Auch sei der gut denkbare Einfluss des Sturzereignisses vom 18. Februar 2015 auf den Verlauf, insbesondere die nachfolgende Radialisparese, nicht hinreichend quantifizierbar. Retrospektiv sei somit aus interdisziplinärer Sicht bis Juni 2016 entsprechend den von den behandelnden Ärzten attestierten Arbeitsunfähigkeiten

auszugehen. Der Beschwerdeführerin sei mindestens eine leichte Arbeitstätigkeit zuzumuten, gelegentlich auch kurz mittelschwere Tätigkeiten seien möglich. Die Funktionen an den Handflächen und Fingerkuppen, welche für Greiffunktionen benötigt würden, seien nicht eingeschränkt, feinmotorische Funktionen seien nicht reduziert. Lediglich hochfrequente repetitive starke Armbeugung und Armstreckung mit entsprechenden muskulären Zug- und Schiebeveränderungen im Weichteilgewebe am Oberarm seien zu vermeiden. Durchgängig mittelschwere und schwere Tätigkeiten seien weiterhin nicht abzuverlangen. Solche seien aber auch nicht Gegenstand des angestammten Anforderungsprofils gewesen. Bei der Beschwerdeführerin sei im Rahmen der vorhandenen somatischen Störung gegenwärtig nicht von einer reduzierten psychischen Stabilität oder nachlassender Zuverlässigkeit auszugehen. Es bestehe bei ihr keine reduzierte Daueraufmerksamkeit und keine Veränderung der höheren kognitiven Funktionen. Die Beschwerdeführerin sei in der Lage, Neues zu lernen, verfüge über ausgesprochen gute kognitive Ressourcen, sei immer eine gute Schülerin gewesen und es liege eine abgeschlossene qualifizierte berufliche Ausbildung vor (Gutachten S. 36).

5.4 Daran vermögen auch die von der Beschwerdeführerin gegen das Gutachten vorgebrachten Rügen nichts zu ändern, wie nachfolgend zu zeigen ist:

5.4.1 Die Beschwerdeführerin bringt vor, der orthopädische Gutachter habe ■ trotz beklagtem massivem Schmerz- und Beschwerdebild im rechten Arm ■ die Arme nicht untersucht (Beschwerde S. 5 f.). Diese Rüge verfährt nicht. Der orthopädische Gutachter führte eine eingehende klinische Untersuchung ■ auch der Arme ■ durch (vgl. Gutachten S. 23 ff.). Ferner lagen ihm Berichte der behandelnden Ärzte sowie die Ergebnisse der zahlreichen bildgebenden Untersuchungen vor, welche er ebenfalls berücksichtigt und gewürdigt hat (Gutachten S. 25 ff.). Schliesslich veranlasste der orthopädische Gutachter im Rahmen der Begutachtung ebenfalls eine Röntgenuntersuchung des Schultergelenks rechts, des Ellenbogengelenks rechts und des Handgelenks rechts (vgl. Gutachten S. 25).

Was sodann die Rüge anbelangt, der orthopädische Gutachter habe lediglich Röntgenbilder angefertigt, es seien jedoch weitergehende Abklärungen etwa mittels MRI notwendig gewesen (Beschwerde S. 7), so ist hierzu festzuhalten, dass es im Ermessen des Gutachters liegt, welche Untersuchungen er durchführt. Nach der Rechtsprechung kommt den Gutachtern bei der Wahl der Untersuchungsmethoden ein weiter Ermessensspielraum zu (Urteil des Bundesgerichts 9C_753/2015 vom 20. April 2016 E. 3.3 mit Hinweisen). Inwiefern es notwendig gewesen wäre, weitergehende Abklärungen vorzunehmen, ist nicht ersichtlich. Ausserdem kann ■ wie bereits erwähnt ■ festgestellt werden, dass der Gutachter eine eingehende klinische Untersuchung vorgenommen, die Befundlage umfassend dargestellt und die vorgelegten radiologischen Bilder/Befunde ebenfalls berücksichtigt hat (vgl. Gutachten S. 25). Offenkundig sah der orthopädische Gutachter keine Notwendigkeit weiterer Bildgebungen. Allein der Umstand einer nicht durchgeführten MRI-Untersuchung vermag im vorliegenden Fall den Beweiswert des Gutachtens nicht zu erschüttern (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_78/2017 vom 26. Januar 2018 E. 5.1).

Weiter lässt die Beschwerdeführerin vorbringen, der orthopädische Gutachter habe in seinem Kommentar zu den bisherigen Arztberichten festgehalten, aus orthopädischer Sicht sei die Fraktur verheilt, die auf neurologischem Fachgebiet eingetretenen Komplikationen würden indessen darüber hinaus eine länger anhaltende Arbeitsunfähigkeit bedingen. Hier ergäben sich Widersprüche zum neurologischen Gutachten, welches den Berichten des

F.____ die Beweiskraft abspreche (Beschwerde S. 8). Dem kann nicht gefolgt werden. Der orthopädische Gutachter legte vielmehr dar, aus rein orthopädischer Sicht sei der Endzustand der Frakturheilung spätestens erstmalig mit den Röntgenbildern des rechten Humerus in zwei Ebenen vom 9. Februar 2016 dokumentiert. Mit diesem Datum sei aus rein orthopädischer Sicht die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin wieder hergestellt gewesen (Gutachten S. 30 f.). Was die neurologische Beurteilung anbelangt, so verweist der orthopädische Gutachter diesbezüglich explizit auf das neurologische Teilgutachten. Dies leuchtet ein, denn eine neurologische Beurteilung des Gesundheitszustandes wie auch die daraus resultierende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit liegt ausserhalb des Kompetenzbereichs eines Orthopäden.

Sodann bringt die Beschwerdeführerin vor, es sei zu erwarten gewesen, dass vorliegend ein Spezialist für Hand- und Armchirurgie die Begutachtung durchgeführt hätte (Beschwerde S. 8 f.). Die Beschwerdeführerin vermag jedoch nicht überzeugend darzulegen, weshalb der Gutachter als Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates nicht über die erforderliche Fachkompetenz verfügen soll, um die bildgebenden Befunde richtig zu deuten und die Frage einer Unfallkausalität und einer allfälligen daraus resultierenden Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit zu beantworten.

5.4.2 Die Beschwerdeführerin bringt weiter vor, dass Zweifel an der Objektivität und Unabhängigkeit der Gutachter (insbesondere des neurologischen und psychiatrischen Gutachters) bestünden (Gutachten Ziff. 5 S. 9 ff, Ziff. 7 S. 19). So hätten diese Experten sinngemäss festgehalten, es sei eine Rentenbegehrlichkeit spürbar. Die Beschwerdeführerin wolle nicht mehr arbeiten, sondern lediglich noch Geldleistungen erhalten, um die Zielsetzung und den Lebensentwurf einer Familie zu finanzieren. Diese Äusserung lasse auf eine gewisse Voreingenommenheit schliessen, weshalb das Gutachten keine beweistaugliche Grundlage bilde. Sodann seien der neurologische und der psychiatrische Gutachter gleichzeitig Geschäftsführer und Gesellschafter der gewinnstrebig organisierten D.____. Nach der Rechtsprechung gelten für Sachverständige grundsätzlich die gleichen Ausstands- und Ablehnungsgründe, wie sie für Richter vorgesehen sind. Danach ist Befangenheit anzunehmen, wenn Umstände vorliegen, die geeignet sind, Misstrauen in die Unparteilichkeit zu erwecken. Bei der Befangenheit handelt es sich allerdings um einen inneren Zustand, der nur schwer bewiesen werden kann. Es braucht daher für die Ablehnung nicht nachgewiesen zu werden, dass die sachverständige Person tatsächlich befangen ist, es genügt vielmehr, wenn Umstände vorliegen, die den Anschein der Befangenheit und die Gefahr der Voreingenommenheit zu begründen vermögen. Bei der Beurteilung des Anscheins der Befangenheit und der Gewichtung solcher Umstände kann jedoch nicht auf das subjektive Empfinden einer Partei abgestellt werden. Das Misstrauen muss vielmehr in objektiver Weise als begründet erscheinen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztgutachten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters ein strenger Massstab anzusetzen (Urteil des Bundesgerichts 9C_469/2016 vom 22. Dezember 2016 E. 5.1 mit Hinweis auf BGE 132 V 93 E. 7.1 S. 109 f.). Im vorliegenden Fall sind keine Umstände ersichtlich, die geeignet sind, Misstrauen in die Unparteilichkeit und Unvoreingenommenheit von Dr. med. N.____ und Dr. med. P.____ zu erwecken. Die von der Beschwerdeführerin erwähnten Aussagen in der neurologischen Expertise vermögen keinen Verdacht auf eine Befangenheit oder Voreingenommenheit des Gutachters zu begründen. Dass der neurologische Gutachter sich zur Plausibilität der geklagten Beschwerden sowie zu

allfälligen krankheitsfremden Gründen für diese geäußert hat, lässt keine solchen Schlüsse zu. Als medizinischer Experte war er nicht gehalten, die Angaben der Beschwerdeführerin vorbehaltlos als richtig zu akzeptieren. Vielmehr war es seine gutachterliche Pflicht, im Rahmen seiner Fachkenntnisse Diskrepanzen zu den eigenen Wahrnehmungen darzulegen und zu würdigen. Es ist daher nicht zu beanstanden, dass der neurologische Gutachter Anhaltspunkte für eine gewisse Antwortverzerrung und Rentenbegehrlichkeit seitens der Beschwerdeführerin erkannte (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_699/2019 vom 17. Februar 2020 E. 3.2). Der Einwand, dass der neurologische wie auch psychiatrische Gutachter als Gesellschafter fungierten und damit am finanziellen Wohlergehen der gewinnstrebig organisierten D.____ und an einem regelmässigen Auftragseingang ein direktes Interesse hätten, vermag nichts zu ändern. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung lässt eine ausgedehnte Gutachtertätigkeit eines Arztes oder einer Ärztegemeinschaft für die Sozialversicherungsträger nicht per se auf deren Befangenheit oder Voreingenommenheit schliessen (Urteil des Bundesgerichts 8C_244/2010, 8C_252/2010 vom 18. Februar 2011 E. 5.2.3 mit Hinweisen). Denn ein Ausstandsgrund ist nicht schon deswegen gegeben, weil jemand Aufgaben für die Verwaltung erfüllt, sondern erst bei persönlicher Befangenheit (BGE 137 V 210 E. 1.3.3 S. 226 f. mit Hinweisen).

5.4.3 Ferner bringt die Beschwerdeführerin vor, auch das psychiatrische Gutachten sei als beweisuntauglich zu qualifizieren, da der Gutachter unzureichend auf die zu erhebenden Befunde für die diskutierten Diagnosen, namentlich einer Depression, eingehe (Beschwerde S. 19). Auch diese Rüge ist unbegründet. Der psychiatrische Gutachter hat sich bei der Diagnosestellung eingehend mit den von der Beschwerdeführerin geschilderten Beschwerden auseinandergesetzt und dabei sowohl die aktuellen Schilderungen der Beschwerdeführerin anlässlich der Untersuchung vom 24. Januar 2018, als auch die Vorakten gewürdigt (vgl. Gutachten S. 72 ff.). Inwiefern ihr psychischer Zustand nicht adäquat erfasst worden sein soll, wird von der Beschwerdeführerin denn auch nicht näher begründet. Der Gutachter hat den psychischen Zustand der Beschwerdeführerin sachlich und klar formuliert.

5.5 Neben den Einwänden der Beschwerdeführerin gilt es auch zu prüfen, ob die nach der Begutachtung erstellten medizinischen Berichte von Dr. med. E.____ vom 20. April 2018 (SA-Nr. 126; vgl. E. II 4.23 hiervor) und 30. Mai 2018 (SA-Nr. 134; vgl. E. II. 4.24 hiervor), Zweifel an der Beweiskraft des neurologischen Teilgutachtens aufkommen lassen:

Es gilt in diesem Zusammenhang auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass behandelnde Ärztinnen und Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351E. 3a/cc S. 353 mit weiteren Hinweisen). Wohl kann die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Betreuung durch behandelnde Ärztinnen und Ärzte oft wertvolle Erkenntnisse hervorbringen, doch übersieht die Beschwerdeführerin bei ihrer Kritik, dass es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (BGE 124 I 170E. 4 S. 175) nicht zulässt, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige ■ und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende ■ Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder

ungewürdigt geblieben sind (vgl. statt vieler Urteil des Bundesgerichts 8C_733/2012 vom 28. Januar 2013 E. 3.2 mit Hinweisen). Eine solche Konstellation liegt hier nicht vor. Diese Berichte enthalten keine neuen Gesichtspunkte, die zum Zeitpunkt der Begutachtung nicht schon vorgelegen wären. Der neurologische Gutachter Dr. med. N. ___ nahm am 10. Oktober 2018 auf Ersuchen der IV-Stelle noch einmal Stellung und legte dabei schlüssig dar, dass aus den zusätzlich vorgebrachten Argumenten von Dr. med. E. ___ bei kritischer Würdigung und nochmaliger sehr intensiver Bearbeitung der gesamten Akte und des Gutachtens keine Hinweise gefunden worden seien, welche eine Andersbewertung erforderten (vgl. E. II. 4.25 hiervor). In seinem Bericht vom 20. April 2018 führte Dr. med. E. ___ sodann selber aus, klinisch und elektrodiagnostisch zeige sich ein praktisch unveränderter Befund zu seinen Vorbefunden vom 20. Dezember 2016, einer chronischen, schmerzhaften, sensomotorischen Radialis-Neuropathie rechts (dominant) am Oberarm in Folge einer komplizierten Humerusschaft-Fraktur vom Jahr 2016 (recte: 2014) (SA-Nr. 126). Auch in seiner Stellungnahme vom 30. Mai 2018 bringt der behandelnde Arzt Dr. med. E. ___ nichts vor, was im Zeitpunkt der Begutachtung nicht schon vorgelegen wäre. Soweit er vorbringt, die neurologische Untersuchung sei inkomplett, es seien keine neurografischen oder nadelmyografischen Untersuchungen durchgeführt worden (vgl. SA-Nr. 134), ist er darauf hinzuweisen, dass den Gutachtern bei der Wahl der Untersuchungsmethoden rechtsprechungsgemäss ein weiter Ermessensspielraum zukommt (Urteil des Bundesgerichts 9C_753/2015 vom 20. April 2016 E. 3.3 mit Hinweisen). Ausserdem kann festgestellt werden, dass der Gutachter eine eingehende klinische Untersuchung vorgenommen, die Befundlage umfassend dargestellt und die vorgelegten medizinischen Berichte ebenfalls berücksichtigt hat. Sodann führte Dr. med. N. ___ in seiner Stellungnahme vom 10. Oktober 2018 (IV-Nr. 55) aus, es stelle vielmehr die von der Beschwerdeführerin angegebene Berührungsempfindlichkeit am rechten Arm die hauptsächlich geltend gemachte Beeinträchtigung dar. Das Erfordernis für eine EMG-Untersuchung oder motorische NLG Untersuchung des Nervus radialis sei somit nicht für die aktuelle gutachterliche Fragestellung primär relevant gewesen, da funktionell nicht bedeutsam (IV-Nr. 55 S. 4). Der Gutachter sah nachvollziehbar keine Notwendigkeit weiterer Untersuchungen. Allein der Umstand einer nicht durchgeführten Untersuchung vermag im vorliegenden Fall den Beweiswert des Gutachtens nicht zu erschüttern. Soweit Dr. med. E. ___ sodann noch vorbringt, als Gutachter habe man sich gegenüber den Begutachteten zumindest wohlwollend und empathisch zu verhalten, ist dem nicht zu folgen. Vielmehr handelt es sich bei einem Gutachter um einen zur objektiven Neutralität verpflichteten Experten (Urteil des Bundesgerichts 8C_743/2018 vom 27. Mai 2019 E. 5.3) und es war seine gutachterliche Pflicht, im Rahmen seiner Fachkenntnisse Diskrepanzen zu den eigenen Wahrnehmungen darzulegen und zu würdigen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_699/2019 vom 17. Februar 2020 E. 3.2).

5.6 Zusammenfassend ist somit gestützt auf das beweiswertige D. ___-Gutachten davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin rein aufgrund der unfallbedingten pathologischen Befunde in der Lage ist, die angestammte Tätigkeit als Pflegeassistentin sowie jede andere leidensangepasste Tätigkeit zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkt durchzuführen. Demnach besteht bei der Beschwerdeführerin keine unfallbedingte Invalidität, womit die Beschwerdegegnerin den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin zu Recht verneint hat. Selbst bei einer von der gutachterlichen Einschätzung abweichenden Annahme, der Beschwerdeführerin sei die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Pflegeassistentin nicht mehr zumutbar, würde kein rentenbegründender Invaliditätsgrad resultieren (vgl. E. II. 7.

hiernach). Weshalb die Beschwerdeführerin eine leidensangepasste Tätigkeit nicht vollzeitlich ausüben können sollte, ist nach dem Dargelegten nicht ersichtlich. Für das Einholen eines weiteren Gutachtens ■ wie durch die Beschwerdeführerin beantragt (Beschwerde Ziff. 11 S. 26; A.S. 36) ■ besteht kein Anlass, weshalb darauf in antizipierter Beweiswürdigung verzichtet werden kann.

6.

6.1 Der Fall ist unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen und Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung abzuschliessen, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind (vgl. Art. 19 Abs. 1 UVG; BGE 137 V 199 E. 2.1 S. 201). Ob eine namhafte Verbesserung erwartet werden kann, bestimmt sich namentlich danach, ob eine weitere Behandlung noch eine erhebliche Steigerung der Arbeitsfähigkeit verspricht (vgl. BGE 134 V 109 E. 4.3 S. 115).

6.2 Gestützt auf das D.____-Gutachten ist davon auszugehen, dass seit Juni 2016 nach zuvor erfolgter OSME und zweiter Neurolyse mit Nervenwrapping eine volle Arbeitsfähigkeit in der angestammten wie auch einer angepassten Tätigkeit besteht (vgl. SA-Nr. 122). In dieser Konstellation mit einer zumutbaren angestammten Tätigkeit bei voller Arbeitsfähigkeit war der Zeitpunkt für den Fallabschluss erreicht (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_142/2017 vom 7. September 2017 E. 5.2.1). Der Fallabschluss mit Einstellung der Taggeldleistung und der Heilbehandlung ist damit zu Recht erfolgt. Dies bestätigen auch die behandelnden Ärzte. Die Beschwerdeführerin bestreitet sodann auch nicht, dass in medizinischer Hinsicht von weiteren Massnahmen keine Verbesserung mehr zu erwarten ist. Dennoch sei die Annahme eines medizinischen Endzustands nach Art. 19 UVG unzutreffend, da die Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung erneut aufgenommen worden seien (Beschwerde Ziff. 12 S. 26 f.). Rechtsprechungsgemäss kann sich der in Art. 19 Abs. 1 Satz 1 UVG vorbehaltene Abschluss allfälliger Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung, soweit es um berufliche Massnahmen geht, nur auf Vorkehren beziehen, die geeignet sind, den der Invalidenrente der Unfallversicherung zugrunde zu legenden Invaliditätsgrad zu beeinflussen (Urteil des Bundesgerichts 8C_651/2016 vom 15. Dezember 2016 E. 4.3 mit Hinweisen). Dies trifft vorliegend nicht zu, da der Beschwerdeführerin ■ wie bereits dargelegt ■ die angestammte Tätigkeit bei voller Arbeitsfähigkeit wieder zuzumuten ist.

7.

7.1 Die Beschwerdegegnerin ermittelte in ihrem Einspracheentscheid vom 11. April 2019 bei einer ■ von der gutachterlichen Beurteilung abweichenden Annahme einer Arbeitsfähigkeit von 100 % in einer leidensangepassten Tätigkeit ■ einen rentenausschliessenden Invaliditätsgrad. Für die Bemessung des Valideneinkommens wurde dabei auf den von der Beschwerdeführerin zuletzt erzielten Verdienst bei der B.____ abgestellt und an die Nominallohnentwicklung angepasst. Das Valideneinkommen beträgt demnach CHF 55'848.00, was unbestritten geblieben ist. Weil die Beschwerdeführerin die ihr zumutbare Restarbeitsfähigkeit von 100 % mit ihrer Anstellung als Rezeptionistin bei der Firma R.____ in einem Pensum von 50 bis 60 % (Beschwerdebeilage 3) nicht vollständig ausschöpft, wurde für die Berechnung des Invalideneinkommens auf einen Tabellenlohn der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) abgestellt. Der konkret angewendete

Tabellenlohn (LSE 2016 TA1_tirage_skill_level, Total, Kompetenzniveau 1, Frauen) erweist sich angesichts des zumutbaren Tätigkeitsprofils als korrekt. Das Invalideneinkommen beträgt demgemäss nach Aufrechnung der Wochenstunden und Anpassung an die Teuerung CHF 55'019.00 für ein Vollpensum.

7.2 Bestritten wird einzig, dass die Beschwerdegegnerin bezüglich des Invalideneinkommens, das auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt wurde, keinen leidensbedingten Abzug vorgenommen hat (vgl. Replik Ziff. 27 S. 12 f.; A.S. 82 f.).

7.2.1 Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen (sog. leidensbedingter Abzug). Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann. Der Abzug ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemässen Ermessen gesamthaft zu schätzen. Er darf 25 % nicht übersteigen und soll nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale ihre gesundheitlich bedingte (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwerten kann. Unter dem Titel Beschäftigungsgrad im Besonderen wird bei Frauen, welche gesundheitlich bedingt lediglich noch teilzeitlich erwerbstätig sein können, kein Abzug anerkannt. Ob ein Abzug vom Tabellenlohn vorzunehmen ist, ist ■ anders als die Bemessung der Höhe eines gewährten Abzugs ■ eine Rechtsfrage, die das Gericht frei prüft (BGE 137 V 71 E. 5.1 S. 72).

7.2.2 Für einen Abzug aufgrund der Merkmale wie Alter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie besteht kein Raum, weil sich diese im konkreten Fall nicht lohnmindernd auswirken (vgl. hierzu Urteil des Bundesgerichts 9C_380/2015 vom 17. November 2015 E. 3.2.4 mit Hinweis, zur Frage der grundsätzlichen Nachfrage nach Hilfsarbeiten gemäss dem hier relevanten Kompetenzniveau auf dem massgebenden hypothetischen ausgeglichenen Arbeitsmarkt). Zudem ist das Zumutbarkeitsprofil der Beschwerdeführerin nicht derart eingeschränkt, als dass sich hier ein zusätzlicher leidensbedingter Abzug rechtfertigen würde. Sodann kann die Beschwerdeführerin gemäss dem D.____-Gutachten ihre Restarbeitsfähigkeit in einem Vollzeitpensum ausüben. Insgesamt ist somit ■ in Übereinstimmung mit der Beschwerdegegnerin ■ kein Tabellenlohnabzug gerechtfertigt.

7.3 Die Gegenüberstellung des Valideneinkommens von CHF 55'848.00 und des Invalideneinkommens von CHF 55'019.00 ergibt somit einen Invaliditätsgrad von 1.5 %, womit die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Invalidenrente hätte.

8. Streitig und zu prüfen ist schliesslich noch die Frage, ob die Beschwerdegegnerin den Anspruch auf eine Integritätsentschädigung zu Recht verneint hat.

8.1 Gemäss Art. 24 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung, wenn sie durch das Unfallereignis oder einer Berufskrankheit (vgl. Art. 9 Abs. 3 i.V.m. Art. 24 Abs. 1 UVG) eine dauernde und

erhebliche Schädigung ihrer körperlichen oder geistigen Integrität erleidet. Nach Art. 36 Abs. 1 UVV gilt ein Integritätsschaden dann als dauernd, wenn er voraussichtlich während des ganzen Lebens mindestens im gleichen Umfang besteht. Er ist erheblich, wenn die körperliche oder geistige Integrität, unabhängig von der Erwerbsfähigkeit, augenfällig oder stark beeinträchtigt wird. Gemäss Art. 36 Abs. 2 UVV gelten für die Bemessung der Integritätsentschädigung die Richtlinien des Anhanges 3. Der Bundesrat hat in diesem Anhang Bemessungsregeln aufgestellt und in einer nicht abschliessenden (Gilg/Zollinger, Die Integritätsentschädigung nach dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung, S. 47) Skala wichtige und typische Schäden prozentual gewichtet. Für spezielle oder nicht aufgeführte Integritätsschäden wird die Entschädigung nach dem Grad der Schwere vom Skalenwert abgeleitet (Ziff. 1 Abs. 2 der Richtlinien im Anhang 3, ferner Art. 25 Abs. 1 UVG). Die Liste der Integritätsschäden sieht von allen individuellen Besonderheiten der Auswirkung ab und gibt eine abstrakte Schätzung für einen Durchschnittsmenschen. Es wird somit nur jene «Schwere» berücksichtigt, die einem Integritätsschaden solcher Art bei einem Durchschnittsmenschen beigemessen werden kann (Gilg/Zollinger, a.a.O., S. 36 ff und 45 ff). Die Schätzung der Beeinträchtigung der Integrität obliegt in erster Linie den Ärzten (Gilg/Zollinger, a.a.O., S. 100 f), welche auf Grund ihrer Kenntnisse und Erfahrungen fähig sind, einerseits die konkreten Befunde der Unfallfolgen festzuhalten und andererseits die sachgemässe Einstufung im Rahmen der erwähnten Liste vorzunehmen (vgl. dazu die Mitteilungen der Medizinischen Abteilung der Suva, Heft 57, November 1984, S. 18 bis 31).

Die Medizinische Abteilung der Suva hat in Weiterentwicklung der bundesrätlichen Skala weitere Bemessungsgrundlagen in tabellarischer Form (sog. Feinraster) erarbeitet (Mitteilungen der Medizinischen Abteilung der Suva Nr. 57 bis 59, Tabellen 1 ■ 22). Diese von der Verwaltung herausgegebenen Tabellen stellen zwar keine Rechtssätze dar und sind für die Parteien nicht verbindlich, umso mehr als Ziffer 1 vom Anhang 3 zur UVV bestimmt, dass der in der Skala angegebene Prozentsatz des Integritätsschadens für den Regelfall gilt, welcher im Einzelfall Abweichungen nach unten wie nach oben ermöglicht. Soweit sie jedoch lediglich Richtwerte enthalten, mit denen die Gleichbehandlung aller Versicherten gewährleistet werden soll, sind sie mit dem Anhang 3 zur UVV vereinbar (BGE 124 V 32 E. 1c mit Hinweis).

Ist eine Integritätsentschädigung weder in der Skala in Anhang 3 UVV noch in den Tabellen der Suva enthalten, ist gemäss Ziff. 1 Abs. 2 Anhang 3 UVV eine Schätzung im Vergleich mit anderen Schäden vorzunehmen.

8.2 Der neurologische Gutachter Dr. med. N.____ führte im neurologischen Teilgutachten aus, aus neurologischer Sicht bestehe kein Anspruch auf eine Integritätsentschädigung. Es würden nur sensible, aber keine motorischen Defizite (mehr) vorliegen. Die Ausprägung der Schmerzsymptomatik sei zudem allenfalls als gering zu werten (Gutachten S. 66). Dagegen bringt die Beschwerdeführerin vor, die Einschätzung des neurologischen Gutachters sei in keiner Weise einleuchtend. Gemäss Tabelle 1 der Tabellen der Suva sei bei einer Radialislähmung am dominanten Arm von einem 30%igen Integritätsschaden auszugehen. Nach Massgabe des zuletzt erwähnten Berichtes von Dr. med. E.____ vom 20. April 2018 sei dies vorliegend klar zu bejahen (Beschwerde Ziff. 9 S. 24). Dem ist jedoch entgegenzuhalten, dass gemäss dem beweiswertigen D.____-Gutachten vor allem gefordert wird, dass die Beschwerdeführerin lediglich hochfrequente, repetitiv starke Armbeugung und Armstreckung mit entsprechenden muskulären Zug- und

Schiebeveränderungen im Weichteilgewebe am Oberarm und durchgängig mittelschwere und schwere Tätigkeiten zu vermeiden hat. Diese Einschränkung ist bedeutend weniger erheblich als die genannte Radialislähmung. Soweit die Beschwerdeführerin vorbringt, Dr. med. E. ___ habe in seinen Berichten vom 20. April 2018 und 30. Mai 2018 eine Radialis-Parese diagnostiziert, was nichts anderes als eine Radialislähmung sei (vgl. Replik Ziff. 28 S. 13), ist sie darauf hinzuweisen, dass Dr. med. E. ___ bereits in seinem Bericht vom 18. September 2015 (vgl. E. II. 4.5 hiervor; SA-Nr. 45) erwähnt hatte, dass sich die postoperative Radialis-Parese zwischenzeitlich komplett erholte. Auch in seinen Berichten vom 20. April 2018 und 30. Mai 2018 geht er von einer «im Verlauf motorisch weitgehenden Erholung einer Radialisparese rechts» aus (vgl. SA-Nr. 126, 134). Somit erscheint es nachvollziehbar, wenn der neurologische Gutachter ausführt, es bestehe kein Anspruch auf eine Integritätserschädigung. Im Übrigen vermag die Beschwerdeführerin nichts ■ zumindest nichts Substanzielles ■ vorzubringen, das hieran etwas zu ändern vermöchte. Es ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin den Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Integritätserschädigung verneint hat. Auch in diesem Punkt ist die Beschwerde abzuweisen.

9. Nach dem Dargelegten stellt sich die Beschwerde als unbegründet heraus und wird abgewiesen.

10.

10.1 Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG).

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

Demnach wird erkannt:

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagenseit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Präsident

Die Gerichtsschreiberin

Flückiger

Yalcin

Der vorliegende Entscheid wurde vom Bundesgericht mit Urteil 8C_662/2020 vom 13. Januar 2021 bestätigt.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.