

SO_GERICHTE VSBES.2025.88 vom 23. Dezember 2025

SO Obergericht, 2025-12-23, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2025.88

FR: SO_GERICHTE VSBES.2025.88 du 23 décembre 2025

IT: SO_GERICHTE VSBES.2025.88 del 23 dicembre 2025

Erwägungen

E. 2

2.1 Soweit das UVG nichts anderes bestimmt, werden die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Art. 6 Abs. 1 Bundesgesetz über die Unfallversicherung, SR 832.20, UVG). Die versicherte Person hat u.a. Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Art. 10 Abs. 1 UVG) sowie auf ein Taggeld, sofern sie infolge des Unfalls voll oder teilweise arbeitsunfähig ist (Art. 16 Abs. 1 UVG).

2.2 Gemäss Art. 19 Abs. 1 UVG sind Taggelder und Heilkosten nur solange zu gewähren, als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann. Was unter einer namhaften Besserung des Gesundheitszustandes des Versicherten zu verstehen ist, umschreibt das Gesetz nicht näher. Mit Blick darauf, dass die soziale Unfallversicherung ihrer Konzeption nach auf die erwerbstätigen Personen ausgerichtet ist, wird sich dies namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit unfallbedingt beeinträchtigt, bestimmen. Dabei verdeutlicht die Verwendung des Begriffes «namhaft» durch den Gesetzgeber, dass die durch weitere Heilbehandlung zu erwartende Besserung ins Gewicht fallen muss. Unbedeutende Verbesserungen genügen nicht (vgl. BGE 134 V 109 E. 4.3 S. 115). Der Fallabschluss setzt zudem lediglich voraus, dass von weiteren medizinischen Massnahmen keine erhebliche Verbesserung mehr erwartet werden kann, nicht aber, dass eine ärztliche Behandlung nicht länger erforderlich ist (Urteile 8C_727/2012 vom 21. Dezember 2012 E. 3.2.2 und 8C_585/2010 E. 8). Eine allfällige Verbesserung allein des Leidens an sich, eine nur kurzfristige Linderung, eine blosser Verbesserung der Befindlichkeit oder dass der Versicherte etwa von Physiotherapie profitieren kann, genügt nicht. Das Bundesgericht hat es beispielsweise als ausschlaggebend erachtet, dass der Versicherte seine Erwerbstätigkeit nach ärztlicher Einschätzung dank der fraglichen weiteren Behandlung mit grosser Wahrscheinlichkeit wieder aufnehmen können. Ärztliche Verlaufskontrollen, die Einnahme von Medikamenten sowie manualtherapeutische Behandlungen gelten nicht als kontinuierliche, mit einer gewissen Planmässigkeit auf eine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustandes gerichtete ärztliche Behandlung im Sinne der Rechtsprechung (Urteil des Bundesgerichts 8C_306/2016 vom 22. September 2016 E. 5.3).

2.3 Wenn der Zeitpunkt für den Fallabschluss erreicht ist (und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind), sind die vorübergehenden Leistungen (Taggeld, Heilbehandlung nach Art. 10 UVG) einzustellen bei gleichzeitiger Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente sowie auf eine Integritätsentschädigung (BGE 134 V 109 E. 4.1 S. 114).

2.4 Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG) hat die versicherte Person, wenn sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 % invalid ist. Zudem besteht gemäss Art. 24 Abs. 1 UVG Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung, wenn durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität bewirkt worden ist.

E. 3

3.1 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers gemäss UVG 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 140 V 356 E. 3.1 S. 358, 129 V 177 E. 3.1 S. 181, 119 V 335 E. 1 S. 338, 118 V 286 E. 1b S. 289 je mit Hinweisen; Urteile des Bundesgerichts 8C_271/2013 vom 30. Juli 2013 E. 2.1, 8C_729/2013 vom 27. Mai 2014 E. 2).

3.2 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt weiter voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2 S. 181).

E. 4

4.1 Das Verwaltungsverfahren und das Verwaltungsgerichtsverfahren in Sozialversicherungssachen sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach hat die Verwaltung bzw. der Richter von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 138 V 218 E. 6 S. 221, 117 V 261 E. 3b S. 263 und 282 E. 4a, 116 V 23 E. 3c S. 26 f. mit Hinweisen).

4.2 Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte oder ständiger Vertrauensärzte eines Versicherungsträgers kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee S. 353 f.). Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. 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). Insbesondere genügt in Fällen, in welchen die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen

Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen wird, der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung nicht, um die geltend gemachten Zweifel auszuräumen (Urteil des Bundesgerichts 8C_193/2014 vom 19. Juni 2014 E. 4.1).

5. Streitig und zu prüfen ist im vorliegenden Verfahren, ob die Beschwerdegegnerin bezüglich des Ereignisses vom 18. Juli 2022 ihre Heilbehandlungs- und Taggeldleistungen zu Recht per 31. Juli 2024 eingestellt hat sowie zu Recht den Anspruch auf eine Invalidenrente verneint und der Beschwerdeführerin eine Integritätsentschädigung von 10 % zugesprochen hat. In diesem Zusammenhang sind im Wesentlichen folgende Unterlagen von Belang:

5.1 Im Notfallbericht des B.____ vom 18. Juli 2022 (SA-Nr. 35) wurde ein Quetschtrauma Digitus II Hand rechts mit ca. 1 cm langer Wunde diagnostiziert. Das Röntgen Digitus II Hand rechts habe keine Fraktur ergeben (vgl. auch SA-Nr. 36). Die Beschwerdeführerin berichte, sie habe sich heute bei der Arbeit um ca. 07:30 Uhr den rechten Zeigefinger in einer Türe eingeklemmt. Nun habe sie starke Schmerzen am betroffenen Finger. Sie sei Linkshänderin, brauche jedoch bei der Arbeit beide Hände.

5.2 Im Bericht des B.____ vom 23. September 2022 (SA-Nr. 29) wurde ein Verdacht auf ein CRPS Typ II Dig II Hand rechts bei Quetschtrauma Digitus II Hand rechts mit ca. 1 cm langer Wunde vom 18. Juli 2022 diagnostiziert. Weiter wurde ausgeführt, die Beschwerdeführerin klage weiterhin über eine sehr starke Berührungsempfindlichkeit und über trophische Störungen mit verlangsamtem Nagelwachstum und Veränderung der Hautfarbe. Zudem sei die Beweglichkeit sehr eingeschränkt und das Schmerzempfinden ausgeprägt. Sie sei zwar linksdominant, ihre Tätigkeit als Reinigungskraft könne sie so jedoch nicht ausführen. Bei der Beschwerdeführerin stelle man klinisch die Diagnose eines CRPS Typ II.

5.3 Im Bericht des B.____ vom 20. Oktober 2022 (SA-Nr. 66) wurde festgehalten, am Digitus II Hand rechts gebe die Beschwerdeführerin bereits bei leichter Berührung deutliche Schmerzen an, der Finger könne weiterhin nahezu nicht untersucht werden bei Schmerzen und Wegziehen des Finger nur schon bei Berührung. In allen Gelenken bestehe eine gewisse Flexionsstellung. Der Finger könne nicht aktiv voll extendiert werden bei starker Schmerzangabe. In der Intrinsic Plus Schiene, wie auch in der angefertigten Plastik-Schiene sei der Finger weiterhin flektiert. Klinisch zeige sich der hochgradige Verdacht auf ein CRPS, welches sich langsam bessere. Allerdings seien die Budapest Kriterien formal nicht erfüllt.

5.4 Im Bericht des B.____ vom 30. November 2022 (SA-Nr. 87) wurde ausgeführt, es seien 3 von 4 Budapest Kriterien erfüllt: Dauerschmerz (1. Kriterium); Überempfindlichkeit des betroffenen Fingers, Schwitzen des Fingers und Farbveränderungen, zeitweise livide Verfärbung, häufig Überwärmung, reduzierte Beweglichkeit (2. Kriterium); Hyperalgesie auf spitze Reize, blasses Hautkolorit im Seitenvergleich, palpatorisch kein Schwitzen, reduzierte Beweglichkeit (3. Kriterium). Fraglich sei das 4. Kriterium, die Diagnostik sei noch ausstehend. Sodann habe das MRT Hand rechts vom 23. November 2022 Folgendes ergeben: Intakte Darstellung der Beugesehnen am Digitus II, insbesondere im Bereich der Insertion an der Endphalanx. Allenfalls geringe peritendinöse Flüssigkeitskolektion im Verlauf der Beugesehnen. MR-graphisch kein sicherer Hinweis einer abgrenzbaren Pathologie im Verlauf der dorsalen und palmaren Digitalnerven.

5.5 Am 10. Mai 2023 (SA-Nr. 174) stellte Dr. med. D.____, Leitender Arzt Neurologische Schmerzmedizin, E.____, der von der Beschwerdegegnerin für eine Zweitbeurteilung beigezogen worden war, folgende Diagnosen:

Zur Beurteilung führte Dr. med. D.____ aus, die Ursache des seit einem Unfall mit Zuziehen einer Schnittverletzung über dem distalen Interphalangealgelenkes des 2. Fingers rechts palmar bestehenden Schmerzes im 2. Finger rechts betont über der palmaren und mittleren Endphalanx rechts mit geringer Ausprägung über der Endphalanx rechts sei neurologisch nicht eindeutig zuordenbar. Die Diagnosekriterien für einen neuropathischen Schmerz seien nach Finnerup et al., Pain, 2106, wie folgt erfüllt:

Die Diagnosekriterien für ein CRPS Typ II (Nachweis einer Nervenläsion, s.o.) nach Harden et al., Pain Medicine, 2007 (Budapest-Kriterien), seien wie folgt erfüllt:

Nach Diskussion favorisiere er, Dr. med. D.____, das Vorliegen eines neuropathischen Schmerzes im Versorgungsgebiet des Nervi digitalis palmares proprii 2 rechts radial. Prinzipiell seien für den 2. Finger rechts auch die Diagnosekriterien für ein CRPS erfüllt. Generell müsse man jedoch kritisch in Betracht ziehen, dass das Auftreten eines CRPS über nur einem Finger ungewöhnlich sei. Allgemein gelte, dass, wenn sich die Diagnosekriterien auf ein peripheres Nervenversorgungsgebiet eingrenzen liessen, die Diagnose eines neuropathischen Schmerzes vorzuziehen sei. Die Schmerzdiagnose laute neuropathischer Schmerz der Nervi digitalis palmares proprii 2. Finger rechts radial bei Verletzung, DD: CRPS Typ II sei nicht auszuschliessen.

5.6 Im Austrittsbericht der F.____ vom 11. August 2023 (SA-Nr. 229) wurde ausgeführt, die festgestellte psychische Störung (Verdacht auf eine mittelgradige depressive Episode) begründe aktuell keine arbeitsrelevante Leistungsminderung. Sodann sei aus unfallkausaler Sicht die bisherige Tätigkeit als Gebäudereinigerin nicht mehr zumutbar. Die Zumutbarkeit für andere berufliche Tätigkeiten werde aktuell noch nicht festgelegt. Begründung: Weiterführen der ergotherapeutischen Massnahmen bis Ende November 2023 (3 Monate). Sodann sei zur somatischen Beurteilung ergänzend festzuhalten, dass ein chronisches neuropathisches Schmerzsyndrom der rechten Hand und des rechten Zeigefingers mit bestehenden Beugekontrakturen der Mittel- und Endgelenke des Dig. II rechts zu diagnostizieren sei. Differentialdiagnostisch sei ein CRPS Typ I zur Diskussion gestanden, was anlässlich des aktuellen Aufenthaltes aufgrund der nicht erfüllten Budapester Kriterien nicht bestätigt werden könne. Im Vordergrund der Beschwerden stünden Schmerzen im Bereich des rechten Zeigefingers, vor allem im Bereich der Mittel- und Endphalanx palmar sowie der Endphalanx dorsal, verstärkt bei Bewegung / Belastung. Die Schmerzsituation habe sich zuletzt tendenziell eher gleichbleibend gezeigt. Es bestehe eine Beweglichkeitseinschränkung im PIP und im DIP-Gelenk bei dortigen Beugekontrakturen und jeweils bestehendem Extensionsdefizit. Eine vollständige Streckung des Fingers sei nicht möglich. Es bestehe vor allem bei Berührung eine Hyperästhesie im volaren Fingerbereich, dorsal am Finger sei diese weniger stark ausgeprägt. Aufgrund der Beschwerden sei der Gebrauch der rechten Hand im Alltag eingeschränkt. Das Ausmass der physischen Einschränkungen lasse sich mit den objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung und bildgebenden Abklärungen sowie den Diagnosen aus somatischer Sicht nicht vollumfänglich erklären.

5.7 Im Bericht des B.____ vom 28. September 2023 (SA-Nr. 247) wurde ausgeführt, leider habe auch durch die stationäre Komplexbehandlung in Bellikon keine Verbesserung der

Beweglichkeit sowie der Schmerzen erzielt werden können. Alle über Monate durchgeführten Therapien seitens der Schmerzprechstunde B.____ (u.a. analgetische Medikation inkl. schwachen Opiode sowie diversen sowie anti-neuropathische Therapien mittels Pregabalin, Capsacain, Lidocain/Ketamin-Infusionen) hätten neben den physikalischen Massnahmen (Ergotherapie 2x pro Woche) leider zu keiner Verbesserung der Symptomatik geführt. Man habe der Beschwerdeführerin erklärt, dass somit alle Möglichkeiten am B.____ von Seiten der Schmerzprechstunde «aufgebraucht» seien. Die Behandlung werde abgeschlossen.

5.8 Im Bericht des B.____ vom 27. Oktober 2023 (SA-Nr. 245) wurde ein CRPS Typ I, DD: chronisches neuropathisches Schmerzsyndrom Dig. II rechts (dominant) nach Quetschtrauma vom 18. Juli 2022 diagnostiziert. Die Beschwerdeführerin beschreibe eine Beschwerdepersistenz mit ausgeprägter Bewegungseinschränkung des Zeigefingers, welcher weiterhin hochgradig berührungsempfindlich sei. Ebenfalls beschreibe sie einen weiter bestehenden Dauerschmerz am Finger, ausstrahlend in die Hand. Eine Farbveränderung trete vor allem bei Beübung auf, wobei sich der Finger livide zeige. Zudem sei noch ein vermehrtes Schwitzen an der rechten Hand vorhanden. Sodann wurden folgende Befunde erhoben: Hand rechts: Leicht atrophes Integument am Zeigefinger, keine Mehrbehaarung, Rötung oder Schwellung. Ausgeprägte Schmerzangabe bei leichter Berührung diffus am gesamten Zeigefinger (Allodynie). Die Fingerbeweglichkeit wie auch die Koordination des Zeigefingers seien massiv gestört und äusserst schmerzhaft (Hyperallgesie). Hierbei zeige sich eine Extension/Flexion im Grundgelenk von 0/0/90°, PIP 0/30/35°, DIP 0/30/40°. Die Sensibilität am Zeigefinger werde als vermindert angegeben. Die restliche Sensibilität an der Hand sei unauffällig. Schliesslich wurde zum Procedere ausgeführt, handchirurgisch sei aktuell keine weitergehende Therapie zu empfehlen.

5.9 Im Bericht des B.____ vom 3. Januar 2024 (SA-Nr. 270) wurde festgehalten, die Beschwerdeführerin beschreibe einen Dauerschmerz am Zeigefinger mit ausgeprägter Empfindlichkeit auch auf leichte Berührungen im Sinne einer Allodynie und einer ausgeprägten Bewegungseinschränkung, welche überdurchschnittliche Schmerzen verursachen (Hyperalgesie). Zeitweise verfärbe sich der Finger weisslich und sei ebenfalls noch geschwollen. Eine Hyperhidrosis werde verneint. Zudem träten neu auch zum Teil krampfartige Schmerzen in der Hohlhand auf. Befunde: Leicht atroph wirkender Zeigefinger bei intaktem Integument. Keine Schwellung oder Rötung. Keine Hyperhidrosis oder Mehrbehaarung an der Hand. Diffuse, ausgeprägte Druckdolenz, sowie Schmerzen bei leichter Berührung diffus am Zeigefinger. Kein Sehnenreiben über A1-Ringband oder ein bow string-Phänoomen über dem A2- Ringband palpabel. Hypästhesie am gesamten Zeigefinger dorsal wie palmar bis zum Grundgelenk reichend. Schmerzhaft eingeschränkter Bewegungsumfang mit Extension / Flexion im MP-Gelenk 30-0-70°, PIP 0-20-40°, DIP 0-35-50°. Schliesslich wurde zur Beurteilung ausgeführt, trotz der aufwendigen und multiplen Therapien zeige sich der Befund am rechten Zeigefinger gleichbleibend. Handchirurgisch seien ansonsten die therapeutischen Möglichkeiten bei dem diffusen Beschwerdebild mit sicherlich psychischer Überlagerung weitgehend ausgeschöpft. Zu diskutieren wäre als ultimo ratio die Amputation.

5.10 Im Bericht des G.____ vom 21. Februar 2024 (SA-Nr. 317) wurden folgende Befunde am Dig II Hand rechts erhoben: Leicht hypotropher aber nicht dystropher Zeigefinger ohne klinische CRPS-Zeichen. Es zeige sich weder eine Hypertrichose noch eine verstärkte

Schweissneigung der Hand. Auch eine Allodynie könne am heutigen Untersuchungstag nicht wirklich nachgewiesen werden. Es bestehe lediglich eine deutliche Druckdolenz palmarseits über den Digitalnerven. Die Beschwerdeführerin könne den Zeigefinger auch ansteuern und vor allem in den MCP-Gelenken habe sie eine gute Funktion. Relativ steife Interphalangealgelenke mit einer Flexionskontraktur von etwa insgesamt 50° interphalangeal. Proximal am Karpaltunnel zeige sich ein positives Tinel-Zeichen und ein Durkan Test mit Ausstrahlung vor allem in den Zeigefinger. Normästhesie der Hand bis auf den Zeigefinger, wo die Beschwerdeführerin eine vor allem distal-betonte Hyp- bis Anästhesie angebe. Sodann wurde zur Beurteilung ausgeführt, bei der Beschwerdeführerin liege bis zum Beweis des Gegenteils eine Kausalgie vor, also eine stattgehabte Nervenverletzung mit Entwicklung eines chronischen neuropathischen Schmerz-syndroms. Erst wenn eine Nervenverletzung ausgeschlossen sei, könnte auch die Diagnose eines CRPS Typ I in Erwägung gezogen werden.

5.11 Im Bericht des G. ___ vom 17. Mai 2024 (SA-Nr. 363) hielten die Dres. med. H. ___ und I. ___ fest, aufgrund der Gesamtkonstellation sehe man weiterhin die Indikation zur Exploration, Neurolyse und gegebenenfalls Rekonstruktion der Digitalnerven mittels Allograft (Avance) oder Autograft mit ggf. Ausleitung in die Pulpa im Rahmen eines kurzstationären Settings. Man plane den Eingriff für den 12. Juli 2024.

5.12 Im Bericht von Dr. med. J. ___, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie, und Dr. C. ___, Facharzt für Neurologie FMH, vom 10. Juni 2024 (SA-Nr. 370) betreffend die interdisziplinäre kreisärztliche Untersuchung vom 5. Juni 2024 wurden folgende Diagnosen gestellt:

Sodann wurde zur neurologischen Beurteilung festgehalten, in der neurologisch-klinischen Untersuchung sei bis auf eine erheblich beeinträchtigte Sensibilität isoliert am rechten Zeigefinger kein neurologisches Defizit feststellbar gewesen. Neben der Oberflächensensibilität seien auch die Temperaturempfindung und die Zweipunktgediskrimination betroffen gewesen. Auffällig sei hierbei, dass bei der Temperaturprüfung keine Schmerzen ausgelöst worden seien, anamnestisch die Versicherte jedoch eine sehr starke Schmerzhaftigkeit bei Wärme- und Kälteexposition angegeben habe. Ebenso seien bei der Testung der Zweipunktgediskrimination keine Schmerzen ausgelöst worden. In der Labordiagnostik vom Untersuchungstag seien Befunde mit deutlich unterhalb des Referenzbereiches liegenden Medikamentenspiegel für Pregabalin und Mirtazapin feststellbar gewesen. Eine zuverlässige Aussage über die Therapieadhärenz könne damit nicht gemacht werden, die Medikamentenspiegel sprächen jedoch gegen eine regelmässige Medikamenteneinnahme. In der Verhaltensbeobachtung während der Untersuchung seien zudem Diskrepanzen zwischen dem Ausmass der geschilderten Beschwerden und dem Verhalten der Versicherten zu beobachten gewesen. Diagnostisch sei unverändert von überwiegend wahrscheinlich neuropathischen Schmerzen der Nervi digitales palmares und dorsales proprii am Zeigefinger rechts auszugehen, auch wenn eine Nervenläsion bei eingeschränkten Untersuchungsoptionen distaler sensibler Nervenendäste in der apparativen Zusatzdiagnostik nicht objektiv nachweisbar sei. Unter Berücksichtigung der neuroanatomisch plausiblen Verteilung und Anamnese der Läsion des Nervensystems (Riss-Quetschwunde am rechten Zeigefingerendglied mit in der Folge Nahtversorgung), sensorischer Positiv- und Negativ-Phänomene in der gleichen neuro-anatomischen Verteilung und dem Befund der QST (quantitative sensorische Testung) vom 18. April 2023 seien gemäss Finnerup et al. [3] die diagnostischen Kriterien eines neuropathischen

Schmerzes erfüllt. Hingegen seien unverändert die diagnostischen Kriterien (Budapest Kriterien) [4-6] eines komplexen regionalen Schmerzsyndroms (CRPS) nicht erfüllt. Unter Berücksichtigung der dokumentierten Behandlungsversuche mit jedoch unklarer Therapieadhärenz sei bald 2 Jahre nach dem Ereignis vom 18. Juli 2022 aus neurologischer Perspektive nicht mehr eine erhebliche Besserung der schmerzhaften Beschwerden im rechten Zeigefinger der Versicherten zu erwarten. Motorische Defizite infolge einer Läsion des peripheren Nervensystems bestünden nicht. Die Erfolgsaussichten einer von Dr. med. H.____ vorgeschlagenen Rekonstruktion des digitalen Nervens mittels Allograft oder kleinem Autograft mit Ausleitung in die Pulpa Digitus II rechts seien aus neurologischer Perspektive sehr unsicher, erfahrungsgemäss sei das Risiko für die Entwicklung eines Neuroms respektive einer nicht beeinflussbaren Schmerzsituation hoch. Aus neurologischer Perspektive könne der Heilverlauf als abgeschlossen beurteilt werden.

Des Weiteren wurde zur handchirurgischen Beurteilung ausgeführt, ein guter, symmetrischer, gestischer Einsatz beider Hände und demzufolge eine unbewusste Ausgliederung besehe derzeit nicht. Beim Vollzug des Faustschlusses betrage der Fingernagel-Hohlhand-Abstand 9 cm; bei der Auflage des Handrückens auf der Unterlage bestehe ein Streckdefizit von 3.5 cm (Abstand der Nagelkante zur Unterlage). Das Grundgelenk könne vollständig extendiert werden, bei PIP- und DIP-Gelenk bestünden jeweils Streckdefizite zwischen 40 und 45°. Bei Prüfung der Sensibilität könne am gesamten Zeigefinger keine 2 Punktediskrimination, auch nicht wesentlich erweitert, festgestellt werden. Hinweise für trophische Veränderungen gemäss den Budapest Kriterien im Sinne eines CRPS seien nicht vorhanden. Dazu korrelierend schwer nachvollziehbar erschienen die berichteten Veränderungen des Nagels, wie eine vermehrte Querwölbung sowie ein praktisch gestopptes Nagelwachstum seit einem Jahr. Auffallend in der neurologischen Untersuchung aus beobachtender Perspektive sei die uneingeschränkte, wiederholte Fähigkeit, den rechten Daumen und Zeigefinger jeweils mit der Spitze im Sinne der Formung eines «O» zusammenzuführen, währenddessen beim gezielten Prüfen dieser Bewegung in der handchirurgischen Untersuchung diese nur knapp gelinge und deutlich verlangsamt präsentiert werde. Nachdem in den vergangenen 2 Jahren sämtliche konservative Therapiemöglichkeiten einschliesslich Ergotherapie und auch schmerztherapeutischer Verfahren inklusive stationärer Rehabilitation angewandt und ohne wesentliche Verbesserung der Beschwerden bzw. der Funktionalität des Zeigefingers geblieben seien, würden die behandelnden Handchirurgen des G.____ in ihren Konsultationen vom Mai 2024 eine Exploration, Neurolyse und gegebenenfalls Rekonstruktion der Digitalnerven mittels eines Allograftes, ggf. auch eines Autograftes mit Ausleitung die Pulpa sowie einer möglichen Tenolyse der Beugesehnen vorschlagen. Vor dem Hintergrund des aktuellen Untersuchungseindrucks mit einem sehr eigenem Verständnis der Versicherten bezüglich der Schmerzintensität, der lang andauernden konservativen Therapieeinheiten ohne wesentliche Beschwerdebesserung und nicht zuletzt auch der festgestellten Diskrepanz zwischen angegebener Medikamenteneinnahme in Bezug auf die objektivierten Wirkstoffspiegel, falle es schwer, abzuschätzen, inwieweit die Vorschläge der Kollegen der Handchirurgie des G.____ die Situation durchgreifend zu verbessern vermöchten. In Abwägung aller Umstände könne aus versicherungsmedizinisch-handchirurgischer Sicht keine Gutheissung für die genannte operative Massnahme empfohlen werden. Bei ausgereizten therapeutischen Optionen w■.e damit ein Fallabschluss zu erwägen.

Schliesslich wurden folgende interdisziplinäre Schlussfolgerungen gezogen: Grundsätzlich könne der Heilverlauf der Riss-Quetschwunde als adäquat beurteilt werden. Hinweise für eine Entzündung als Komplikation seien der medizinischen Dokumentation nicht zu entnehmen. Objektivierbare Unfallfolgen ausser der verbliebenen Narbe lägen heute nicht vor. Zum Untersuchungszeitpunkt bestehe eine Teilsteiife des rechten Zeigefingers im Sinne einer Flexionskontraktur. Das Ausmass der schmerzhaften neuropathischen Schmerzen (die Schmerzintensität) sei abgestützt auf die erhobenen Befunde und die Beobachtung während der Untersuchungssituation annäherungsweise bei maximal mittelschweren Schmerzen einzuschätzen. Die Therapieadhärenz in Bezug auf die regelmässige Einnahme von Pregabalin und Mirtazapin sei nicht zuverlässig gegeben. Aus neurologischer und handchirurgischer Perspektive könne auch unter Berücksichtigung der vorgeschlagenen Operation von Herrn Dr. H.____ nicht mehr eine erhebliche Verbesserung der schmerzhaften Beschwerden erwartet werden. Ebenso bleibe offen, inwieweit durch eine Tenolyse eine Besserung der Fehlstellung am Zeigefinger rechts erreicht werden könne. Versicherungsmedizinisch sei deshalb der Fallabschluss zu empfehlen. Die Versicherte könne eine ausbildungsadäquate angepasste leichte Tätigkeit ganztags ausüben. Die Greiffunktion der rechten Hand sei zwar beeinträchtigt, leichte Arbeiten könnten aber ausgeübt werden. Bei der Tätigkeit seien Expositionen zu Kälte und Vibrationen zu vermeiden.

5.13 Im Bericht vom 10. Juni 2024 (IV-Nr. 371) hielten Dr. med. J.____, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie, und Dr. C.____, Facharzt für Neurologie FMH, zur Beurteilung des Integritätsschadens fest, zum Untersuchungszeitpunkt am 5. Juni 2024 werde eine Teilsteiife des rechten Zeigefingers im Sinne einer Flexionskontraktur festgestellt. Auf neurologischem Fachgebiet seien die diagnostischen Kriterien eines neuropathischen Schmerzes bei überwiegend wahrscheinlich Läsion der Nervi digiti proprii, das heisse der sensiblen Endäste aus dem Nervus medianus rechts auf Höhe des Zeigefinger Endgliedes, erfüllt. Isoliert im Bereich des rechten Zeigefingers werde eine erhebliche Beeinträchtigung der Oberflächensensibilität, der Wahrnehmung von Wärme und Kälte und eine aufgehobene Zweipunkte-Diskrimination von der Versicherten angegeben. Der Finger werde als druckschmerzhaft angegeben, die Bewegung des Fingers löse Schmerzen aus. Das Ausmass der schmerzhaften neuro-pathischen Schmerzen, das heisse der Schmerzintensität, sei abgestützt auf die erhobenen Befunde und die Beobachtung während der Untersuchungssituation annäherungsweise bei maximal mittelschweren Schmerzen einzuschätzen. Es sei nicht mehr mit einer erheblichen Besserung der Beschwerden zu rechnen. Die Voraussetzungen für die Schätzung eines Integritätsschadens seien erfüllt. Der Integritätsschaden werde auf neurologischem und auf handchirurgischem Fachgebiet gesamthaft auf 10 % geschätzt.

5.14 Mit Schreiben des G.____ vom 28. Juni 2024 (SA-Nr. 395) wurde bei der Beschwerdegegnerin Kostengutsprache für die am 12. Juli 2024 geplanten Exploration, Neurolyse und gegebenenfalls Rekonstruktion der Digitalnerven mittels Allograft (Avance oder einem kurzen Autograft) mit gegebenenfalls Ausleitung in die Pulpa im Rahmen eines kurzstationären Settings, beantragt. Die Indikation zur Operation sei gegeben und die medizinische Behandlung der Beschwerdeführerin noch nicht abgeschlossen.

5.15 Mit Schreiben vom 14. Oktober 2024 (SA-Nr. 417) beantworteten Dr. med. H.____ und Prof. Dr. med. K.____ des G.____ die vom Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin gestellten Fragen und führten diesbezüglich aus, die alleinige medikamentöse

antineuropathische Therapie führe bei einer mechanischen Kompression, respektive Verletzung des Digitalnervens nicht zu einer kompletten Beschwerderegredienz, diesbezüglich sehe man klar die Indikation zur operativen Therapie mittels Exploration, Neurolyse und gegebenenfalls Rekonstruktion der Digitalnerven mittels Allograft (Avance) mit gegebenenfalls Ausleitung in die Pulpa i. R. eines kurzstationären Settings. Bei der initial bestehenden RQW durch die erlittene Quetschverletzung am Zeigefinger sei keine Exploration und Darstellung der Digitalnerven erfolgt, weshalb bis zum Beweis des Gegenteils von einer Nervenläsion der Digitalnerven am Dig II auszugehen sei. Dies decke sich jeweils mit der klinischen als auch neurologischen Untersuchung. Betreffend der Compliance der Patientin seien keinerlei negative Auffälligkeiten beobachtet worden. Sodann gebe es in der Tat bei der vorherrschenden Konstellation keine absolute Sicherheit zum vollumfänglichen Behandlungserfolg. Aufgrund der bereits oben erwähnten fehlenden Exploration der Digitalnerven i. R. der initialen RQW durch die Quetschverletzung am Zeigefinger rechts könne einzig und alleine eine chirurgische Exploration und gegebenenfalls Neurolyse mit Rekonstruktion des Digitalnervens mittels Allograf (Avance) und gegebenenfalls Ausleitung in die Pulpa eine Verbesserung bringen. Sei ein Nerv verletzt, könne dies zu einem Neuroma in continuitatem führen, was für den betroffenen Patienten extrem schmerzhaft sei. Des Weiteren sei zur Diagnose eines CRPS (Chronic Regional Pain Syndrome) festzuhalten, dass diese einerseits eine Ausschlusskriterium sei, wobei sogenannte Budapest-Kriterien erfüllt sein müssten, andererseits dürfe sich das Beschwerdebild der Patientin nicht alleine durch ein Ausschlussverfahren erklären lassen. Dies bedeute, dass der vorliegende hochgradige Verdacht einer Nervenläsion der Digitalnerven das vorherrschende Beschwerdebild erklären könne. Die überschiessende Schmerzantwort i. S. von neuropathischen Schmerzen könne CRPS-ähnliche Symptome herbeiführen. Differential-diagnostisch müsse aufgrund der Gesamtkonstellation eine chirurgische Exploration den hochgradigen Verdacht auf eine Nervenläsion bestätigen oder aber ausschliessen. Sollte allenfalls differentialdiagnostisch ein CRPS vorliegen, wäre dies aufgrund der Kausalität mit dem hochgradigen Verdacht auf eine Nervenläsion ein Typ 2. Schliesslich sei hinsichtlich der Einschränkungen an der rechten Hand Folgendes festzuhalten: Einerseits zeige sich in der klinischen Untersuchung der rechten Hand der Patientin eindeutige Hinweise auf einen fehlenden Einsatz des Zeigefingers im Alltag, was auf die neuropathischen Schmerzen als auch schlechte Beweglichkeit in den Fingergelenken zurückzuführen sei. Aus biomechanischer Sicht funktionierten Dig III, IV und V einwandfrei, was eine Greiffunktion theoretisch ermögliche, aufgrund der neuropathischen Schmerzen und der zentralen Position des Dig II führe diese jedoch zu einer Einschränkung der gesamten Handfunktion. Zweitens sei Schmerz eine subjektive Empfindung und könne nicht objektiv gemessen und quantifiziert werden. Aus der Literatur als auch aus der Erfahrung der behandelnden Ärzte gehe jedoch hervor, dass neuropathische Schmerzen die normale Handfunktion deutlich einschränken könnten und von invalidisierendem Charakter seien. Abschliessend sei auch hier zu unterstreichen, dass aufgrund der Gesamtkonstellation mit initial bestehenden RQW durch die Quetschverletzung am Zeigefinger ohne Exploration der Digitalnerven der hochgradige Verdacht auf eine Nervenläsion der Digitalnerven an Dig II bestehe. Sollte sich eine solche Verletzung effektiv bestätigen, wären die Symptome somatisch objektiv nachvollziehbar.

5.16 Im Bericht des G. ___ vom 8. Januar 2025 (Beschwerdebeilage 5) wurde ausgeführt, hinsichtlich des CRPS habe die Beschwerdeführerin erneut mit Ergo- und Physiotherapie begonnen, um weitere Muskelatrophien im Bereich der Hand zu verhindern. Anamnestisch

beständen immer wieder blau-violette Verfärbungen der Finger II und III rechts, was weiterhin für eine Aktivität des CRPS spreche.

6. Vorweg ist zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin, wie von der Beschwerdeführerin gerügt, den Fallabschluss per 31. Juli 2024 verfrüht vorgenommen hat.

6.1

6.1.1 Eine versicherte Person hat Anspruch auf die Kostenübernahme für zweckmässige Heilbehandlungen aufgrund der Unfallfolgen im Sinne von Art. 10 Abs. 1 UVG. Wenn sie in Folge eines Unfalls voll oder teilweise arbeitsunfähig (vgl. Art. 6 UVG) ist, hat sie zudem einen Anspruch auf Taggelderleistungen (Art. 16 Abs. 1 UVG). Diese Ansprüche bestehen so lange, als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann und / oder allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV) noch nicht abgeschlossen sind (Art. 19 Abs. 1 UVG). Trifft dies nicht mehr zu, ist der Fall unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen mit gleichzeitiger Prüfung des Anspruches auf eine Invalidenrente und/oder eine Integritätsentschädigung abzuschliessen (BGE 134 V 109 E. 4.1 S. 113 f.; SVR 2017 UV Nr. 42 S. 145, 8C_776/2016 E. 5.1.1).

6.1.2 Ob eine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustands erwartet werden kann, bestimmt sich in erster Linie nach der Verbesserung bzw. der Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit. Die durch eine weitere Behandlung zu erwartende Verbesserung muss dabei ins Gewicht fallen. Eine unbedeutende Verbesserung genügt nicht (BGE 134 V 109, 115 E. 4.3). Ist eine versicherte Person nach einem Unfall wieder in der Lage, in ihrer angestammten Tätigkeit vollzeitlich erwerbstätig zu sein, wird der Fall in der Regel selbst dann abzuschliessen sein, wenn die Fortsetzung einer medizinischen Behandlung die Befindlichkeit noch weiter verbessern könnte (Urteile 8C_970/2012 vom 31. Juli 2013 E. 3.4 und 8C_432/2009 vom 2. November 2009 E. 5.1). Die Möglichkeit einer namhaften Besserung bestimmt sich dabei prognostisch und nicht aufgrund einer retrospektiven Beurteilung (Urteile 8C_888/2013 vom 2. Mai 2015 E. 4.1 mit Hinweisen und 8C_432/2009 vom 2. November 2009 E. 3.2). Grundlage für die Beurteilung dieser Rechtsfrage bilden in erster Linie die ärztlichen Auskünfte zu den therapeutischen Möglichkeiten und der Krankheitsentwicklung, die in der Regel unter dem Begriff Prognose erfasst werden (Urteil des BGer 8C_183/2020 vom 22. April 2020 E. 2.3 mit Hinweisen). Aus dem blossen Umstand, dass die Weiterführung der Behandlung ärztlicherseits empfohlen wurde, kann noch nicht abgeleitet werden, dass noch eine realistische Aussicht auf eine namhafte Besserung im Sinne des Gesetzes bestanden hätte (Urteil des BGer 8C_388/2019 vom 20. Dezember 2019 E. 4.2).

6.2 Die Beschwerdeführerin macht in diesem Zusammenhang geltend, der vom G.____ empfohlene Eingriff (Exploration, Neurolyse und gegebenenfalls Rekonstruktion der Digitalnerven mittels Allograft oder Autograft mit ggf. Ausleitung in die Pulpa) sei nicht nur diagnostisch und damit auch mit Bezug auf den Umfang der somatischen Erklärbarkeit der Symptomatik von Bedeutung, sondern könne von erheblichem therapeutischem Nutzen sein. Es müsse genügen, dass der Eingriff potentiell nutzbringend sei und die Wahrscheinlichkeit des Nutzens in vernünftigen Verhältnis zu den bestehenden Beeinträchtigungen und zum damit bewirkten Leidensdruck stehe. Dementsprechend erweise sich der Fallabschluss als verfrüht.

In den Berichten des B.____ vom 28. September 2023 und 27. Oktober 2023 wurde festgehalten, handchirurgisch sei keine weitergehende Therapie zu empfehlen. In der Folge vertraten zwar die behandelnden Ärzte des G.____ mit Bericht vom 28. Juni 2024 (SA-Nr. 395) die Ansicht, die Indikation für die Exploration, Neurolyse und gegebenenfalls Rekonstruktion der Digitalnerven mittels Allograft (Avance oder einem kurzen Autograft) mit gegebenenfalls Ausleitung in die Pulpa im Rahmen eines kurzstationären Settings sei gegeben und die medizinische Behandlung der Beschwerdeführerin noch nicht abgeschlossen. In ihrem zuhanden des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin verfassten Schreiben vom 14. Oktober 2024 vermochten sie eine allfällige noch mögliche namhafte Verbesserung des Gesundheitszustandes aber nicht überzeugend zu begründen. Soweit die behandelnden Ärzte darin ausführten, die alleinige medikamentöse antineuropathische Therapie führe bei einer mechanischen Kompression, respektive Verletzung des Digitalnervens nicht zu einer kompletten Beschwerderegredienz, diesbezüglich sehe man klar die Indikation zur operativen Therapie, ist festzuhalten, dass der Fallabschluss lediglich voraussetzt, dass von weiteren medizinischen Massnahmen keine erhebliche Verbesserung mehr erwartet werden kann, nicht aber, dass eine ärztliche Behandlung nicht länger erforderlich ist (Urteile 8C_727/2012 vom 21. Dezember 2012 E. 3.2.2 und 8C_585/2010 E. 8). Eine noch nicht vollständige Beschwerderegredienz steht demnach dem Fallabschluss grundsätzlich nicht entgegen. Weiter führten die Ärzte des G.____ aus, es gebe in der Tat bei der vorherrschenden Konstellation keine absolute Sicherheit zum vollumfänglichen Behandlungserfolg. Aufgrund der fehlenden Exploration der Digitalnerven i. R. der initialen RQW durch die Quetschverletzung am Zeigefinger rechts könne einzig und alleine eine chirurgische Exploration und gegebenenfalls Neurolyse mit Rekonstruktion des Digitalnervens mittels Allograft (Avance) und gegebenenfalls Ausleitung in die Pulpa eine Verbesserung bringen. Sei ein Nerv verletzt, könne dies zu einem Neuroma in continuitatem führen, was für den betroffenen Patienten extrem schmerzhaft sei. Mit diesen Ausführungen verbleiben die behandelnden Ärzte argumentatorisch aber im Bereich der Hypothese. Eine noch mögliche namhafte Verbesserung ist damit nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit dargetan. Zudem ergibt sich die Möglichkeit einer namhaften Besserung prognostisch und nicht aufgrund einer retrospektiven Beurteilung (Urteile 8C_888/2013 vom 2. Mai 2015 E. 4.1 mit Hinweisen und 8C_432/2009 vom 2. November 2009 E. 3.2). Damit lässt sich aus der Argumentation der behandelnden Ärzte, dass je nach Resultat der Abklärungen ein anderer Behandlungsansatz gefunden werden könnte, womit allenfalls eine Verbesserung erreicht werden könnte, prognostisch keine überwiegende Wahrscheinlichkeit ableiten. Dagegen legten die Suva-Ärzte, Dres. J.____ und C.____, in ihrer kreisärztlichen Beurteilung vom 10. Juni 2024 (SA-Nr. 370) nachvollziehbar dar, dass die Erfolgsaussichten der vorgeschlagenen Rekonstruktion des digitalen Nervens mittels Allograft oder kleinem Autograft mit Ausleitung in die Pulpa aus neurologischer Perspektive sehr unsicher seien und das Risiko für die Entwicklung eines Neuroms respektive einer nicht beeinflussbaren Schmerzsituation erfahrungsgemäss hoch sei, weshalb der Heilverlauf aus neurologischer Perspektive als abgeschlossen beurteilt werden könne. In Abwägung aller Umstände könne auch aus handchirurgischer Sicht die genannte operative Massnahme nicht empfohlen werden. Zusammenfassend könne weder von der durch Dr. med. H.____ vorgeschlagenen Massnahme noch von einer Tenolyse eine erhebliche Verbesserung erwartet werden, sodass der Fallabschluss zu empfehlen sei. Insofern sich die Beschwerdeführerin zur Begründung der weitergehenden Leistungspflicht der Beschwerdegegenerin auf die Rechtsprechung aus dem Bereich der obligatorischen

Krankenpflegeversicherungsbereich beruft, ist schliesslich darauf hinzuweisen, dass die vorliegend interessierende Frage, ob mit der von den behandelnden Ärzten vorgeschlagenen Behandlung noch eine namhafte Besserung im Sinne einer Verbesserung der Arbeitsfähigkeit erreicht werden kann, nicht mit den im Krankenversicherungsbereich relevanten Kriterien, unter welchen eine Krankenversicherung leistungspflichtig wird, verglichen werden kann. So geht es bei der Leistungspflicht im KVG-Bereich um das Vorliegen einer Behandlungsbedürftigkeit einer Krankheit im Sinne einer Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit, verstanden als ein von der Norm abweichender Körper- oder Geisteszustand (BGE 129 V 32 E. 4.2.1 S. 38). Dagegen zielt das im UV-Bereich relevante Kriterium zur Beantwortung der Frage, ob ein Fallabschluss vorgenommen werden darf, wie erwähnt, in erster Linie auf eine namhafte Besserung der Arbeitsfähigkeit ab. Bereits aus diesem Grund vermag die Beschwerdeführerin aus der von ihr erwähnten Rechtsprechung aus dem KV-Bereich nichts zu ihren Gunsten abzuleiten. Zusammenfassend ist es demnach im Lichte der vorliegenden medizinischen Akten nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin den Fallabschluss per 31. Juli 2024 vorgenommen sowie den weiteren Anspruch der Beschwerdeführerin auf Heilbehandlungs- und Taggeldleistungen verneint hat.

Unabhängig davon lässt sich der Fallabschluss auch deshalb nicht beanstanden, weil davon auszugehen ist, dass in einer angepassten Verweistätigkeit eine volle Arbeitsfähigkeit gegeben ist (vgl. E. II. 10 hiernach; vgl. David Ionta, *Stabilisation de l'état de santé en LAA*, HAVE 2023 S. 314 ff., Ziffer II. 3. Absatz am Ende mit Hinweis).

7. Des Weiteren, ist wie erwähnt, zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin den Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente zu Recht verneint und ihr eine Integritätsentschädigung von 10 % zugesprochen hat.

E. 8

8.1 Strittig ist in diesem Zusammenhang unter anderem die diagnostische Einordnung der von der Beschwerdeführerin an der rechten Hand noch geklagten Beschwerden. Die Beschwerdeführerin stellt sich diesbezüglich im Wesentlichen auf den Standpunkt, aus medizinischer Sicht und in der Rechtsanwendung komme der Frage, ob die Schmerzen auf der Grundlage eines CRPS zu erklären seien und damit auch als somatisch nachvollziehbar zu gelten hätten, erhebliche Bedeutung zu. Die präzise Differenzierung zwischen CRPS und chronischem neuropathischem Schmerzsyndrom sei für die objektive Nachvollziehbarkeit der Beschwerden relevant. Das CRPS weise oft spezifische, objektivierbare klinische Zeichen auf, die die Diagnosestellung unterstützten. Bei chronischen neuropathischen Schmerzsyndromen ohne solche Befunde sei die Objektivierbarkeit der Beschwerden schwieriger zu gewährleisten.

E. 8.2

8.2.1 Das CRPS ist eine Sammelbezeichnung für Krankheitsbilder, die die Extremitäten betreffen. Es entwickelt sich nach einem schädigenden Ereignis und führt beim Betroffenen zu anhaltenden Schmerzen mit Störungen des vegetativen Nervensystems, der Sensibilität und der Motorik. Das CRPS I (früher: Sudeck-Syndrom oder sympathische Reflexdystrophie) ist eine Erkrankung der Extremität, die ohne definierte Nervenläsion nach relativ geringfügigem Trauma ohne Bezug zum Innervationsgebiet eines Nervs auftritt. Eingeteilt wird es in drei Stadien: I: Entzündungsstadium; II: Dystrophie; III: Atrophie (irreversibel). Das CRPS II (früher: Kausalgie) zeichnet sich aus durch brennende

Schmerzen und Störungen des sympathetischen Nervensystems als Folge einer definierten peripheren Nervenläsion. Klinische Zeichen bzw. Symptome eines CRPS sind schwer lokalisierbare brennende Schmerzen (z.B. Allodynie, Hyperalgesie) kombiniert mit sensiblen, motorischen und autonomen Störungen (u.a. Ödeme, Temperatur- und Schweißsekretionsstörung, evtl. trophische Störung der Haut, Nagelveränderungen, lokal vermehrtes Haarwachstum). Im weiteren Verlauf kann es zu Knochenabbau (Demineralisation), Ankylose sowie Funktionsverlust kommen (zum Ganzen: Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 267. Aufl., Berlin 2017, S. 1623). Das CRPS ist eine neurologisch-orthopädisch-traumatologische Erkrankung und ein organischer bzw. körperlicher Gesundheitsschaden (Urteile 8C_123/2018 vom 18. September 2018 E. 4.1.2; 8C_232/2012 vom 27. September 2012 E. 5.3.1; 8C_1021/2010 vom 19. Februar 2011 E. 7).

Für die Annahme eines CRPS ist praxisgemäss nicht erforderlich, dass die Diagnose von den Ärzten bereits innerhalb von sechs bis acht Monaten nach dem Unfall gestellt worden sein muss, um sie als unfallbedingt anzusehen (Urteile 8C_714/2016 vom 16. Dezember 2016 E. 4.1; 8C_177/2016 vom 22. Juni 2016 E. 4.3). 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 (Urteile 8C_411/2017 vom 17. Juli 2018 E. 3.3.1; 8C_673/2017 vom 27. März 2018 E. 5; 8C_384/2009 vom 5. Januar 2010 E. 4.1.1 und 4.2.2, in: SVR 2010 UV Nr. 18 S. 69).

8.2.2 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:

8.3 Wie aus den medizinischen Akten ersichtlich, wurde bereits im Bericht des B.____ vom 23. September 2022 der Verdacht auf ein CRPS Typ II Dig II Hand rechts diagnostiziert, wobei die obengenannten Budapest-Kriterien noch nicht erfüllt waren, da im betreffenden Bericht unter den medizinischen Befunden nicht mindestens ein klinisches Zeichen in mehr als 2 Kategorien nachgewiesen werden konnte. Damit übereinstimmend wurde auch mit Bericht des B.____ vom 20. Oktober 2022 festgehalten, die Budapest Kriterien seien formal nicht erfüllt. Die erstmalige formalkorrekte Diagnose eines CRPS erfolgte im Bericht des B.____ vom 30. November 2022, wo die Diagnose unter Beurteilung der Budapest Kriterien begründet wurde. Ebenso kam Dr. med. D.____, Leitender Arzt Neurologische Schmerzmedizin, E.____, in seinen Aktenbeurteilungen vom 10. Mai 2023

und 25. April 2024 nachvollziehbar zum Schluss, grundsätzlich seien die Budapest Kriterien erfüllt. Er favorisiere jedoch die Diagnose eines neuropathischen Schmerzes im Versorgungsgebiet des Nervi digitalis palmares proprii 2 rechts radial. Prinzipiell seien für den 2. Finger rechts auch die Diagnosekriterien für ein CRPS erfüllt. Generell müsse man aber kritisch in Betracht ziehen, dass das Auftreten eines CRPS über nur einem Finger ungewöhnlich sei. Allgemein gelte, dass, wenn sich die Diagnosekriterien auf ein peripheres Nervenversorgungsgebiet eingrenzen liessen, die Diagnose eines neuropathischen Schmerzes vorzuziehen sei. Wie die Beschwerdegegnerin sodann korrekt anführte, wurde im weiteren Verlauf das CRPS nicht mehr ■ bzw. nicht mehr regelrecht gestützt auf die Budapest-Kriterien ■ diagnostiziert, sondern die Diagnose eines neuropathischen Schmerzes vorgezogen. Im Bericht des G.____ vom 21. Februar 2024 (SA-Nr. 317) wurden in diesem Zusammenhang als Befunde festgehalten: «Leicht hypotropher aber nicht dystropher Zeigefinger ohne klinische CRPS-Zeichen». Es zeige sich weder eine Hypertrichose noch eine verstärkte Schweißneigung der Hand. Auch eine Allodynie könne am heutigen Untersuchungstag nicht wirklich nachgewiesen werden. Zu diesem Schluss kamen sodann auch die Kreisärzte Dr. med. J.____, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie, und Dr. C.____, Facharzt für Neurologie FMH, in ihrem Bericht vom 10. Juni 2024 (SA-Nr. 370). So seien die diagnostischen Kriterien (Budapest Kriterien) [4-6] eines komplexen regionalen Schmerzsyndroms (CRPS) nicht erfüllt. Bei Prüfung der Sensibilität könne am gesamten Zeigefinger keine 2 Punktediskrimination, auch nicht wesentlich erweitert, festgestellt werden. Hinweise für trophische Veränderungen gemäss den Budapest Kriterien im Sinne eines CRPS seien nicht vorhanden. Dazu korrelierend schwer nachvollziehbar erschienen die berichteten Veränderungen des Nagels, wie eine vermehrte Querwölbung sowie ein praktisch gestopptes Nagelwachstum seit einem Jahr. Soweit sich die Beschwerdeführerin sodann darauf beruft, im Bericht des G.____ 8. Januar 2025 werde eine aktives CRPS bestätigt, ist ihr entgegenzuhalten, dass im betreffenden Bericht lediglich zwei der medizinischen Befundkriterien ■ Beugedefizit des Zeigefingers und Hypästhesie im Bereich Digni I und II ■ erhoben wurden, womit gemäss Budapest Kriterien ein CRPS nicht zu diagnostizieren ist. Zusammenfassend kann somit den Ausführungen der Beschwerdegegnerin gefolgt werden, wonach im Zeitpunkt des Fallabschlusses das Vorliegen eines CRPS nicht nachgewiesen werden konnte. Zudem ist ergänzend darauf hinzuweisen, dass die diagnostische Einordnung des Leidens für die Beurteilung des Anspruchs auf Versicherungsleistungen nicht von ausschlaggebender Bedeutung ist (vgl. Urteil des BGer 8C_288/2024 vom 29.10.2024 E. 8.6.2 mit Hinweisen). Insofern die Beschwerdeführerin schliesslich verlangt, die Frage, ob ein CRPS vorliege, sei fachmedizinisch abzuklären, ist festzuhalten, dass diese Frage durch die vorliegenden medizinischen Akten eingehend behandelt wurde. Weiterführende Ergebnisse sind durch nochmalige medizinische Abklärungen nicht zu erwarten, weshalb der diesbezügliche Antrag in antizipierter Beweiswürdigung abzuweisen ist.

9. Des Weiteren hat die Beschwerdegegnerin den adäquaten Kausalzusammenhang geprüft, was von der Beschwerdeführerin ■ mit Ausnahme der vorstehend entkräfteten Argumentation, wonach die Adäquanz aufgrund des verfrühten Fallabschlusses noch nicht hätte geprüft werden dürfen ■ nicht konkret gerügt wurde. Die von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Adäquanzprüfung ist denn auch nicht zu beanstanden. Da durch das Unfallereignis keine Verletzung verursacht wurde, welche die Anwendung der Schleudertrauma-Rechtsprechung rechtfertigen würde, hat die Beschwerdegegnerin zu Recht die Praxis, welche für psychische Fehlentwicklungen nach einem Unfall entwickelt

wurde (BGE 115 V 133), angewandt. Ebenfalls ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin das Ereignis als mittelschwererer Unfall an der Grenze zu den leichten Unfällen im Sinne der Rechtsprechung qualifizierte. Schliesslich prüfte die Beschwerdegegnerin die massgebenden Kriterien eingehend und kam in nachvollziehbarer Weise zum Schluss, dass die Adäquanz eines etwaigen Kausalzusammenhangs zwischen dem Ereignis vom 18. Juli 2022 und organisch nicht hinreichend nachweisbaren Beschwerden zu verneinen ist.

10. Sodann brachte die Beschwerdeführerin ebenfalls keine konkreten Rügen gegen die im Bericht vom 5. Juni 2024 vorgenommene kreisärztliche Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit vor. Diesbezüglich hielten die Kreisärzte fest, die Versicherte könne eine ausbildungsadäquate angepasste leichte Tätigkeit ganztags ausüben. Die Greiffunktion der rechten Hand sei zwar beeinträchtigt, leichte Arbeiten könnten aber ausgeübt werden. Bei der Tätigkeit seien Expositionen zu Kälte und Vibrationen zu vermeiden. Diese Beurteilung vermag gestützt auf die kreisärztlichen Ausführungen aus dem Bericht vom 5. Juni 2024 zu überzeugen. Insbesondere ist in diesem Zusammenhang auf die von der Beschwerdeführerin gezeigten zahlreichen Inkonsistenzen hinzuweisen. Diesbezüglich wurde im kreisärztlichen Bericht dargelegt, es sei auffällig, dass bei der Temperaturprüfung keine Schmerzen ausgelöst worden seien, anamnestisch die Versicherte jedoch eine sehr starke Schmerzhaftigkeit bei Wärme- und Kälteexposition angegeben habe. Ebenso seien bei der Testung der Zweipunktgediskrimination keine Schmerzen ausgelöst worden. In der Labordiagnostik vom Untersuchungstag seien zudem Befunde mit deutlich unterhalb des Referenzbereiches liegenden Medikamentenspiegel für Pregabalin und Mirtazapin feststellbar gewesen. Eine zuverlässige Aussage über die Therapieadhärenz könne damit nicht gemacht werden, die Medikamentenspiegel sprächen jedoch gegen eine regelmässige Medikamenteneinnahme. In der Verhaltensbeobachtung während der Untersuchung seien zudem Diskrepanzen zwischen dem Ausmass der geschilderten Beschwerden und dem Verhalten der Versicherten zu beobachten gewesen. Auffallend in der neurologischen Untersuchung aus beobachtender Perspektive sei sodann die uneingeschränkte, wiederholte Fähigkeit, den rechten Daumen und Zeigefinger jeweils mit der Spitze im Sinne der Formung eines «O» zusammenzuführen, währenddessen beim gezielten Prüfen dieser Bewegung in der handchirurgischen Untersuchung diese nur knapp gelinge und deutlich verlangsamt präsentiert werde. Zusammenfassend kann somit auf die kreisärztliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit sowie das entsprechende Zumutbarkeitsprofil abgestellt werden.

11. Im Weiteren ist strittig, ob die Beschwerdegegnerin den Invaliditätsgrad der Beschwerdeführerin korrekt errechnet hat.

11.1 Für die Ermittlung des Einkommens, welches die versicherte Person ohne Invalidität erzielen könnte (Valideneinkommen), ist entscheidend, was sie im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, weil es der Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 134 V 322, E. 4.1, S. 325 f. und BGE 129 V 222, E. 4.3.1, S. 224, je mit Hinweisen).

Wie im angefochtenen Einspracheentscheid korrekt ausgeführt, war die Beschwerdeführerin im Zeitpunkt des Unfalles als Gebäudereinigerin bei der L.____ angestellt. Da diese Anstellung vertraglich nur noch bis zum 31. August 2022 gedauert und diese Anstellung somit auch in diesem Zeitpunkt geendet hätte, wenn die Versicherte keinen Unfall erlitten hätte, ist es nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin zur Berechnung des Valideneinkommens die statistischen Werte der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik (LSE) beizog (vgl. Urteil des BGer 8C_523/2022 vom 23. Februar 2023 E. 7.1 mit Hinweisen). Wie die Beschwerdegegnerin in ihrem Entscheid weiter nachvollziehbar darlegte, war die Beschwerdeführerin während ihres gesamten Aufenthaltes in der Schweiz bis zum Unfall vom 18. Juli 2022 und somit während rund sieben Jahren als Gebäudereinigerin tätig. Konkrete Anhaltspunkte, dass sich die Versicherte schon vor diesem Ereignis beruflich hätte umorientieren wollen, sind aus den Akten nicht ersichtlich. Die Beschwerdeführerin bringt dagegen vor, es bestünden keinerlei Hinweise für die Annahme, dass sie beispielsweise wegen einer einschlägigen Ausbildung das Berufsbild als Gebäudereinigerin gezielt angestrebt habe und auch längerfristig in diesem habe bleiben wollen. Als sie 2015 in die Schweiz eingereist sei, sei die Aufnahme einer Reinigungstätigkeit im Tieflohnsektor die naheliegendste und am einfachsten umzusetzende Option gewesen, um hier Fuss zu fassen und sich eine Existenz aufzubauen. Dies bedeute jedoch nicht, dass vermutet werden dürfe, sie habe freiwillig in diesem Tieflohn-Bereich verharren wollen. So habe sie während der längeren, kurz vor dem Unfall bestehenden Arbeitslosigkeit nachweislich auch diverse andere Tätigkeiten gesucht, was durch den Beizug der entsprechenden Akten bei der Unia bzw. dem RAV geklärt werden könne. Dem ist entgegenzuhalten, dass es rechtsprechungsgemäss der Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Wenn eine erstmalige Rentenzusprechung infrage steht, ist nur dann von einer im Gesundheitsfall erfolgten beruflichen Weiterentwicklung auszugehen, wenn konkrete Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person einen beruflichen Aufstieg und ein entsprechend höheres Einkommen auch tatsächlich realisiert hätte, wäre sie nicht invalid geworden. Bloss theoretische Aufstiegsmöglichkeiten oder Karriereschritte sind rechtsprechungsgemäss nur dann beachtlich, wenn sie mit hoher Wahrscheinlichkeit eingetreten wären (RKUV 2006 Nr. U 568 S. 67 E. 2.1.2; AHI 1998 S. 171 E. 5a). Konkrete Anhaltspunkte, dass die Beschwerdeführerin im vorliegenden Fall im Gesundheitsfall eine andere Tätigkeit, als die der Gebäudereinigerin angestrebt hätte, sind im vorliegenden Fall nicht vorhanden. Auch genügen blosse Absichtserklärungen nicht, um eine nicht weiter konkretisierte berufliche Veränderung anzunehmen und das Valideneinkommen auf einen entsprechend angepassten Wert festzusetzen (SVR 2002 IV Nr. 21 S. 63 f. E. 3b). Die Absicht, beruflich weiterzukommen, muss durch konkrete Schritte wie Kursbesuche, Aufnahme eines Studiums, Ablegung von Prüfungen usw. kundgetan worden sein (RKUV 2006 Nr. U 568 S. 65). Aus dem Umstand, dass die Beschwerdeführerin während ihrer Arbeitslosigkeit Bewerbungen für besser bezahlte Stellen verfasst hat, kann dementsprechend nichts zu ihren Gunsten abgeleitet werden, zumal es zu den Pflichten von Personen, welche Arbeitslosenentschädigungen beziehen wollen, gehört, sich zu bewerben. Somit kann in antizipierter Beweiswürdigung auf die beantragte Einholung der Akten der Unia bzw. des RAV verzichtet werden.

Des Weiteren ist die von der Beschwerdegegnerin zur Berechnung hinzugezogene Tabelle TA1_tirage_skill_level der LSE nicht zu beanstanden. Die Versicherte verfügt über keine abgeschlossene Berufsausbildung und arbeitete seit ihrer Einreise in die Schweiz 2015 bis

zum Unfall als Gebäudereinigerin (Austrittsbericht der F. ___ vom 11. August 2023/ SA-Nr. 229). Daher hat die Beschwerdegegnerin zurecht die Werte der Wirtschaftszweige «77, 79 ■ 82 Sonstige wirtschaftliche Dienstl. (ohne 78)» herangezogen und hierbei auf das Kompetenzniveau 1 abgestellt. Gemäss der Tabelle TA1 der LSE erzielten Frauen 2022 im Wirtschaftszweig «77, 79 ■ 82 Sonst, wirtschaftliche Dienst), (ohne 78)» für Arbeiten des Kompetenzniveaus 1 einen medianen standardisierten Monatslohn von CHF 4'006.00. Der Nominallohnindex betrug per 2022 für Frauen in den Wirtschaftszweigen «77 ■ 82 sonstige wirtschaftliche Tätigkeiten» 101.7 Punkte und per 2023 106.1 Punkte (Basis 2020 = 100/TL.2.20). Die Quartalschätzung für die Nominallohnentwicklung per 2024 betrug gemäss dem Einspracheentscheid 1.5%. Der Tabellenlohn ist an diese Nominallohnentwicklung anzupassen, sodass für 2024 von einem standardisierten Monatslohn von CHF 4'242.01 auszugehen ist. Der standardisierte Monatslohn basiert auf einer wöchentlichen Arbeitszeit von 40 Stunden und ist auf die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit aufzurechnen. In den relevanten Wirtschaftszweigen betrug diese 2023 42.1 Stunden. Somit beträgt der auf die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit aufgerechnete Monatslohn 2024 CHF 4'464.72, was bei 12 Monatslöhnen einem Jahreslohn und damit einem Valideneinkommen von CHF 53'576.64 entspricht.

11.2

11.2.1 Da es der Beschwerdeführerin gemäss der beweiswertigen Beurteilung der Kreisärzte möglich ist, eine ausbildungsadäquate angepasste leichte Tätigkeit ganztags ausüben, sie aber bislang keine Tätigkeit im zumutbaren Ausmass ausübt, muss das Invalideneinkommen aufgrund der Tabellenlöhne gemäss der vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) festgesetzt werden. Der von der Beschwerdegegnerin herangezogene Tabellenlohn ■ TA1 2022, Frauen Total, Kompetenzniveau 1 ■ wird seitens der Beschwerdeführerin ■ abgesehen von einem allfälligen Abzug vom Tabellenlohn ■ nicht bestritten und ist denn auch nicht zu beanstanden. Somit ist auf das errechnete Invalideneinkommen (vorbehältlich eines zusätzlichen Abzugs vom Tabellenlohn; s. E. II. 11.2.2 hiernach) von CHF 56'435.04 abzustellen.

11.2.2 Wird das Invalideneinkommen ■ wie hier der Fall ■ auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. 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 (BGE 124 V 321 E. 3b/aa S. 323; Urteil des Bundesgerichts 8C_185/2013 vom 4. Juli 2013 E. 3) und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann (BGE 126 V 75 E. 5b/aa in fine, S. 80). Der Abzug ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen. Er darf 25 % nicht übersteigen (BGE 126 V 75 E. 5b/bb ■ cc S. 80; Urteil des Bundesgerichts 9C_368/2009 vom 17. Juli 2009 E. 2.1). Nach der Rechtsprechung ist insbesondere dann ein Abzug zu gewähren, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/bb S. 78).

Wenn die Verwaltung wie im vorliegenden Fall bereits einen Abzug vom Tabellenlohn gewährt hat, hat das Sozialversicherungsgericht bei der Überprüfung des Abzugs eine gewisse Zurückhaltung walten zu lassen. Es soll sein eigenes Ermessen nicht an die Stelle des pflichtgemässen Ermessens der Invalidenversicherung setzen (vgl. BGE 137 V 71 E. 5.2 S. 73 f., 126 V 81 E. 6). Ohne Not ist denn von gerichtlicher Seite auch nicht in dieses Ermessen einzugreifen. Es ist somit zu prüfen, ob der von der Beschwerdegegnerin gewährte Abzug vom Tabellenlohn von 10 % angemessen ist.

Im vorliegenden Fall gebietet das Alter der Beschwerdeführerin von 39 Jahren zur Zeit des Einkommensvergleichs keinen Abzug, da es die Möglichkeit, das Lohnniveau gesunder Hilfskräfte in diesem Arbeitssegment zu erreichen, erfahrungsgemäss nicht zusätzlich schmälert (vgl. LSE 2004 TA9 S. 65). Sodann ergibt sich aus der Tabelle T12_b der LSE 2022, dass in diesem Jahr Frauen der Kategorie «ohne Kaderfunktion» und mit Aufenthaltsbewilligung C (Median) ■ wozu die Beschwerdeführerin gemäss Aktenlage zählt (vgl. SA-Nr. 229, S. 12) ■ im Vergleich zum Total von Schweizerinnen und Ausländerinnen der gleichen Kategorie einen um knapp 3.5 % geringeren Lohn erzielten. Dies stellt jedoch praxismässig keine überproportionale Lohneinbusse dar (SVR 2023 IV Nr. 18 S. 63, 8C_332/2022 vom 19. Oktober 2022 E. 5.2.2.1; Urteil 8C_329/2021 vom 27. Oktober 2021 E. 8.6) und rechtfertigt somit keinen zusätzlichen Abzug vom Tabellenlohn.

Schliesslich ist auf die Frage einzugehen, ob aufgrund der bei der Beschwerdeführerin bestehenden Einschränkungen ein leidensbedingter Abzug von mehr als 10 % vorzunehmen ist, wie dies die Beschwerdeführerin geltend macht. In der kreisärztlichen Beurteilung wurde folgendes Zumutbarkeitsprofil statuiert: Zumutbar seien angepasste leichte Tätigkeit ganztags. Die Greiffunktion der rechten Hand sei zwar beeinträchtigt, leichte Arbeiten könnten aber ausgeübt werden. Bei der Tätigkeit seien Expositionen zu Kälte und Vibrationen zu vermeiden. Wie von der Beschwerdegegnerin dargelegt, bestehen in den Akten widersprüchliche Angaben darüber, ob es sich bei der eingeschränkten rechten Hand der Beschwerdeführerin um die dominante oder adominante Hand handelt (vgl. E. II. 5.1 und 5.2 [Linkshänderin] und demgegenüber die Bezeichnung «Dig II rechts [dominant]» in der Diagnosebeschreibung in späteren Berichten [z.B. SA-Nr. 276 f.]). Die Frage kann aber schlussendlich offengelassen werden, denn der vorgenommene leidensbedingte Abzug ist auch dann nicht zu beanstanden, wenn davon ausgegangen wird, dass es sich bei der beeinträchtigten rechten Hand um die dominante Hand handelt. Zwar hat die Praxis seit BGE 126 V 75 bei versicherten Personen, die ihre dominante Hand gesundheitlich bedingt nur sehr eingeschränkt, beispielsweise als Zudienhand, einsetzen können, verschiedentlich einen Abzug von 20 oder sogar 25 % von dem gestützt auf die LSE ermittelten Invalideneinkommen als angemessen bezeichnet (SVR 2019 UV Nr. 7 S. 27, Urteil 8C_58/2018 vom 7. August 2018 E. 5.3; Urteil 9C_124/2019 vom 28. Mai 2019 E. E. 3.2). Aufgrund der dokumentierten Einschränkungen der Beschwerdeführerin ist jedoch nicht von einer faktischen Einhändigkeit auszugehen. Das trotz der gesundheitlichen Beeinträchtigung zumutbarerweise erzielbare Einkommen ist bezogen auf einen ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu ermitteln, der durch ein gewisses Gleichgewicht zwischen Angebot und Nachfrage nach Arbeitskräften gekennzeichnet ist und einen Fächer verschiedenster Tätigkeiten aufweist (Art. 16 ATSG; BGE 134 V 64 E. 4.2.1 S. 70 f.). Der LSE-Tabellenlohn im Kompetenzniveau 1 umfasst eine Vielzahl von leichten Tätigkeiten, die den angeführten Einschränkungen der Beschwerdeführerin Rechnung tragen.

Angesichts des ärztlich umschriebenen Zumutbarkeitsprofils ist von einem genügend breiten Spektrum an zumutbaren Verweisungstätigkeiten auszugehen, die keine besondere Beanspruchung der rechten Hand hinsichtlich Kraft, Feinmotorik und Sensibilität erfordern (Urteil des Bundesgerichts 8C_495/2019 vom 11. Dezember 2019, E. 4.2.2). In diesem Zusammenhang ist auf das Urteil des Bundesgerichts 8C_622/2016 vom 21. Dezember 2016 hinzuweisen, wo das Bundesgericht bezüglich einer versicherten Person, welche ihre rechte dominante Hand nur noch als Zudienhand einsetzen konnte ■ was einer stärkeren Einschränkung als der hier vorliegenden entspricht ■, einen Leidensabzug von 10 % als angemessen erachtete. Vor diesem Hintergrund ist der von der Beschwerdegegnerin vorgenommene leidensbedingte Abzug in der Höhe von 10 % nicht zu beanstanden. Hinzukommt, dass die Beschwerdeführerin, die ihr noch zumutbare Tätigkeit in einem Vollzeitpensum ausüben kann.

Zusammenfassend ist demnach der von der Beschwerdegegnerin errechnete Invaliditätsgrad von 5.2 % (Valideneinkommen von CHF 53'577.00; Invalideneinkommen von CHF 50'792.00 [CHF 56'435.04 abzgl. 10 %]) nicht zu beanstanden.

12. Schliesslich bringt die Beschwerdeführerin gegen die im Bericht vom 10. Juni 2024 (SA-Nr. 371) von Dr. med. J. ____, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie, Dr. C. ____, Facharzt für Neurologie, vorgenommene Beurteilung des Integritätsschadens ebenfalls keine Rügen vor. In den Akten finden sich weder abweichende ärztliche Einschätzungen des bei Abschluss der Behandlung verbleibenden Integritätsschadens noch andere Gründe für ein Abweichen von der Beurteilung des Integritätsschadens von 10 %. Somit ist ohne Weiterungen darauf abzustellen.

13. Demnach ist die Beschwerde abzuweisen.

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

Demnach widerkannt:

3. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

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

Die Präsidentin	Der Gerichtsschreiber
Weber-Probst	Isch

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