



Obergericht Appenzell Ausserrhoden
3. Abteilung

Urteil vom 28. Februar 2023

Mitwirkende	Obergerichtspräsident W. Kobler Oberrichter H.P. Fischer, F. Windisch, M. Schneider, E. Ganz Obergerichtsschreiberin M. Epprecht
Verfahren Nr.	O3V 21 12
Sitzungsort	Trogen
Beschwerdeführerin	A. vertreten durch: RA AA.
Vorinstanz	B. vertreten durch: Fürsprecherin BB.
Gegenstand	Leistungen der Unfallversicherung Beschwerde gegen den Einspracheentscheid der B. vom 13. April 2021

Rechtsbegehren

a) der Beschwerdeführerin:

1. Der angefochtene Einspracheentscheid sei aufzuheben und der Beschwerdeführerin seien weiterhin die gesetzlichen Leistungen zu gewähren.
2. Der Beschwerdeführerin sei rückwirkend ab 6. August 2020 und inskünftig das volle Taggeld auszus zahlen
3. Eventualiter sei die Beschwerdeführerin polydisziplinär (Orthopädie, Neurologie und Psychiatrie) zu begutachten.
4. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zuzüglich Mehrwertsteuer zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

b) der Vorinstanz:

In der Stellungnahme vom 23. Juni 2021:

1. Die Beschwerde sei abzuweisen.
- 2.1 Eventualiter, falls das Gericht wider Erwarten von einer mangelhaften Grundlage ausgehen und die Sache zur weiteren Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückweisen sollte, bliebe die vorgängige Durchführung eines Mahn- und Bedenkzeitverfahrens vorzubehalten, mit der Kompetenz der Beschwerdegegnerin, die Beschwerdeführerin nochmals zu vollständiger anamnestischer Angaben zum Vorzustand anzuhalten, unter der Androhung
 - a) dass ansonsten gestützt auf die Akten und frühere Rechnungsbelege von einem prekären Vorzustand und blossen Zufalls-/Gelegenheitsereignis ohne signifikante Bedeutung im Sinne einer "condicio sine qua non" ausgegangen, oder
 - b) auf das weitere Leistungsbegehren nicht eingetreten werde.
- 2.2 Zudem wäre die Beschwerdeführerin darauf aufmerksam zu machen, dass sich bei vervollständigten Angaben und ergänzenden Abklärungen eine Schlechterstellung für sie ergeben könnte, und ihr vorher nochmals Gelegenheit zum Beschwerderückzug zu gewähren.
- 2.3 Sollte die Beschwerdeführerin am Antrag festhalten, beantragen wir überdies, ihr wegen mutwilligen Verschweigen von Vorzuständen einen Anteil der Kosten des Verfahrens sowie einer weiteren Begutachtung aufzuerlegen und von einer Parteientschädigung abzusehen.

In der Duplik vom 31. Januar 2021:

1. Die Beschwerde sei abzuweisen.
2. Die Rechtsbegehren 2.1 bis 2.3 werden zurückgezogen.

Sachverhalt

- A. A., geboren 1960, war seit 1. Mai 2017 als kaufmännische Angestellte mit einem 60%-Pensum bei der C., D., angestellt und dadurch bei der B. (nachfolgend: B.) obligatorisch gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert (act. 5.1/2). Am 25. Mai 2017 stürzte sie bei der Fahrt mit einem Trottinett vom E. nach F. und verletzte sich im Bereich des linken Ellbogens und der linken Schulter. Die Erstbehandlung erfolgte im G. (act. 5.1/2). Im G. wurden folgende Diagnosen gestellt: 1. II° offene distale diaphysäre intraartikuläre Humerusfraktur links Typ A13-C3 und 2. Proximale dislozierte Tripart-Humerusfraktur nach Neer (act. 5.2/M4). Aufgrund der offenen Fraktur wurde die distale Humerusfraktur notfallmässig am 25. Mai 2017 versorgt, wohingegen die Versorgung der proximalen Humerusfraktur am 31. Mai 2017 erfolgte (act. 5.2/M4 und M5). Die Unfallmeldung durch die Arbeitgeberin erfolgte am 1. Juni 2017, woraufhin die B. die gesetzlichen Leistungen ausrichtete (act. 5.1/2 und vgl. act. 5.1/9). Am 20. Juli 2017 wurde das Anstellungsverhältnis durch die Arbeitgeberin innerhalb der Probezeit gekündigt (act. 5.1/8). Im Oktober 2017 meldete sich A. bei der IV-Stelle Appenzell Ausserrhoden an. Diese stellte in der Mitteilung vom 25. Januar 2018 fest, dass aufgrund der subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin im Assessmentgespräch, wonach sie aus gesundheitlichen Gründen keiner Erwerbstätigkeit mehr nachgehen könne, keine Eingliederungsmassnahmen angezeigt und diese entsprechend abgeschlossen werden (act. 5.1/32).
- B. Nach der Hospitalisation vom 25. Mai 2017 bis 4. Juni 2017 hielt sich A. vom 4. Juni 2017 bis 24. Juni 2017 stationär in der Klinik H., I., auf (act. 5.2/M6 und M9). Eine erste klinisch-radiologische Verlaufskontrolle im G. fand am 4. Juli 2017 statt (act. 5.2/M10). Zum Einholen einer Zweitmeinung begab sich A. am 10. Juli 2017 in die J. zu Dr. med. K., Facharzt FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates (act. 5.2/M11). Am 14. August 2017 erfolgte in der J. eine Scalenusblockade (act. 5.2/M12).
- C. Am 22. Februar 2018 nahm A. die Behandlung bei Dr. med. M., Facharzt FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, N., auf (act. 5.2/M23). Am 12. März 2018 erfolgte die operative Metallentfernung durch Dr. med. M. (act. 5.2/M27). Es folgten weitere Kontrollen und am 8. August 2018 erfolgte eine Schraubenentfernung im Bereich des Epikondylus ulnaris links (act. 5.2/M36).

- D. Der beratende Arzt der B., Dr. med. O., Facharzt FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, stellte am 19. September 2018 fest, dass nach der Schraubenentfernung die Wiederaufnahme der Arbeit mit zunächst 50% innerhalb von 2 bis 4 Wochen zu erwarten sei (act. 5.2/M43). Mit Schreiben vom 21. September 2018 teilte die B. A. daraufhin mit, dass sie die Taggeldleistungen ab 1. Dezember 2018 einstelle (act. 5.1/44). Der behandelnde Arzt Dr. med. M. hielt im Bericht vom 11. Oktober 2018 an der 100%-igen Arbeitsunfähigkeit fest, ebenso im Bericht vom 22. November 2018 (act. 5.2/M44 und M48). Mit Stellungnahme vom 30. November 2018 hielt Dr. med. O. fest, dass eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nicht hinreichend begründet werden könne (act. 5.2/M 43). Zur vorgesehenen Leistungseinstellung liess sich A. am 29. November 2018 vernehmen (act. 5.1/51).
- E. Am 5. Februar 2019 fand ein CT des Ellbogengelenks links in der P., Q., statt (act. 5.2/M54). Am 16. April 2019 erstattete die R. der B. das in Auftrag gegebene orthopädische Gutachten (act. 5.1/M59). Mit Schreiben vom 22. Mai 2019 gab die B. unter Verweis auf das medizinische Assement bekannt, dass sie vorderhand den Grad der Arbeitsunfähigkeit für die Bemessung der Taggeldhöhe bei 100% belasse und empfahl A. die im Assement empfohlene Re-Operation (act. 5.1/85). Im Bericht vom 7. Juni 2019 erklärte Dr. med. M., dass er ein erneutes CT anmelden werde (act. 5.1/M60). Am 15. Juli 2019 erfolgte eine Osteodensitometrie in der Rheumatologie L. (act. 5.1/M62). In der Netzwerk Radiologie Nuklearmedizin im G. wurde am 31. Juli 2019 eine 3-Phasen-Skelettszintigraphie durchgeführt (act. 5.1/M66).
- F. Am 7. Oktober 2019 führte Dr. med. M. eine Pseudoarthrosen-Operation Humerus links mit Plattenentfernung, Anfrischen der Pseudoarthrose und Spongiosaplastik sowie Reosteosynthese des distalen medialen Humerus durch, woraufhin weitere Nachkontrollen erfolgten (act. 5.1/M68, M69 und M72). Im Bericht vom 15. November 2019 erklärte Dr. med. S., Fachärztin FMH Neurologie, Q., dass bei A. eine postoperative Neuropathie des Nervus ulnaris links vorliege (act. 5.1/M71). Am 26. Februar 2020 erfolgte erneut ein CT in der T. mit anschliessender Besprechung des Befundes bei Dr. med. M. am 3. März 2020 (act. 5.1/M74 und M75). Am 18. März 2020 unterbreitete die B. die Akten ihrem beratenden orthopädischem Chirurgen Dr. med. U., Facharzt Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates (act. 5.1/M77).
- G. Weitere Berichte von Dr. med. M. stammen vom 4. Juni 2020 und 7. August 2020 (act. 5.1/M78 und M79). In der Aktenbeurteilung vom 8. September 2020 erklärte Dr. med. U., dass im Sinne einer Anpassungs-/Gewöhnungsfrist ab dem 6. August 2020 eine 50%-ige Arbeitsfähigkeit bestehe und ab dem 31. August 2020 eine 100%-ige Arbeitsfähigkeit. Der

Integritätsschaden betrage 15% (act. 5.1/M81). Mit Eingabe vom 7. Oktober 2020 nahm Dr. med. M. zur Aktenbeurteilung Stellung; vom gleichen Datum stammt ein weiterer Nachkontrolle-Bericht (act. 5.1/M83 und M82). Am 5. Oktober 2020 fand ein weiteres CT des linken Ellbogens statt, dessen Befund Dr. med. M. am 22. Oktober 2020 mit A. besprach (act. 5.1/M86 und M87). Dr. med. U. hielt mit Eingabe vom 26. Oktober 2020 an seiner Beurteilung fest (act. 5.1/M88). Am 4. November 2020 reichte Dr. med. V., Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie, W., einen Arztbericht zuhanden der B. ein (act. 5.1/M90).

- H. Mit Verfügung vom 7. Dezember 2020 erklärte die B., dass der "medizinische Endzustand" erreicht sei, dass die Taggeldleistungen per 30. September 2020 eingestellt werden, dass aufgrund der vollen Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit kein Anspruch auf eine UVG-Invalidenrente bestehe und dass A. eine Integritätsentschädigung von 15% zustehe (act. 5.1/119-124). Dagegen liess A. am 25. Januar 2021 Einsprache erheben (act. 5.1/136-150).
- I. Mit E-Mail vom 31. März 2021 ersuchte die B. den Krankenversicherer X. um weitere Rechnungskopien, welche letztere mit Schreiben vom 6. April 2021 zur Verfügung stellte (act. 5.1/160-161 und 162-203). Mit Einspracheentscheid vom 13. April 2021 wies die B. die Einsprache ab (act. 5.1/204-2019).
- J. Am 14. Mai 2021 liess A. beim Obergericht Appenzell Ausserrhoden Beschwerde mit den eingangs erwähnten Anträgen erheben (act. 1). In der Beschwerdeantwort vom 23. Juni 2021 beantragte die B. im Hauptantrag die Abweisung der Beschwerde (act. 4). Mit Verfügung vom 8. Juli 2021 ordnete die Verfahrensleitung einen zweiten Schriftenwechsel und eine mündliche Verhandlung an (act. 7). Mit Eingabe vom 18. August 2021 reichte die B. weitere Akten betreffend des Vorzustands ein (act. 8 und 9.1-9.10). Am 25. November 2021 liess A. die Replik einreichen (act. 18). Die Duplik der B., nunmehr vertreten durch Fürsprecherin BB., ging am 1. Februar 2022 ein (act. 20).
- K. Mit Eingabe vom 6. Januar 2023 verzichtete der Rechtsvertreter von A., Rechtsanwalt AA., auf eine mündliche Verhandlung (act. 22).
- L. Auf die Vorbringen der Parteien in den Rechtsschriften sowie die Ausführungen in den Akten wird, soweit erforderlich, in den Erwägungen eingegangen.

Erwägungen

1. Formelles

- 1.1 Nach Art. 56 Abs. 1 und Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1), dessen Bestimmungen gemäss Art. 2 ATSG i.V.m. Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung (UVG, SR 832.20) auf die Unfallversicherung anwendbar sind, i.V.m. Art. 28 Abs. 1 lit. b des Justizgesetzes vom 13. September 2010 (JG, bGS 145.31) beurteilt das Obergericht als kantonales Versicherungsgericht Beschwerden aus dem Bereich der Sozialversicherungen. Nebst der sachlichen ist auch die örtliche Zuständigkeit gegeben (Art. 58 Abs. 1 ATSG).

Die von Amtes wegen vorzunehmende Prüfung der weiteren Prozessvoraussetzungen ergibt, dass diese sowohl hinsichtlich der Beschwerdeberechtigung als auch hinsichtlich der Form- und Fristenfordernisse erfüllt sind (Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 59, Art. 60 Abs. 1 und Art. 61 lit. b ATSG sowie Art. 54, Art. 56 und Art. 59 des Gesetzes vom 9. September 2002 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG, bGS 143.1]).

Auf die Beschwerde ist einzutreten.

- 1.2 Mit Duplik vom 31. Januar 2022 zog die nunmehrige Rechtsvertreterin der B. die Rechtsbegehren Ziff. 2.1 – 2.3 zurück.
- 1.3 In formeller Hinsicht beanstandete die Beschwerdeführerin die fehlende Nummerierung der medizinischen Akten sowie das fehlende Aktenverzeichnis (act. 1/Rz. 11; act. 15/Rz. 18).

Gemäss Art. 46 ATSG sind für jedes Sozialversicherungsverfahren alle Unterlagen, die massgeblich sein können, vom Versicherungsträger systematisch zu erfassen (vgl. auch Art. 8 und Art. 8a der Verordnung vom 11. September 2002 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSV, SR 830.11]). Die Aktenführungspflicht der Verwaltung stellt das Gegenstück zum – Bestandteil des rechtlichen Gehörs nach Art. 29 Abs. 2 BV bildenden – Akteinsichtsrecht der versicherten Person dar. Die sorgfältige Aktenführung beinhaltet zum einen die Pflicht der Vollständigkeit der geführten Akten, ferner sind die Unterlagen von Beginn weg in chronologischer Reihenfolge abzulegen, wobei bei Vorliegen eines Akteneinsichtsgesuchs und spätestens im Zeitpunkt des Entscheids das Dossier durchgehend zu paginieren ist. Sodann ist in der Regel ein aussagekräftiges Aktenverzeichnis zu erstellen (UELI KIESER, Kommentar ATSG, 4. Aufl. 2020, N. 11 zu Art. 46

ATSG mit Hinweis auf Urteil des Bundesgerichts 8C_319/2010 vom 15. Dezember 2010 E. 2.2).

Es mag zutreffend sein, dass die Akten im Zeitpunkt der Beschwerdeerhebung nicht vollständig paginiert waren und dannzumal noch kein Aktenverzeichnis erstellt worden war (act. 4/Rz. Ad 11; act. 20/Rz. 7). Aber auch wenn das Akteneinsichtsrecht der Beschwerdeführerin dadurch allenfalls erschwert wurde und die B. eventuell in diesem Bereich über Optimierungsbedarf verfügt, wurde das Einsichtsrecht der Beschwerdeführerin dennoch nicht verunmöglicht. Denn es bestehen keine Anhaltspunkte dafür, dass eine vollständige systematische Aktenregistration und -führung durch die B. nicht gewährleistet gewesen wäre. Insofern ist in den gerügten Umständen – soweit die Beschwerdeführerin dies überhaupt geltend macht – keine nicht heilbare Verletzung des rechtlichen Gehörs zu sehen (BGE 132 V 387 E. 5).

2. Materielles

2.1

2.1.1

Die Zusprechung von Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt grundsätzlich das Vorliegen eines Berufsunfalls, eines Nichtberufsunfalls oder einer Berufskrankheit voraus (Art. 6 Abs. 1 UVG). Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Heilbehandlung). Ist die versicherte Person infolge des Unfalls voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat sie Anspruch auf ein Taggeld (Art. 16 Abs. 1 UVG). Nach Art. 18 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf eine Invalidenrente, wenn sie infolge des Unfalls zu mindestens 10% invalid ist. Erleidet die versicherte Person durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität, so hat sie Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung (Art. 24 Abs. 1 UVG).

2.1.2

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt unter anderem voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 129 V 177 E. 3.1 und E. 3.2).

2.1.2.1

Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise 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 der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 142 V 435 E. 1; 129 V 177 E. 3.1).

Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Da es sich um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (BGE 146 V 51 E. 5.1 mit Hinweisen).

2.1.2.2

Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2; 125 V 456 E. 5a).

2.1.2.3

Die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers spielt bei organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate und natürliche Kausalität weitgehend decken (BGE 134 V 109 E. 2). Sind die geklagten Beschwerden natürlich unfallkausal, aber nicht organisch ausgewiesen, bedarf es einer besonderen Adäquanzbeurteilung, ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf und gegebenenfalls unter Einbezug weiterer unfallbezogener Kriterien, dies allerdings unter Berücksichtigung einzig der physischen Auswirkungen (Urteil des Bundesgerichts

8C_270/2022 vom 12. Oktober 2022 E. 4.2.2; BGE 138 V 248 E. 4; 134 V 109 E. 2.1 und E. 6.1; 115 V 133 E. 6c/aa). Für psychische Fehlentwicklungen nach einem Unfall wurden besondere Adäquanzkriterien entwickelt (Urteil des Bundesgerichts 8C_698/2021 vom 3. August 2022 E. 3.4; BGE 115 V 133 E. 6c/aa, sog. Psycho-Praxis; 134 V 109 E. 2.1).

Praxisgemäss kann die Frage, ob ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen den medizinisch nicht hinreichend nachweisbaren Beschwerden und dem Unfall besteht, bei Verneinung der adäquaten Kausalität offen gelassen werden. Nicht zulässig ist nach der Rechtsprechung demgegenüber, den adäquaten Kausalzusammenhang zwischen allfälligen psychischen respektive organisch nicht hinreichend nachweisbaren Beschwerden und einem Unfallereignis zu bejahen, bevor die sich in tatsächlicher Hinsicht stellenden Fragen bezüglich der Natur der gesundheitlichen Beeinträchtigungen und des natürlichen Kausalzusammenhangs mittels einer psychiatrischen Begutachtung geklärt sind. Ein solches Vorgehen wäre zunächst widersprüchlich, weil die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss Art. 6 Abs. 1 UVG voraussetzt, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ohne verlässliche medizinische Entscheidungsgrundlagen, welche sich über das Vorliegen psychischer Beschwerden, deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit sowie den natürlichen Kausalzusammenhang zum Unfallereignis äussern, kann aus rechtlicher Sicht nicht darauf geschlossen werden, einem Unfallereignis komme für die Entstehung einer psychisch bedingten Arbeits- oder Erwerbsunfähigkeit eine massgebende Bedeutung zu. Zudem wäre die vorhergehende Anerkennung eines adäquaten Kausalzusammenhangs allenfalls geeignet, den psychiatrischen Experten – ob bewusst oder unbewusst – in seiner Einschätzung zu beeinflussen und dadurch das Ergebnis einer im Nachhinein vorgenommenen medizinischen Beurteilung zu verzerren (BGE 148 V 301 E. 4.5.1 mit zahlreichen Hinweisen).

2.1.3

Der Sozialversicherungsprozess ist gemäss Art. 43 Abs. 1 ATSG vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach hat die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (UELI KIESER, a.a.O., N. 13, N. 15 und N. 30 zu Art. 43 sowie N. 106f zu Art. 61 ATSG). Was notwendige Abklärungen sind, ergibt sich zum einen daraus, in welchem Umfang Abklärungen vorzunehmen sind, und zum anderen daraus, in welcher Tiefe dies der Fall ist. Zunächst sind die für die zu entscheidende Frage massgebenden Bereiche abzugrenzen und in der Folge ist der Sachverhalt abzuklären, bis er mit dem im Sozialversicherungsbereich erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden

Wahrscheinlichkeit erstellt ist (UELI KIESER, a.a.O., N. 18ff zu Art. 43 ATSG; vgl. BGE 138 V 218 E. 6). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an der Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellungen bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_281/2018 vom 25. Juni 2018 E. 3.2.1; UELI KIESER, a.a.O., N. 20 zu Art. 43 ATSG).

2.1.4

Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben die beurteilenden Instanzen die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Gericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a; ebenso BGE 132 V 393 E. 2.1).

2.1.4.1

Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen (BGE 134 V 231 E. 5.1). Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten beziehungsweise der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a; BGE 134 V 231 E. 5.1). Ausschlaggebend für den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 Erw. 3a).

2.1.4.2

Dennoch erachtet es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b; vgl. dazu BGE 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.5). So kommt beispielsweise Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen nicht derselbe Beweiswert zu wie einem im Verfahren nach

Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten (BGE 125 V 351 E. 3a). Soll ein Versicherungsfall 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, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 139 V 225 E. 5.2; BGE 135 V 465 E. 4.4). Beratende Ärzte eines Versicherungsträgers sind, was den Beweiswert ihrer ärztlichen Beurteilung angeht, versicherungsinternen Ärzten gleichzusetzen (Urteil des Bundesgerichts 8C_774/2020 vom 19. Februar 2021 E. 2.2).

2.1.4.3

Weiter ist anzufügen, dass praxisgemäss die Berichte der behandelnden Ärzte oder anderer medizinischer Fachpersonen – dies gilt grundsätzlich nicht nur für Hausärzte, sondern auch für spezialärztlich behandelnde Medizinalpersonen – wegen ihrer auftragsrechtlichen Stellung und ihres Behandlungsauftrags kaum je eine abschliessende objektive Beurteilung des Gesundheitszustands erlauben (Urteile des Bundesgerichts 8C_370/2019 vom 22. Oktober 2019 E. 3 und 8C_609/2017 vom 27. März 2018 E. 4.3.3; BGE 135 V 465 E. 4.5).

2.1.4.4

Voll beweistauglich kann auch eine reine Aktenbeurteilung sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte fachärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (Urteile des Bundesgerichts 9C_154/2021 vom 10. März 2022 E. 2.1; 8C_281/2021 vom 19. Januar 2022 E. 3.2; 8C_582/2021 vom 11. Januar 2022 E. 8.2). Aktenbeurteilungen sind insbesondere dann von Belang, wenn die relevanten Befunde mehrfach und ohne wesentlichen Widerspruch bereits erhoben worden sind, aber die Zuordnung zu einer Diagnose oder der Kausalzusammenhang und das Ausmass der Behinderung verschieden bewertet werden. In diesen Fällen kann in einer Aktenbeurteilung das Für und Wider der verschiedenen Meinungen erwogen und die überwiegende Wahrscheinlichkeit für eine bestimmte Beurteilung deutlich gemacht werden (Urteil des Bundesgerichts 8C_540/2007 vom 27. März 2008 E. 3.2). Entscheidend ist insbesondere, ob genügend Unterlagen aufgrund anderer persönlicher Untersuchungen vorliegen, die ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben. Der medizinische Sachverständige muss sich insgesamt aufgrund der vorhandenen Unterlagen ein lückenloses Bild machen können (Urteil des Bundesgerichts 8C_889/2008 vom 9. April 2009 E. 3.3.1).

2.2 Was das Unfallereignis vom 25. Mai 2017 und den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin anbelangt, ergibt sich aus den Akten:

2.2.1

Im G. wurde die distale Fraktur des Humerus am Unfalltag – 25. Mai 2017 – operativ versorgt (act. 5.2/M4). Die dreiteilige proximale Humerusfraktur wurde am 31. Mai 2017 operativ versorgt (act. 5.2/M5). Gemäss Austrittsbericht des G. vom 6. Juni 2017 gestaltete sich der weitere peri- und postoperative Verlauf unauffällig, so dass am 4. Juni 2017 ein Austritt zur weiteren Behandlung in die Kur erfolgte. Die Arbeitsunfähigkeit wurde vom 25. Mai 2017 bis 14. Juli 2017 mit 100% eingeschätzt (act. 5.2/M6).

2.2.2

Im Austrittsbericht der Klinik H., I., wird beschrieben, dass die im Anschluss an die Operationen zu ihnen gekommene Beschwerdeführerin in einem reduzierten Zustand sei. Nicht nur aufgrund der Verletzungen, sondern auch psychisch sei sie angeschlagen. Die Operationswunden seien reizlos und der Ellbogen sei massiv geschwollen bis zum Handgelenk. Es beständen Parästhesien im Dig IV und V der linken Hand. Am Austrittstag sei der Vorderarm praktisch vollständig abgeschwollen. Es sei eine Röntgenkontrolle gemacht worden, wo sich normale Stellungsverhältnisse nach Osteosynthese gezeigt hätten. Eine psychologische Betreuung sei im Haus begonnen worden und werde ambulant fortgeführt (act. 5.2/M9).

2.2.3

In der klinisch-radiologischen Verlaufskontrolle vom 4. Juli 2017 im G. klagte die Beschwerdeführerin, dass sie seit der Operation starke Schmerzen vor allem im Bereich des linken Ellbogens dorsalseitig über die Vorderarm-Extensorenmuskulatur bis hin zum Kleinfinger verspüre. Von Seiten der Schulter beständen keine starken Schmerzen. Im Röntgen vom 4. Juli 2017 zeigte sich eine regelrechte Lage. Es wurde ihr ein Arbeitsunfähigkeitszeugnis vom 15. Juli 2017 bis 15. September 2017 ausgestellt (act. 5.2/M10).

2.2.4

Im Arztzeugnis UVG der J. wurde im Befund zur Untersuchung vom 10. Juli 2017 festgehalten, dass die Beschwerdeführerin deutlich depressiv wirke. Die aktuellen Beschwerden seien auf ein beginnendes CRPS zurückzuführen. In der Verlaufskontrolle vom 7. August 2017 wurde eine deutliche Normalisierung des linken Arms sowie eine Verbesserung der Beweglichkeit im linken Ellbogen befunden und festgehalten, dass die Beschwerdeführerin weiterhin zu 100% arbeitsunfähig bleibe (act. 5.2/M11). Am 14. August

2017 erfolgte eine Scalenusblockade, woraufhin die ziehenden brennenden Schmerzen im Oberarm-Bereich nicht mehr vorhanden waren (act. 5.2/M12). Im Verlaufsbericht zur Untersuchung vom 11. September 2017 wurde festgehalten, dass heute nur noch der Grundsmerz persistiere. Die Beschwerdeführerin wirke viel positiver, könne den linken Arm bereits in die Körperbewegungen miteinbeziehen. Bis zur Kontrolle Mitte/Ende November bleibe sie zu 100% arbeitsunfähig. Zur Untersuchung vom 20. November 2017 wurde festgehalten, dass es seit der letzten Kontrolle doch zu einer sukzessiven leichten Besserung gekommen sei, wobei dennoch tägliche Schmerzen beständen. Die Physiotherapie sei weiterzuführen und Anfangs 2018 müsste allenfalls die Metallentfernung diskutiert werden. Bis dahin bleibe sie zu 100% arbeitsunfähig (act. 5.2/M16). In der Untersuchung vom 29. Januar 2018 wurde ein unveränderter Verlauf und weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit von 100% festgestellt (act. 5.2/M19)

2.2.5

Dr. med. M. hielt bezüglich der Konsultation vom 22. Februar 2018 fest, dass bezüglich der Schulter objektiv ein gutes Resultat bestehe. Bezüglich des Ellbogens liege zwar eine recht gute Beweglichkeit vor, jedoch sei die Pro-/Supination schlecht, was es anlässlich der Metallentfernung zu verbessern gelte. Zwecks Einsicht in den Knochen habe er ein CT angemeldet. Bezüglich der Sensibilitätsstörung im IV und V Finger handle es sich um eine Irritation des Nervus ulnaris, welcher anlässlich der Operation dargestellt und mobilisiert worden sei. Es bestehe sicher noch eine spontane Besserungstendenz. Seit 25. Mai 2017 schätze er die Arbeitsunfähigkeit mit 100% ein (act. 5.2/M23). Am 12. März 2018 erfolgte die operative Metallentfernung durch Dr. med. M. (act. 5.2/M27). Anlässlich der Nachkontrolle vom 3. April 2018 berichtete die Beschwerdeführerin über wieder stärkere Schmerzen. Dr. med. M. erklärte, dass er mit dem Verlauf der Beweglichkeit gut zufrieden sei, jedoch beginne die Beschwerdeführerin ein chronisches Schmerzsyndrom zu bilden (act. 5.2/M30). Im Bericht über die Nachkontrolle vom 1. Mai 2018 wurden die guten Fortschritte der Beschwerdeführerin hinsichtlich der Beweglichkeit festgehalten (act. 5.2/M31). Die Untersuchung vom 12. Juni 2018 ergab eine weitere Verbesserung der Beweglichkeit mit einem noch leichten Streck- und Beugedefizit im Bereich des Ellbogens. Im Vergleich zum Februar 2018 wurde eine Verbesserung der Schulterfunktion erwähnt, aber auch das Zurückbleiben einer erheblichen Resteinschränkung (act. 5.2/M34). Am 6. August 2018 wurde eine lockere Schraube entfernt im Bereich des Epikondylus ulnaris links (act. 5.2/M36). Anlässlich der Untersuchung vom 16. August 2018 wurde festgehalten, dass vor allem noch Kribbelparästhesien im Dig IV ulnar und Dig V beständen, die Hyposensibilität eher besser geworden und der stechende Schmerz am Ellbogen weg sei (act. 5.2/M42). Die Nachkontrolle vom 11. Oktober 2018 ergab, dass radiologisch die Fraktur im distalen Humerusbereich immer noch nicht durchbaut sei und auch die Irritation des Nervus ulnaris

sich noch nicht vollständig erholt habe. Die Belastbarkeit des Ellbogens sei noch nicht gegeben und jene der Schulter lasse sich hier nicht weiter verbessern (act. 5.2/M44). Im Bericht über die Untersuchung vom 22. November 2018 wurden von Seiten der Frakturheilung unveränderte Verhältnisse geltend gemacht (act. 5.2/M48). In jenem vom 31. Januar 2019 wird festgehalten, dass die Schmerzen im Ellbogenbereich nicht besser geworden seien. Es bestehe eine Empfindlichkeit am Ellbogen ulnarseits mit Ausstrahlung bis in den Kleinfinger, wobei sich die Hyposensibilität hier nicht verbessert habe. Schulterschmerzen gebe die Beschwerdeführerin wenig an (act. 5.2/M51). Dr. med. M. erklärte der Beschwerdeführerin am 7. Februar 2019 anlässlich der Besprechung des CT, dass die Kortikalis nirgends durchgehend durchgebaut sei. Faktisch müsse von einer Pseudoarthrose ausgegangen werden (act. 5.2/M55).

2.2.6

Im orthopädischen Gutachten der R. vom 16. April 2019 wurde ausgeführt, dass sich die von der Beschwerdeführerin geäusserten Beschwerden durch die objektivierbaren klinischen und bildgebenden Befunde plausibel erklären lassen. Es bestehe eine deutlich verminderte Belastungsfähigkeit des linken Armes, wovon sämtliche Aktivitäten betroffen seien, die unter Einsatz beider Arme durchgeführt werden. Medizinisch-theoretisch wäre derzeit unter gewissen Bedingungen die berufliche Tätigkeit als kaufmännische Angestellte möglich. Jedoch stehe im Vordergrund, dass die unfallkausale medizinische Behandlung nicht abgeschlossen sei. Als einzige valable Therapievariante bestehe eine vollständige Resektion der Pseudoarthrose und allfälliger avitaler Knochenanteile mit anschliessender Reosteosynthese unter Anlagerung von autologem Knochen (act. 5.1/M59, Seite 18f). Im Bericht vom 7. Juni 2019 über die Untersuchung vom Vortag führte Dr. med. M. aus, dass sich die Beschwerdeführerin durch die vorgeschlagene Operation überrumpelt fühle. Sie habe zwischenzeitlich eine Stosswellentherapie durchgeführt und wolle durch ein erneutes CT eine allfällige Verbesserung klären (act. 5.1/M60). Die Osteodensitometrie vom 15. Juli 2019 in der L. ergab einen Messwert im fortgeschritten osteopenischen Bereich am Schenkelhals links, aber zu gute Messwerte im fortgeschritten osteopenischen bis beginnend osteoporotischen Messbereich axial (act. 5.1/M62). Am 31. Juli 2019 wurde eine Ganzkörperskelettszintigrafie durchgeführt, wo sich eine Pseudoarthrose der distalen Humerursfraktur links mit erhöhtem ossären Stoffwechsel ergab. Weiter wurde intaktes Osteosynthesematerial ohne Hinweis auf Schraubenlockerungen sowie eine unauffällige Darstellung der Schulterprothese links festgestellt (act. 5.1/M66).

2.2.7

Die von Dr. med. M. am 7. Oktober 2019 durchgeführte Pseudoarthrosen-Operation verlief postoperativ komplikationslos. Jedoch habe sich gemäss der Beschwerdeführerin die Hyposensibilität im Bereich des Kleinfingers wieder eher verstärkt (act. 5.1/M68 und M69). Dr. med. S. diagnostizierte gestützt auf die Untersuchung vom 13. November 2019 eine Ulnariseuropathie links nach Revisionsoperation am linken Ellbogen im Oktober 2019. Die Prognose bezüglich Spontanheilung sei offen. Da das Auftreten der Beschwerden erst 5 Wochen zurückliege, seien die Chancen für eine Rückbildung der neuropathischen Schmerzen intakt (act. 5.1/M71). Im Bericht vom 5. Februar 2020 führte Dr. med. M. aus, dass gestützt auf das Röntgenbild nicht sicher gesagt werden könne, ob der Knochen im Durchbau sei, weshalb ein erneutes CT anstehe (act. 5.1/M72). In der Besprechung des CT vom 3. März 2020 wurde festgehalten, dass sich kein Durchbau der Pseudoarthrose zeige. Es zeige sich von Seiten des Nervus ulnaris eine Erholung, die Hyposensibilität im ulnaren Unterarmbereich habe sich gebessert (act. 5.1/M75).

2.2.8

Der beratende orthopädische Chirurg Dr. med. U. beurteilte gemäss der Aktennotiz vom 18. März 2020 die Situation ebenfalls als nicht befriedigend, da sich der knöcherne Durchbau immer noch nicht eingestellt habe. Trotz des fehlenden kompletten Knochendurchbaus bestehe aktuell in einer leichten beruflichen Tätigkeit mit Belastungen unter 7 kg mindestens eine 50%-ige Arbeitsfähigkeit. Aufgrund des komplikationsbehafteten Verlaufs wäre es sinnvoll, vor einem erneuten Eingriff eine Zweitmeinung einzuholen (act. 5.1/M77).

2.2.9

Anlässlich der Nachkontrolle vom 27. Mai 2020 hielt Dr. med. M. fest, dass sich bezüglich des Ellbogens ein Durchbau anzubahnen scheine. Jedenfalls sei der Pseudarthrosespalt deutlich geringer geworden. Auch die Funktion des Nervus ulnaris verbessere sich weiter, das Tinel-Zeichen sei weiter distal und die Hypothenarmuskulatur zeige weniger Hypotrophie (act. 5.1/M78). Im Nachfolgebericht vom 7. August 2020 wurde der weitere Fortschritt der Heilung der Pseudarthrose erwähnt. Auch die Schädigung des Nervus ulnaris erhole sich. Da die neuropathischen Schmerzen deutlich besser geworden seien, solle das Pregabalin abgesetzt werden (act. 5.1/M79).

2.2.10

In der Aktenbeurteilung vom 8. September 2020 erklärte Dr. med. U., dass nach Kenntnis der aktuellen medizinischen Berichte von Dr. med. M. sich keine relevante Veränderung der funktionellen Einschränkungen der linken oberen Extremität ergeben habe. Mit weiteren medizinischen Massnahmen sei keine relevante Verbesserung mehr zu erzielen.

Radiologisch sei von einer weitgehenden knöchernen Konsolidierung der ehemaligen Fraktur auszugehen. Nach Kenntnis der geringen klinisch/funktionellen Befunde der linken oberen Extremität sei ab dem 6. August 2020 eine 50%-ige Arbeitsfähigkeit im Sinne einer Anpassungs-/Gewöhnungsfrist einzuschätzen. Ab 31. August 2020 sei bei den oben genannten geringen funktionellen Einschränkungen der linken oberen Extremität von einer vollen Arbeitsfähigkeit im Sinne einer Steigerung auf 100% in der angestammten Tätigkeit als kaufmännische Angestellte auszugehen. Der Integritätsschaden betrage 15%. Er sei auf die Veränderungen des linken Humeruskopfes nach proximaler Humerusfraktur und Humeruskopfnekrose mit der Notwendigkeit der Implantation einer inversen Schulter-TEP links zurückzuführen. In der Einschätzung sei die funktionell nicht relevante Einschränkung einer Sensibilitätsstörung des Nervus ulnaris bereits mitberücksichtigt (act. 5.1/M81).

2.2.11

Im Bericht über die Nachkontrolle vom 1. Oktober 2020 hält Dr. med. M. fest, dass die Beschwerdeführerin wegen Nebenwirkungen das Pregabalin abgesetzt habe, die neuropathischen Beschwerden im Bereich des Nervus ulnaris seither vermehrt vorhanden seien. Es seien Schmerzen beim Ablegen des Armes vorhanden, wie auch beim Autofahren. Der vertrauensärztliche Bericht, durch den sie zum Simulanten abgestempelt werde, setze ihr psychisch zu (act. 5.1/M82). In der Stellungnahme vom 7. Oktober 2020 zur Aktenbeurteilung erklärte Dr. med. M., dass sich im vorgeholten CT zeige, dass die Pseudoarthrose in Durchheilung sei. Weiterhin bestehe aber eine relevante Funktionseinbusse im Sinne einer verminderten Belastbarkeit des linken Arms. Bei längeren Autofahrten habe die Beschwerdeführerin Mühe. Nach 10 Minuten Arbeit am PC verspüre sie Schmerzen, insbesondere im Versorgungsgebiet des Ulnaris. Dort störe auch die bestehende Hyposensibilität. Weiter störe die Platte, welche ulnarseits am Epicondylus vorstehe, indem sie z.B. den Ellbogen noch nicht auf den Tisch legen könne. Der medizinische Endzustand sei nicht erreicht. Im Zusammenhang mit der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit treffe nicht zu, dass eine geringe funktionelle Einschränkung bestehe. Die Belastungsdauer bei der Computerarbeit betrage ca. 10 Minuten, ähnlich verhalte es sich beim Autofahren. Die nach Absetzung des Pregabalins wieder vermehrt vorhandenen neuropathischen Schmerzen des Nervus ulnaris machen sich insbesondere dadurch bemerkbar, dass die Beschwerdeführerin aufgrund des chronischen Schmerzverlaufs zunehmend an Erschöpfung und psychischen Symptomen leide. Die Schmerzen beständen auch in der Nacht. Zudem müsse sie wegen Krämpfen im linken Arm jede Nacht 3 – 4 Mal aufstehen und diese Schlafstörungen würden sich auf ihre Leistungsfähigkeit auswirken. Bei der festgelegten Integritätsentschädigung mit 15% werde der zusätzlichen Neuropathie des Nervus ulnaris keine funktionelle relevante Einschränkung zugestanden. Dies verhalte sich aber nicht so. Da der medizinische Endzustand nicht erreicht sei, sei die Einstellung der

Versicherungsleistungen nicht gerechtfertigt (act. 5.1/M83). Anlässlich der Besprechung des CT am 22. Oktober 2020 hielt Dr. med. M. fest, dass es der Beschwerdeführerin unter psychiatrischer Behandlung bei Dr. med. V. von der Stimmung her wieder etwas besser gehe. Das Krampfgefühl in der Nacht sei nach wie vor störend, ebenso die Sensibilitätsstörung im Ulnarisversorgungsgebiet. Das neue CT zeige, dass die Pseudoarthrose jetzt durchbaut sei (act. 5.1/M87).

2.2.12

Dr. med. U. führte in seiner Stellungnahme vom 26. Oktober 2020 aus, dass aus beratungsärztlicher Sicht zwischen den subjektiv beklagten Beschwerden und den klinisch objektivierbaren Befunden erheblich Diskrepanzen beständen. Im klinischen Befund sei von einem weitgehend seitengleichen Bewegungsumfang, einer unauffälligen seitengleichen Muskulatur und einer nicht relevanten Hyposensibilität die Rede. Funktionelle und relevante neurologische Defizite an der linken oberen Extremität fehlen, welche man aufgrund der subjektiven Beschwerdeschilderung zwingend erwarten würde. Eine Arbeitsunfähigkeit lasse sich aufgrund der klinisch objektiven Befunde nicht ansatzweise begründen (act. 5.1/M88).

2.2.13

Im Arztbericht vom 4. November 2020 erklärte Dr. med. V., dass die Beschwerdeführerin seit 30. März 2020 in seiner ärztlichen Behandlung stünde. Seitdem sei es zu einer zunehmenden Verschlechterung ihres psychischen Zustandsbilds gekommen. Die Schmerzzustände aufgrund der Oberarmfraktur hätten mittlerweile zu einer schwergradigen Depression und zu einer sozial starken Isolierung der Beschwerdeführerin geführt. Sie leide unter schweren Schlafstörungen und sei auf die tägliche Einnahme von Schmerzmitteln, Schlafmedikamenten und Antidepressiva angewiesen. Trotz der Medikation und der in zweiwöchigem Abstand stattfindenden Therapiegespräche hätten sich die Schmerz-Zustände nicht wesentlich verbessert (act. 5.1/M90).

2.3 Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdeführerin weiterhin Anspruch auf Versicherungsleistungen der B. hat.

2.3.1

Unbestritten ist das Vorliegen eines Unfallereignisses (act. 1/Rz. 31 und act. 4/Rz. Ad 10). Tatsache ist ferner, dass die Beschwerdeführerin im Jahr 2014 als Folge eines Sturzes auf die linke Schulter eine Tuberculum majus-Fraktur erlitt (act. 9.5). Diese Verletzung verheilte – worin sich die Parteien einig sind – folgenlos und hat somit keinen Einfluss auf den hier zu beurteilenden Trottnett-Unfall (act. 1/Rz. 44; act. 20/Rz. 3 und Rz. 17). Als weitere Tatsache festzuhalten gilt, dass die Beschwerdeführerin im Mai 2020 einen Unfall erlitt, bei welcher sie

sich mutmasslich eine Kompressionsfraktur mit Keilwirbelbildung zuzog. Aus dieser Verletzung erhebt die Beschwerdeführerin keine Ansprüche gegenüber der B. (act. 1/Rz. 25 und Rz. 43; act. 20/Rz. 4 und Rz. 17). Unstrittig ist zudem, dass die Beschwerdeführerin aktuell nicht mehr an einem CRPS leidet (act. 4/Rz. ad 14; act. 15/Rz. 29). Zudem liegt auch keine aktuelle Osteoporose vor (act. 15/Rz. 7; act. 20/Rz. 12). Schliesslich ist bezüglich der psychischen Beschwerden der Beschwerdeführerin unbestritten, dass sie bereits früher unter solchen litt und sich einer dementsprechenden Behandlung unterzog (act. 1/Rz. 45; act. 20/Rz. 8).

2.3.2

Vorab stellt sich – da umstritten – die Frage, ob der medizinische Endzustand überhaupt erreicht ist (act. 1/Rz. 60; act. 4/Rz. 10; act. 15/Rz. 36 und act. 20/Rz. 11).

2.3.2.1

Der Unfallversicherer hat den Fall unter Einstellung von Heilbehandlung und Taggeld sowie Prüfung des Anspruchs auf Invalidenrente und Integritätsentschädigung abzuschliessen, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind (Art. 19 Abs. 1 UVG; BGE 144 V 354 E. 4.1; 143 V 148 E. 3.1.1; 137 V 199 E. 2.1). Die Besserung bestimmt sich namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit unfallbedingt beeinträchtigt, wobei die durch weitere Heilbehandlung zu erwartende Besserung ins Gewicht fallen muss. Unbedeutende Verbesserungen genügen nicht (BGE 134 V 109 E. 4.3). Diese Frage ist prospektiv zu beurteilen (Urteil des Bundesgerichts 8C_183/2020 vom 22. April 2020 E. 2.3). Kommt die sogenannte Psychopraxis (BGE 115 V 133) zur Anwendung, stellen noch behandlungsbedürftige psychische Leiden keinen Grund für einen Aufschub des Fallabschlusses dar, da die psychischen Beeinträchtigungen für die Beurteilung der Adäquanz bei der Psychopraxis unberücksichtigt bleiben (Urteil des Bundesgerichts 8C_493/2018 vom 12. September 2018 E. 3.2; vgl. auch Erwägung 2.1.2.3).

Kann von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung im Sinne von Art. 19 Abs. 1 UVG mehr erwartet werden und sind zugleich die Voraussetzungen von Art. 21 Abs. 1 UVG (Pflegeleistungen und Kostenvergütungen nach Festsetzung einer Invalidenrente) nicht erfüllt, hat der Unfallversicherer keine Heilbehandlung mehr zu übernehmen. Der obligatorische Krankenversicherer tritt an seine Stelle (BGE 140 V 130 E. 2.2; 134 V 109 E. 4.2).

2.3.2.2

Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung standen vorliegend im Zeitpunkt des Fallabschlusses nicht zur Diskussion (vgl. Sachverhalt A). Unbestritten ist ferner, dass die Beschwerdeführerin beim hier zu beurteilenden Trottinett-Unfall Brüche am unteren und oberen Ende des Oberarmknochens erlitten hat. Aus den medizinischen Akten geht hervor, dass im Zeitpunkt des Gutachtens der R. vom April 2019 der Endzustand noch nicht erreicht worden war (act. 5.1/M59, Seite 19). Nach der im Oktober 2019 erfolgten Operation am linken Ellbogen, welche von der R. als zu einer namhaften Besserung des Gesundheitszustands führende Behandlungsoption empfohlen wurde, erfolgte zunächst eine zögerliche Heilung der Pseudoarthrose (act. 5.1/M72, M75 und M77). Ab Ende Mai 2020 zeichnete sich jedoch eine Verbesserung ab (act. 5.1/M78 und M79) und in den Nachkontrollberichten von Oktober 2020 wurde der Durchbau der Pseudoarthrose festgestellt (act. 5.1/M83 und M87). Unter diesem Gesichtspunkt ist nicht zu beanstanden, dass die B. im angefochtenen Einspracheentscheid, welcher die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis bildet (vgl. BGE 143 V 409 E. 2.1), in somatischer Hinsicht vom Erreichen des medizinischen Endzustands ausging. Zumal auch die Beschwerdeführerin dannzumal nicht darlegte, dass und bejahendenfalls von welcher ärztlichen Behandlung im Zeitpunkt der Leistungseinstellung prospektiv noch eine namhafte Besserung ihres Gesundheitszustands zu erwarten gewesen wäre. Im Übrigen wies auch Dr. med. M. in seiner Stellungnahme zum Einspracheentscheid der B. – mithin nach der massgebenden zeitlichen Grenze (vgl. BGE 143 V 409 E. 2.1) – im Zusammenhang mit der allenfalls noch in Frage kommenden Entfernung der Platte darauf hin, dass bezüglich der damit verbundenen Auswirkungen auf den Nervus ulnaris keine Gewissheit bestehe (act. 2.3/ad 4.5 F; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C_739/2020 vom 17. Februar 2021 E. 3 und E. 5.3). Der Fallabschluss sowie die Einstellung der Leistungen durch die B. per 30. September 2020 ist daher nicht zu beanstanden.

2.3.3

Weiter ist zu prüfen, ob die über den 30. September 2020 hinaus geklagten psychischen Beschwerden in einem adäquaten Kausalzusammenhang zum Unfallereignis vom 25. Mai 2017 stehen (BGE 134 V 109 E. 3.2, E. 5, E. 6.1 und E. 10).

2.3.3.1

Ausgangspunkt der Adäquanzbeurteilung bildet das objektiv erfassbare Unfallereignis. Im Rahmen einer objektivierten Betrachtungsweise ist zu untersuchen, ob der Unfall eher als leicht, als mittelschwer oder als schwer erscheint, wobei im mittleren Bereich gegebenenfalls eine weitere Differenzierung nach der Nähe zu den leichten oder schweren Unfällen erfolgt. Die Unfallschwere ist aufgrund des augenfälligen Geschehensablaufs mit den sich

entwickelnden Kräften zu beurteilen. Irrelevant sind die Unfallfolgen oder Begleitumstände, die nicht direkt dem Unfallgeschehen zugeordnet werden können; solchen Faktoren ist gegebenenfalls bei den Adäquanzkriterien Rechnung zu tragen (BGE 140 V 356 E. 5.1; Urteil des Bundesgerichts 8C_176/2018 vom 27. September 2018 E. 10.1). Abhängig von der Unfallschwere sind je nachdem weitere Kriterien in die Beurteilung einzubeziehen (BGE 115 V 133 E. 6).

2.3.3.1.1

Die B. ging von einem Ereignis aus dem mittleren Bereich an der Grenze zu leichten Ereignissen beziehungsweise von einem leichten Ereignis, allenfalls an der Grenze zum mittleren Bereich, aus (act. 2.2/11, act. 4/Rz. 50 und act. 20/Rz. 8). Die Beschwerdeführerin stellt sich hingegen auf den Standpunkt, es sei von einem mittelschweren Ereignis im mittleren Bereich auszugehen, da sie in voller Fahrt gestürzt und mit der ganzen linken Körperseite heftig auf dem harten Strassenbelag aufgeschlagen sei. Ausserdem sei das Trottinett beim Sturz heftig auf sie gefallen (act. 1/Rz. 50).

2.3.3.1.2

In der Schadenmeldung UVG wurde der Unfall dahingehend geschildert, dass die Beschwerdeführerin mit einem Trottinett vom Gasthaus E. nach F. gefahren und dabei gestürzt sei (act. 5.1/1). Gemäss der Meldung im Newsportal "X." habe die 57-jährige Frau im unteren Teil der Strecke in langsamer Fahrt die Herrschaft über ihr Fahrzeug verloren und sei gestürzt (act. 5.1/3). Die B. stellte in ihrer Stellungnahme fest, dass die Beschwerdeführerin alleine mit dem Hund einer Gruppe nachgefolgt sei und beim Umsehen nach dem Hund einen Sturz auf die linke Schulter und den linken Ellbogen erlitten habe. Weiter wurde auf den Polizeirapport verwiesen, gemäss welchem das Trottinett nicht beschädigt und keinen Defekt aufgewiesen habe. Insbesondere seien die Bremsen intakt und der Helm unversehrt gewesen. Zudem habe die Beschwerdeführerin angegeben, langsam gefahren zu sein (act. 4/Ziff. 2a).

Ausgehend von diesem – unbestrittenen (vgl. act. 15/Rz. 19) – Sachverhalt ist unter Berücksichtigung der Rechtsprechung zur Qualifikation eines Unfalls nach dessen Schwere nicht zu beanstanden, dass die B. das vorliegende Unfallereignis als mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den leichten Ereignissen qualifiziert hat (IRENE HOFER, Basler Kommentar, Unfallversicherungsgesetz, 2019, N. 87f zu Art. 6 UVG; RUMO-JUNGO/HOLZER, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. 2012, S. 61 ff., vgl. insbesondere S. 64f. mit Hinweis u.a. auf Urteil des Bundesgerichts 8C_912/2009 vom 26. Februar 2010 E. 5.2; vgl. auch Urteile des Bundesgerichts 8C_390/2010 vom 20. Juli 2010 E. 2.3; 8C_414/2017 vom 26. Februar 2018 E. 3.4). Im vorliegenden Fall liegt insofern ein "gewöhnlicher" Sturz

vor, als die Beschwerdeführerin ohne besondere Umstände und ohne Fremdeinwirkung/Kollision zu Fall kam. Weiter ist davon auszugehen, dass sie, um dem Hund ein Nachkommen zu ermöglichen, in einem hundegerechten (ergo moderatem) Tempo die Strasse hinab fuhr und letztlich zu Fall kam. Letztere Annahme wird auch durch die Feststellung im Polizeirapport untermauert, wonach das Trottinett nicht beschädigt gewesen und auch der Helm unversehrt gewesen sei, was bei einem Sturz mit hohem Tempo nicht mehr der Fall gewesen sein dürfte. Angesichts dieser Umstände kann keineswegs – wie von der Beschwerdeführerin geltend gemacht – von einem mittelschweren Unfall ausgegangen werden (vgl. Praxisübersicht in Urteil des Bundesgerichts 8C_398/2012 vom 6. November 2012 E. 5.2.2), vielmehr käme allenfalls sogar noch eine Qualifikation als leichtes Ereignis in Frage (RUMO-JUNGO/HOLZER, a.a.O., S. 62). Schlussendlich ist jedoch festzuhalten, dass die Qualifikation der B., das vorliegende Unfallereignis als mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den leichten Ereignissen zu betrachten, sich als zutreffend erweist.

2.3.3.2

Während die Adäquanz bei leichten Unfällen in der Regel verneint und bei schweren Unfällen regelmässig bejaht werden kann (BGE 115 V 133 E. 6a und E. 6b), lässt sich diese Frage bei Unfällen aus dem mittleren Bereich nicht aufgrund des Unfalls allein beantworten. Daher sind weitere, objektiv erfassbare Umstände, die unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte beziehungsweise indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Als wichtigste Kriterien sind zu nennen: besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls; die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen; ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung; körperliche Dauerschmerzen; ärztliche Fehlbehandlung, die die Unfallfolgen erheblich verschlimmert; schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen; Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit (BGE 115 V 140 E. 6c/aa; IRENE HOFER, a.a.O., N. 89 zu Art. 6 UVG).

Bei der gegebenen Unfallschwere – mittelschweres Unfallereignis im Grenzbereich zu den leichten Ereignissen – kann die Adäquanz nur bejaht werden, wenn mindestens vier der massgeblichen Kriterien erfüllt sind oder eines besonders ausgeprägt vorliegt (Urteil des Bundesgerichts 8C_421/2009 vom 2. Oktober 2009 E. 5.8; vgl. auch BGE 115 V 133 E. 6c/bb; IRENE HOFER, a.a.O., N. 92 zu Art. 6 UVG). Rechtsprechungsgemäss sind Adäquanzkriterien dabei nur mit grosser Zurückhaltung als ausgeprägt erfüllt zu anerkennen (Urteil des Bundesgerichts 8C_131/2021 vom 2. August 2021 E. 6.4.1).

2.3.3.2.1

Die B. verneint das Vorliegen der notwendigen vier Kriterien zur Bejahung der Adäquanz. Selbst wenn eine lange Dauer der ärztlichen Behandlung vorläge, wäre sie in nicht besonderer Ausprägung erfolgt. Zudem lasse sich eine anhaltend lange Dauer einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit nicht aus somatischen Unfallfolgen begründen (act. 20/Rz. 8 und Rz. 15). Die Beschwerdeführerin demgegenüber erachtet fünf der sieben Adäquanzkriterien als gegeben, mindestens drei davon – Schwere der erlittenen Verletzungen, ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung sowie körperliche Dauerschmerzen – in ausgeprägter Form (act. 1/Rz. 49ff und act. 15/Rz. 43ff).

2.3.3.2.2

Das Kriterium der besonders dramatischen Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls wird beschwerdeweise nicht dargetan und ist nicht erkennbar (act. 1/Rz. 51; Urteil des Bundesgerichts 8C_611/2016 vom 16. Dezember 2016 E. 3.4).

2.3.3.2.3

Beim Kriterium der Schwere oder besonderen Art der erlittenen Verletzungen ist insbesondere deren erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen, zu berücksichtigen. Der Unfall führte zu mehreren Frakturen am linken Arm, jedoch erscheint diese Verletzung nicht als geeignet, erhebliche psychische Fehlreaktionen auszulösen (Urteile des Bundesgerichts 8C_137/2014 vom 5. Juni 2014 E. 7.2 mit Hinweis auf 8C_197/2009 vom 19. November 2009 E. 3.5; vgl. generell zur Kasuistik bei diesem Kriterium Urteil des Bundesgerichts 8C_51/2014 vom 14. Juli 2014 E. 5.5.1, unter anderem mit Hinweis auf 8C_744/2009 vom 8. Januar 2010 E. 11.2).

2.3.3.2.4

Das Kriterium der ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung ist nicht allein nach einem zeitlichen Massstab zu beurteilen, sondern von Bedeutung sind auch Art und Intensität der Behandlung sowie der Umstand, inwieweit noch eine Besserung des Gesundheitszustands zu erwarten ist. Es muss, gesamthaft gesehen, eine kontinuierliche, mit einer gewissen Planmässigkeit auf die Verbesserung des Gesundheitszustands gerichtete ärztliche Behandlung von ungewöhnlich langer Dauer vorliegen. Manualtherapeutische Massnahmen zur Erhaltung des Zustands und medikamentöse Schmerzbekämpfung genügen diesen Anforderungen nicht (Urteil des Bundesgerichts 8C_729/2012 vom 4. April 2013 E. 8.3). Sodann kommt Abklärungsmassnahmen und blossen ärztlichen Kontrollen nicht die Qualität einer regelmässigen, zielgerichteten Behandlung zu (Urteil des Bundesgerichts 8C_249/2009 vom 3. August 2009 E. 8.4). Die Beschwerdeführerin musste sich unmittelbar nach dem Unfall im Mai 2017 zwei Operationen

unterziehen, danach im März 2018 einer operativen Metallentfernung sowie im August 2018 einer (ambulanten) Schraubenentfernung (vgl. Sachverhalt A und C). Schliesslich erfolgte im Oktober 2019 die im Gutachten der IB-Bern empfohlene Re-Operation (vgl. Sachverhalt F). Weiter bestand die Behandlung im Wesentlichen in einem rund dreiwöchigen Rehabilitationsaufenthalt nach der Erstbehandlung, radiologischen Abklärungen, orthopädischen Behandlungen, Therapien (Physio-, Stosswellen-, Wassertherapie) sowie Medikamenteneinnahme. Aufgrund der Gesamtumstände kann zwar das Kriterium bejaht werden, jedoch liegt es keineswegs besonders ausgeprägt vor. Nicht entscheidungswesentlich berücksichtigt werden kann, dass nochmals eine vorerst letzte Operation ausstehend ist sowie die im Frühling 2020 begonnene psychiatrische Behandlung (vgl. E. 2.1.2.3).

2.3.3.2.5

Selbst wenn das Kriterium der körperlichen Dauerschmerzen im Sinne von über den gesamten Zeitraum andauernden Beschwerden (Urteil des Bundesgerichts 8C_15/2013 vom 24. Mai 2013 E. 8) zu bejahen wäre, so ist es jedenfalls nicht in auffallender oder besonders ausgeprägter Weise gegeben. Im Gutachten der R. wurde ausgeführt, die von der Beschwerdeführerin geäusserten Beschwerden liessen sich durch die objektivierbaren Befunde plausibel erklären (act. 5.1/M59, Seite 18f). Gemäss den ärztlichen Berichten traten nach der Pseudoarthrosen-Operation Beschwerden auf (vgl. act. 5.1/M68 und M69), diese besserten sich jedoch deutlich (vgl. act. 5.1/M79) und traten dann nach Absetzung des Pregabalins wieder vermehrt auf, offenbar vor allem im Zusammenhang mit alltäglichen Verrichtungen wie Autofahren oder Computerarbeit (vgl. act. 5.1/M82 und M83). Gestützt darauf scheint die Beschwerdeführerin nie gänzlich beschwerdefrei gewesen zu sein, aber in besonders ausgeprägter Form liegen die Beschwerden jedenfalls gemäss den medizinischen Akten nicht vor.

2.3.3.2.6

Das Kriterium der ärztlichen Fehlbehandlung wird beschwerdeweise nicht dargetan und ist nicht erkennbar (act. 1/Rz. 55).

2.3.3.2.7

Nicht erfüllt ist das Kriterium des schwierigen Heilungsverlaufs und/oder von erheblichen Komplikationen. Denn aus der Dauer der ärztlichen Behandlung und den geklagten Beschwerden darf nicht auf einen schwierigen Heilungsverlauf und/oder erhebliche Komplikationen geschlossen werden; vielmehr bedarf es dazu besonderer Gründe, die die Heilung beeinträchtigt oder verzögert haben (Urteil des Bundesgerichts 8C_123/2018 vom 18. September 2018 E. 5.2.2.2). Der Umstand, dass trotz verschiedener Therapien keine Beschwerdefreiheit erreicht werden kann, genügt allein nicht (Urteil des Bundesgerichts

8C_803/2017 vom 14. Juni 2018 E. 3.1). Die Beschwerdeführerin verweist in diesem Zusammenhang auf die Pseudoarthrose, das CRPS und das neuropathische Schmerzsyndrom. Damit vermag sie aber keine besonderen Gründe für die Bejahung dieses Kriteriums darzutun. Zumal das von Dr. med. K. im Bericht vom 11. August 2017 (act. 5.2/M11), mithin rund drei Monate nach dem Unfall, diagnostizierte beginnende posttraumatische CRPS sich in der Folge nicht verwirklichte und insofern keine nennenswerten Auswirkungen bei der behaupteten Beeinträchtigung oder Verzögerung der Genesung haben konnte.

2.3.3.2.8

Das Kriterium des Grades und der Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit bezieht sich nicht allein auf das Leistungsvermögen im angestammten Beruf. Gemäss Rechtsprechung genügt eine rund dreijährige durchgehende Arbeitsunfähigkeit, um dieses Kriterium zu erfüllen (Urteil des Bundesgerichts 8C_803/2017 vom 14. Juni 2018 E. 3.7). Bereits im September 2018 war Dr. med. O., nachdem im August 2018 eine Schraubenentfernung im Bereich des linken Ellbogens erfolgte, der Ansicht, dass eine Wiederaufnahme der Arbeit mit zunächst 50% möglich sei (act. 5.2/M36 und M43). Und im April 2019 war auch die Gutachterstelle R. der Meinung, dass medizinisch-theoretisch unter gewissen Bedingungen die berufliche Tätigkeit im angestammten Beruf möglich wäre. Letztendlich empfahl sie jedoch eine berufliche Reintegration erst nach Abschluss der medizinischen Behandlung (act. 5.1/M59, Seite 18f). Insofern war die Beschwerdeführerin aus somatischen Unfallfolgen deutlich weniger als drei Jahre in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt, weshalb das Kriterium nicht erfüllt ist.

2.3.3.2.9

Zusammenfassend liegen die massgebenden Kriterien nicht in der erforderlichen Häufung und/oder Ausprägung vor, um den adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 25. Mai 2017 und den von der Beschwerdeführerin zum Zeitpunkt der Leistungseinstellung geklagten Beschwerden bejahen zu können. Damit ist nicht zu beanstanden, dass die Mobiliar den adäquaten Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychischen Beschwerden verneinte und den natürlichen Kausalzusammenhang dahingestellt liess (Erwägung 2.1.2.3).

2.3.4

Sodann ist die Rüge der Beschwerdeführerin hinsichtlich der Zulässigkeit der Aktenbeurteilung von Dr. med. U. zu prüfen (act. 1/Rz. 34ff.).

Die B. stützte sich beim angefochtenen Einspracheentscheid hinsichtlich der somatischen Beschwerden auf die beiden Aktenbeurteilungen ihres beratenden Arztes Dr. med. U., mithin auf versicherungsinterne Beurteilungen. Dem stehen – in somatischer Hinsicht – die Berichte des behandelnden Facharztes Dr. med. M. gegenüber. Bei beiden Ärzten handelt es sich um Fachärzte für orthopädische Chirurgie, wobei die Diskrepanz die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit beschlägt. Es ist unbestritten, dass die Aktenbeurteilungen von Dr. med. U. in Kenntnis der vollständigen Akten ergingen und dass er sich hierbei unter anderem auch auf die Ausführungen und persönlichen Untersuchungen von Dr. med. M. abstützte. Zudem ist unbestritten, dass auch eine reine Aktenbeurteilung grundsätzlich beweiskräftig sein kann (vgl. Erwägung 2.1.4.4). Im orthopädischen Gutachten der R. vom April 2019 wurde erwähnt, dass unter gewissen Bedingungen eine Erwerbstätigkeit möglich sei, jedoch die medizinische Behandlung noch nicht abgeschlossen sei und daher eine weitere Operation empfohlen werde (act. 5.1/M59). Die Pseudoarthrosen-Operation wurde im Oktober 2019 von Dr. med. M. durchgeführt (act. 5.1/M68). Im März 2020 herrschte insofern Einigkeit zwischen den beiden Fachärzten, als dass die Situation mangels Einstellung des knöchernen Durchbaus nicht befriedigend sei (act. 5.1/M75 und M77). Dr. med. U. sprach damals von einem komplikationsbehafteten Verlauf, ging aber dennoch in einer leichten beruflichen Tätigkeit von einer mindestens 50%-igen Arbeitsfähigkeit aus, wohingegen Dr. med. M. weiterhin von einer 100%-igen Arbeitsunfähigkeit ausging (act. 5.1/M77 und M75). Anlässlich der Nachkontrollen äusserte sich Dr. med. M. trotz der festgestellten Verbesserungen nicht zur Arbeitsfähigkeit, sondern erst wieder in der Stellungnahme vom 7. Oktober 2020 zur ersten Aktenbeurteilung von Dr. med. U. vom 8. September 2020 (act. 5.1/M83). Ersterer stellte eine relevante Funktionseinbusse – verminderte Belastbarkeit des linken Armes – fest sowie im Zusammenhang mit der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit gewisse funktionelle Einschränkungen. Dies im Widerspruch zur Aktenbeurteilung von Dr. med. U., welcher aufgrund der aktuellen medizinischen Berichte die Notwendigkeit einer körperlichen Untersuchung verneinte und von geringen klinisch/funktionellen Befunden der linken oberen Extremität ausging, weshalb ab Ende August 2020 eine volle Arbeitsfähigkeit bestehe (act. 5.1/M83 und M81). Konfrontiert mit der Einschätzung von Dr. med. M. verneinte Dr. med. U. in der zweiten Aktenbeurteilung nochmals das Bestehen einer Arbeitsunfähigkeit mit Verweis auf die klinisch objektiven Befunde, d.h. weitgehend seitengleicher Bewegungsumfang, unauffällige seitengleiche Muskulatur, nicht relevante Hyposensibilität (act. 5.1/M88). Letztere beide Punkte werden von der Beschwerdeführerin bestritten, d.h. sie wirft Dr. med. U. vor, die deutliche Muskelhypothrophie und die Neuropathie nicht berücksichtigt zu haben

(act. 1/Rz. 60). Dies trifft insoweit nicht zu, als Dr. med. U. in der ersten Aktenbeurteilung im Zusammenhang mit der Einschätzung des Integritätsschadens ausführte, es sei in seiner Einschätzung von 15% die funktionell nicht relevante Einschränkung einer Sensibilitätsstörung des Nervus ulnaris bereits mitberücksichtigt (act. 5.1/M81, Seite 5). Die massive Diskrepanz in der Arbeitsfähigkeitsschätzung, welcher ohnehin ein Ermessensspielraum inhärent ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_465/2019 vom 12. November 2019 E. 8.2.1), ist aufgrund des Gesagten darauf zurückzuführen, dass Dr. med. U. die Sensibilitätsstörung des Nervus ulnaris als keine oder lediglich geringe funktionelle Einschränkung betrachtet, Dr. med. M. hingegen die Neuropathie des Nervus ulnaris als Grund für die Arbeitsunfähigkeit bezeichnet. Ausschlaggebend ist vorliegend, dass Dr. med. U. trotz anderslautender diskrepanter Einschätzung nicht nachvollziehbar und schlüssig begründet, weshalb er im konkreten Fall und unter Berücksichtigung des von ihm anerkannten komplikationsbehafteten Verlaufs zu einer gänzlich anderen Einschätzung der funktionellen Einschränkungen und letztlich der Arbeitsfähigkeit gelangt, mithin das Für und Wider der diskrepanten Meinungen nicht schlüssig erwogen und die überwiegende Wahrscheinlichkeit für eine bestimmte Beurteilung nicht ausreichend deutlich gemacht hat (vgl. Erwägung 2.1.4.4). Immerhin liegen der Einschätzung von Dr. med. M. – auch wenn diese aufgrund seiner Stellung als behandelnder Facharzt kritisch zu würdigen ist (vgl. Erwägung 2.1.4.3) – eigene Untersuchungen der Beschwerdeführerin zu Grunde, so dass er sich von den Einschränkungen persönlich ein Bild machen konnte. Insgesamt liegen somit gewisse geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Aktenbeurteilung von Dr. med. U. vor, da das Gericht aufgrund der sich widersprechenden ärztlichen Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit – wie bereits erwähnt – nicht in der Lage ist, einen Sachverhalt festzustellen, der zumindest überwiegend wahrscheinlich ist. Der medizinische somatische Sachverhalt ist demnach durch die Einholung eines versicherungsunabhängigen Gutachtens zu klären (vgl. Urteil 8C_380/2021 vom 21. Dezember 2021 E. 5.4 und E. 5.5).

2.3.5

Zusammenfassend ist die Beschwerde in dem Sinne gutzuheissen, dass der Einspracheentscheid vom 13. April 2021 aufzuheben und die Sache an die B. zurückzuweisen ist, damit sie nach Einholung eines versicherungsunabhängigen Gutachtens neu über ihre Leistungspflicht verfüge.

3. Kosten und Entschädigung

3.1

Bei Streitigkeiten über Leistungen ist das Verfahren kostenpflichtig, wenn dies im jeweiligen Einzelgesetz vorgesehen ist; sieht das Einzelgesetz keine Kostenpflicht bei solchen Streitigkeiten vor, so kann das Gericht einer Partei, die sich mutwillig oder leichtsinnig verhält, Gerichtskosten auferlegen (Art. 61 lit. f^{bis} ATSG). Vorliegend handelt es sich um eine Leistungsstreitigkeit, aber das Unfallversicherungsgesetz sieht keine Kostenpflicht für das Beschwerdeverfahren vor. Da auch keine Leichtsinigkeit oder Mutwilligkeit einer Partei vorliegt, ist das Verfahren kostenlos.

3.2

Gemäss Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. Die Rückweisung der Sache zur weiteren Abklärung und Neuentscheidung gilt für die Frage der Auferlegung der Gerichtskosten wie auch der Parteientschädigung als vollständiges Obsiegen, unabhängig davon, ob sie beantragt und ob das entsprechende Begehren im Haupt- oder im Eventualantrag gestellt wird (BGE 141 V 281 E. 11). Der obsiegenden Beschwerdeführerin steht somit ein Anspruch auf eine Parteientschädigung zu. Im Übrigen ist die Bemessung der Parteientschädigung dem kantonalen Recht überlassen (Urteil des Bundesgerichts 8C_11/2016 vom 22. Februar 2016 E. 3.1).

Der Anwalt der Beschwerdeführerin hat keine Kostennote eingereicht, weshalb die Entschädigung nach Ermessen festzulegen ist (Art. 4 Abs. 2 der Verordnung vom 14. März 1995 über den Anwaltstarif, AT, bGS 145.53). Dem Aufwand und den Anforderungen angemessen erscheint ein pauschales Honorar in der Höhe von Fr. 3'500.--, da es sich um einen Fall im Grenzbereich zwischen einem kleineren bis mittleren Fall mit mittlerer Menge an Akten sowie einigen zu beantwortenden Sachverhalts- und Rechtsfragen handelt (Art. 13 Abs. 1 lit. c AT, Art. 16 Abs. 1 AT und Art. 17 AT). Hinzu kommen pauschalisierte Barauslagen von 4% (= Fr. 140.--) sowie die Mehrwertsteuer von 7.7% (= Fr. 280.30), was insgesamt zu anwaltlichen Kosten von Fr. 3'920.30 führt (Art. 3 AT). Dieser Betrag ist der Beschwerdeführerin durch die B. zu ersetzen.

Das Obergericht erkennt:

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde von A. wird der angefochtene Einspracheentscheid vom 13. April 2021 aufgehoben und die Streitsache zu ergänzenden Abklärungen im Sinne der Erwägungen an die B. zurückgewiesen.
2. Es werden keine Kosten erhoben.
3. Die B. hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 3'920.30 (Barauslagen und Mehrwertsteuer inbegriffen) zu entrichten.
4. **Rechtsmittel:**
Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit der Zustellung Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten erhoben werden. Die Zulässigkeit einer solchen Beschwerde richtet sich nach Art. 82 ff. Bundesgerichtsgesetz (BGG, SR 173.110). Die Beschwerde ist beim Schweizerischen Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, schriftlich einzureichen. Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind - soweit vorhanden - beizulegen (Art. 42 BGG). Die Beschwerde hat in der Regel keine aufschiebende Wirkung (Art. 103 BGG).
5. Zustellung an die Beschwerdeführerin über ihren Anwalt, die B. über ihre Anwältin und an das Bundesamt für Gesundheit.

Im Namen der 3. Abteilung des Obergerichts

Der Obergerichtspräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

lic. iur. Walter Kobler

lic. iur. Monika Epprecht

versandt am: 3. März 2023