

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2021.00113 vom 10. November 2022**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2022-11-10, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2021.00113](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2021.00113)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2021.00113 du 10 novembre 2022

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2021.00113 del 10 novembre 2022

## **Erwägungen**

### **E. 1**

X.\_\_\_\_, geboren 1980, erlitt am 23.

Januar 2019 einen Sturz, bei dem sie sich am rechten Unterarm verletzte. Da sie zu diesem Zeitpunkt arbeitslos war, war sie bei der Suva gegen die Folgen von Unfällen versichert (vgl. Unfallmeldung vom 30.

Januar 2019; Urk.

10/1). Diese gewährte Taggeld  
und Heilbehandlung.

Mit Schreiben vom 23.

Juli 2020 (Urk.

10/140) teilte die Suva der Versicherten mit, dass sie die Heilkostenleistungen per 31.

Juli 2020 einstellen werde, und wies darauf hin,

dass die Taggelder per 30.

November 2019 eingestellt worden seien (vgl. auch Urk. 10/37 und Urk. 10/82). Mit  
Verfügung vom 22. Oktober 2020

verneinte sie bei einem Invaliditätsgrad von 8

% einen

Rentenanspruch und bei fehlender erheblicher Schädigung der körperlichen Integrität den  
Anspruch auf eine Integritätsentschädigung (Urk. 10/175).

Dagegen erhob die Versicherte am 26.

Oktober 2020 Einsprache (Urk.

10/182), welche sie am 30.

November 2020

(Urk.

10/187) begründete. Die Suva wies die Einsprache mit Einspracheentscheid vom 20.

April 2021 ab

(Urk. 10/193 = Urk. 2).

### **E. 1.1**

Gemäss Art. 6 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) werden – soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt – die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Abs. 1). Die Versicherung erbringt ihre Leistungen auch bei den im Einzelnen in Abs. 2 aufgeführten Körperschädigungen, sofern sie nicht vorwiegend auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen sind. Ausserdem erbringt die Versicherung ihre Leistungen für Schädigungen, die der verunfallten Person bei der Heilbehandlung zugefügt werden (Abs. 3).

Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 Prozent invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente, sofern sich der Unfall vor Erreichen des ordentlichen Rentenalters ereignet hat ( Art. 18 Abs. 1 UVG) . Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG). 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).

### **E. 1.2**

Die Leistungspflicht eines 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 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 entfiel (BGE 129 V 177 E. 3.1, 402 E. 4.3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

### **E. 1.3**

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, 402 E. 2.2, 125 V 456 E. 5a).

Bei objektiv ausgewiesenen organischen Unfallfolgen deckt sich die adäquate, das heisst rechtserhebliche Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung ( vgl. BGE 134 V 109 E. 2.1, 127 V 102 E. 5b/ bb mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C\_499/2020 vom 19. November 2020 E. 2.2.1 ).

#### **E. 1.4**

Nach Gesetz und Rechtsprechung ist der Fall unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen und Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung abzuschliessen, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind (vgl. Art. 19 Abs. 1, Art. 24 Abs. 2 UVG; BGE 144 V 354 E. 4.1 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C\_527/2020 vom 2. November 2020 E. 4.1 mit Hinweisen ). In diesem Zeitpunkt ist der Unfallversicherer auch befugt, die Adäquanzfrage zu prüfen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_377/2013 vom 2. Oktober 2013 E. 7.2 mit Hinweis auf BGE

134 V 109, vgl. auch Urteil 8C\_674/2019 vom 3. Dezember 2019 E. 4.1 ).

Ob eine namhafte Besserung noch möglich ist, bestimmt sich insbesondere nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit diese unfallbedingt beeinträchtigt ist. Die Verwendung des Begriffes «namhaft» in Art. 19 Abs. 1 UVG verdeutlicht demnach, dass die durch weitere (zweckmässige) Heilbehandlung im Sinne von Art. 10 Abs. 1 UVG erhoffte Besserung ins Gewicht fallen muss. Weder eine weit entfernte Möglichkeit eines positiven Resultats einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch ein von weiteren Massnahmen – wie etwa einer Badekur – zu erwartender geringfügiger therapeutischer Fortschritt verleihen Anspruch auf deren Durchführung. In diesem Zusammenhang muss der Gesundheitszustand der versicherten Person prognostisch und nicht aufgrund retrospektiver Feststellungen beurteilt werden (Urteil des Bundesgerichts 8C\_64/2021 vom 14. April 2021 E. 3.2 mit Hinweisen, insbesondere auf BGE 134 V 109 E. 4.3). 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 (Urteile des Bundesgerichts 8C\_682/2021 vom 13. April 2022 E. 5.1 und 8C\_604/2021 vom 25. Januar 2022 E. 5.2, je mit Hinweisen).

#### **E. 1.5**

lit .

c).

#### **E. 1.6**

Im gegenseitigen Verhältnis zwischen Invaliden- und Unfallversicherung besteht keine absolute Bindungswirkung der Invaliditätsschätzung des einen Versicherers für den jeweils anderen Sozialversicherungszweig. Die IV-Stellen und die Unfallversicherer haben die Invaliditätsbemessung in jedem einzelnen Fall selbständig vorzunehmen. Sie dürfen sich

ohne weitere eigene Prüfung nicht mit der blossen Übernahme des Invaliditätsgrades des jeweils anderen Sozialversicherers begnügen. Bereits abgeschlossene Invaliditätsfestlegungen sind mitzuberücksichtigen (vgl. BGE 133 V 549 E. 6, 126 V 388 E. 2d sowie Urteil des Bundesgerichts 8C\_429/2021 vom 17. Mai 2022 E. 5.1, je mit Hinweisen). 2.

## **E. 2**

7. Juni 2022 (Urk.

32) und 18.

August 2022 (Urk.

33) äusserten sich diese zum Gutachten, wovon sie am 24.

August 2022 gegenseitig in Kenntnis gesetzt wurden (Urk. 35).

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin begründete den angefochtenen Entscheid (Urk.

2) im Wesentlichen damit, das Nichterreichen der Erheblichkeitsgrenze für die Ausrichtung einer Integritätsentschädigung sei mit Blick auf die Einsprache und deren Begründung der anwaltlich vertretenen Beschwerdeführerin nicht beanstandet worden, weshalb es dabei sein Bewenden habe (S.

### **E. 2.2**

Die Beschwerdeführerin machte geltend (Urk.

1), auf die Beurteilung durch die Kreisärztin könne nicht abgestellt werden. Sie habe keine Ursache für die subjektiven Beschwerden gesucht und, obwohl noch eine Metallentfernung vorgesehen gewesen sei, an ihrer Einschätzung festgehalten. Bildgebend sei im Mai 2020 sogar neu eine Ruptur des TFCC objektiviert worden, welche einen Teil der Beschwerden habe erklären können (S.

4). In der Folge sei ein neu entdecktes Handgelenkganglion ebenfalls nicht berücksichtigt worden (S.

5 oben). Dementsprechend könne eine Verweistätigkeit nicht nachvollziehbar begründet werden; insbesondere führten bereits leichte Bewegungen zu einer Schmerzzunahme. Seit der Beurteilung aus dem Jahr 2019 habe sich entgegen der damaligen kreisärztlichen Prognose keine Verbesserung, sondern im Gegenteil eine Verschlimmerung des Beschwerdebildes ergeben (S. 5 unten). Ein Endzustand sei noch nicht erreicht (S.

6 oben). Das im invalidenversicherungsrechtlichen Verfahren eingeholte Medas-Gutachten attestiere diesbezüglich in jeder Verweistätigkeit eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 20

% (S.

6 unten). Da eine Neubeurteilung vorzunehmen sei, sei auch die Höhe der Integritätseinbusse zu prüfen (S.

7 unten). Weiter sei das hypothetische Valideneinkommen zu tief, sie habe im Jahr 2017 Fr. 63'036.

verdient. Das hypothetische Invalideneinkommen sei zu hoch , und es sei ein Abzug in Höhe von 25

% zu gewähren (S.

8 unten).

An diesen Ausführungen hielt die Beschwerdeführerin mit Replik (Urk.

15) fest und ergänzte, der andere, über die Hand hinausgehende Teil der Beschwerden stehe wohl doch im Zusammenhang mit einem zervikoradikulären Schmerzsyndrom (S.

6 oben). Diese r sei im Sinne eines Rückfalls zu einem bereits im Jahr 2017 erfolgten massiven Sturztrauma mit Bewusstlosigkeit und Kopf- sowie Halswirbelsäulen (HWS) - Beschwerden zu interpretieren, was die Kreisärztin ebenfalls nicht berücksichtigt habe (S.

6 unten f.). Ein weiterer Sturz im Jahr 2019 habe zu einer Rückentraumatisierung geführt und sei ebenfalls nicht genügend abgeklärt worden (S.

7 ; vgl. auch Urk.

21 ).

Zum Medas -Gutachten (Urk.

23) sei festzuhalten (Urk. 33) , es sei nicht vollständig, da das störende Operationsmaterial, das Ganglion und die HWS - /Schädelproblematik nicht berücksichtigt worden seien (S.

3 Ziff

2.1). Weiter sei es nicht beweismäßig, da unter anderem darin eine identische Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Montagearbeiterin wie auch in angepassten Tätigkeiten attestiert werde (S.

4 Ziff.

1.1). Dies sei nicht nachvollziehbar, da auch ohne jegliche Tätigkeiten Beschwerden aufträten (S.

5 Ziff.

1.3). Die im Gutachten genannten Diagnosen seien unvollständig (S.

6 Ziff.

1.4) und die darin angenommene Besserung sei nicht eingetreten (S.

6 Ziff.

1.5). Die in einem neueren Bericht erwähnten Verdachtsdiagnosen eines Sulcus - ulnaris - Syndroms sowie einer Sensibilisierung mit myofaszialen reaktiven Veränderungen seien nicht berücksichtigt worden (S.

7 Ziff.

### **E. 2.3**

Streitig und zu prüfen ist der Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin. 3.

### **E. 3**

Ziff.

1.2). Es sei auf die Beurteilung durch die Kreisärztin abzustellen. Der Sachverhalt sei genügend abgeklärt. Anhand der aktenkundigen Berichte und Befunde lasse sich kein anatomisches Korrelat für die geäußerten Beschwerden und das demonstrierte A usmass finden (S.

### **E. 3.1**

Der Einspracheentscheid tritt an die Stelle der vorgängig erlassenen Verfügung (auch soweit er diese lediglich bestätigt). Anfechtungsgegenstand des nachfolgenden Beschwerdeverfahrens bildet allein der Einspracheentscheid. Damit wird lediglich gesagt, was nach Art. 56 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts ( ATSG ) Anfechtungsgegenstand im kantonalen Beschwerdeverfahren bildet. Dagegen ergibt sich hieraus nicht, dass der Einspracheentscheid die angefochtene Verfügung stets als Ganzes ersetzt und der Versicherungsträger auf Einsprache hin sämtliche durch die primär ergangene Verfügung geregelten Rechtsverhältnisse (auch soweit sie mit der Einsprache nicht angefochten wurden) zu überprüfen und hierüber neu zu entscheiden hätte. Der Einspracheentscheid ersetzt die angefochtene Verfügung nur im Umfang des durch die Einsprache bestimmten Streitgegenstandes und der effektiv neu beurteilten Rechtsverhältnisse. Dementsprechend schliesst das Einspracheverfahren eine Teilrechtskraft der Verfügung, soweit sie unangefochten geblieben ist, nicht aus (vgl. BGE 144 V 354 E. 4.3, 119 V 347 E. 1b).

### **E. 3.2**

Hinsichtlich des Antrags auf Zusprache einer Integritätsentschädigung ist festzuhalten, dass die rechtskundig vertretene Beschwerdeführerin in ihrer Einsprache die Verneinung eines entsprechenden Anspruchs nicht rügte und keinen Antrag auf Zusprache einer Integritätsentschädigung stellte (Urk. 10/182, Urk.

10/187). Beantragt wurden einzig (Urk. 10/187) eine neutrale Begutachtung (S.

2 Ziff.

1.4) und die Berücksichtigung eines höheren Validen- sowie eines tieferen Invaliden einkommens bei der Rentenberechnung (S.

3 Ziff.

3), weshalb die Verfügung vom 22.

Oktober 2020 (Urk.

10/175)

hinsichtlich der Integritätsentschädigung in Teilrechtskraft erwachsen ist. Auf den Antrag auf Zusprache einer Integritätsentschädigung ist demzufolge nicht einzutreten.

Dies hat im Übrigen umso mehr zu gelten, als dass sich auch aus dem auf umfassender Abklärung basierenden und beweismässigen Mediziner-Gutachten (vgl. nachfolgend E. 4.15, E. 5.5 ; vgl. auch das Urteil im invalidenversicherungsrechtlichen Verfahren IV.2021.00553 )

keine (unfallkausale) dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen oder geistigen Integrität ergab, welche eine Integritätsentschädigung rechtfertigen würde.

### **E. 3.3**

Schliesslich kann von einer Verletzung des rechtlichen Gehörs ( Urk. 1 S. 7 Mitte)

angesichts der Begründung im Einspracheentscheid (vgl. Urk. 2) nicht die Rede sein, zumal die Beschwerdegegnerin darin die für den Entscheid wesentlichen Punkte erwähnte und die Überlegungen nannte, von denen sie sich hat leiten lassen, wobei die Begründungspflicht nicht gebietet, dass sich der Versicherungsträger mit allen Parteistandpunkten einlässlich auseinandersetzt und jedes einzelne Vorbringen ausdrücklich widerlegt. Jedenfalls war es der Beschwerdeführerin gestützt auf die Begründung möglich, die Tragweite des Einspracheentscheids

einzuschätzen und diese substantiiert vor dem hiesigen Gericht, das sowohl den Sachverhalt als auch die Rechtslage frei überprüfen kann,

anzufechten (BGE 142 II 49 E. 9.2, 136 I 229 E. 5.2, je mit Hinweisen; vgl. auch BGE 142 II 218 E. 2.8.1, 137 I 195 E. 2.3.2, je mit Hinweisen). 4. 4.1

Am 23.

Januar 2019 erlitt die Beschwerdeführerin einen Unfall, bei dem sie sich am rechten Unterarm verletzte (Schadenmeldung vom 30. Januar 2019; Urk. 10/1). Die dabei erlittene dorsal dislozierte Radiusfraktur rechts wurde am 25.

Januar 2019 operativ versorgt (vgl. Urk. 10/10/1-5).

4.2

Im Austrittsbericht vom 25.

Januar 2019 (Urk. 10/10/2-3 = Urk. 16/4) hielten Dr. med. Z.\_\_\_\_, Leitender Arzt Chirurgie, und med. pract. A.\_\_\_\_, Spital B.\_\_\_\_, fest, dass sich die Beschwerdeführerin am 23.

Januar 2019 notfallmässig selbst zugewiesen habe. Sie sei auf das rechte Handgelenk gestürzt und verspüre ebenda stärkste Schmerzen. Zudem klagte sie über Schmerzen in Rücken und Gesäss. In der postoperativen Röntgenkontrolle zeigten sich regelrechte Stellungsverhältnisse. Die Beschwerdeführerin sei am 26.

Januar 2019 auf ihren eigenen Wunsch mit trockenen Wundverhältnissen in ihr häusliches Umfeld entlassen worden (S.

1). 4.3

Dr. Z.\_\_\_\_ stellte am 18. Februar 2019 (Urk. 10/47) den hochgradigen Verdacht auf ein beginnendes Complex Regional Pain Syndrome (CRPS) rechts. Schon von Anfang an habe die Beschwerdeführerin starke Schmerzen im Handgelenk aufgewiesen. Sie sei immer noch schmerzmittelbedürftig, wobei sie die Einnahme der Schmerzmittel bis anhin nicht voll ausgereizt habe.

Am 18.

März 2019 (Urk.

10/21/2-3 = Urk. 10/46) diagnostizierte Dr. Z.\_\_\_\_

einen Status nach palmarer Plattenosteosynthese distaler Radius rechts am 25.

Januar 2019 mit einem CRPS rechts unter konservativer Therapie.

Eine gleichentags durchgeführte radiologische Untersuchung ergab eine unveränderte regelrechte Stellung bei Status nach Plattenosteosynthese einer distalen Radiusfraktur, eine vorbestehende ossäre Trümmerzone im dorsalen Radius und eine regelrechte und intakte Lage des Osteosynthesematerials (Urk. 10/22).

Am 27. Mai 2019 (Urk. 10/31/1) hielt Dr. Z.\_\_\_\_ fest, es werde in zwei Monaten noch einmal eine Nachkontrolle zur definitiven Planung der Osteosynthesematerialentfernung durchgeführt. Mittlerweile gehe es der Beschwerdeführerin eigentlich sehr gut bei nahezu uneingeschränkter Funktion. Konventionell radiologisch zeige sich eine geheilte Fraktur. Der Röntgenbefund vom 27. Mai 2019 zeige verglichen mit der Voruntersuchung stationäre Stellungsverhältnisse. Das Osteosynthesematerial sei intakt und nicht gelockert. Die Konsolidierung sei progressiert, wobei der ehemalige Frakturspalt noch partiell einsehbar sei (Urk. 10/32) . 4.4

Gemäss Bericht vom 26.

Juni 2019 (Urk. 10/36) über die kreisärztliche Untersuchung vom 24.

Juni 2019 diagnostizierte

Dr. med. C.\_\_\_\_, Fachärztin für Chirurgie, Restbeschwerden im Bereich der rechten Hand/Handgelenk bei Status nach osteosynthetisch versorgter, dorsal dislozierter Radiusfraktur rechts mit im Verlauf konservativ behandeltem CRPS rechts (S.

4). Bei der Untersuchung binde die Beschwerdeführerin während der Anamnese beide Arme gleichmässig in die Gestikulation ein, sie setze auch die rechte Hand immer problemlos ein, wenn sie Medikamente aus der Tasche nehme, und stütze sich manchmal den Kopf. Klinisch zeige sich eine reizfreie Narbe, die palpatorisch diffus druckempfindlich sei. Die Handbeweglichkeit rechts sei im Seitenvergleich nur noch endgradig eingeschränkt, der Faustschluss sei seitengleich gut möglich, ebenso die Hand- und Fingerfunktion. Bei den rein klinischen Untersuchungen zeige sich weniger Kraftverminderung als bei der Messung mit dem Handdynamometer und der Pinchkraftmessung. Aufgrund der erhobenen Umfangsmasse könne man davon ausgehen, dass die Beschwerdeführerin den rechten Arm im Alltag wieder normal einsetze. Insgesamt liege aktuell ein sehr gutes postoperatives rehabilitiertes Ergebnis vor. Trophische Veränderungen seien nicht nachweisbar, und es bestünden keine Anhaltspunkte für das Fortbestehen eines CRPS. In einer leichten manuellen Tätigkeit bestehe wieder eine volle Arbeitsfähigkeit. Nicht zumutbar seien aktuell noch kraftvolle Zug-, Stoss- und Drehbewegungen, kraftvolles Zupacken, Schläge und das Bedienen von vibrierenden Maschinen mit der rechten Hand (S. 4 unten). 4. 5

Mit Bericht vom 25.

November 2019 (Urk. 10/74/1-3) stellte Dr. med. D.\_\_\_\_, Fachärztin für Rheumatologie, nachdem ihr die Ergebnisse einer bildgebenden Untersuchung vom 15. November 2019 vorgelegen hatten (vgl. Urk. 10/74/4), nachfolgend verkürzt dargestellte Diagnosen (S.

1): - Status nach Plattenosteosynthese am 25.

Januar 2019 bei nach dorsal dislozierter Radiusfraktur rechts am 23.

Januar 2019 - klinisch und radiologisch keine Hinweise auf CRPS - zervikospondylogenes Syndrom rechts mehr als links - leichte Periarthropathia

humeroscapularis rechts - Epicondylopathia

humeri

radialis und ulnaris rechts Es bestünden weder klinisch noch radiologisch Hinweise auf ein CRPS, welches im Bericht von Dr. Z. \_\_\_ erwähnt worden sei. Diese Diagnose habe die Beschwerdeführerin stark verunsichert, weshalb sie das Osteosynthesematerial nicht habe entfernen lassen wollen. Die Arbeitsunfähigkeit sei nun schrittweise zu stoppen, beispielsweise noch je zwei Wochen zu 50

% und zu 25

% und danach 0

% (S.

3). 4. 6

Dr. med. E. \_\_\_ , Leitender Arzt Neurologie am Spital B. \_\_\_ , hielt mit Bericht vom 27.

November 2019 (Urk. 10/79 ■ ) fest, er könne die Beschwerden der Beschwerdeführerin aus dem neurologischen Fachgebiet nicht erklären. Auch er finde keine Hinweise auf ein CRPS, es fehlten sämtliche objektivierbaren Kriterien. Auffallend sei, dass die Patientin die Hand nicht sonderlich schone (S. 2). 4. 7

Prof. Dr. med. F. \_\_\_ , Chefarzt, und Dr. med. G. \_\_\_ , Assistenzarzt Orthopädie, Abteilung für Handchirurgie, Universitätsklinik H. \_\_\_ , stellten mit Bericht vom 6. Februar 2020 (Urk. 10/93 ) die nachfolgend gekürzt wiedergegebenen Diagnosen (S.

1): - Status nach Plattenosteosynthese am 25.

Januar 2019 bei nach dorsal dislozierter Radiusfraktur rechts am 23.

Januar 2019 - klinisch und radiologisch keine Hinweise auf ein CRPS - zervikospondylogenes Syndrom rechts mehr als links - Periarthropathia

humeroscapularis rechts - Epicondylopathia

humeri

radialis und ulnaris rechts Es zeige sich ein global schmerzhafter Arm rechts. Ein genauer Fokus lasse sich in der Untersuchung nicht evaluieren. Es seien weitere Abklärungen durchzuführen (S.

2). 4. 8

Dr. med. I. \_\_\_ , Stellvertretender Chefarzt Rheumatologie,

Universitätsklinik H. \_\_\_ , stellte mit Bericht vom 7.

Mai 2020 (Urk. 10/104/2-4 ) folgende Diagnosen (S. 1 ): - chronifizierte rechtsseitige Nacken-/Armschmerzen, dominante Seite - Status nach Plattenosteosynthese am 25.

Januar 2019 bei dorsal dislozierter Radiusfraktur rechts am 23.

Januar 2019 - beginnende periphere und zentrale Sensibilisierung - bildgebend degenerative Veränderungen C5/6 mit breitbasiger rechts betonter Diskushernie mit Kontakt zur Nervenwurzel C6 beidseits rechtsbetont, beginnende degenerative Veränderungen C6/7 ohne rechtsseitige neurale Kompression - mögliches Sulcus - ulnaris - Syndrom rechts Die Beschwerdeführerin leide an chronischen rechtsseitigen Nacken-/Arm schmerzen, welche

im Anschluss an die dislozierte Radiusfraktur rechts mit anschließender Plattenosteosynthese aufgetreten seien. Es bestünden keine Hinweise auf ein CRPS. Trotz den kernspintomographisch beschriebenen degenerativen Veränderungen mit möglicher neuraler Kompression von C6 fänden sich aktuell keine Hinweise auf ein akutes zerviko-radikuläres Reiz- oder auf ein sensomotorisches Ausfallsyndrom. Aus neurologischer Sicht falle jedoch die Hypästhesie im Ring- und Kleinfinger auf, welche an ein Sulcus - ulnaris - Syndrom denken lasse. Die verminderte Faustschlusskraft könne schmerzbedingt erklärt werden. Die Armschmerzen seien primär im Rahmen einer zunehmenden peripheren und zentralen Sensibilisierung mit resultierender erhöhter Druckempfindlichkeit der myofaszialen Strukturen respektive einer verminderten Belastbarkeit derselben zu interpretieren. Hinsichtlich der Therapie sei in einem ersten Schritt eine intensive Physiotherapie für aktivierende und kräftigende Massnahmen zusammen mit einer Schmerz edukation zu empfehlen. Bei weiterer Persistenz der Beschwerden sei die Möglichkeit einer stationären multimodalen Schmerztherapie zu evaluieren (S.

2-3). 4. 9

PD Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, Leitender Arzt Paraplegie, Universitätsklinik H.\_\_\_\_, hielt mit Bericht vom 27. Mai 2020 (Urk. 10/108/2-3) fest, es habe sich neurophysiologisch kein Hinweis auf ein Sulcus - ulnaris - Syndrom, eine Nervenschädigung oder eine neurogene Schmerzursache gefunden (S.

1). Anamnestisch, klinisch und neurophysiologisch finde sich kein einheitlicher Befund. Die Angabe von Gefühlsstörungen im ulnaren Versorgungsgebiet und von Einschränkungen der Diskrimination von spitz und stumpf in diesem Areal rechts hätten kein neurophysiologisches Korrelat. Es ergebe sich kein Hinweis auf eine neuropathische Schmerzursache (S.

2). 4.10

Nach einer MRI-Untersuchung des Handgelenks rechts (vgl. Urk. 10/105) stellte n Prof.

F.\_\_\_\_

und Dr. med. univ. K.\_\_\_\_, Assistenzarzt Orthopädie, mit Bericht vom 28.

Mai 2020 (Urk. 10/107/2-3) folgende, verkürzt dargestellte Diagnosen (S.

1): - Status nach Plattenosteosynthese am 25. Januar 2019 bei - nach dorsal dislozierter Radiusfraktur rechts am 23. Januar 2019 - Verdacht auf Partial-Läsion des Triangular fibrocartilage

complex (TFCC) - chronifizierte rechtsseitige Nacken-/Armschmerzen rechts - Periarthropathia

humeroscapularis rechts Erstdiagnose (ED) 11.

November 2019 - Epicondylopathia

humeri

radialis und ulnaris rechts ED 11.

November 2019 - beginnende periphere und zentrale Sensibilisierung Es zeige sich nach wie vor kein klarer Anhalt für die Beschwerdeproblematik. Abklärungen seien bereits in der Rheumatologie und in der Neurologie erfolgt, welche ebenso keine klare Pathologie gezeigt hätten .

Aus handchirurgischer Sicht sei ein Teil der Beschwerden durch die Läsion des TFCC erklärbar, weshalb die Indikation zur Physiotherapie mit Kräftigung und Stabilisierung zu stellen sei. Ein operatives Vorgehen sei nicht indiziert . Auch die Entfernung des Osteosynthesematerials könne die Beschwerden höchstwahrscheinlich nicht lindern; dieser Eingriff könne aber durchgeführt werden. Es seien keine Verlaufskontrollen geplant (S.

2). 4.1 1

Kreisärztin Dr. C.\_\_\_\_

stellte mit Bericht vom 23.

Juni 2020 (Urk. 10/120) folgende Diagnosen (S. 7 Mitte): - Restbeschwerden im Bereich des rechten Handgelenkes und der rechten Hand bei Status nach osteosynthetisch versorgter Radiusfraktur im Januar 2019 - chronifizierte rechtsseitige Nacken-/Armschmerzen rechts bei - degenerativen Veränderungen C5/6 mit breitbasiger rechtsbetonter Diskushernie mit Kontakt zur Nervenwurzel C6 beidseits - beginnende degenerative Veränderungen C6/7 ohne neurale Kompression

Die Beschwerdeführerin habe berichtet, dass sie die Haushaltstätigkeiten mache, aber unter der Belastung dann vermehrt Beschwerden habe. Sie habe Hilfe von ihrem Mann. Sie kümmere sich um die kleineren Kinder und mache leichte Haushaltstätigkeiten. Kochen gehe soweit gut, sie merke jedoch eine Einschränkung, wenn sie schwere Töpfe heben oder mit Töpfen mit Wasser hantieren müsse. Sie habe Mühe beim Kartoffelschälen. Das Abendessen bereite meistens sie zu. Sie werde manchmal wach von den Schmerzen und sie habe das Gefühl, dass ihre Kraft weiter schwinde. Auch sei der Arm sehr wetterfühlig geworden (S.

5).

Dr. C.\_\_\_\_ hielt fest, dass es der Beschwerdeschilderung etwas an Authentizität fehle. Beide Arme würden gleichmässig in die Gestikulation eingebunden. Vergleiche man die aktuell erhobenen klinischen Befunde mit denen von Juni 2019, so habe sich die Beweglichkeit im Handgelenk leicht verbessert bei ansonsten gleichbleibenden Befunden. Bei der Kraftmessung mittels Handdynamometer zeige sich eine Kraftminderung im Vergleich zur letzten Untersuchung, jedoch bei der groben Kraftbeurteilung und dem Händedruck zeige sich eine bessere Kraftentwicklung mit einem stärkeren Händedruck als 2 kg. Insgesamt sei diese Diskrepanz anhand der vorliegenden objektiven Befunde nicht erklärbar (S. 8 oben) . Bei der klinischen Untersuchung fielen Gebrauchsspuren im Bereich der Hände beidseits palmar auf, wie wenn mit beiden Händen sehr viele Putzarbeiten mit Reinigungsmitteln verrichtet würden. Die Beschwerdeführerin habe dargelegt, dass sie ihren eigenen 6-köpfigen Haushalt soweit selber bewältige. Die vorliegenden Hautverhältnisse legten jedoch den Verdacht nahe, dass regelmässig wesentlich mehr mit Putzmitteln gearbeitet werde (S.

8 Mitte ).

Das im Juni 2019 erstellte Zumutbarkeitsprofil habe weiterhin Gültigkeit. Ein Teil der geklagten Beschwerden sei nach Radiusfraktur und Osteosynthese nachvollziehbar. Das dargebotene Gesamtbild im Bereich des rechten Arms sei anhand der Radiusfraktur nicht erklärbar. Es liege eine sehr gute Greiffunktion der Hand sowie eine gute Beweglichkeit im Handgelenk vor. Bildgebend sei keine Arthrose im Handgelenk zu dokumentieren (S.

8 unten ). 4.1 2

Nach einer notfallmässigen Selbstzuweisung berichteten Dr. med. L.\_\_\_\_, Assistenzarzt Handchirurgie, und Dr. med. M.\_\_\_\_, Assistenzarzt Orthopädie, Abteilung Handchirurgie, Universitätsklinik H.\_\_\_\_, am 22. Juli 2020 (Urk. 10/143) über ein inspektorisch auffälliges Hämatom ventroulnarseitig des distalen Unterarms. Nach einer gleichentags durchgeführten Röntgen- und Sonographie-Untersuchung (vgl. Urk. 10/ 152/3) könne die Ursache für das Hämatom nicht gefunden werden. Eine Verletzung der Flexorensehne sei dafür nicht verantwortlich. 4.13

Mit Bericht vom 10. August

2020 (Urk. 10/15 1 /2-3 ) stellten Prof. F.\_\_\_\_ und Dr. L.\_\_\_\_ folgende, verkürzt aufgeführte Diagnosen (S. 1): - atraumatisches distales palmares Vorderarmhämatom rechts vom 1 2. Juli 2020 - chronifizierte rechtsseitige Nacken-/Armschmerzen rechts - Periarthropathia humeroscapularis rechts - Epicondylopathia

humeri

radialis und ulnaris rechts - beginnende periphere und zentrale Sensibilisierung In der klinischen Verlaufskontrolle zeigte sich nach wie vor ein entsprechend sichtbares, spontan aufgetretener Bluterguss im Bereich des distalen palmaren Unterarmes mit leichter Progredienz und frischen Anteilen. In der durchgeführten Sonographie zeigte sich eine leichtgradige Kalibervergrösserung knapp proximal des Ulnaköpfchens ohne klar nachweisliche Spontanblutung in der Dopplersonographie. Im Vergleich zur durchgeführten MRI-Diagnostik vom Mai zeigte sich auf eben genannter Höhe eine deutliche Schlingelung/ Kinking der A. ulnaris ohne Hinweis auf eine mögliche aneurysmatische Veränderung. Laut Bericht von Prof. F.\_\_\_\_ und Dr. L.\_\_\_\_ vom 9. September 2020 (Urk. 10/158/ 2-3) zeigten sich aktuell nach wie vor die unspezifischen Beschwerden im Bereich des Unterarms. Es sei seit der letzten Konsultation nicht mehr zu einer Progredienz oder zu einem Wiederauftreten eines atraumatischen Hämatoms gekommen. Die durchgeführte Angiographie zeige keinen Nachweis einer Pathologie hinsichtlich des Gefässsystems. Ebenso zeige sich keine Pathologie in der subjektiv empfundenen knotigen Struktur im Bereich des ulnopalmaren Unterarmes im MRI. Zusammenfassend zeige sich mit der zur Verfügung stehenden Bildgebung kein anatomisches Korrelat für die geäusserten Beschwerden. Die Partialläsion des TFCC mache eine mögliche Teilkomponente aus, jedoch seien die Beschwerden nicht im Bereich des distalen radioulnaren Gelenks (DRUG) alleine lokalisierbar (S.

2). 4.1 4

Kreisärztin Dr. C.\_\_\_\_ nahm am 30.

September 2020 (Urk. 10/16 0 ) erneut Stellung und hielt an ihrer Einschätzung fest. Es habe sich zur kreisärztlichen Untersuchung vom 22. Juni 2020 keine Veränderung ergeben. Die subjektiv angegebenen Beschwerden wie Kraftlosigkeit, Ausmass der Schmerzen,

Temperaturunterschiede und Empfindungen könnten anhand der vorliegenden bildgebenden Diagnostik und der klinischen Untersuchungen aus pathophysiologischer Sicht nicht vollständig erklärt werden. Jede TFCC-Läsion könne operativ angegangen werden, hier stelle sich jedoch die Frage nach der Indikation, denn in den vorliegenden klinischen Befunden sei das Hauptproblem nicht im Bereich des DRUG beziehungsweise des TFCC klinisch objektiv nachweisbar (S.

1). Bei der kreisärztlichen Einschätzung seien die objektiven Bewegungseinschränkungen sowie die leichte Kraftminderung sowie die in Zukunft möglicherweise zu erwartende Arthrosebildung im Handgelenk berücksichtigt worden, weshalb das einschränkende Zumutbarkeitsprofil für eine leichte manuelle Tätigkeit ohne kraftvolle Zug-, Stoss- und Drehbewegungen, kraftvolles Zupacken, Schläge und Bedienen von vibrierenden Maschinen mit der rechten Hand formuliert worden sei (S.

2). 4.1 5 4.1 5 .1

Die Gutachter des Y.\_\_\_\_ stellten in ihrem am 18.

April 2021 (Urk. 23 ) erstatteten polydisziplinären (allgemeininternistischen, rheumatologischen, neurologischen und psychiatrischen) Gutachten

folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S.

8): - sonstige somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.8) - ätiologisch unklares Beschwerdebild Hand/Unterarm rechts (dominant) mit diffusen Schmerzen, Sensibilitätsstörungen und Kraftlosigkeit - Manifestation seit einer dorsal dislozierten distalen Radiusfraktur rechts am 23.

Januar 2019 mit palmarer Plattenosteosynthese am 25.

Januar 2019 - gemäss Akten mögliches CRPS im postoperativen Verlauf, aktuell keinerlei diesbezüglichen Anhaltspunkte - MRI der HWS November 2019 mit breitbasiger rechtsbetonter Diskushernie C5/6: kein Korrelat für das präsentierte Beschwerdebild - MRI Handgelenk rechts Mai 2020 und August 2020: TFCC-Läsion mit Ruptur des fovealen Zügels sowie Verdacht auf leichte Ulnarplus -Variante: kein Korrelat für das präsentierte klinische Bild - aktuelles Röntgen beider Hände: Verdacht auf diffuse Osteopenie des rechten Carpus , vereinbar mit Inaktivität - ohne neurale Beteiligung und ohne Hinweis für CRPS Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurden genannt (S.

9): - Adipositas (BMI 33) - rezidivierende gastritische Beschwerden - Zustand nach HWS-Distorsionstrauma im Januar 2017 ohne radikuläre oder medulläre Beteiligung Die interdisziplinäre Beurteilung ergab, dass die sonstige somatoforme Schmerz störung aus psychiatrischer Sicht die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin beeinträchtigt. Im Abgleich mit den Kofaktoren wie Ressourcen könne aus psychiatrischer Sicht eine um 20 % verminderte Leistungsfähigkeit in sämtlichen Erwerbstätigkeiten attestiert werden. Das ätiologisch unklare Beschwerdebild der rechten Hand und des rechten Unterarms führe aus rheumatologischer Sicht zu einer um 10

% verminderten Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit, dies aufgrund eines leicht vermehrten Pausenbedarfs. In einer adaptierten Tätigkeit, mit nur maximal leichten Belastungen der rechten Hand, bestehe aus rheumatologischer Sicht eine uneingeschränkte Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Weder aus neurologischer noch aus allgemeininternistischer Sicht könnten weitere Diagnosen mit Einfluss auf die

Arbeitsfähigkeit gestellt werden. Insgesamt bestehe aus polydisziplinärer Sicht eine Arbeits- respektive Leistungsfähigkeit von 80

% in der angestammten Tätigkeit und in geeigneten Verweistätigkeiten (S.

9). Nach aufgehobener Arbeitsfähigkeit ab Januar 2019 könne die aktuelle Arbeitsfähigkeit spätestens ab Juni 2019 angenommen werden. Geeignet seien Tätigkeiten mit nur maximal leichten Belastungen der rechten Hand. Die Gesamt arbeitsfähigkeit sei in erster Linie durch die psychiatrische Diagnose einer sonstigen somatoformen Schmerzstörung begründet. Die rheumatologische Einschränkung um 10

% ergänze sich dabei und könne nicht addiert werden, da die Beschwerdeführerin dieselben Zeitabschnitte zum Einlegen von Pausen und zur Erholung nutzen könne. Berufliche Massnahmen seien aufgrund der ausgeprägten subjektiven Krankheits- und Behinderungsüberzeugung kaum erfolgreich durchführbar und könnten deshalb nicht empfohlen werden (S.

10). 4.1 5 .2

Der psychiatrische Teilgutachter führte zur Diagnose aus, wenngleich Schmerzsymptome in der Folge psychosozialer Belastungsfaktoren auftreten könnten, so sehe die Beschwerdeführerin insbesondere den Umstand, dass ihr Mann derzeit keinen Beruf habe , nicht als problematisch. Es wäre für die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung notwendig, dass emotionale Konflikte oder psychosoziale Probleme bestünden, was hier jedoch nicht der Fall sei. Weil jedoch nicht allein ig durch erhobene Organbefunde erklärbare Schmerzen bestünden, sei von einer sonstigen somatoformen Störung auszugehen (S. 29 oben).

Es bestehe eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit um 20

% aufgrund der von der Beschwerdeführerin als störend wahrgenommenen Schmerzsymptomatik, wobei diese jedoch nicht mit einer gravierenden psychischen Begleitsymptomatik verknüpft sei. Es würden lediglich bei stärker auftretenden Schmerzen Störungen der Konzentration mit Fokussierung auf die Schmerzsymptomatik angegeben, was eine leichte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nach sich ziehe. Es sei nicht davon auszugehen, dass sich die Schmerzstörung direkt nach dem Unfallereignis eingestellt habe, im Verlauf sei davon auszugehen, dass die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht seit Januar 2020 bestehe (S.

30). 4.1 5 .3

Zur rheumatologischen Begutachtung wurde festgehalten, dass sowohl die Beschwerdeschilderung als auch die klinische Präsentation, zusammen mit den durchgeführten radiomorphologischen Untersuchungen, aus rheumatologischer Sicht insgesamt am ehesten für das Vorliegen einer ungewöhnlich stark ausgeprägten Symptomausweitung nach initialem Trauma mit distaler Radiusfraktur und Osteosynthese rechts im Januar 2019 sprächen . Eine fassbare Arthropathie , eine rheumatologische Systemerkrankung, eine objektivierbare lokale oder regionale Pathologie als Beschwerdekorrelat seien weder klinisch noch radiomorphologisch nachweisbar. Eigentliche Inkonsistenzen seien nicht vorhanden, die ganze diffuse Kraftlosigkeit und Sensibilitätsstörung könne aber nicht erklärt werden. Eine sehr leichte bis leichte Einschränkung der Belastbarkeit der rechten Hand könne mindestens partiell nachvollzogen werden, die geschilderte hochgradige Einschränkung selbst bei Haushaltarbeiten

erscheine jedoch nicht plausibel. Im Vergleich zu den rheumatologischen Berichten von November 2019 und Mai 2020 ergäben sich diagnostisch dahingehend Differenzen, als dass bei der aktuellen Untersuchung nicht von einem Nacken-/Armschmerz ausgegangen werden könne und sich auch keine Hinweise für ein zervikospondylogenes Syndrom oder eine Periarthropathie der rechten Schulter oder eine Epicondylaropathie im Ellbogenbereich fänden. Die handchirurgische Beurteilung vom September 2020 könne dagegen durchwegs bestätigt werden (S. 41).

Die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit betrage 90

%. Eine optimal angepasste Tätigkeit umfasse nur maximal leichte Belastungen der rechten Hand. Nach dem initialen Unfallereignis und der Operation habe wohl während mehrerer Monate eine volle Arbeitsunfähigkeit vorgelegen. In einem Bericht des Spitals B.\_\_\_\_ wurde Ende Mai 2019 explizit festgehalten, dass es der Beschwerdeführerin eigentlich sehr gut gehe bei nahezu uneingeschränkter Funktion, konventionell-radiologisch sei die Fraktur geheilt. Es könne deshalb davon ausgegangen werden, dass seit Juni 2019 wieder eine Arbeitsfähigkeit bestanden habe (S.

42). 4.15.4

Der neurologische Gutachter stellte fest, dass die Hände der Beschwerdeführerin seitengleich rau seien und eine geringe Beschwielung, rechts mehr als links, zeigten. Die Ober- und Unterarmmuskulatur sei seitengleich, der Unterarmumfang betrage rechts 28.5 und links 26.5 cm. Der Einsatz beider Hände beim An- und Entkleiden, zum Beispiel auch der Armbanduhr, die links getragen werde, sei unauffällig (S.

46). Der bisherigen neurologischen Einschätzung, wonach kein Anhalt für eine neurologische Ursache der Beschwerden festgestellt werden könne, sei zu folgen. Zu nennen seien Inkonsistenzen wie der beobachtbare seitengleiche Einsatz der Hände beim An- und Entkleiden, eine rechtsseitig eher kräftig ausgeprägte Unterarmmuskulatur und rechtsbetonte leichte Verschwielungen. Es fänden sich auch keine Hinweise für ein CRPS, zudem spreche die angegebene Teilnahme am Strassenverkehr für die Gebrauchsfähigkeit der rechten Hand. Gesamthaft ergebe sich neurologisch keine die Arbeitsfähigkeit wesentlich einschränkende Erkrankung (S.

47). 4.16

Dr. med. N.\_\_\_\_, Teamleiterin Rehabilitation, und Dr. med. O.\_\_\_\_, Assistenzärztin, Rheumatologie und Physikalische Medizin, Universitätsklinik H.\_\_\_\_, stellten im Bericht vom 23. März 2021 (Urk. 3/5) folgende verkürzt dargestellte Diagnosen (S. 1): - chronifizierte rechtsseitige Nacken-/Armschmerzen rechts - mögliches Sulcus - ulnaris - Syndrom rechts

Auch aktuell ergebe sich kein Hinweis auf ein CRPS. Die Schmerzen seien am ehesten bei peripherer wie auch zentraler Sensibilisierung mit myofaszialen reaktiven Veränderungen zu beurteilen (S. 3 Mitte). 4.17

In dem von der Beschwerdeführerin während des Beschwerdeverfahrens aufgelegten Bericht vom 1. Juli 2021 (Urk. 16/1) führten

Dr. med. P.\_\_\_\_, Facharzt für Anästhesiologie, und Dr. sc. Q.\_\_\_\_ der Interventionellen Schmerztherapie an der Klinik R.\_\_\_\_ aus,

aufgrund der anamnestischen Angaben, der Bildgebung und der klinischen Untersuchung sei in erster Linie an ein radikuläres Schmerzsyndrom C6 bis C8 rechts zu denken. Differentialdiagnostisch sei auch an ein

spondylogenes Schmerzsyndrom zu denken. 5. 5.1

Aus den medizinischen Akten ergibt sich, dass sich die Beschwerdeführerin eine dorsal dislozierte Radiusfraktur rechts zuzog, welche operativ versorgt wurde (E. 4.1). Ein nach der Operation entstandenes CRPS bildete

sich unter konservativer Therapie zurück (E. 4.4). Bereits Ende Mai 2019 berichtete Dr. Z.\_\_\_\_ (E. 4.3), konventionell radiologisch zeige sich eine geheilte Fraktur, und der Beschwerdeführerin gehe es eigentlich sehr gut bei nahezu uneingeschränkter Funktion. Diese Einschätzung wurde von Kreisärztin Dr. C.\_\_\_\_ (E. 4.4) nach der Untersuchung der Beschwerdeführerin von Ende Juni 2019 bestätigt. Aufgrund der erhobenen Umfangsmasse ging diese davon aus, dass die Beschwerdeführerin den rechten Arm im Alltag wieder normal einsetze. In einer leichten manuellen Tätigkeit ohne kraftvolle Zug-, Stoss- und Drehbewegungen, kraftvolles Zupacken, Schläge und das Bedienen von vibrierenden Maschinen mit der rechten Hand attestierte sie der Beschwerdeführerin eine 100%ige Arbeitsfähigkeit.

Trotz des günstigen Heilverlaufs sind bei der Beschwerdeführerin jedoch Schmerzen zurückgeblieben. 5.2

In Bezug auf Schmerzen mit den sich dabei naturgemäss ergebenden Beweis Schwierigkeiten genügen die subjektiven Schmerzangaben der versicherten Person für die Begründung einer (teilweisen) Arbeitsunfähigkeit allein nicht; vielmehr muss im Rahmen der sozialversicherungsrechtlichen Leistungsprüfung verlangt werden, dass die Schmerzangaben durch damit korrelierende, fachärztlich schlüssig feststellbare Befunde hinreichend erklärbar sind. Dabei müssen die Schmerzangaben zuverlässiger medizinischer Feststellung und Überprüfung zugänglich sein (BGE 130 V 396 E.

5.3.2).

Objektive Befunde, die die Schmerzen als Folge des stattgehabten Unfalles erklären konnten, wurden von keiner

Fachärztin und keinem Facharzt erhoben: So führte Dr. D.\_\_\_\_ (E. 4.5) die Beschwerden vordergründig auf ein cervicospondylogenes Syndrom rechts mehr als links sowie eine leichte Periarthropathia

humeroscapularis rechts und eine Epicondylopathia

humeri

radialis und ulnaris rechts zurück, welche beide aber auch sekundär im Rahmen des cervicospondylogenen Syndroms liegen könnten, und empfahl, die Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit schrittweise (innerhalb von vier Wochen) zu stoppen. Dr. E.\_\_\_\_

(E. 4.6) fand eine diffuse Hypästhesie der rechten Hand und des rechten Unterarms und konnte die Beschwerden aus dem neurologischen Fachgebiet nicht erklären. Prof. F.\_\_\_\_ und Dr. G.\_\_\_\_ (E. 4.7), gegenüber welchen die Beschwerdeführerin neu auch diffuse Schmerzen im Oberarm und Nacken angegeben hatte, konnten keinen genauen Fokus evaluieren, weshalb sie zum Ausschluss weiterer Verletzungen zusätzliche Untersuchungen

anordneten . Nach

diesen Untersuchungen äusserten Prof. F.\_\_\_\_ und Dr. K.\_\_\_\_

(E. 4.10) den Verdacht auf eine Partial- Läsion des TFCC , wobei sie

durch diese aus hand chirurgischer Sicht nur einen Teil der Besc hwerden als erklärbar erachtete n.

Gemäss Prof. F.\_\_\_\_ und Dr. L.\_\_\_\_ (E. 4.13) zeigte die Angiographie im Übrigen keinen Nachweis einer Pathologie hinsichtlich des Gefässsystems und im MRI war auch keine Pathologie in der subjektiv empfunden knotigen Struktur im Bereich des ulnopalmaren Unterarmes ersichtlich.

Die beiden Ärzte wiederholten, dass die Partialläsion des TFCC nur eine mögliche Teilkomponente ausmache, jedoch seien die Beschwerden nicht alleine im Bereich des DRUG lokalisierbar. Schliesslich blieb auch die Ursache des präsentierten Beschwerdebildes für den Rheumatologen des Y.\_\_\_\_ unklar (E. 4.15.3) , und der Neurologe des Y.\_\_\_\_ stellte keinen Anhalt für eine neurologische Ursache der Beschwerden fest (E. 4.15.4).

Daran, dass keine objektivierbaren Befunde vorliegen, die die B eschwerden erklären könnten, ändern auch die von der Beschwerdeführerin aufgelegten medizinischen Berichte nichts. Dr es . N.\_\_\_\_

und O.\_\_\_\_

(E. 4.16) stellte n die Schmerzproblematik in den Zusammenhang mit einer chronischen Zervikobrachialgie rechts und degenerativen Veränderungen C5/6 und C6/7, welche nicht auf die Radiusfraktur zurückzuführen ist, und Dr. P.\_\_\_\_ und Dr. sc. Q.\_\_\_\_ (E. 4.17) führten die bereits bekannten Befunde auf. 5.3

Indem Dr. C.\_\_\_\_ nach der kreisärztlichen Untersuchung am 23. Juni 2020 (E. 4.11) und in ihrer Stellungnahme vom 30. September 2020 (E. 4.14) an ihrer Einschätzung vom Juni 2019 (E. 4.4) fest gehalten hat , kann ihr angesichts der Resultate der fachärztlich durchgeführten Untersuchungen nicht vorgeworfen werden, sie sei voreingenommen und sei nicht zu einer ergebnisoffenen Neubeurteilung bereit gewesen (vgl. Urk. 1 S. 4 lit . c) . Auch wenn bildgebend eine Ruptur des TFC C und ein Handgelenksganglion entdeckt worden sind (vgl. Urk. 10/105) , stellt dies allein keinen Grund dar, eine andere Einschätzung vorzunehmen, denn bildgebende Befunde alleine lassen nicht notwendigerweise auf eine funktionelle Einschränkung schliessen. Es ist vielmehr die Aufgabe der medizinischen Fachperson, die bei der Bildgebung erhobenen Befunde anhand der Klinik zu überprüfen (Urteil des Bundesgerichts 9C\_470/2017 vom 29. Juni 2018 E. 3.2). Anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung vom 22. Juni 2020 (E. 4.11) , aber auch laut den Berichten der Ärzte der Handchirurgie (E. 4.13) , konnten die Schmerzen nicht im DRUG beziehungsweise TFCC lokalisiert werden , und zeigten die MRI-Befunde kein Korrelat für das präsentierte klinische Bild.

Insoweit die Beschwerdeführerin monierte, Dr. C.\_\_\_\_ habe das mitbeteiligte zervikoradikuläre Schmerzsyndrom (vgl. E. 4.16) , welches auf einen Unfall im Jahr 2017 zurück zuführen sei und sich beim Sturz im Jahr 2019 verschlimmert habe, nicht mitberücksichtigt (vgl. Urk. 15 S. 16) , ist dem Bericht der erstbehandelnden Dr. Z.\_\_\_\_ und Dr. A.\_\_\_\_ (E. 4.2) zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin auch über Schmerzen in

Rücken und Gesäss geklagt habe .

In zeitnahen späteren Berichten fanden geklagte Rückenschmerzen keinen Eingang mehr. Selbst gegenüber Dr. D.\_\_\_\_ (E. 4.5) gab die Beschwerdeführerin laut Bericht spontan keine Rückenbeschwerden an ( Urk. 10/74/1 ) , und bei der Prüfung der Wirbelsäule war lediglich die Extension leicht schmerzhaft bei normalem Bewegungsumfang ( Urk. 10/74/2 oben) . Das MRI ergab keine traumatischen Schädigungen, sondern degenerative Veränderungen an C5/6 ( Urk. 10/74/2 Mitte) . Selbst wenn durch den Sturz im Januar 2019 ein stummer Vorzustand aktiviert worden sein sollte, ist im Allgemeinen bei einer Prellung, Verstauchung oder Zerrung der Wirbelsäule die vorübergehende Verschlimmerung in der Regel nach sechs bis neun Monaten, und bei Vorliegen eines erheblich degenerativen Vorzustandes spätestens nach einem Jahr, als abgeschlossen zu betrachten (Urteil des Bundesgerichts 8C\_102/2021 vom 26. März 2021 E. 6.3.1 mit Hinweisen).

Schliesslich stösst auch der Einwand der Beschwerdeführerin, Dres . N.\_\_\_\_ und O.\_\_\_\_

(E. 4.16) hätten die Verdachtsdiagnose eines Sulcus - ulnaris -Syndroms gestellt (vgl. Urk. 33 S. 7 Ziff. 1.5 lit . c) , ins Leere, ergaben doch die neurologischen Untersuchungen durch Dr. J.\_\_\_\_ (E. 4.9), welche bei Verdacht auf ein

mögliches Sulcus - ulnaris -Syndrom in die Wege geleitet wurden, keinen Hinweis auf ein solches. Zwar führten Dres . N.\_\_\_\_ und O.\_\_\_\_ (E. 4.16) ein mögliches Sulcus - ulnaris -Syndrom in ihrer Diagnoseliste auf, entsprechende Befunde erhoben sie indessen nicht, sondern sie führten die Beschwerden am ehesten auf myofasziale reaktive Veränderungen zurück, die im Übrigen auch nicht objektiviert wurden. 5.4

Hinzuzufügen ist, dass Dr. C.\_\_\_\_ darauf hinwies (E. 4.4), dass die Beschwerdeführerin während der Anamnese beide Arme gleichmässig in die Gestikulation einbezogen habe und aufgrund der erhobenen Umfangmasse davon ausgegangen werden könne, dass die Beschwerdeführerin den rechten Arm im Alltag wieder normal einsetze. Anlässlich der zweiten Untersuchung (E. 4.11) fielen ihr Gebrauchsspuren im Bereich beider Hände palmar auf. Auch Dr. E.\_\_\_\_ (E. 4.6) fiel auf, dass die Beschwerdeführerin die Hand nicht sonderlich schonte , und der neurologische Gutachter des Y.\_\_\_\_ (E. 4.15.4) beobachtete den Einsatz beider Hände beim An- und Entkleiden

sowie eine rechtsseitig eher ausgeprägte Unterarmmuskulatur und rechtsbetonte leichte Verschwelungen . Dies spricht für einen regelmässigen symmetrischen Einsatz beider Hände (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_23/2014 vom 26. März 2014 E. 6.2.3), was gegen den

Einwand der Beschwerdeführerin spricht, dass bereits leichte Tätigkeiten regelmässig zu Schmerzzunahmen führten (vgl. Urk. 1 S. 5 lit . b/ aa ) . 5.5

Die Y.\_\_\_\_- Gutachter kamen zum Schluss, dass eine ungewöhnlich stark ausgeprägte Symptomausweitung nach initialem Trauma mit distaler Radiusfraktur und Osteosynthese vorliege (E. 4.15.3) und diagnostizierten aus psychiatrischer Sicht eine sonstige somatoforme Schmerzstörung , welche in jeder Tätigkeit zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 % führe (E. 4.15.2) . Gemäss den Y.\_\_\_\_- Gutachtern liegt aufgrund der rein somatischen Unfallfolgen keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in behinderungsangepasster Tätigkeit vor (E. 4.15.1), womit sie in ihrer Beurteilung mit derjenigen von Dr. C.\_\_\_\_ (E. 4.4, E. 4.11 und E. 4.14) übereinstimmen . Da es sich beim Sturz vom Januar 2019 um einen Bagatellunfall handelte und auch keine besondere n

Umstände vorliegen, ist eine Adäquanzbeurteilung für die psychischen Beschwerden nicht erforderlich (vgl. hierzu RKUV 1998 Nr. U 297 S. 244 E. 3b). 5. 6

Zusammenfassend ergeben sich aufgrund der aufgezeigten medizinischen Aktenlage keine auch nur geringen Zweifel an den Einschätzungen von Dr. C. \_\_\_\_ . Mit ihr ist daher bezogen auf den Unfall vom 23. Januar 2019 davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin in leichter manueller Tätigkeit ohne kraftvolle Zug-, Stoss- und Drehbewegungen, kraftvolles Zupacken, Schläge und ohne das Bedienen von vibrierenden Maschinen mit der rechten Hand vollständig arbeitsfähig ist. Da von weiteren Abklärungen keine entscheidungsrelevanten Ergebnisse zu erwarten sind, verzichtete die Beschwerdegegnerin zu Recht darauf . Dies verstösst weder gegen den Untersuchungsgrundsatz (Art.

61 lit .

c ATSG) noch gegen den Anspruch auf rechtliches Gehör bzw. auf Beweisabnahme (Art. 29 Abs.

2 BV; antizipierte Beweiswürdigung; BGE 136 I 229 E. 5.3; Urteil 8C\_143 /2016 vom 7. Juli 2016 E. 7.5). 5.7

Schliesslich erfolgte auch der Fallabschluss nicht zu früh, denn den

nach der erstmaligen kreisärztlichen Untersuchung (E. 4.4) ergangenen medizinischen Berichten und ärztlichen Beurteilungen lassen sich keine zu erwartende namhafte Verbesserung des Gesundheitszustandes beziehungsweise lassen sich keine klaren prognostischen Hinweise auf eine erhebliche Steigerung der Arbeitsfähigkeit entnehmen. Insbesondere wurde im Bericht von Prof. F. \_\_\_\_ und Dr. K. \_\_\_\_ vom 28. Mai 2020 (E. 4.10) von einem weiteren operativen Vorgehen abgeraten , und es wurde insbesondere darauf hingewiesen, dass auch eine Metallentfernung die Beschwerden überwiegend wahrscheinlich nicht lindern könne. Der Fallabschluss per 31. Juli 2020 ist daher nicht zu beanstanden . Die Beschwerdeführerin machte denn auch nicht explizit geltend, von welchen Behandlungen noch eine Verbesserung ihres Gesundheitszustandes hätte erwartet werden dürfen.

Bei der Beurteilung der Rechtmässigkeit des Fallabschlusses gilt - wie gesagt - die prospektive Betrachtungsweise (vgl. E. 1.4). In diesem Lichte ist die am 10. Mai 2022 durchgeführte Osteosynthese-Materialentfernung (vgl. Urk. 34) nicht rechtsrelevant (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_299/2022 vom 5. September 2022 E. 5). Ob die Kosten dafür von der Beschwerdegegnerin zu übernehmen sind, ist daher nicht vorliegend, sondern wäre vielmehr im Rahmen eines Rückfalls zu prüfen. 6. 6.1

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Validen Einkommens entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühest möglichen 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, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (vgl. BGE 145 V 141 E. 5.2.1, 139 V 28 E. 3.3.2, 135 V 58 E. 3.1, 134 V 322 E. 4.1 ; vgl. auch Art. 26 Abs. 1 IVV ).

Ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die versicherte Person die bisherige Tätigkeit unabhängig vom Eintritt der Invalidität nicht mehr ausgeübt hätte, kann das Valideneinkommen auf Grundlage der vom Bundesamt für Statistik (BFS) herausgegebenen Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) berechnet werden, wobei die für die Entlohnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren zu berücksichtigen sind (BGE 139 V 28 E. 3.3.2; Meyer/ Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Auflage 2014, Rn 55 f. zu Art. 28a; vgl. auch Art. 26 Abs. 4 in Verbindung mit Art. 25 Abs. 3 IVV). Dabei sind grundsätzlich die im Verfügungszeitpunkt bezogen auf den Zeitpunkt des Rentenbeginns aktuellsten veröffentlichten Tabellen der LSE zu verwenden (BGE 143 V 295 E. 4.1.3; Urteil des Bundesgerichts 8C\_202/2021 vom 17. Dezember 2021 E. 6.2.2 mit Hinweis). 6.2 Für die Festsetzung des trotz Gesundheitsschädigung zumutbarerweise noch realisierbaren Einkommens (Invalideneinkommen) ist nach der Rechtsprechung primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Übt sie nach Eintritt der Invalidität eine Erwerbstätigkeit aus, bei der – kumulativ – besonders stabile Arbeitsverhältnisse gegeben sind und anzunehmen ist, dass sie die ihr verbliebene Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausschöpft, und erscheint zudem das Einkommen aus der Arbeitsleistung als angemessen und nicht als Soziallohn, gilt grundsätzlich der tatsächlich erzielte Verdienst als Invalidenlohn (BGE 139 V 592 E. 2.3; 135 V 297 E. 5.2; 129 V 472 E. 4.2.1; 126 V 75 E. 3b/ aa).

Ist die Ermittlung des Invalideneinkommens aufgrund und nach Massgabe der konkreten Gegebenheiten des Einzelfalles nicht möglich, können nach der Rechtsprechung für die Bestimmung des Invalideneinkommens Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3, 135 V 297 E. 5.2, 129 V 472 E. 4.2.1). Dabei sind grundsätzlich die im Verfügungszeitpunkt aktuellsten veröffentlichten Tabellen der LSE zu verwenden (BGE 143 V 295 E. 4.1.3; zur Verwendung der aktuellsten statistischen Daten bei Rentenrevisoren vgl. BGE 143 V 295 E. 4.2.2, 142 V 178 E. 2.5.8.1, 133 V 545 E. 7.1). 6.3

Wird das Invalideneinkommen 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). Aufgrund dieser Faktoren kann die versicherte Person die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt möglicherweise nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten. Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen geschäftlich zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen (vgl. BGE 135 V 297 E. 5.2, 134 V 322 E. 5.2 und 126 V 75 E. 5b/ aa-cc). Die Rechtsprechung gewährt insbesondere dann einen Abzug auf dem Invalideneinkommen, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/ bb). Zu beachten ist jedoch, dass allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben

Gesichtspunkte führen dürfen ( BGE 146 V 16 E. 4.1 mit Hinweisen).

Nach ständiger Rechtsprechung darf das (kantonale) Sozialversicherungsgericht sein Ermessen, wenn es um die Beurteilung des Tabellenlohnabzuges gemäss BGE 126 V 75 geht, nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Verwaltung setzen; es muss sich auf Gegebenheiten abstützen können, welche seine abweichende Ermessensausübung als naheliegender erscheinen lassen (BGE 137 V 71 E. 5.2 und 126 V 75 E. 6). Wurde bei der Festsetzung der Höhe des Abzugs vom Tabellenlohn ein Merkmal oder ein bestimmter Aspekt eines Merkmals zu Unrecht nicht berücksichtigt oder zu Unrecht berücksichtigt, hat die Beschwerdeinstanz den Abzug gesamthaft neu zu schätzen (vgl. Urteile des Bundesgericht 9C\_808/2015 vom 29. Februar 2016 E. 3.4.3 und 8C\_113/2015 vom 26. Mai 2015 E. 3.2). 6.4 6.4.1

Die Beschwerdeführerin war im Zeitpunkt des Unfalls vom 23. Januar 2019 arbeitslos gewesen und bezog seit 1. August 2018 Arbeitslosenentschädigung (vgl. Urk. 10/1). Da der Verlust der Arbeitsstelle nicht auf den Unfall vom 23. Januar 2019 zurückzuführen ist, ist nicht relevant, dass sie gemäss Lohnausweis im Jahr 2017 ein Einkommen von Fr. 63'036. erzielt haben soll, welche Behauptung jedenfalls nicht mit den Eintragungen im Auszug aus dem individuellen Konto (IK-Auszug) vom 16. Juli 2020 (Urk. 10/136) übereinstimmt. Abklärungen, welchen Lohn die Beschwerdeführerin im Jahr 2017 tatsächlich erzielte, erübrigen sich indessen angesichts der Tatsache, dass sie im Zeitpunkt des Unfalls arbeitslos war. Stattdessen sind zur Ermittlung des Valideneinkommens die Tabellenlöhne heranzuziehen. 6.4.2

Die Beschwerdegegnerin zog zur Festsetzung des Valideneinkommens das durchschnittliche Einkommen von weiblichen Hilfskräften im verarbeitenden Gewerbe/Herstellung von Waren (LSE 2018, TA1 Sektor 10-33) im untersten Kompetenzniveau 1 heran (Urk. 2 S. 10). Dieses betrug unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung von 2732 Punkten (2018) auf 2784 Punkte (2020; Entwicklung der Nominallöhne, der Konsumentenpreise und der Reallöhne, T39) im Jahr 2020 Fr. 4'605.-- ( $[\text{Fr. } 4'519. / 2732] \times 2784 = \text{Fr. } 4'605.--$  ;

LSE 2018, TA1\_tirage\_skill\_level, Sektor 10-33). Unter Berücksichtigung einer durchschnittlichen betriebsüblichen Arbeitszeit von 41.3 Stunden (BFS, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen) ergibt dies ein Jahreseinkommen von rund Fr. 57'056., welches höher ist, als das Einkommen, welches die Beschwerdeführerin laut IK-Auszug jemals erzielt hat (vgl. Urk. 10/136), weshalb es sich durchaus als angemessen erweist. 6.4.3

Die Beschwerdeführerin hat nach dem Unfall keine Erwerbstätigkeit mehr aufgenommen, weshalb auch für die Festlegung des Invalideneinkommens auf die Tabellenlöhne zurückzugreifen ist. Das durchschnittliche Einkommen für Frauen im untersten Kompetenzniveau 1 betrug unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung von 2732 Punkten (2018) auf 2784 Punkte (2020; Entwicklung der Nominallöhne, der Konsumentenpreise und der Reallöhne, T39) im Jahr 2020 Fr. 4'454. ( $[\text{Fr. } 4'371. / 2732] \times 2784 = \text{Fr. } 4'454.--$  LSE 2018, TA1\_tirage\_skill\_level, Total). Unter Berücksichtigung der durchschnittlichen Arbeitszeit im Jahr 2020 von 41.7 Stunden pro Woche (BSF, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen) ergibt dies ein Jahreseinkommen von rund Fr. 55'720.. Die Beschwerdegegnerin zog von diesem Einkommen einen Leidensabzug von 5% ab, was unter Berücksichtigung, dass die Beschwerdeführerin

gemäss übereinstimmender ärztlicher Einschätzung in einer leichten manuellen Tätigkeit lediglich dahingehend eingeschränkt ist, dass kraftvolle Zug-, Stoss- und Drehbewegungen, kraftvolles Zupacken, Schläge und Bedienen von vibrierenden Maschinen mit der rechten Hand nicht mehr zumutbar sind, angemessen ist. Nicht gefolgt werden kann ihr, dass ihr mangels Berufsausbildung, zureichender Sprachkenntnis und aufgrund des Alters ein höherer Abzug zu gewähren ist, was sie doch trotz allfälliger sprachlicher Hindernisse in der Lage, eine Anlehre im Verkauf abzuschliessen

und in diesem Beruf über Jahre zu bestehen (vgl. Urk. 10/25). Mit Jahrgang 1980 hat sie aufgrund ihres Alters nicht

mit Nachteilen

auf dem Arbeitsmarkt zu rechnen.

Unter Berücksichtigung eines Leidensabzuges von 5 % beträgt das Invalideneinkommen rund Fr. 52'934. . . Verglichen mit dem Valideneinkommen von Fr.

57'056. ergibt dies eine Einkommenseinbusse von Fr. 4'122. —

beziehungsweise von rund 7 %. Dies begründet keinen Anspruch auf eine Invalidenrente (vgl. E. 1.1). 7.

Nach dem Dargelegten ist die Beschwerde abzuweisen, soweit darauf einzutreten ist. 8.

#### **E. 7**

Ziff.

3.2). Hinsichtlich des Einkommensvergleichs sei festzuhalten, dass die Einordnung des hypothetischen Invalideneinkommens im Kompetenzniveau 1 der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE)

der Beschwerdeführerin vor dem Hintergrund ihrer Ausbildung und ihres Werdeganges gerecht werde (S.

#### **E. 8**

Ziff.

4.1). Sie sei in einer leichten angepassten manuellen Tätigkeit voll arbeitsfähig. Solche Tätigkeiten seien auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt vorhanden, weshalb sich kein höherer Abzug als der gewährte von 5 % rechtfertige (S.

#### **E. 8.1**

Nach §

34 Abs.

3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) bemisst sich die Höhe der gerichtlich festzusetzenden Entschädigung nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens, jedoch ohne Rücksicht auf den Streitwert.

Gemäss § 8 in Verbindung mit § 7 Abs. 1 der Verordnung über die Gebühren, Kosten und Entschädigungen vor dem Sozialversicherungsgericht (GebV

SVGer ) wird - auch im Rahmen der unentgeltlichen Rechtsvertretung - namentlich für unnötigen Aufwand kein Ersatz gewährt.

### **E. 8.2**

Der vom Rechtsvertreter des Beschwerdeführers mit Honorarnote vom 7. September 2022 (Urk. 37 ) geltend gemachte Zeitaufwand von 21 Stunden ist der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses nicht angemessen. So erscheint ein Gesamtaufwand für das Aktenstudium von 9

Stunden und 15

Minuten und das Verfassen der Rechtsschriften im Umfang von 10 Stunden als überhöht. Der Rechtsvertreter vertrat die Beschwerdeführerin schon im Einwandverfahren , weshalb ihm die Akten mehrheitlich bekannt waren. Ausser dem vertritt er sie auch im invalidenversicherungsrechtlichen Verfahren , wobei die zu berücksichtigenden Akten im Wesentlichen identisch sind . Die Stellungnahme vom 18. August 2022 ( Urk. 33) entspricht ferner in weiten Teilen der Beschwerde im invalidenversicherungsrechtlichen Verfahren.

Angesichts der zu studierenden Aktenstücke der Beschwerdegegnerin und des Gutachtens , der Aufwendungen im Zusammenhang mit dem Gesuch um unentgeltliche Rechtsverteidigung , der in ähnlichen Fällen zugesprochenen Beträgen und der vier rund 2- beziehungsweise 8-seitigen Rechtsschriften ( Urk. 1, Urk. 15, Urk. 21, Urk. 33) , wobei eine Rechtsschrift unaufgefordert eingereicht wurde, Teile der Replik scheinbar aus einem Haftungsbegehren stammen ( Urk.

### **E. 8.3**

Die Beschwerdeführerin ist auf §

### **E. 9**

Ziff.

4.1). Auch die Berechnung des hypothetischen Valideneinkommens sei korrekt (S.

### **E. 10**

Ziff.

4.2).

Daran hielt die Beschwerdegegnerin in ihrer Beschwerdeantwort fest (Urk.

9).

Mit Duplik ( Urk. 19) machte sie geltend, die Kreisärztin habe die Ablösung des Triangular fibrocartilage

complex

(TFC C , Diskus triangularis ) in ihrer Beurteilung berücksichtigt und sei zum Schluss gekommen, dass sich daraus das Ausmass der geklagten Beschwerden nicht erklären lasse (S.

3 Ziff.

7). Weiter wies sie darauf hin, dass die Beschwerdeführerin aktenkundig erstmals im November 2019 Beschwerden an der Halswirbelsäule geäussert habe. Bildgebend hätten sich ausschliesslich degenerative unfallfremde Befunde gezeigt. Soweit sie auf das Unfallereignis vom Januar 2017 verweise, so habe sie einen Rückfall geltend zu machen, wobei der natürliche Kausalzusammenhang nachzuweisen wäre (S.

4 Ziff.

9-10).

Zum Medas -Gutachten (Urk.

23) sei festzuhalten (Urk.

32) , dieses bringe hinsichtlich der unfallbedingten Einschränkungen nichts Neues hervor. Objektivierbare unfallbedingte Einschränkungen, welche über das kreisärztliche Zumutbarkeitsprofil hinausgingen, würden darin nicht genannt. Eine partielle Arbeitsunfähigkeit werde denn auch lediglich mit einer unfallfremden psychiatrischen Diagnose begründet (S.

1).

#### **E. 15**

S. 3 f.) und Teile der Rechtsschrift vom 18. August 2022 aus dem invalidenversicherungsrechtlichen Verfahren übernommen werden konnten, ist die Entschädigung von Rechtsanwalt Dr. Rolf Thür bei Anwendung des gerichtlichen Stundenansatzes von Fr. 220.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) auf Fr. 3'600.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen.

#### **E. 16**

Abs. 4 GSVGer hinzuweisen, wonach sie zur Nachzahlung der Auslagen für die Vertretung verpflichtet werden kann, sofern sie dazu in der Lage ist.

Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf einzutreten ist. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Der unentgeltliche Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin, Rechtsanwalt Dr. Rolf Thür, Zürich, wird mit Fr.

3'600.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Die Beschwerdeführerin wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. Rolf Thür - Rechtsanwältin Nadine Linda Suter unter Beilage einer Kopie von Urk. 36 - Bundesamt für Gesundheit 5.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat ( Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Grieder-Martens Tiefenbacher

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