

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2021.00170

vom 9. September 2022

ZH Sozialversicherungsgericht, 2022-09-09, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2021.00170

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2021.00170 du 9 septembre 2022

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2021.00170 del 9 settembre 2022

Erwägungen

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).

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

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. 1.3

Der Taggeldanspruch erlischt auch beim Wegfall seiner Anspruchsvoraussetzung der Arbeitsunfähigkeit, somit im Zeitpunkt der vollen Wiedererlangung der Fähigkeit, im bisherigen oder in einem anderen Beruf zumutbare Arbeit zu leisten (Art. 16 Abs. 1 und 2 UVG i.V.m . Art. 6 ATSG ; vgl. BGE 137 V 199 E. 2.1).

Da die Heilbehandlung gemäss Art.

E. 1.4

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

E. 1.5

Nach der Rechtsprechung kommt auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ ee). Das Anstellungsverhältnis einer versicherungsinternen Fachperson zum Versicherungsträger alleine lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen (BGE 137 V 210 E. 1.4, 135 V 465 E. 4.4). Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 145 V 97 E. 8.5, 142 V 58 E. 5.1, 139 V 225 E. 5.2, 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7). 2.

E. 2

Die Versicherte erhob am 3. September 2021 Beschwerde gegen den Einspracheentscheid vom 5. Juli 2021 (Urk. 2) und beantragte, dieser sei aufzuheben und es seien ihr für die Folgen des Unfalls vom 26. März 2018 auch nach dem 31. Januar 2021 weiterhin die Leistungen aus der Unfallversicherung (Heilbehandlungskostenersatz, Taggeld, eventuell eine Rente) auszurichten (Urk. 1 S. 2).

Mit Beschwerdeantwort vom 11. Oktober 2021 (Urk.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging im angefochtenen Einspracheentscheid (Urk. 2) gestützt auf den Bericht ihres Kreisarztes vom 23. Dezember 2020 über die Abschlussuntersuchung vom Vortag (Urk. 8/210) von einem medizinischen Endzustand aus (S. 5 ff. E. 1). Zwar sei der Kreisarzt anlässlich der vorhergehenden Untersuchung vom 6. Juli 2020 aufgrund der global-muskulären Dekonditionierung der Schulter- und Oberarmmuskulatur noch nicht vom Endzustand ausgegangen. Nach weiteren 6 Monaten mit Therapien ohne nennenswerten Verbesserungen sei die kreisärztliche Beurteilung vom 22. Dezember 2020 jedoch nachvollziehbar und überzeugend. Die neu aufgelegten Berichte der Behandler vermöchten daran nichts zu ändern (S. 6 Mitte E. 1.2).

Eine gewisse psychische Mitbeteiligung beeinflusse das Ausmass der geklagten Beschwerden mit, sei doch im Universitätsspital A.____ gemäss Bericht vom 19. Juni 2019 eine paradoxe Schmerzverstärkung beklagt worden, was nach 45 erfolglosen Physiotherapiesitzungen dazu Anlass gegeben habe, eine Behandlung mit einem trizyklischen Antidepressivum zu beginnen. Im Rahmen der letzten kreisärztlichen Untersuchung seien Kraftmessungen von nicht erklärlichen 0 kg vorgekommen sowie ein mit einer Schulterverletzung nicht erklärbares Muskel zittern. Diesbezüglich seien jedoch keine weiteren Abklärungen angebracht, da eine psychisch bedingte Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit bei dem leichten Unfallereignis ohnehin nicht adäquat kausal sei (S. 6 Mitte E. 1.2).

Dass weiterhin Physio-/Ergotherapie durchgeführt werde, sei zwar nachvollziehbar, ändere aber nichts daran, dass damit namhafte Verbesserungen im Hinblick auf die Leistungsfähigkeit nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit noch erzielt werden könnten. Die blosser Möglichkeit einer solchen Verbesserung reiche nicht aus, auch wenn eine allfällige Schultersteife vorliegen sollte. Wenn Dr. med. B.____ im Bericht vom 5. Mai 2021 ausführe, die Dauer einer Frozen

shoulder betrage im Durchschnitt 1.5 Jahre und könne bis zu 6 Jahre gehen, so deute dies auch nur auf eine mögliche namhafte Verbesserung innert vernünftiger Frist hin. Minimale Verbesserungen genügen nicht (S. 6 f. E. 1.2).

In ihrer angestammten Tätigkeit könne die Beschwerdeführerin nicht mehr arbeiten, unter Einhaltung eines näher genannten Belastungsprofils könne hingegen eine ganztägige Arbeit erfolgen (S. 9 E. 3). Gestützt auf statistische Werte und unter Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzugs von 5% ergebe sich ein Invalideneinkommen von rund Fr. 53'098.-- (S. 9 E. 4.1). Anders als im Invalidenversicherungsrecht seien vorliegend die Verhältnisse im mittleren Alter massgebend, weshalb die vorhandene Restarbeitsfähigkeit ohne Weiteres verwertbar sei. Auch sei kein höherer Leidensabzug gerechtfertigt (S. 10 Mitte E. 4.2). Beim Vergleich mit dem unbestrittenen Valideneinkommen von Fr. 52'000.-- resultiere keine Lohneinbusse, weshalb keine Invalidenrente geschuldet sei (S. 11 E. 4.3). Auch eine Integritätsentschädigung sei nicht geschuldet (S. 11 f. E. 5.2).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), die Einstellung der vorübergehenden Leistungen gründe einzig auf der singulären versicherungsinternen Beurteilung des Kreisarztes vom 23. Dezember 2020 (S. 6 Ziff. 16). An dieser Beurteilung obwalteten erhebliche Zweifel (S. 7 oben Ziff. 16):

Ein Widerspruch liege bereits darin, dass anlässlich der Untersuchung vom 6. Juli 2020 der Endzustand unter Hinweis auf das Erfolgspotenzial der angeordneten medizinischen Massnahmen zur Kräftigung der Muskulatur verneint, jedoch nach der Untersuchung vom 22. Dezember 2020 bei einem als «nicht wirklich verbessert» qualifizierten Zustand auf den Endzustand geschlossen worden sei (S. 7 Ziff. 16 lit. a).

Entgegen der kreisärztlichen Würdigung habe die im Juni 2020 verordnete physiotherapeutische Kräftigungstherapie gemäss den Verlaufsberichten der Physio- und Handtherapeuten der Universitätsklinik C.____ vom 17. November 2020 bereits nach wenigen Monaten eine Verbesserung der Schmerzsituation und der funktionellen Defizite bewirkt, so dass die funktionelle Leistung des rechten Arms bereits auf 20 % der Funktion der Gegenseite habe gesteigert werden können und bei der angezeigten längerfristigen Fortführung der Behandlung mit Sicherheit («sicherlich») eine weitere Verbesserung prognostiziert worden sei. Aufgrund

der messbaren - wenn auch geringen – Verbesserung nach nur wenigen Monaten könne aus der Fortführung der Therapie über einen längeren Zeitraum zumindest mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf einen namhaften Erfolg geschlossen werden: Die Steigerung der funktionellen Leistung des dominanten rechten Arms und die Verbesserung von dessen Kraft führten zu einer Erhöhung von dessen Belastbarkeit und zur Vergrösserung seiner Einsatzmöglichkeit, woraus eine massgebliche Verbesserung der Arbeitsfähigkeit resultiere (S. 7 Ziff. 16 lit. b).

Der Schulterorthopäde Dr. med. B.____ habe im April 2021 von einer weiteren Verbesserung der Beschwerdesymptomatik berichtet und im Mai 2021 das Vorliegen eines Endzustandes klipp und klar verneint, was er mit der medizinischen Erfahrungstatsache begründet habe, dass das gutartige Krankheitsbild der Frozen

Shoulder innerhalb des Zeitraums von bis zu 6 Jahren gut therapierbar sei. Es treffe demnach nicht zu, dass Dr. B.____ eine weitere Verbesserung des Gesundheitszustands lediglich als möglich erwogen habe. Eine sich kontinuierliche steigende Verbesserung mit Auswirkungen auf die Funktionalität sei beweiskräftig ausgewiesen, woran nichts ändere, dass diese in relativ langsamer Geschwindigkeit verlaufe (S. 8 Ziff. 16 lit. c). Auch die spekulativ anmutenden Ausführungen der Beschwerdegegnerin zum Bestand eines zusätzlichen psychischen Leidens vermöchten daran nichts zu ändern (S. 8 unten Ziff. 16).

Aufgrund der Erheblichkeit der aufgezeigten Zweifel sei nicht erstellt, dass am 22. Dezember 2020 der gesundheitliche Endzustand erreicht gewesen sei, weshalb die vorübergehenden Leistungen weiterhin auszurichten seien (S. 8 unten Ziff. 16).

Im Eventualfall habe sie aus näher dargelegten Gründen bei einem Invaliditätsgrad von 19 % Anspruch auf eine Invalidenrente (S. 9 f. Ziff. 17).

E. 2.3

Die Beschwerdegegnerin machte in der Beschwerdeantwort (Urk. 7) geltend, die Beschwerdeführerin habe gegenüber der Universitätsklinik C.____ von Beschwerden gesprochen, gleichzeitig aber zugegeben, dass sie keine Schmerzmittel zu sich nehme. Auch die Arbeitgeberin habe betont, dass sich die Beschwerdeführerin trotz sehr leichten Tätigkeiten über Schmerzen beklagt habe, jedoch keine Medikamente einnehme. Dies habe im Rahmen der Schadenminderungsspflicht von ihr erwartet werden dürfen (S. 3 ad 6).

Dr. B.____ habe die Fragen der Beschwerdeführerin recht unkritisch beantwortet (S. 4 ad 14). Es treffe nicht zu, dass die Beschwerdegegnerin den medizinischen Endzustand zu früh angenommen habe. Der erfahrene Kreisarzt habe die Dauer sogar grosszügig bemessen. Ein Blick ins Internet zeige, dass die Erholung einer Frozen

Shoulder 6 Monate bis 3 Jahre dauere. Dr. B.____ habe somit von absoluten Ausnahmefällen und damit lediglich der Möglichkeitsform gesprochen, was irrelevant sei. Auch sei der Hinweis verfehlt, dass weitere medizinische Massnahmen abgewartet werden müssten, nachdem dieses gutartige Krankheitsbild auch ohne ärztliche Behandlung von selbst verschwinde, was der Rechtsvertreter der Beschwerdegegnerin aus eigener Erfahrung (vollständige Ausheilung innert 1.5 Jahren) bestätigen könne. Die Beschwerdeführerin könne somit mir ihren Hinweisen nicht ansatzweise Zweifel an der kreisärztlichen Beurteilung wecken (S. 5 ad 16).

E. 2.4

Die Beschwerdeführerin stellte sich in der Replik (Urk. 11) auf den Standpunkt, der Vorwurf, sie habe die Schadenminderungspflicht verletzt, sei haltlos. Es sei lückenlos dokumentiert, dass sie sich an die ihr verordnete Medikation und alle medizinischen Behandlungsmassnahmen strikt gehalten habe (S. 2 ff. Ziff. 2 f.). Die Beurteilung durch Dr. B.____ sei nicht als unkritisch verfasster Gefälligkeitsbericht zu disqualifizieren. Dagegen spreche, dass dieser zu ihrem Nachteil einen Integritätsschaden verneine und eine noch im Arbeitsversuch zu eruierende Restarbeitsfähigkeit postuliere. Seine Prognose, dass medizinisch kein Endzustand erreicht sei, stehe in Übereinstimmung mit den Therapieberichten und den Verlaufsberichten (S. 5 f. Ziff. 6).

Entscheidend für das Vorliegen des Endzustands sei die medizinisch dokumentierte Entwicklung und die Prognose im konkreten Versicherungsfall und nicht aus dem Internet entnommene Angaben oder eigene diesbezügliche Erfahrungen des Rechtsvertreters der Beschwerdegegnerin. Gemäss den – mit entsprechenden Beilagen dokumentierten (vgl. Urk. 12/1-2) - wissenschaftlichen Erkenntnissen sei im Falle der vorliegenden posttraumatischen Schultersteife nur eine geringe Selbstheilungstendenz gegeben mit notorisch sehr langwierigen Verläufen bis zu zehn Jahren (S. 6 Ziff. 7).

E. 2.5

Strittig und zu prüfen ist demnach das Vorliegen eines medizinischen Endzustands per 22. Dezember 2020 und damit die Frage der Rechtmässigkeit der Leistungseinstellung per 31. Januar beziehungsweise 31. März 2021.

Gegebenfalls wird im Anschluss hieran der Anspruch auf eine Invalidenrente zu prüfen sein. 3.3.1

Gemäss Schadenmeldung vom 4. April 2018 (Urk. 8/1) habe die Beschwerdeführerin am 26. März 2018 um 6:20 Uhr bei der Arbeit einen Container auf den Gehweg schieben wollen. Dabei habe dieser zu kippen gedroht, die Beschwerdeführerin habe diesen auffangen wollen und sich dabei an der rechten Schulter verletzt. 3.2

Dr. med. D.____, Facharzt für Radiologie, führte am 4. April 2018 eine Magnetresonanztomographie (MR)-Arthrografie der rechten Schulter durch, über welche er gleichentags berichtete (Urk. 8/11). Er beurteilte eine leichte, unspezifische Tendinopathie der Supraspinatussehne und eine Bursitis subacromialis. 3.3

Die Ärzte der Abteilung Schulter/Ellbogen der Universitätsklinik C.____ nannten im Sprechstundenbericht vom 20. April 2018 (Urk. 8/15) als Diagnose eine Frozen

Shoulder rechts mit/bei Status nach Schulterkontusion/Distorsion vom 26. März 2018 (S. 1 Mitte). Es handle sich um eine posttraumatische Frozen

shoulder

(S. 1 unten). Initial werde eine Triple-Therapie (Miacalcic , Redoxon und Celebrex) für 6 Wochen veranlasst (S. 2).

Im Sprechstundenbericht vom 19. Juni 2018 (Urk. 8/26) hielten die Ärzte der Universitätsklinik C.____ fest, es zeige sich weiterhin eine Frozen

Shoulder der rechten Seite mit unzureichendem Ansprechen auf die Triple-Therapie. Es würden eine glenohumerale Infiltration, Physiotherapie sowie Wassertherapie indiziert. Auf Wunsch der Beschwerdeführerin werde dies im Haus erfolgen. Sie sei bezüglich Selbstmobilisation, Aufbaustraining und Belastungslimiten des Schultergelenks beraten und instruiert worden (S. 1 f.).

Am 26. Juli 2018 führten sie zuhanden der Beschwerdegegnerin aus (Urk. 8/31 /1), sie sähen die auf der rechten Seite beschriebene Frozen

Shoulder in einem direkten Zusammenhang mit dem Trauma vom 26. März 2018. 3.4

Dr. med.

E.____ , Facharzt für Radiologie, Kreisarzt der Beschwerdegegnerin, führte in seiner Stellungnahme vom 8. August 2018 (Urk. 8/33) aus, gemäss dem MR- Arthrogramm bestünden Zeichen einer leichten Capsulitis

adhaesiva , was vom beurteilenden Radiologen übersehen worden sei. Es gebe zwar relativ viele Ursachen für eine Capsulitis

adhaesiva , hier sch e ine aber der Verlauf zum gemeldeten Unfall zu passen. Die Frozen

Shoulder könne also als knapp überwie gend wahrscheinlich unfallbedingt betrachtet werden (S. 2). 3.5

Die Ärzte der Universitätsklinik C.____ hielten im Sprechstundenbericht vom 25. September 2018 (Urk. 8/42) fest, es erfolge keine regelmässige Schmerzmittelinnahme, die Physiotherapie führe die Beschwerdeführerin regelmässig durch. Diese zeige eine minimale Regredienz der Beschwerden in Bezug auf Schmerzen und Beweglichkeit der rechten Schulter bei Frozen

Shoulder . Bei schon durchgeführter Triple-Therapie und glenohumeraler Infiltration werde nun eine Physiotherapie zum sanften Bewegungstraining durchgeführt (S. 2). 3.6

Dr. med. F.____ , Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, Kreisarzt der Beschwerdegegnerin, merkte in seiner Stellungnahme vom 28. November 2018 (Urk. 8/50) an, eine adhäsive Kapsulitis könne sehr lange stark beeinträchtigende Beschwerden verursachen (S. 2). 3.7

Die Ärzte der Universitätsklinik C.____ führten im Sprechstundenbericht vom 21. Dezember 2018 (Urk. 8/53) aus, die Schmerzen seien weiterhin vorhanden, die Beschwerdeführerin sei jedoch nicht auf Schmerzmittel angewiesen. Sie führe regelmässig Physiotherapie durch (S. 1 Mitte). Sie berichte über eine Beschwerdebesserung im Vergleich zur letzten

Konsultation , die Schmerzen stünden jedoch weiterhin im Vordergrund. Es werde daher die Infiltration mit Triamcort 40 mg und Lidocain intraartikulär wiederholt (S. 1 unten). 3.8

Dr. E.____ führte am 15. Januar 2019 aus (Urk. 8/54), eine namhafte Verbesserung des unfallbedingten Gesundheitszustands sei durchaus möglich. Man müsse sich eine Bestrahlung der Schulter überlegen . Er fügte hinzu: «Bitte schauen Sie, dass es so schnell wie möglich geht, denn die Zeit läuft uns davon» (S. 1 Ziff. 3). 3.9

Dr. med.

G.____ , stellvertretender Oberarzt an der Klinik für Radio-Onkologie des Universitätsspitals A.____ , hielt im Bericht vom 1. Februar 2019 (Urk. 8/78) fest, nachdem andere konservative Verfahren zu keiner anhaltenden Verbesserung geführt hätten, werde die Durchführung einer Röntgenreizbestrahlung im Bereich der rechten Schulter empfohlen mit dem Ziel der lokalen Reduktion der Schultergelenkkapselentzündung (S. 1 Mitte). Es werde nun eine sechsmalige Röntgenreizbestrahlung eingeleitet (S. 1 unten).

Am 1. März 2019 berichtete Dr. G.____ (Urk. 8/92), die Bestrahlung habe wie vorgesehen durchgeführt werden können (S. 1 Mitte).

Am 8. Mai 2019 berichtete er (Urk. 8/107), 8 Wochen nach Abschluss der Radio therapie berichte die Beschwerdeführerin unerfreulicher Weise über keine signifikante Besserung (S. 1 Mitte). 3.10

Dr. med.

H.____ , stellvertretender Oberarzt an der Klinik für Rheumatologie des Universitätsspitals A.____ , führte im Bericht zur Erstkonsultation vom 22. Mai 2019 (Urk. 8/109) aus, die Anamnese und klinische Untersuchung sei trotz Übersetzung sprachlich bedingt schwierig gewesen. Dennoch scheine es denkbar, dass ein myofasziales Schmerzsyndrom, zusammengesetzt aus mehreren antagonistischen Muskeln, den Verlauf hartnäckig gestalte. Die Beschwerdeführerin habe sich einverstanden erklärt, in 3 bis 4 Sitzungen mit einer intensiven Triggerpunkt therapie den Verlauf zu beobachten. Heute sei probatorisch einmal eine Trigger punktinfiltration mit Lidocain in einem Nest von Triggerpunkten im Musculus Supraspinatussehne erfolgt, was gut toleriert worden sei (S. 2).

Am 19. Juni 2019 berichtete Dr. H.____ (Urk. 8/113) von einem in etwa unveränderten Befund. Es bestehe ein deutliches muskuläres Verspannungsbild mit aktiven und latenten Triggerpunkten in der ganzen Schultermuskulatur und es sch e ine, dass die Schulterbeweglichkeit insbesondere muskulär limitiert werde. Die heutige manuelle Behandlung habe zu einer paradoxen Schmerzverstärkung geführt, ähnlich wie vor 4 Wochen, was ein möglicher Hinweis auf eine zentrale Sensibilisierung sei (S. 1 Mitte). In dieser Situation sollte eine Behandlung etwas konzentriert erfolgen, damit die Reaktion besser erfasst werden könne. Aus Kapazitätsgründen sei dies erst im September möglich. Nach 45 erfolglosen Physiotherapiesitzungen sehe Dr. H.____ aktuell selber keine alternativen Ansätze. «Wir wollen aber diese Zeit überbrücken und ausnützen, indem die Patientin unter Annahme eines zentralen Sensibilisierungsphänomens mit einem trizyklischen Antidepressivum beginnt.» (S. 1 unten). 3.11

Die Ärzte der Rehaklinik I.____ führten im Austrittsbericht vom 24. Juli 2019 (Urk. 8/122) nach stationärem Aufenthalt vom 3. bis 24. Juli 2019 (vgl. S. 1 oben) aus, es laufe die medizinische Phase bei Frozen

Shoulder , der Endzustand sei noch nicht absehbar. Ab September sei eine Injektionsbehandlung im Rahmen eines myofaszialen Schmerzsyndroms durch einen Rheumatologen vorgesehen. Erfahrungsgemäss bessere sich eine Frozen

Shoulder nach Ablauf von ein bis zwei Jahren spontan, dieser Zeitraum sollte abgewartet werden (S. 2 oben).

Aktuell bestünden folgende Beschwerden und Funktionsstörungen (S. 2 unten, vgl. S. 1 Mitte): Bewegungs- und belastungsabhängige Schmerzen rechte Schulter, Bewegungseinschränkung rechte Schulter, Kraftminderung rechter Arm .

Das Ausmass der physischen Einschränkungen lasse sich mit den objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung und bildgebenden Abklärungen sowie den Diagnosen aus somatischer Sicht erklären (S. 2 unten) . Die Beschreibung der Schmerzen sei differenziert und das Schmerzverhalten adäquat gewesen. Das Leistungsverhalten und die Konsistenz würden als gut beurteilt, das Verhalten bezüglich Rehabilitation als positiv gewertet (S. 3 Mitte). 3.12

Dr. med.

J.____ , Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Universitätsklinik C.____ , notierte im Sprechstundenbericht vom 20. August 2019 (Urk. 8/130) folgende Befunde (S. 1 Mitte): Schulter rechts: Schulterbeweglichkeit passiv glenohumeral Abduktion 70°, Aussenrotation 20°, Gegenseite 50° und 90°; wenig Dehnungsschmerz der ventralen Kapsel. 3.13

Dr. H.____ führte im Bericht zur Konsultation vom 18. September 2019 (Urk. 8/133) aus, auf manuellem Weg und mittels myofaszialer Behandlung hätten die Beschwerden der Beschwerdeführerin bisher ebenso wenig beeinflusst werden können wie zuvor mit der Bestrahlung. Allerdings habe zuletzt die Behandlung des Musculus latissimus dorsi eine Befreiung der Schulterabduktion gebracht, welche passiv nun bis 80° möglich sei. Leider seien die Schmerzen auch in Ruhe unverändert vorhanden, weshalb heute nochmals der Versuch einer intraartikulären Steroidinfiltration erfolge (S. 1 Mitte).

Am 16. Oktober 2019 berichtete Dr. H.____ (Urk. 8/137), leider habe die Schultergelenksinfiltration keine Wirkung gezeigt. Somit bleibe es dabei, dass der Spontanverlauf dieser Frozen

Shoulder abgewartet werden müsse (S. 1 Mitte). Die Beschwerdeführerin praktiziere Heimübungen, die sie Dr. H.____ vorzeigen könne (S. 1 unten). 3.14

Med. pract .

K.____ , Facharzt für Chirurgie, Kreisarzt der Beschwerdeführerin, entgegnete am 20. Februar 2020 (Urk. 8/162) auf die Vorlage durch die Sachbearbeiterin, diese erfolge zu früh. Es habe sich nicht viel getan, Frozen

Shoulder seien hartnäckig (S. 2). 3.15

Dr. J.____ nannte im Sprechstundenbericht vom 17. Juni 2020 (Urk. 8/183 /2-3) folgende Diagnose (S. 1 oben): - aktuell ausgeprägte Scapuladyskinesie , Status nach posttraumatischer Frozen

Shoulder rechts (dominant) mit/bei - Status nach Schulterkontusion / Distorsion vom 26. März 2018

Nach der glenohumeralen Infiltration am Universitätsspital A.____ habe die Schmerzfreiheit zirka drei Wochen angehalten, seither bestünden wieder zunehmende Schmerzen. Die Beschwerdeführerin nehme aktuell eine Analgesie mit Dafalgan und Vimovo ein (S. 1 Mitte). Dr. J.____ notierte folgendes unter dem Befund der rechten Schulter (S. 1 unten): «passiv glenohumerale Beweglichkeit: Abduktion 90°, Aussenrotation 50°, praktisch symmetrisch zur Gegenseite (90° und 60°), kein Kapsel dehnungsschmerz. Der Arm kann aktiv bis 130° flektiert werden. Dann deutliches Zittern des gesamten Armes und auf Grund der Schwäche Absinken . »

In der heutigen Untersuchung zeige sich eine stark verbesserte glenohumerale Beweglichkeit bei nun fast freier Schulterbeweglichkeit passiv glenohumeral. Aktiv bestehe jedoch eine ausgeprägt dekonditionierte

Rotatorenmanschette wie auch scapula-thoracale Muskulatur. Dies erkläre die aktuelle Funktionseinschränkung der Beschwerdeführerin. Dr. J.____ verordne eine Physiotherapie mit nun Kräftigungsübungen der Rotatorenmanschette als auch Serratus anterior und unterer Trapezius, was intensiv während der nächsten Monate durchgeführt werden sollte. Sollte dies die Beschwerden nicht lindern, werde um erneute Vorstellung mit vorgängiger Arthro-Magnetresonanztomographie (MRI) rechts gebeten (S. 2). 3.16

Med. pract . K.____ berichtete am 6. Juli 2020 über die gleichentags durchgeführte ärztliche Untersuchung (Urk. 8/186). Er nannte als Diagnose einen Status nach Schulterkontusion/Distorsion vom 26. März 2018 mit folgenden Unterdiagnosen (S. 5 unten): - Entwicklung einer posttraumatischen Frozen

Shoulder rechts (dominant) - aktuell in Remission mit guter Beweglichkeit - persistierende Kraftlosigkeit - Status nach perkutaner Radiotherapie

Die Beschwerdeführerin zeige eine allgemeine Kraftlosigkeit an der rechten oberen Extremität mit Ursprung in der rechten Schulter. Dies korreliere auch mit dem Bericht der Universitätsklinik C.____ (S. 5 Mitte). Es liege noch kein guter Zustand vor. Man könne wie im MRI auch in der klinischen Untersuchung erkennen, dass die Rotatorenmanschette nicht betroffen sei, es finde sich jedoch eine global-muskuläre Dekonditionierung der Schultermuskulatur (teils auch Oberarmmuskulatur) rechts ohne Atrophie. Ein Endzustand sei noch nicht erreicht, die Beschwerdeführerin sei immer noch in der medizinischen Phase (S. 5 f.). Mit weiteren Therapien wie Physiotherapie könne mutmasslich noch eine Verbesserung erreicht werden, die Beschwerdeführerin solle nun mit der Physiotherapie beginnen und diese für die nächsten 5 Monate durchführen. Vorgesehen sei einmal pro Woche, wobei man ruhig auf zweimal pro Woche steigern könnte. Anschliessend müsse eine Verlaufsuntersuchung durchgeführt werden, um sehen zu können, ob eine Verbesserung stattgefunden habe oder nicht (S. 6 Mitte). 3.17

Gemäss dem Bericht eines Physiotherapeuten der Universitätsklinik C.____ vom 7. September 2020 (Urk. 8/196/1) seien die Behandlungsziele die Verbesserung der Kraft von Hand, Unterarm, Arm und der schulterstabilisierenden Muskulatur mit dem Ziel einer Armelevation auf 130°, sowie der Aufbau der Stützmuskulatur (Ziff. 4). Die Beschwerdeführerin setze die Übungen im Alltag gut um und erscheine pünktlich und motiviert (Ziff. 5). Aufgrund der langen Geschichte werde eine längerdauernde Physiotherapie erwartet. Die Prognose bezüglich Schmerzen sei eher schlecht und betreffend Alltagsfunktionalität positiv (Ziff. 6). 3.18

L.____, Physiotherapeutin FH, Universitätsklinik C.____, erstattete am 17. November 2020 ihren Bericht Physiotherapie (Urk. 8/203/1-2). Dabei führte sie aus, als Hauptproblem besteh e aufgrund starker Schmerzen im Schultergürtelbereich rechts ein grosser Funktionsverlust der rechten Hand- und Armaktivitäten. Der Arm habe praktisch überhaupt nicht mehr eingesetzt werden können, weder im Alltag noch in einfachen und leichten Verrichtungen, er sei am Körper «geklebt» (S. 1 oben).

Da die Physiotherapie im Sinne eine r funktionelle n Therapie und sanfte n Aktivierung unter Rücksicht nahme auf den Schmerz zu wenig gegriffen habe, da die Beschwerdeführerin die Hand nicht eingesetzt habe (Faustschluss Kraft = 0), sei eine Ergotherapie zur funktionellen Verbesserung der Arm- und Handfunktion eingeleitet worden. Das Therapieergebnis bestehe in einer langsamen Verbesse rung der funktionellen Defizite und der Schmerzsituation. Die Beschwerdeführe rin könne nun eine Tasche von 1 kg tragen, der Armpendel beim Gehen sei in Ordnung. Die Greiffunktion und damit die Haushaltsfunktionen wie Kochen, Putzen und Waschen seien sich am Verbessern , wobei leichte Gewichte am Eigengewicht des Armes bis 1 kg über 90° (maximal 130°) möglich seien (S. 1 unten).

Es werde um eine Verlängerung der Physio- und Ergotherapie gebeten. Das aktuelle Resultat entspreche zirka 20 % der Funktion der Gegenseite (100 %). Wenn auch noch kein Einfluss auf den Schmerz bestehe, so lerne die Beschwer deführerin, mit ihrem funktionellen Problem besser umzugehen. Sie mache noch immer Fortschritte (S. 2). 3.19

M.____, Ergotherapeutin FH, erstatte te am 17. November 2020 ihren Bericht Ergotherapie/Handtherapie (Urk. 8/204). Als Behandlungsmassnahmen nannte sie den funktionellen Einsatz des rechten Arms mit dem Ziel, diesen im Alltag wieder bei mehr Tätigkeiten zu integrieren, eine Hilfsmittelabklärung sowie Koordinations- und Kräftigungsübungen als Heimprogramm . Nach den bisher vier durchgeführten Ergotherapieeinheiten sei es zu früh für einen Verlaufsbericht. Bis anhin sei die Beschwerdeführerin als motivierte Patientin wahrgenommen worden. Sie sei in ihrem Alltag sehr stark eingeschränkt, was sich unter anderem auch durch sehr stark limitierte Handkraft (Faustschlusskraft rechts weniger als 1 kg) zeige (S. 1 Mitte). Die Ergotherapie unterstütze die Beschwerdeführerin dabei, ihre rechte obere Extremität wieder im Alltag einzu setzen. So sei sie zum Beispiel heute in der Lage, ihr Essen selber mit Gabel und Messer zu schneiden (harte Lebensmittel ausgenommen), auch wenn ihr dies noch sehr viel Kraft abverlange. Es sei sicherlich mit weiteren Verbesserungen zu

rechnen (S. 1 unten). 3.20

Med. pract . K.____ untersuchte die Beschwerdeführerin am 22. Dezember 2020, worüber er am 23. Dezember 2020 berichtete (Urk. 8/210). Nach Angaben der Beschwerdeführerin hätten die Therapien einen gewissen Nutzen gebracht, früher sei der Arm komplett blockiert gewesen, jetzt gehe es doch besser, den Arm könne sie jetzt besser elevieren . Sie fühle sich in der Schulter nach wie vor kraftlos, immerhin habe sich die Kraft im rechten Arm durch die Therapien für sie minim gebessert (S. 4 Mitte). Unter den Befunden wurde unter anderem festgehalten, eine Objektivierung der Beschwerden und auch die Ausprägung der gezeigten Kraftlosigkeit (0 kg im Jamar und Pinch) seien nicht immer nachvollziehbar (S. 5 oben).

Med. pract . K.____

beurteilte, der klinische Zustand habe sich leider gegenüber der Voruntersuchung trotz mehrerer Interventionen sowie regelmässiger Physio- und Ergotherapie über Monate hinweg nicht wirklich verbessert. Des Weiteren seien gewisse Untersuchungsergebnisse wie zum Beispiel eine Kraft im Jamar und im Pinch rechts von 0 kg sowie das Muskelzittern mit einer Schulterverletzung nicht erklärbar. Eine gewisse Kraftlosigkeit könne der Beschwerdeführerin indes attestiert werden, eine solche sei nach Schulterdistorsion oft nachweisbar, aber keineswegs in diesem Ausmass. Zudem bewege die Beschwerdeführerin gut. Eine Frozen

Shoulder liege daher überwiegend wahrscheinlich nicht vor. Es sei daher mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit von einem Endzustand auszugehen, mit weiteren Therapien könne somit nichts erreicht werden (S. 6 Mitte).

In ihrer angestammten Tätigkeit könne die Beschwerdeführerin nicht mehr arbeiten, es werde daher ein Belastungsprofil erstellt: Das Heben und Tragen auf der rechten Seite könne nur leicht sein, auf der linken Seite sei es frei. Die rechte Hand diene also nicht als Zudienhand, sondern könne unter den genannten Einschränkungen eingesetzt werden, der Kraftverlust sei nicht erklärbar durch ein Problem der Schulter. Das Hantieren mit Werkzeugen könne auf der rechten Seite leicht sein, links sei es frei. Arbeiten über Kopfhöhe sollten nicht durchgeführt werden. Eine länger dauernde Haltung beziehungsweise das Sitzen, Stehen, Knien und Kniebeugen könnten alle frei und ohne Einschränkung durchgeführt werden. Die Fortbewegung sei ebenfalls nicht eingeschränkt. Leitern besteigen sollte die Beschwerdeführerin nicht, da sie sich mit rechts nicht gut abfangen könne. Daher seien alle Arbeiten, welche ein Gleichgewicht und/oder Balancieren erforderten, nicht statthaft. Unter Einhaltung dieses Belastungsprofils könne eine ganztägige Arbeit erfolgen (S. 6 unten). 3.21

Dr. med.

B.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Universitätsklinik C.____, führte im Sprechstundenbericht vom 21. April 2021 (Urk. 8/234 /3-4) aus, die Beschwerdesymptomatik habe sich subjektiv gebessert, jedoch bestehe weiterhin eine deutliche Einschränkung im Gebrauch der rechten Schulter. Insbesondere berichte die Beschwerdeführerin auch von einem Kraftverlust (S. 1 Mitte). Die noch beschriebenen Beschwerden seien auf die Frozen

Shoulder rechts zurückzuführen. Mit der Beschwerdeführerin seien nochmals die Therapieoptionen besprochen worden. Grundsätzlich würden mittels Physiotherapie und Ergotherapie stetige Verbesserungen erreicht, weshalb diese aus Sicht von Dr. B.____ problemlos fortgeführt werden könnten

(S. 2).

3.22

Am 5. Mai 2021 (Urk. 8/234 /5-6) beantwortete Dr. B.____ zuhanden des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin die von diesem aufgeworfenen Fragen. Er führte aus, bei einer Frozen

Shoulder und der entsprechenden Symptomatik könne davon ausgegangen werden, dass bei diesem gutartigen Krankheitsbild eine Verbesserung des Gesundheitszustands mit Erhöhung der Leistungsfähigkeit erreicht werden könne. Die Dauer einer Frozen

Shoulder betrage im Durchschnitt 1.5 Jahre und könne bis zu 6 Jahre gehen (Ziff. 2). Der Endzustand sei noch nicht erreicht, nichtsdestotrotz könne der rechte Arm für leicht belastende Tätigkeiten ohne Heben und Tragen eingesetzt werden. Das prozentuale Ausmass der angepassten Arbeitsfähigkeit müsste in einem Arbeitsversuch erhoben werden. Die Beschwerdeführerin habe jedoch berichtet, dass sie aktuell pensioniert sei. Ein Integritätsschaden liege nach der Meinung von Dr. B. ___ nicht vor (Ziff. 3). 4. 4.1

In einem ersten Schritt zu prüfen ist das Vorliegen eines medizinischen Endzustands per 22. Dezember 2020 (vgl. E. 2.5). 4.2

Med. pract . K. ___ untersuchte die Beschwerdeführerin im betreffenden Zeitraum zwei Mal: Einmal am 6. Juli 2020 (E. 3.16) und einmal am 22. Dezember 2020 (E. 3.20).

Nachdem er anlässlich der ersten Untersuchung noch festgehalten hatte, es könne mit weiteren Therapien wie Physiotherapie mutmasslich noch eine Verbesserung erreicht werden, kam er nach der zweiten Untersuchung fünfeneinhalb Monate später zum Schluss, es könne mit weiteren Therapien nichts erreicht werden. Dies begründete er damit, dass sich der klinische Zustand gegenüber der Voruntersuchung trotz mehrerer Interventionen sowie regelmässiger Physio- und Ergotherapie über Monate hinweg nicht wirklich verbessert habe (E. 3.20). Diese Begründung überzeugt, insbesondere nachdem der kreisärztliche Chirurg die Beschwerdeführerin im fraglichen Zeitraum gleich zwei Mal persönlich untersucht hatte. Entgegen den Ausführungen der Beschwerdeführerin (E. 2.2) liegt eben gerade kein Widerspruch vor, wenn das grundsätzliche Erfolgspotenzial weiterer Kräftigungsmassnahmen im Juli 2020 bejaht, im Dezember 2020 hingegen nach nur bescheidenem effektiv erzieltm Erfolg derselben verneint wurde. 4.3

Mithin erfüllen die kreisärztlichen Beurteilungen die Voraussetzungen an einem beweiskräftigen Bericht (E. 1.4), weshalb grundsätzlich auf sie abgestellt werden kann.

Da es sich bei med. pract . K. ___ um einen versicherungsinternen Arzt handelt, ist jedoch mit einem strengen Massstab zu prüfen, ob keine auch nur geringen Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit seiner Feststellungen bestehen (E. 1.5). 4.4

Solche Zweifel versucht die Beschwerdeführerin unter Berufung auf die Berichte ihrer behandelnden Physio- und Ergotherapeuten sowie ihres behandelnden Orthopäden zu wecken (E. 2.2).

Effektiv hielten die Physiotherapeutin und die Ergotherapeutin am 17. November 2020 fest, die Beschwerdeführerin mache noch immer Fortschritte (E. 3.18), es sei sicherlich mit weiteren Verbesserungen zu rechnen (E. 3.19). Letzteres wurde allerdings nicht weiter konkretisiert und es ist nicht ersichtlich, inwiefern und innerhalb welchen Zeitraums die prognostizierten Fortschritte zu einer relevanten Verbesserung der Schuldersituation oder gar des Belastungsprofils führen sollten, nachdem innert fünfeneinhalb Monaten lediglich eine «minime» Verbesserung hatte erzielt werden können (E. 3.20). Diese Beschreibung der erzielten Verbesserung durch die Beschwerdeführerin selber erscheint durchaus als passend, nachdem die Physiotherapeutin und die Ergotherapeutin Mitte November 2020 am rechten Arm eine Gewichtsbelastung über 90 Grad (E. 3.18) beziehungsweise eine Faustschlusskraft (E. 3.19) von maximal 1 kg (E. 3.18) als möglich erachteten, und der Kreisarzt im Dezember 2020 eine Kraftmessung von 0 kg im Jamar und Pinch dokumentierte (E. 3.20).

Das genannte vage Verbesserungspotential wurde im November 2020 schliesslich nicht etwa von fachärztlicher, sondern von physio- beziehungsweise ergotherapeutischer Seite attestiert, was der Überzeugungskraft dieser Prognose weiter Abbruch tut (vgl. E. 1.2). Sie vermag keine Zweifel an der fachärztlichen Beurteilung durch med. pract . K. ___ zu wecken. 4.5

Demgegenüber verfügt der behandelnde Dr. B. ___ zwar über einen Facharztstitel als Orthopäde. Auch er legte indes nicht näher dar, inwiefern noch weitere relevante Verbesserungen der Schultersituation erreicht werden könnten, sondern führte lediglich relativ pauschal aus, grundsätzlich würden mittels Physiotherapie und Ergotherapie stetige Verbesserungen erreicht (E. 3.21), bei einer Frozen

Shoulder könne von einer weiteren Verbesserung des Gesundheitszustands ausgegangen werden.

Auf den vorliegenden Fall passen diese Ausführungen jedoch nur bedingt, ebenso wie die Aussage von Dr. B. ___ über die durchschnittliche und maximale Dauer einer Frozen

Shoulder . Denn med. pract . K. ___ hatte im Dezember 2020 beurteilt, eine Frozen

Shoulder liege nicht mehr vor. Dies überzeugt, nachdem die behandelnde Dr. J. ___ im Juni 2020 bereits einen «Status nach» posttraumatischer Frozen

Shoulder diagnostiziert und eine stark verbesserte Beweglichkeit festgestellt hatte (E. 3.15) und dementsprechend med. pract . K. ___ im Juli 2020 eine aktuelle Remission der Frozen

Shoulder mit guter Beweglichkeit diagnostizierte (E. 3.16). Beide erachteten die Schultermuskulatur noch als deconditioniert und verordneten entsprechende Kräftigungsübungen. Nachdem diese bis zum 22. Dezember 2020 zu keinem nennenswerten Resultat führten, überzeugte die Annahme eines Endzustandes per dieses Datum durch med. pract . K. ___ (vgl. schon E. 4.4) ebenso wie dessen Beurteilung, die Kraftlosigkeit sei im gezeigten Ausmass mit einer Schulterverletzung nicht erklärbar (E. 3.20).

Dr. B. ___ seinerseits hielt zwar ausdrücklich fest, der Endzustand sei noch nicht erreicht (E. 3.22), begründete dies aber nicht näher. Da er bereits von einer Einsetzbarkeit des rechten Arms für leichte Tätigkeiten ausging, wäre ohnehin auch gestützt auf seine Angaben nicht von einem relevanten Verbesserungspotential der Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit beziehungsweise des von med. pract . K. ___ formulierten Belastungsprofils auszugehen.

Die beiden Berichte von Dr. B. ___ ergingen sodann erst während laufenden Einspracheverfahrens , wobei der Bericht vom 5. Mai 2021 unter Beantwortung von dessen Fragen an den Rechtsanwalt der Beschwerdeführerin adressiert war. Entsprechend kann diesen Berichten zum Vornherein nur eine geringe Beweiskraft zukommen (vgl. BGE 121 V 45 E. 2a). 4.6

Insgesamt waren somit weitere Verbesserungen des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin nach dem 22. Dezember 2020 zwar nicht ausgeschlossen, jedoch war durch weitere Physio- und Ergotherapie nur noch ein geringfügiger therapeutischer Fortschritt zu erwarten. Eine namhafte, ins Gewicht fallende Besserung stand hingegen am 22. Dezember 2020 prognostisch nicht mehr in Aussicht (vgl. E. 1.2).

Es bestehen damit keine Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der kreisärztlichen Feststellungen. Die Beschwerdegegnerin ging mithin zu Recht vom Vorliegen eines medizinischen Endzustands per 22. Dezember 2020 aus. Die Leistungseinstellung per 31. Januar beziehungsweise 31. März 2021 war recht mässig. 4.7

Es bleibt demgemäss der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente zu prüfen (vgl. E. 2.5). 5. 5.1

Wird die versicherte Person infolge eines Unfalles zu mindestens 10 % invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente, sofern sich der Unfall vor Erreichen des ordentlichen Rentenalters ereignet hat (Art. 18 Abs. 1 UVG). Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Zur Bestimmung des Invaliditätsgrades wird gemäss Art. 16 ATSG das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der (unfallbedingten) Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). 5.2

Die Überzeugungs- und Beweiskraft der kreisärztlichen Beurteilung vom 23. Dezember 2020 (vgl. E. 4) beschlägt auch die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin. Es wurde von dieser denn auch nicht bestritten, dass sie in angestammter Tätigkeit vollständig arbeitsunfähig, in angepasster Tätigkeit unter Beachtung des von med. pract. K. ___ formulierten Belastungsprofils (E. 3.20) hingegen voll arbeitsfähig ist. Betreffend das Belastungsprofil besteht zudem Übereinstimmung mit der Einschätzung durch Dr. B. ___ , wonach der rechte Arm für leicht belastende Tätigkeiten ohne Heben und Tragen eingesetzt werden könne (E. 3.22). 5.3

Unbestritten und ausgewiesen ist ein Valideneinkommen im Jahr 2021 von Fr. 52'000.-- (Urk. 1 S. 10, Urk. 2 E. 4.3; Urk. 8/213-215; Urk. 8/222 S. 2).

Was das Invalideneinkommen anbelangt, macht die Beschwerdeführerin die Unverwertbarkeit ihrer Arbeitsfähigkeit geltend. Sie begründete dies damit, dass ihr nur noch körperlich sehr leichte Arbeiten möglich seien, wobei die Funktionalität der dominanten Hand auf 20 % der normalen Einsatzfähigkeit eingeschränkt bleibe. Hinzu komme der absehbare Umstellungs- und Einarbeitungsaufwand in eine leidensangepasste Tätigkeit, welcher im krassen Missverhältnis zur verbleibenden kurzen Aktivitätsdauer stehe. Zusätzlich negativ anlastend seien die kurze erwerbliche Berufserfahrung von lediglich 6 Jahren, die Unverwertbarkeit derselben in einer neuen Verweistätigkeit und die grossen sprachlichen Verständigungsschwierigkeiten (Urk. 1 S. 9 Ziff. 17). Würde im offenen Widerspruch zur Beurteilung durch die Invalidenversicherung (vgl. Urk. 3/2) die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit angenommen, so sei der maximale Leidensabzug von 25 % ausgewiesen (Urk. 1 S. 10 Ziff. 17). 5.4

Der Bundesrat hat gestützt auf Art. 18 Abs. 2 UVG in Art. 28 Abs. 4 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) eine besondere Regelung getroffen für die Ermittlung des Invaliditätsgrades bei Versicherten, welche die Erwerbstätigkeit nach dem Unfall altershalber nicht mehr aufnehmen (Variante I) oder bei denen sich das vorgerückte Alter erheblich als Ursache der Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit auswirkt (Variante II). In diesen Fällen sind gemäss Art. 28 Abs. 4 UVV für die Bestimmung des Invaliditätsgrades

die Erwerbseinkommen massgebend, die eine versicherte Person im mittleren Alter bei einer entsprechenden Gesundheitsschädigung erzielen könnte (BGE 134 V 392 E. 6.2; Urteile des Bundesgerichts 8C_582/2020 vom 2. August 2021 E. 3 mit Hinweisen und 8C_799/2019 vom 17. März 2020 E. 2.3).

Nach der Rechtsprechung liegt das mittlere Alter im Sinne dieser Bestimmung bei etwa «42 Jahren» oder zwischen «40 und 45 Jahren» und das vorgerückte Alter im Bereich von «rund 60 Jahren», wobei für letzteres der Zeitpunkt des Rentenbeginns massgebend ist (BGE 122 V 418 E. 1b, 122 V 426 E. 2, je mit Hinweisen). Die Regelung ist ihrem Wortlaut nach («bei einer entsprechenden Gesundheitsschädigung») zwar primär auf die Ermittlung des Invalideneinkommens ausgerichtet, hat gemäss einhelliger Lehre und Rechtsprechung aber auch dann Platz zu greifen, wenn es um die Bestimmung des Valideneinkommens geht (BGE 122 V 418 E. 5 mit Hinweisen). Somit sind beide Vergleichseinkommen unter dieser Prämisse festzulegen (BGE 114 V 310 E. 2 in fine ; Urteil des Bundesgerichts 8C_219/2022 vom 2. Juni 2022 E. 6.1 mit Hinweisen).

Mit Blick auf Art. 28 Abs. 4 UVV hat der Unfallversicherer nicht zu prüfen, ob und inwieweit eine versicherte Person fortgeschrittenen Alters die ihr verbliebene medizinisch-theoretische Restarbeitsfähigkeit zu verwerten vermag (Urteil des Bundesgerichts 8C_219/2022 vom 2. Juni 2022 E. 6.5 mit Hinweis). Mit der Bestimmung soll verhindert werden, dass bei älteren Versicherten zu hohe Invaliditätsgrade angenommen werden und dass dort Dauerrenten zugesprochen werden, wo sie mit Blick auf die unfallbedingte Invalidität eher die Funktion von Altersrenten aufweisen (BGE 122 V 418

E.

3a). 5.5

Demnach ist entgegen den Ausführungen der am 22. Dezember 2020 63 Jahre alten Beschwerdeführerin (E. 5.3) von der grundsätzlichen Verwertbarkeit ihrer vollumfänglichen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit auszugehen. Dass das Valideneinkommen von Fr. 52'000.-- höher ausfallen würde, wenn sich die Beschwerdeführerin im mittleren Alter befände, ist weder dargetan noch ersichtlich.

Was die im Zusammenhang mit der Verwertbarkeit ebenfalls geltend gemachte eingeschränkte Funktionalität der dominanten Hand angeht, so ist praxisgemäss davon auszugehen, dass der ausgeglichene Arbeitsmarkt genügend realistische Betätigungsmöglichkeiten selbst für Personen bereit hält, die – was vorliegend nicht zutrifft (vgl. E. 5.2, E. 5.9) - funktionell als Einarmige zu betrachten sind und überdies nur noch leichte Arbeit verrichten können (Urteile des Bundesgerichts 8C_55/2022 vom 19. Mai 2022 E. 4.4.1 und 8C_23/2021 vom 20. April 2021 E. 6.3, je mit Hinweisen).

Die von der Beschwerdeführerin genannten Faktoren sind daher wenn, dann höchstens bei der Bemessung des Invalideneinkommens beziehungsweise eines allfälligen leidensbedingten Abzugs zu berücksichtigen (vgl. dazu sogleich E. 5.7 ff.). 5.6

Zur Berechnung des Invalideneinkommens stellte die Beschwerdegegnerin auf die LSE 2018 (TA1_tirage_skill_level, Frauen, Total Kompetenzniveau 1; vgl. im Detail Urk. 8/222 sowie die leicht veränderte Anpassung an die Teuerung in Urk. 2 E. 4.1) ab, was unbestrittenermassen korrekt ist.

Strittig ist hingegen die Höhe des leidensbedingten Abzugs, welcher von der Beschwerdegegnerin auf 5 % festgelegt wurde (E. 2.1), während die Beschwerdeführerin einen solchen von 25 % fordert (E. 5.3). 5.7

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 pflicht gemässen Ermessen gesamthaft 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 Hilfsarbeiten Tätigkeit 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 Gesichtspunkts 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 Bundesgerichts 9C_808/2015 vom 29. Februar 2016 E. 3.4.3 und 8C_113/2015 vom 26. Mai 2015 E. 3.2). 5.8

Die gesundheitlich bedingte Unmöglichkeit, weiterhin körperlich schwere Arbeiten zu verrichten, führt nicht automatisch zu einer Verminderung des hypothetischen Invalidenlohns. Vielmehr ist der Umstand allein, dass nur mehr leichte Arbeiten zumutbar sind, kein Grund für einen zusätzlichen leidensbedingten Abzug, weil der Tabellenlohn im Kompetenzniveau 1 bereits eine Vielzahl von leichten Tätigkeiten umfasst. Auch bei fehlender Berufsausbildung und bisher vorwiegend ausgeübten körperlich schweren Arbeiten können unter dem Titel leidensbedingter Abzug grundsätzlich nur Umstände berücksichtigt werden, die auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt als ausserordentlich zu bezeichnen sind (statt vieler: Urteile des Bundesgerichts 8C_61/2018 vom 23. März 2018 E. 6.5.2, und 9C_72/2009 vom 30. März 2009 E. 3.4). 5.9

Das Belastungsprofil (vgl. E. 3.20) erscheint vorliegend lediglich als moderat eingeschränkt. Ihr Vorbringen, wonach ihre dominante rechte Hand auf 20 % der normalen Einsatzfähigkeit beschränkt bleibe (E. 5.3), stützt die Beschwerdeführerin auf den kaum beweiskräftigen Bericht ihrer Physiotherapeutin (E. 3.18; vgl. E. 4.4), nicht jedoch auf die beweiskräftige Beurteilung durch den Kreisarzt med. pract. K.____. Letzterer hatte

lediglich festgehalten, dass das Heben, Tragen sowie Hantieren mit Werkzeugen auf der rechten Seite nur leicht sein kann (E. 3.20). Selbst der behandelnde Orthopäde ging davon aus, dass der rechte Arm für leicht belastende Tätigkeiten eingesetzt werden könne (E. 3.22). 5.10

Ob das Merkmal «Alter» einen Abzug vom Tabellenlohn rechtfertigt, ist jeweils unter Berücksichtigung aller konkreter Umstände des Einzelfalls zu prüfen. Dies gilt insbesondere im Bereich der Hilfsarbeiten auf dem hypothetischen ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 16 ATSG), wo sich ein fortgeschrittenes Alter nicht zwingend lohnsenkend auswirken muss. Hilfsarbeiten werden auf dem massgebenden ausgeglichenen Stellenmarkt altersunabhängig nachgefragt (BGE 146 V 16 E. 7.2.1 mit Hinweisen).

Der Umstand, dass die Stellensuche altersbedingt erschwert sein mag, fällt als invaliditätsfremder Faktor ausser Betracht (Urteil des Bundesgerichts 8C_296/2020 vom 25. November 2020 E. 6.3.2 mit Hinweisen). Weil ein neuer Arbeitsplatz stets mit einer Eingewöhnungsphase einhergeht, vermag auch ein allfälliger Anpassungsaufwand keinen Tabellenlohnabzug zu rechtfertigen (Urteil des Bundesgerichts 9C_226/2020 vom 13. August 2020 E. 5.2 mit Hinweisen). 5.11

Ein Abzug vom Tabellenlohn wegen des Alters beziehungsweise wegen des Einarbeitungsaufwands lässt sich demnach nicht begründen.

Die in mehreren jüngeren Urteilen des Bundesgerichts offene Frage – unter den Parteien strittig (vgl. Urk. 1 S. 9 Ziff. 17; Urk. 2 S. 10 Mitte E. 4.2) - Frage, ob das Merkmal Alter in der obligatorischen Unfallversicherung grundsätzlich überhaupt einen Abzug vom Tabellenlohn rechtfertigen könnte, oder ob die Einflüsse der Altersfaktoren auf die Erwerbsfähigkeit in diesem Versicherungsbereich allein im Rahmen einer Anwendung der Sonderregelung von Art. 28 Abs. 4 UVV Berücksichtigung finden, kann daher auch vorliegend offen bleiben (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_227/2018 vom 14. Juni 2018 E. 4.2.3.4). 5.12

Wenn von einer Tätigkeit im Kompetenzniveau 1 ausgegangen wird, rechtfertigen sodann auch die fehlende berufliche Ausbildung und die gegebenen Sprachkenntnisse keinen Tabellenlohnabzug (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_151/2020 vom 15. Juli 2020 E. 6.3.4 mit Hinweis). 5.13

Nach dem Gesagten liegt ein leidensbedingter Abzug von 5 %, wie ihn die Beschwerdegegnerin festgelegt hat, zumindest im Rahmen ihres Ermessens und ist nicht zu beanstanden. Damit fehlt es an einem triftigen Grund, das Ermessen des Gerichts an Stelle desjenigen der Verwaltung zu setzen (E. 5.7).

Die Beschwerdegegnerin hat demnach auch das Invalideneinkommen unter Berücksichtigung des genannten leidensbedingten Abzugs korrekt berechnet. Es beträgt rund Fr. 53'098.-- (vgl. Urk. 2 E. 4.1), weshalb nach einer Gegenüberstellung mit dem Valideneinkommen von rund Fr. 52'000.-- keine Lohneinbusse und entsprechend keine Invalidität resultiert. Somit besteht kein Rentenanspruch (E. 15.1). 5.14

Der angefochtene Einspracheentscheid erweist sich somit als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Reto Zanotelli - Rechtsanwalt Dr. Beat Frischkopf - Bundesamt für Gesundheit 4.

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 Der Gerichtsschreiber Grieder-Martens Boller

E. 7

) beantragte die Beschwerdeführerin die Abweisung der Beschwerde. Die Beschwerdeführerin erstattete am 2. November 2021 die Replik (Urk. 11) und die Beschwerdegegnerin teilte am 10. Dezember 2021 ihren Verzicht auf eine Duplik mit (Urk. 15), was der Beschwerdeführerin am 14. Dezember 2021 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 16). 3.

Im invalidenversicherungsrechtlichen Verwaltungsv erfahren sprach die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich (SVA), IV-Stelle, der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 12. April 2021 bei einem Gesamtnvaliditätsgrad von 51 % eine halbe Invalidenrente ab August 2019 zu (Urk. 3/2). Diese Verfügung erwuchs in Rechtskraft. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 10

UVG eine unfallbedingte Behandlungsbedürftigkeit, nicht aber eine Arbeitsunfähigkeit voraussetzt, vermag die trotz des Unfalles uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit allein ein Dahinfallen des Anspruchs auf Heilbehandlung nicht zu begründen (Urteil des Bundesgerichts 8C_354/2014 vom 10.

Juli 2014 E. 3.2; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C_620/2020 vom 3. Februar 2021 E. 2.4 mit Hinweisen).

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