

200 21 656 UV
SCP/LUB/LAB

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 9. Dezember 2021

Verwaltungsrichter Schütz, Kammerpräsident
Verwaltungsrichterin Wiedmer, Verwaltungsrichter Jakob
Gerichtsschreiber Lüthi

A. _____
vertreten durch Rechtsanwältin Dr. iur. B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

Suva
Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 19. Juli 2021



Sachverhalt:

A.

Die 1964 geborene A. _____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) bezog ab anfangs Juli 2011 Arbeitslosentaggelder und war über die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt Suva (Suva bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch unfallversichert, als am 21. Februar 2012 beim ... ein anderer ... in sie hineinfuhr (Akten der Suva [act. II] 1 f.). Im Spital wurde gleichentags eine Armplexusparese nach Schulterluxation rechts mit grossem knöchernem Ausriss des Tuberculum majus diagnostiziert und die Schulter unter Kurznarkose reponiert (act. II 30). Die Suva anerkannte ihre Leistungspflicht und gewährte Heilbehandlung und Taggeld (act. II 6 f.). Sie holte diverse Arztberichte ein und veranlasste u.a. eine kreisärztliche Untersuchung (Bericht vom 25. Juli 2014; act. II 188). Gestützt auf letztere sprach sie der Versicherten mit Verfügung vom 30. Juli 2014 (act. II 191) wegen der verbliebenen Beeinträchtigung am rechten Arm (Plexusparese) eine Integritätsentschädigung bei einer Integritätseinbusse von 10 % zu und verfügte weiter, dass das Medikament Dafalgan, Physiotherapie im Rahmen von maximal drei Serien zu neun Sitzungen pro Jahr sowie eine Serie traditionelle chinesische Medizin (TCM) zu 50 %, aber maximal Fr. 55.-- pro Sitzung, weiterhin zu Lasten der Suva gingen. Nach weiteren medizinischen Abklärungen, insbesondere einer polydisziplinären Begutachtung (Gutachten vom 10. März 2020; act. II 362) sprach die Suva der Versicherten mit Verfügung vom 21. Dezember 2020 (act. II 420) ab 1. August 2014 eine Invalidenrente bei einem Invaliditätsgrad von 20 % zu und erhöhte die bereits zugesprochene Integritätsentschädigung um 15 % auf insgesamt 25 %. Die dagegen erhobene Einsprache (act. II 426, 432) hiess die Suva mit Entscheid vom 19. Juli 2021 (act. II 440) insoweit teilweise gut, als betreffend die Integritätsentschädigung ein Verzugszins zugesprochen wurde; im Übrigen wies sie die Einsprache ab, soweit sie darauf eintrat.

B.

Mit Eingabe vom 14. September 2021 erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin Dr. iur. B._____, Beschwerde. Sie beantragt sinngemäss die Aufhebung des Einspracheentscheides vom 19. Juli 2021 und die Ausrichtung einer Rente basierend auf einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % sowie die Ausrichtung einer zusätzlichen Integritätsentschädigung bei einer Integritätseinbusse von 30 %.

Mit Beschwerdeantwort vom 22. Oktober 2021 beantragt die Beschwerdeführerin die Abweisung der Beschwerde.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb sie zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 58 ATSG). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet der Einspracheentscheid vom 19. Juli 2021 (act. II 440). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invali-

denrente sowie auf eine Integritätsentschädigung im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 21. Februar 2012 und dabei insbesondere deren Höhe.

1.3 Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG).

1.4 Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

2.

2.1 Am 1. Januar 2017 sind die Änderung vom 25. September 2015 des Bundesgesetzes vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) und die Änderung vom 9. November 2016 der Verordnung vom 20. Dezember 1982 über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) in Kraft getreten. Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich – wie vorliegend – vor dem Inkrafttreten der Änderung vom 25. September 2015 des UVG ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, werden nach bisherigem Recht gewährt (Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 des UVG). Diese intertemporalrechtliche Ausgangslage wirkt sich hier indes nicht entscheidungswesentlich aus.

2.2 Die Zusprechung von Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt grundsätzlich das Vorliegen eines Berufsunfalles, eines Nichtberufsunfalles oder einer Berufskrankheit voraus (Art. 6 Abs. 1 UVG; SR 832.20). Unfall ist die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat (Art. 4 ATSG).

Der Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt nebst anderem einen natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und dem eingetretenen Schaden voraus (BGE 129 V

177 E. 3.1 und 3.2 S. 181; SVR 2018 UV Nr. 3 S. 9 E. 3.1, 2012 UV Nr. 2 S. 6 E. 3.1).

2.3 Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne die der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht als 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 ("conditio sine qua non"; BGE 142 V 435 E. 1 S. 438, 129 V 177 E. 3.1 S. 181; SVR 2019 IV Nr. 9 S. 26 E. 3.1; Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 21. September 2018, 8C_781/2017, E. 5.1).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhanges genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 142 V 435 E. 1 S. 438, 129 V 177 E. 3.1 S. 181; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 121 E. 5.1). Steht aufgrund einer speziellen Adäquanzprüfung fest, dass ein allfällig bestehender natürlicher Kausalzusammenhang nicht adäquat und damit nicht rechtsgenügend wäre, braucht die Frage, ob der natürliche Kausalzusammenhang tatsächlich besteht, nicht geprüft zu werden (BGE 135 V 465 E. 5.1 S. 472; SVR 2019 UV Nr. 41 S. 157 E. 7.3).

2.4

2.4.1 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 die-

ses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2 S. 181, 125 V 456 E. 5a S. 461; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 122 E. 5.2).

Ob beim Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem versicherten Ereignis und der eingetretenen gesundheitlichen Schädigung auch der erforderliche adäquate, d.h. rechtserhebliche Kausalzusammenhang besteht, ist eine Rechtsfrage, die nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln zu beurteilen ist. Dabei hat die Beantwortung der Frage nach der Adäquanz von Unfallfolgen als einer Rechtsfrage – im Gegensatz zur Frage nach dem natürlichen Kausalzusammenhang – nicht nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu erfolgen (BGE 112 V 30 E. 1b S. 33).

2.4.2 Bei organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen deckt sich die adäquate Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier praktisch keine selbstständige Bedeutung (BGE 140 V 356 E. 3.2 S. 358; SVR 2018 UV Nr. 3 S. 10 E. 3.1).

Bei organisch nicht objektiv ausgewiesenen Beschwerden ist für die Beurteilung der Adäquanz vom augenfälligen Geschehensablauf auszugehen, und es sind je nachdem weitere unfallbezogene Kriterien einzubeziehen. Bei psychischen Fehlentwicklungen nach Unfall werden diese Adäquanzkriterien unter Ausschluss psychischer Aspekte geprüft (BGE 140 V 356 E. 3.2 S. 358, 115 V 133 E. 6c aa S. 140), während bei Schleudertraumen und äquivalenten Verletzungen der Halswirbelsäule (HWS) sowie Schädel-Hirntraumen auf eine Differenzierung zwischen physischen und psychischen Komponenten verzichtet wird (BGE 134 V 109 E. 2.1 S. 112; SVR 2018 UV Nr. 29 S. 101 E. 2.2). Bei psychischen Beschwerden setzt die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs grundsätzlich voraus, dass dem Unfallereignis für die Entstehung einer psychisch bedingten Erwerbsunfähigkeit eine massgebende Bedeutung zukommt. Das trifft dann zu, wenn es objektiv eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt. Für die Beurteilung dieser Frage ist gemäss BGE 115 V 133 E. 6 S. 138 an das objektiv erfassbare Unfallereignis anzuknüpfen, wobei – ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf mit den sich dabei entwickelnden Kräften – eine Katalogisierung der Unfälle in

leichte (banale), im mittleren Bereich liegende und schwere Unfälle vorzunehmen ist. Die erlittenen Verletzungen können dabei Rückschlüsse auf die Kräfte, die sich beim Unfall entwickelt haben, gestatten. Abhängig von der Unfallschwere sind je nachdem weitere Kriterien in die Beurteilung einzubeziehen. Diese werden unter Ausschluss psychischer Aspekte geprüft (BGE 140 V 356 E. 5.1 S. 359, 129 V 177 E. 4.1 S. 183; SVR 2018 UV Nr. 21 S. 76 E. 4.2, 2011 UV Nr. 10 S. 36 E. 4.2.2).

Bei banalen Unfällen wie z.B. bei geringfügigem Anschlagen des Kopfes oder Übertreten des Fusses und bei leichten Unfällen wie z.B. einem gewöhnlichen Sturz oder Ausrutschen kann der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychischen Gesundheitsstörungen in der Regel (vgl. jedoch BGE 140 V 356 E. 5.3 S. 360) ohne weiteres verneint werden, weil aufgrund der allgemeinen Lebenserfahrung, aber auch unter Einbezug unfallmedizinischer Erkenntnisse davon ausgegangen werden darf, dass ein solcher Unfall nicht geeignet ist, einen erheblichen Gesundheitsschaden zu verursachen (BGE 129 V 177 E. 4.1 S. 183, 115 V 133 E. 6a S. 139).

Bei schweren Unfällen dagegen ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychisch bedingter Erwerbsunfähigkeit in der Regel zu bejahen. Denn nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung sind solche Unfälle geeignet, invalidisierende psychische Gesundheitsschäden zu bewirken (BGE 129 V 177 E. 4.1 S. 183, 115 V 133 E. 6b S. 140).

Bei Unfällen aus dem mittleren Bereich lässt sich die Frage, ob zwischen Unfall und psychisch bedingter Erwerbsunfähigkeit ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht aufgrund des Unfalles allein schlüssig beantworten. Das Bundesgericht hat daher festgestellt, dass weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte bzw. indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen sind. Als wichtigste Kriterien sind zu nennen (BGE 129 V 177 E. 4.1 S. 183, 115 V 133 E. 6c aa S. 140):

- besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindringlichkeit des Unfalles;

- die Schwere oder besondere Art der erlittenen (somatischen) Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen;
- ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung;
- körperliche Dauerschmerzen;
- ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert;
- schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen;
- Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit.

Der Einbezug sämtlicher objektiver Kriterien in die Gesamtwürdigung ist jedoch nicht in jedem Fall erforderlich. Je nach den konkreten Umständen kann für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen Unfall und psychisch bedingter Erwerbsunfähigkeit neben dem Unfall allenfalls ein einziges Kriterium genügen. Dies trifft einerseits dann zu, wenn es sich um einen Unfall handelt, welcher zu den schwereren Fällen im mittleren Bereich zu zählen ist oder sogar als Grenzfall zu einem schweren Unfall zu qualifizieren ist. Sowohl einem mittelschweren wie auch einem im Grenzbereich zu den leichten Unfällen liegenden Ereignis kommt nur dann im Sinne adäquater Kausalität massgebende Bedeutung für die aktuelle Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit zu, wenn ein einzelnes der unfallbezogenen Kriterien in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist oder aber diese in gehäufte oder auffallender Weise gegeben sind (RKUV 2005 U 548 S. 232 E. 3.2.3). Liegt im eigentlichen mittleren Bereich keines der Einzelkriterien in besonders ausgeprägter oder auffallender Weise vor, so müssen für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs drei Kriterien erfüllt sein (SVR 2018 UV Nr. 3 S. 10 E. 5.1). Handelt es sich um einen mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den leichten Unfällen müssen für die Bejahung der Adäquanz vier Kriterien gegeben sein (SVR 2018 UV Nr. 29 S. 102 E. 4.2.2). Diese Würdigung des Unfalles zusammen mit den objektiven Kriterien führt zur Bejahung oder Verneinung der Adäquanz (BGE 117 V 359 E. 6b S. 367, BGE 115 V 133 E. 6c bb S. 140; vgl. RKUV 1997 U 272 S. 174 E. 4b).

2.5 Der Unfallversicherer hat den Fall unter Einstellung von Heilbehandlung und Taggeld sowie Prüfung des Anspruchs auf Invalidenrente und Integritätsentschädigung abzuschliessen, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind (Art. 19 Abs. 1 UVG; BGE

143 V 148 E. 3.1.1 S. 151, 137 V 199 E. 2.1 S. 201). Die Besserung bestimmt sich namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit unfallbedingt beeinträchtigt, wobei die durch weitere Heilbehandlung zu erwartende Besserung ins Gewicht fallen muss. Unbedeutende Verbesserungen genügen nicht (BGE 134 V 109 E. 4.3 S. 115). Diese Frage ist prospektiv zu beurteilen (SVR 2010 UV Nr. 3 S. 14 E. 8.2; zum Ganzen SVR 2020 UV Nr. 24 S. 96 E. 5.2).

2.6 Zur Klärung der Leistungspflicht des Unfallversicherers, insbesondere der Frage der natürlichen Kausalität, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen (vgl. BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99; SVR 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.1).

3.

3.1 Dass das Ereignis vom 21. Februar 2012 (act. II 1 f.) die kumulativen Tatbestandsvoraussetzungen des Unfallbegriffs gemäss Legaldefinition (vgl. E. 2.2 hiavor) erfüllt, ist zu Recht unbestritten. Die Beschwerdeführerin anerkannte denn auch ihre Leistungspflicht und erbrachte die gesetzlichen Leistungen (act. II 7).

3.2 In medizinischer Hinsicht lässt sich den Akten im Wesentlichen das Folgende entnehmen:

3.2.1 Im Bericht des Spitals C._____, vom 21. Februar 2012 (act. II 30) wurde eine Armplexusparesie nach Schulterluxation rechts mit grossem knöchernem Ausriss des Tuberculum majus diagnostiziert. Nach Reposition in Kurznarkose zeige sich eine gute Artikulation mit regelrechter Reposition des Tuberculum majus. Sensomotorische Defizite beständen weiter, wobei Schmerzempfindungen bereits wahrgenommen würden.

3.2.2 Im Bericht der D. _____ vom 21. November 2012 (act. II 130) diagnostizierte Dr. med. E. _____, Facharzt für Chirurgie und Handchirurgie, eine spontan regrediente posttraumatische Plexus-parese rechts nach Schulterluxation mit Abriss des Tuberculum majus vom 21. Februar 2012 mit persistenten sensomotorischen Störungen solitär im Ulnarisversorgungsgebiet (S. 1). Neun Monate nach traumatischer Schulterluxation rechts mit initial inkompletter Plexusparese habe sich eine Restitution eingestellt für die N. radialis und medianus noch nicht aber für die distalen Plexusanteile, insbesondere den N. ulnaris. Einem Arbeitseinsatz stehe nichts mehr im Wege. Repetitive Belastungen, hohe Anforderungen an eine intakte Feinmotorik und das Tragen grösserer Gewichte könnten jedoch erst nach einem Jahr, wenn rechnerisch die Regeneration abgeschlossen sei, abverlangt werden. Empfohlen werde der Behandlungsabschluss nach Regeneration des N. ulnaris, was erst Ende 2013 gewährleistet sein werde. Mit geringer Rücksicht auf die Limitationen könne aber an einem geeigneten Arbeitsplatz dennoch eine 100%ige Arbeitsfähigkeit erlangt werden (S. 2).

3.2.3 Im Bericht des Spitals F. _____, vom 30. April 2014 (act. II 180) wurde ausgeführt, die motorische Neurographie des N. ulnaris rechts sei inklusive F-Wellen-Analyse normal. Die distale motorische Neurographie des N. ulnaris sei ebenfalls normal. Die sensibel-antidrome Neurographie des N. ulnaris rechts zeige einen Normalbefund. In den sensibel-orthodromen Neurographien beider Nn. Ulnares zeigten sich symmetrische und beidseits normale Befunde. In der Nadelmyographie des M. deltoideus rechts liessen sich diskrete Denervationszeichen bei normaler Willküraktivität nachweisen. Die Willison-Analyse sei normal. Die Nadelmyographie des M. interosseus dorsalis zeige einen Normalbefund. Somit gebe es elektrophysiologisch kein erklärendes Korrelat für die Sensibilitätsstörungen im Ulnarisversorgungsbereich rechts. Die diskreten Denervationszeichen im M. deltoideus rechts entsprächen einem Residualbefund bei Plexusläsion von 2012.

3.2.4 Im Bericht über die Abschlussuntersuchung vom 25. Juli 2014 (act. II 188) nannte der Suva-Kreisarzt Dr. med. G. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, als

Diagnosen einen Status nach HWS-Distorsion vom 31. Mai 1986, eine Discushernie C6/C7 unfallfremd und einen Status nach ...unfall vom 21. Februar 2012 mit/bei Schulterluxation rechts mit Fraktur des Tuberculum majus und distal betonter, inkompletter Plexusparese rechts in Remission. Seit der Untersuchung vom 10. September 2013 (vgl. act. II 167) habe sich keine relevante Befundänderung ergeben, die Ergotherapie sei beendet und die neurologische Verlaufskontrolle habe im Bereich des deltoideus noch leichte Denervationszeichen, distal kein objektivierbarer pathologischer Befund mehr nach Plexusparese gezeigt. An der somatisch-objektivierbaren Situation der rechten oberen Extremität in Bezug auf die Unfallfolgen habe sich in den letzten fünf Monaten nichts mehr verändert und es könne aktuell zweifelsfrei der Fallabschluss erfolgen. Von weiteren Behandlungen könne in Bezug auf die Plexusparese keine relevante Verbesserung mehr erwartet werden (S. 9). Bezogen auf die Integritätsentschädigung gemäss UVG Tabelle 1 (Ulnarislähmung distal, 10 % bei verbliebenen Residuen mit Hypästhesie in der ulnarisabhängigen Hand) sei das Residuum grosszügigerweise mit dem halben Wert der Parese, nämlich mit 5 %, zu bewerten. In gleicher Weise sei mit dem Schulterbereich zu verfahren, hier sei bei Hypästhesie im Deltoideusbereich und elektroneurographisch noch knapp nachweisbaren Denervationspotentialen die Erheblichkeitsgrenze fraglich, es seien aber trotzdem weitere 5 % hinzuzufügen, somit entstehe ein Gesamtintegritätsschaden von 10 % (act. II 189).

3.2.5 Im interdisziplinären Gutachten der MEDAS H._____, vom 25. August 2015 (act. II 206 S. 2 ff.) zuhanden der IV-Stelle Bern wurden folgen Diagnosen gestellt (S. 32):

Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit (angestammte Tätigkeit)

- Rezidivierende depressive Störung, derzeit Episode mittelschwer bei ängstlich, selbstunsicherer Persönlichkeitsakzentuierung (ICD-10 F33.1)
- Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41)
- Status nach traumatischer Armplexus-Schädigung rechts im Februar 2012 mit Schwerpunkt des unteren Armplexus (funktional zwischenzeitlich weitgehende Restitution, nicht mehr nachweisbare Sensibilitätsstörung, residual nur noch Trömnerreflex-Abschwächung rechts)
- Motorische leichte Kraftminderung algophob bei myofaszialem Schmerzsyndrom (Musculus infrascapularis rechts, ulnare humera-epikondyläre Reizsymptomatik rechts)

- Zervikal-, Dorsal-, Lumbalsyndrom mit deutlicher muskulärer Dysbalance bei multiplen degenerativen Veränderungen (Bandscheibenprotrusion, foraminale Einengungen vormalis und Myelonkompression)
- Knöchern konsolidierte Tuberculum majus-Fraktur mit ganz leichter Dislokation und weitgehend abgeklungenes Schulter-Hand-Syndrom nach einem ...unfall vom 21. Februar 2012
- St. n. Amotio retinae rechts bei Myopie mit familiärer Vitreoretinopathie

Diagnosen ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit

- Primäre episodische Migräne, teilweise mit Aura
- Zervikalsyndrom ohne klinisch-neurologische radikuläre Reiz- oder Defizitsymptomatik bei degenerativer HWS-Pathologie HWK 5-7
- Z. n. Distorsion und Kontusion der HWS 1986, Februar 2013
- Beginnende Retropatellararthrose bds. nach einer alten Prellfolge bds.
- Momentan reizfreie Coxa valga bds.
- Weitgehend abgeklungene Prellfolgen rechtes Ellenbogengelenk mit medialer Insertionstendopathie rechts
- Knick-Spreiz-Fuss
- Primäres Offenwinkelglaukom bds., rechts bei Status nach Argonlasertrabekuloplastik
- Pseudophakie und Status nach YAG-Kapsulotomie bds.
- Status nach Argonlaserabriegelung der Netzhautperipherie bds.
- Status nach Cerclageentfernung rechts
- Siccasymptomatik, Esophorie und Hyperphorie rechts

Aus *psychiatrischer* Sicht sei in Zusammenschau der in der Summe und zudem sich wechselseitig beeinflussenden somatischen wie auch psychischen Gesundheitsleiden gegenwärtig die Arbeitsfähigkeit eingeschränkt, jedoch erscheine beim aktuellen psychiatrischen Bild eine Steigerung durchaus möglich, wobei aktuell von einer Leistungsfähigkeit von 60 % auszugehen sei. Aus *neurologischer* Sicht sei davon auszugehen, dass sich die Beschwerdeführerin im Februar 2012 bei einem ...unfall eine Armplexusschädigung rechts zugezogen habe, aus welchem sie bis dato noch residuelle Beschwerden schildere. Zwischenzeitlich habe sich die Symptomatik jedoch deutlich zurückgebildet, die Oberflächensensibilität habe sich normalisiert, es bestehe nur noch ein innerliches subjektives Missempfinden, welches aber vielmehr einer myofaszialen Symptomatik entspreche. Die noch geklagte Schmerzsymptomatik im Schulterbereich mit Ausstrahlung in den rechten Arm sei nicht als neuropathischer Schmerz und damit nicht der Plexusschädigung zuzuschreiben, sondern vielmehr einer myofaszialen Schmerzkettenreaktion. Insbesondere im Areal des Epikondylus humeri ulnaris zeige sich aber auch eine deutliche Schwellung und Druck-

empfindlichkeit, welche offensichtlich seit dem Unfallereignis 2012 persistiere. Ansonsten seien neurologisch ein unspezifischer Nackenschmerz und eine diffuse myalgische Projektion bis hin zum thorakolumbalen Übergang ebenfalls mit dumpf ziehenden Charakter zu erwähnen. Gegenwärtig sei nur noch ein leichter, von der Schulter in den rechten Arm ausstrahlender Schmerz als myofaszielles Syndrom zu konstatieren. Es könnten keine neuropathischen aus dem Armplexus degenerierenden Schmerzursachen festgestellt werden. Die Armbelastbarkeit rechts sei dadurch derzeit noch leicht behindert, dabei seien insbesondere Arbeiten im Greifraum über Brusthöhe schmerzverstärkend; mechanisch belastende Tätigkeiten der rechten Hand seien derzeit noch nicht geeignet, zumal eine leichte Faustschlussminderung bestehe, insbesondere aber in Form einer Schmerzsymptomatik im humeroepikondylären ulnaren Bereich rechts. Die gegenwärtige Arbeitstätigkeit im ... des I. _____ sei entsprechend als körperlich sehr leichte Tätigkeit durchaus möglich, allenfalls seien durch die bei den repetitiven Umwendbewegungen beim Sortieren der ... auftretenden Mehrbelastungen auch im Schulterbereich rechts vereinzelte Pausen sinnvoll, weshalb die Leistungsfähigkeit maximal um 10 % reduziert erscheine, das Tagespensum wäre rein neurologisch betrachtet ohne Einschränkungen zu werten (S. 29). Aus *internistischer* Sicht liege keine nennenswerte gesundheitliche Störung vor. Aus *ophthalmologischer* Hinsicht bestehe einwandfrei ein Augenleiden mit Zustand nach mehreren operativen Eingriffen rechts mehr als links; das Ausmass der Arbeits- und Leistungsfähigkeit sei mit 80 % einzuschätzen. Aus *orthopädischer* Sicht seien Funktionseinschränkungen der HWS und LWS sowie auch endgradig im rechten Schultergelenk belegbar. Klinisch könne eine beginnende Retropatellararthrose beidseits nachgewiesen werden. Belastungsabhängig zeigten sich Reizzustände im rechten Ellbogengelenk im Sinne einer leichten Extensionstendopathie. In leichter Disklokation sei die Tuberculum majus Fraktur rechts nach einer traumatischen Schulterluxation verheilt (S. 30). Die Beschwerdeführerin sei in der Lage, leichte Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Gegenständen von 5-10 kg und evtl. auch leichte bis mittelschwere bis 15 kg in geringem Masse, in rükkenschulgerechter Haltung, in temperierten Räumen, einem gut orthopädisch angepassten Arbeitsplatz, im Wechsel zwischen Stehen, Sitzen und Gehen, ohne Zeitdruck, mit Erholungspausen zu verrichten. In Zusammenschau der in der Summe und zu-

dem sich wechselseitig beeinflussenden somatischen wie psychischen Gesundheitsleiden sei gegenwärtig von einer interdisziplinären Gesamtarbeitsfähigkeit von 60 % auszugehen (S. 31) sowohl als ... im ... (vorrangig in Form einer reduzierten Präsenzzeit bei weitgehend erhaltenem Rendement) als auch in einer optimal angepassten Verweistätigkeit (S. 33).

3.2.6 Im Bericht des Spitals F._____, vom 3. November 2017 (act. II 277) wurden als Diagnosen ein chronisches Reizsyndrom N. ulnaris rechts infraklavikulär und Sulcus rechts, eine chronische Zervikozephalobrachialgie rechts bei schwerer Segmentdegeneration C5/6 und C6/7, moderate Degeneration C4/5 mit foraminärer Stenose C6 und C7 rechts, ein Morbus Dupuytren Stadium 0-1 Strahl III und IV Hand links sowie der Verdacht auf ein Stickler-Syndrom mit/bei multiplen Beschwerden des Bewegungsapparates und chronisch rezidivierende Glaukome mit rezidivierenden Augenoperationen genannt (S. 1). Die Teilursache der aktuellen Einschränkungen der rechten oberen Extremität sei zu 50 % auf den Unfall zurückzuführen. Die rechte Hand, Ellbogen und Schulter seien sicherlich seit dem 10. September 2013 nicht wesentlich besser geworden aufgrund der multiplen anderen Probleme und dem "Ping-Pong-Effekt". Der M. anconeus epitrochlearis im Sulcus habe keinen Zusammenhang mit dem Unfall (S. 2).

Im Bericht vom 15. Januar 2019 nannten die Behandler des Spitals F._____ als Diagnose ein genetisch nachgewiesenes Stickler-Syndrom. Es liege ein genetisches Weichteilsyndrom vor, welches sich zu einem massiven Schmerzproblem ausweite, wenn nicht regelmässig Therapie durchgeführt werde (act. II 322).

3.2.7 Im Verlaufsbericht des Spitals F._____ vom 7. Februar 2019 (act. II 321) wurde ausgeführt, die Neurographien des N. ulnaris rechts seien normal. Die distale Neurographie des N. medianus rechts zeige ausser einer leicht verminderten F-Wellen Persistenz einen normalen Befund. Weder klinisch noch elektrophysiologisch liessen sich die Beschwerden einer eindeutigen radikulären oder peripheren Nervenläsion zuordnen (S. 4). Aufgrund der Schmerzqualität sei eine neuropathische Schmerzkomponente anzunehmen (S. 5.).

3.2.8 Im Gutachten der MEDAS J. _____ vom 10. März 2020 (act. II 362) wurden interdisziplinär folgende Diagnosen genannt (S. 11 f.):

Unfallkausale Diagnosen mit (passagerem) Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

1. St. nach ...-Kollisions-Unfall am 21. Februar 2012 mit
2. Schulterluxation rechts und Ausrissfraktur des Tuberculum majus humeri rechts
 - Frozen shoulder rechts
3. Traumatische Armplexusläsion rechts am 21. Februar 2012 (ICD-10 S14.3)
 - Initialbefunde: komplette Armplexusparese rechts
 - ENMG (initial am 16. März 2012): EMG M. deltoideus rechts mit pathologischer Spontanaktivität, M. biceps brachii mit normaler Aktivität, M. extensor digitorum communis mit pathologischer Spontanaktivität, M. abductor pollicis brevis mit pathologischer Spontanaktivität, M. abductor digiti minimi mit pathologischer Spontanaktivität entsprechend einer axonalen Schädigung des Armplexus
 - ENMG (am 30. April 2014): elektrophysiologisch bis auf diskrete Denervationszeichen im M. deltoideus rechts unauffällig
 - Neurologische Residuen (aktuell): Parästhesien Oberarm rechts sowie elektrophysiologisch (April 2014): diskrete Denervationszeichen im M. deltoideus rechts; Schulter-positions-/rotationsabhängige Dysästhesien bei V.a. narbiger Irritation

Unfallfremde Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

1. Langjährige posttraumatische Belastungsstörung im Kontext der Gewalterfahrung in der Ehe (ICD-10 F43.1)
 - mit Entwicklung dissoziativer Symptome (ICD-10 F44.9 [=sonstige näher bezeichnete dissoziative Störungen])
 - Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41)
2. Abhängige Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.7)
3. Rezidivierende depressive Störung, ggw. leichte Episode (ICD-10 F33.0)
 - Erstepisode 2007
 - Mittelschwere Symptomatik 2015 (ICD-10 F33.1)
 - Suizidversuch mit Alkohol- und möglicher Tablettenintoxikation 2012 oder 2013 (ICD-10 X65)
4. Chronisches zervikovertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.82):
 - mit intermittierender zervikobrachialer Schmerzausstrahlung rechts, überwiegend pseudoradikulärer Genese
 - Diskushernie C6/7 2011 mit St. n. sensiblem radikulärem Reiz- und Ausfallsyndrom C7 rechts
5. Sulcus ulnaris-Reizsyndrom rechts (ICD-10 G56.2)
6. Stickler-Syndrom
 - a. mässig ausgeprägte Coxarthrose bds.
 - b. diffuse Schmerzen in beiden Füßen
7. St. n. Amotio retinae rechts bei Myopie mit familiärer Vitreoretinopathie

Unfallfremde Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

1. Atypische anorexia nervosa (ICD-10 F50.1)
2. Beginnender M. Dupuytren linke Hand

Am 21. Februar 2012 habe die Beschwerdeführerin bei einem Kollisions-Unfall beim ... eine Schulterluxation rechts mit Abrissfraktur des Tuberculum majus humeri und begleitender Armplexusparese rechts erlitten. Die Schulterluxation sei gleichentags in Narkose reponiert und die Tuberculumfraktur sei konservativ behandelt worden mit problemloser knöcherner Ausheilung. Es persistiere orthopädisch eine deutliche Einschränkung der Beweglichkeit i.S. einer Frozen shoulder, die rechte Schulter könne passiv nicht mehr als 100° abduziert und nach vorne eleviert werden, aktiv 80°. Ab Unfalltag sei eine zunächst komplette Armlähmung rechts dokumentiert mit im Verlauf deutlicher und rascher Erholung der sensomotorischen Ausfälle bei erhaltener Nervenkontinuität, was für eine Plexuszerrung und nicht für eine Zerreissung von Plexusanteilen spreche. In der Folge der Plexusaffektion habe sich relativ früh (ca. März 2012) eine Hyperpathie des gesamten rechten Armes als Korrelat eines durch die traumatische Plexusläsion ausgelösten neuropathischen Schmerzsyndroms im Frühverlauf ausgebildet. Während die sensomotorischen Ausfälle sich kontinuierlich verbessert hätten, habe die Klage über schmerzhaftes Dysästhesien im Arm mit Fokussierung auf den Bereich des rechten Ellenbogens im Verlauf zunehmend im Vordergrund gestanden (S. 12). Aus aktueller *neurologischer* Sicht seien die Beschwerden im Bereich des rechten Ellbogens mit Ausstrahlung nach peripher primär einem Sulcus ulnaris-Syndrom zuzuordnen und nicht einer Folge der Plexuszerrung und auch nicht primär einer radikulären Kompression der C7-er Wurzel bei im MRI der HWS nachgewiesenen foraminale Stenosen mit P.m. C6/C7 und Einengung des prämedullären Raums bei foraminale Stenose C7 rechts. Als Residuum der Plexusschädigung finde sich eine Sensibilitätsstörung/Kälteparästhesien über dem M. deltoideus. Die anamnestisch berichteten elektrisierenden Dysästhesien bei Aussenrotation und Elevation des rechten Armes seien aus neurologischer Sicht überwiegend wahrscheinlich auf eine narbige Irritation einzelner Plexusfasern zurückzuführen und damit als unfallkausal anzusehen. Im Weiteren dominierten insbesondere Sensibilitätsstörungen im Bereich des rechten Arms mit einer Hypästhesie, unterhalb des Sulcus ulnaris über die ulnaren

Unterarmseite, die Finger III bis V dorsalseits und die ulnare Handkante sowie den ulnaren Teil des Handrückens und die Handinnenfläche rechts sich erstreckend. Zusätzlich habe sich eine Hypalgesie dorsalseits der Finger III und IV auf der rechten Seite gezeigt. Diese Beschwerden sprächen primär für eine reine Reizsymptomatik im Bereich Sulcus ulnaris. Die im Hand-/Unterarmbereich über das Autonomgebiet des N. ulnaris hinausgehenden Sensibilitätsstörungen seien als Symptomausweitung im Rahmen der chronischen Schmerzstörung zu interpretieren. In *orthopädischer* Hinsicht persistiere eine Frozen shoulder mit einer unfallbedingt anzunehmenden 20%igen Einschränkung der Leistungsfähigkeit (bezogen auf ein Vollzeitpensum) aufgrund persistierender Schmerzen und der Funktionseinschränkung (S. 13). Mit dem rechten Arm könnten keine Überkopfarbeiten durchgeführt und lange dauernde uniforme Arbeiten sollten nicht mehr als während 30 Minuten am Stück ausgeführt werden. In den schmerzhaften Belastungs- und Bewegungseinschränkungen mitberücksichtigt seien die aus neurologischer Sicht anzunehmenden elektrisierenden Dysästhesien bei Aussenrotation und Elevation des rechten Armes aufgrund narbiger Irritation einzelner Plexusfasern, sonstige spezifische neurologisch begründbare unfallkausale Einschränkungen bestünden nicht. Das Cervikal-syndrom sei vorbestehend. Die Nackenbeschwerden hätten sich nach dem Unfall akzentuiert, es könne jedoch bei fehlender struktureller Läsion nicht von einer richtungsgebenden, sondern von einer vorübergehenden Verschlimmerung ausgegangen werden. Vorbestehend sei ein Stickler-Syndrom bekannt. Damit im Zusammenhang stünden die ausgeprägten Augenprobleme, ebenso die seit längerer Zeit bestehenden diffusen Schmerzen im Bereich beider Hüftgelenke und in den Füßen. Es sei wahrscheinlich, dass auch die Fuss-schmerzen mit dem Stickler-Syndrom im Zusammenhang stünden. Die Schmerzen würden stark moduliert durch die langjährige und komplexe psychiatrische Vorgeschichte. Eine kurze vorübergehende Verschlechterung im Rahmen des Unfalls sei aus *psychiatrischer* Sicht nicht ausgeschlossen, es könne jedoch nicht von einer richtungsgebenden Verschlimmerung ausgegangen werden. Der geschilderte ...unfall sei in der Regel nicht geeignet eine schwere psychische Problematik zu verursachen (S. 14). Insgesamt könne somit nur von einer möglichen natürlichen Teilkausalität der psychiatrischen Krankheiten (speziell der chronischen Schmerzstörung) zum ...unfall ausgegangen werden (S. 15).

Die Integritätsentschädigung betrage insgesamt 25 %, 10 % aufgrund der neurologischen Residuen der Armplexusläsion (Kälteparästhesien und neuralgiforme, Schulterpositions-abhängige Dysästhesien) und 15 % aufgrund der Frozen shoulder (S. 16).

3.3 Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht 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 begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweismündigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4 S. 227, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2019 IV Nr. 40 S. 128 E. 3, 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.2). Eine von anderen mit der versicherten Person befassten Ärzten abweichende Beurteilung vermag die Objektivität des Experten nicht in Frage zu stellen. Es gehört vielmehr zu den Pflichten eines Gutachters, sich kritisch mit dem Aktenmaterial auseinanderzusetzen und eine eigenständige Beurteilung abzugeben. Auf welche Einschätzung letztlich abgestellt werden kann, ist eine im Verwaltungs- und allenfalls Gerichtsverfahren zu klärende Frage der Beweismündigung (BGE 132 V 93 E. 7.2.2 S. 110).

3.4 Der angefochtene Einspracheentscheid vom 19. Juli 2021 (act. II 440) stützt sich in medizinischer Hinsicht massgeblich auf das polydisziplinäre Gutachten der MEDAS J. _____ vom 10. März 2020 (act. II 362), basierend auf einer internistischen, psychiatrischen, orthopä-

dischen und neurologischen Untersuchung. Das Gutachten (inkl. Teilgutachten) erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.3 hiervor). Die darin enthaltenen Feststellungen beruhen auf eigenen Abklärungen, sind in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand werden nachvollziehbar, umfassend und einlässlich begründet. Die Beurteilung des Gesundheitszustandes erfolgte unter Einbezug sämtlicher hier relevanten medizinischen Fachdisziplinen und beruht auf kongruenten Einschätzungen anlässlich der interdisziplinären Gesamtbeurteilung. Insoweit kommt dem Gutachten (inkl. Teilgutachten) voller Beweiswert zu (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353); darauf ist abzustellen. Die anwaltlich vertretene Beschwerdeführerin hat im Übrigen nicht einmal ansatzweise dargetan, inwiefern die Expertise den Beweisanforderungen nicht genügen soll.

Die Experten der MEDAS J. _____ haben überzeugend und nachvollziehbar dargelegt, dass infolge des ...unfalls vom 21. Februar 2012 – bei welchem sich die Beschwerdeführerin eine Schulterluxation rechts mit Abrissfraktur des Tuberculum majus und begleitender Armplexusparese zugezogen hatte (act. II 30) – einerseits eine Einschränkung der Beweglichkeit der rechten Schulter i.S. einer Frozen shoulder persistiert und andererseits sich die rechtsseitige Armlähmung betreffenden sensomotorischen Ausfälle (bei erhaltener Nervenkontinuität) deutlich und rasch erholten bzw. die Folgen der Armplexusläsion weitgehend ausheilten und diesbezüglich als Residuum eine Sensibilitätsstörung im Bereich des rechten Oberarms sowie eine leichte Denervation im M. deltoideus rechts ohne feststellbare motorische Defizite (Paresen) verbleibt (act. II 362 S. 12 f, 16). Dies findet denn auch Rückhalt in den Akten: Am 19. Juni 2012 hielt der Behandler des Spitals F. _____ fest, dass die Tuberculum majus Fraktur in leichter Dislokation konsolidiert sei. Die Plexusparese sei weiter regredient und nun sei auch im Deltoideus eine gewisse Aktivität palpierbar. Die Schulter sei nach wie vor steif (act. II 73). Im Bericht des Spitals K. _____ vom 28. August 2012 (act. II 91) wurde weiter festgehalten, dass im Vergleich zur Kontrolle vor neun Wochen riesige Fortschritte erzielt worden seien. Die

glenohumerale Abduktion und Aussenrotation sei zwar noch etwas eingeschränkt. Der M. deltoideus sei auch deutlich kräftiger geworden. Der behandelnde (Hand-)Chirurg Dr. med. E. _____ berichtete am 21. November 2012, dass sich eine Restitution für den N. radialis und den N. medianus eingestellt habe, noch nicht aber für die distalen Plexusanteile, insbesondere den N. ulnaris. Es finde sich aber eine fristgerechte Regeneration (act. II 130 S. 2). Gemäss dem Bericht des Spitals F. _____ vom 30. April 2014 entsprachen die diskreten Denervationszeichen im M. deltoideus rechts einem Residualzustand bei Plexusläsion von 2012 (act. II 180).

Weiter wurde im Gutachten einleuchtend und nachvollziehbar begründet, dass die im Bereich des Ellbogens beklagten Schmerzen einem unfallfremden Sulcus ulnaris-Syndrom zuzuordnen sind. So führte die neurologische Expertin der MEDAS J. _____ aus, bereits im April 2012 habe sich eine erhebliche Besserung der sensomotorischen Ausfälle im kurzfristigen Verlauf gezeigt, was gut zu einer Armplexusläsion im Sinne einer Plexuszerung passe und bei erhaltener Nervenkontinuität dem anzunehmenden natürlichen Verlauf entspreche. Danach sei erstmals von chirurgischer Seite eine zusätzliche, unfallfremde Pathologie im Bereich des rechten Ellbogens in Höhe des Sulcus ulnaris vermutet worden (Juli 2012). Auffällig sei in diesem Kontext die veränderte Symptomatik mit nun neu berichteten Berührungsdysästhesien lokal am rechten Ellenbogen über dem Sulcus mit Ausstrahlung nach peripher in den Kleinfinger und den ulnaren Anteil des Ringfingers, die suggestiv für eine primäre Pathologie im Kubitaltunnel und nicht im Plexusbereich seien. Die Tatsache, dass sich in den zahlreichen Neurographien mit Oberflächenelektroden, die seit September 2012 regelmässig durchgeführt worden seien, keine Auffälligkeiten ergeben hätten, widerspreche nicht der Annahme, dass sich im Verlauf und unfallunabhängig ein Sulcus ulnaris-Reizsyndrom ohne sensomotorische Ausfälle und ohne elektrophysiologisches Korrelat entwickelt habe. Die wiederholt triggerbaren Dysästhesien im Bereich des Sulcus mit entsprechender Ausstrahlung der Dysästhesien in das Autonombereich des N. ulnaris, das positive Tinelzeichen in Sulcushöhe, das armpositionsabhängige Auftreten der Dysästhesien und die in der MR-Neurographie vom 28. März 2017 postulierte Läsion des N. ulnaris in Sulcushöhe sowie die Schilderungen der Beschwerdeführerin liessen auch ohne elektroneurographischen Nachweis

eine primär lokale Ursache in Sulcushöhe wahrscheinlicher erscheinen als einen Zusammenhang mit der deutlich proximal gelegenen Armplexusläsion, die sich klinisch fast vollständig erholt habe (act. II 362 S. 129). Im Rahmen ihrer Beurteilung setzte sich die neurologische Expertin auch mit den relevanten anderweitigen Einschätzungen der behandelnden Arztpersonen ausführlich auseinander. Insbesondere legte sie einleuchtend dar, dass der von chirurgischer Seite her gezogenen Schlussfolgerung, dass die Schmerzen bei fehlenden Hinweisen für eine N. ulnaris Kompression in der Elektroneurographie zwangsläufig auf die Plexusläsion zurückzuführen seien und weniger wahrscheinlich einem Sulcus ulnaris-Syndrom zugeordnet werden könnten, aus neurologischer Sicht insofern nicht zugestimmt werden könne, da es durchaus periphere Nervenreizsyndrome geben könne, die auch ohne Nachweis einer sensomotorischen Schädigung in der Neurographie einhergingen. Zwar sei es möglich, dass sich neuropathische Schmerzsyndrome nach einer Plexusschädigung mit einer Latenz zum Erstereignis entwickelten und passagere neuropathische Schmerzen im Frühverlauf nach der Plexusläsion würden gutachterlich auch für möglich gehalten, jedoch erscheine die Verlagerung und Provozierbarkeit der neu aufgetretenen Dysästhesien mit Fokus auf den Ellenbogen nicht mit der ursprünglichen Läsion vereinbar (act. II 362 S. 129). Vielmehr und damit überwiegend wahrscheinlich sei von einer zusätzlich neu auftretenden interkurrierenden Pathologie im Bereich des rechten Ellenbogens auszugehen i.S. eines unfallfremden Sulcus ulnaris-Reizsyndroms rechts (act. II 362 S. 130). Die Reizerscheinung im Ellenbogenbereich und das anzunehmende Sulcus ulnaris-Reizsyndrom mit neuralgiform einschliessenden Missempfindungen könne bei fehlenden Hinweisen für ein direktes Trauma des Ellenbogens nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auf den Unfall von 2012 zurückgeführt werden (act. II 362 S. 131 f.).

Sodann ist gestützt auf das Gutachten der MEDAS J. _____ erstellt, dass der ...unfall vom 21. Februar 2012 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu einer bloss vorübergehenden Verschlimmerung des degenerativen Vorzustandes an der HWS geführt hat. Das Cervikalsyndrom sei vorbestehend bei Behandlung bereits vor dem Unfall und Nachweis einer Diskushernie C6/C7. Die Nackenbeschwerden hätten sich nach dem Unfall

akzentuiert, es könne jedoch bei fehlender struktureller Läsion nicht von einer richtungsgebenden Verschlimmerung ausgegangen werden (act. II 362 S. 14). Das MRI der HWS vom 2. Oktober 2012 (act. II 113) zeigte denn auch keine signifikante Befundänderung im Vergleich zu demjenigen vom 29. Dezember 2011 (act. II 114), sondern einzig unfallfremde Diskushernien und Stenosen (vgl. auch act. II 167 S. 9, 362 S. 124).

Unter diesen Umständen hat die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Einspracheentscheid vom 19. Juli 2021 (act. II 440) zur Recht den natürlichen Kausalzusammenhang zwischen dem Ereignis vom 21. Februar 2012 und den rechtsseitigen Ellenbogenbeschwerden i.S. eines Reizsyndroms des Sulcus ulnaris bzw. den geklagten HWS-Beschwerden verneint. Ebenso überzeugend wurde im Gutachten der MEDAS J. _____ aus psychiatrischer Sicht dargelegt, dass eine vorübergehende Verschlechterung der vorbestehenden psychischen Erkrankungen (langjährige posttraumatische Belastungsstörung, abhängige Persönlichkeitsstörung, rezidivierend depressive Störung, chronische Schmerzstörung) im Rahmen des Unfalls zwar nicht ausgeschlossen sei, es könne jedoch nicht von einer richtungsgebenden Verschlimmerung ausgegangen werden. Insgesamt könne von einer möglichen, aber nicht überwiegend wahrscheinlichen natürlichen Teilkausalität der psychischen Krankheiten (speziell der chronischen Schmerzstörung) zum ...unfall ausgegangen werden (act. II 362 S. 14 und 94). Die Frage, ob ein allfälliger psychischer Gesundheitsschaden mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit bestand bzw. besteht, braucht jedoch nicht abschliessend beantwortet zu werden, da ein solcher zumindest nicht adäquat kausale Folge des Unfalls vom 21. Februar 2012 ist (vgl. E. 4 hiernach). Soweit die Beschwerdeführerin geltend macht, es sei nicht eine Gesamtbeurteilung der geklagten Beschwerden vorgenommen worden, erweist sich dies nach den Ausführungen hiervor als klar aktenwidrig.

3.5 Gestützt auf das beweiskräftige Gutachten der MEDAS J. _____ vom 10. März 2020 (act. II 362) ist aus unfallkausaler Sicht – aufgrund der unfallbedingten Frozen shoulder mit persistierenden Schmerzen und Funktionseinschränkungen – eine Leistungseinschränkung von 20 % bezogen

auf ein Vollpensum in einer leidensangepassten Tätigkeit (ab September 2012) erstellt. In den schmerzhaften Belastungs- und Bewegungseinschränkungen mitberücksichtigt sind die aus neurologischer Sicht anzunehmenden elektrisierenden Dysästhesien bei Aussenrotation und Elevation des rechten Armes aufgrund der narbigen Irritation einzelner Plexusfasern (act. II 362 S. 13 f., 15 f. und 19).

3.6 Schliesslich ist festzuhalten, dass mit überwiegender Wahrscheinlichkeit der medizinische Endzustand im Sinne von Art. 19 Abs. 1 UVG (vgl. E. 2.5 hiervor) spätestens im Zeitpunkt der Einstellung der vorübergehenden Leistungen per 31. Juli 2014 erreicht war. Der Suva-Kreisarzt Dr. med. G. _____ hielt in seiner Beurteilung vom 25. Juli 2014 (act. II 130) überzeugend fest, dass sich seit seiner Beurteilung vom 10. September 2013 keine relevante Befundänderung ergeben habe. An der somatisch-objektivierbaren Situation der rechten oberen Extremität in Bezug auf die Unfallfolgen habe sich in den letzten fünf Monaten nichts mehr verändert und es könne zweifelsfrei der Fallabschluss erfolgen. Von weiteren Behandlungen könne in Bezug auf die Plexusparese keine relevante Verbesserung mehr erwartet werden. Dies findet auch Rückhalt in den übrigen ärztlichen Berichten. So hielt der behandelnde (Hand-)Chirurg Dr. med. E. _____ bereits am 21. November 2012 fest, dass, nachdem von Seiten der Invalidenversicherung ein Zumutbarkeitsprofil erstellt worden sei, einem Arbeitseinsatz nichts mehr im Wege stehe. Mit geringer Rücksicht auf die Limitation könne an einem geeigneten Arbeitsplatz dennoch eine 100%ige Arbeitsfähigkeit erlangt werden (act. II 130 S. 2). In der neurologischen Verlaufskontrolle mit ENMG vom 30. April 2014 zeigten sich im Bereich des M. deltoideus einzig noch diskrete Denervationszeichen, welche einem Residualbefund bei Plexusläsion von 2012 entsprächen. Eine namhafte Besserungsfähigkeit war damit prospektiv betrachtet nicht ausgewiesen und von einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung der (unfallbedingten) somatischen Beschwerden keine namhafte Verbesserung mehr zu erwarten (vgl. hierzu Entscheid des BGer vom 22. September 2016, 8C_306/2016, E. 5.3 mit Hinweisen). Die psychischen Beschwerden bewirken keinen Aufschub des Fallabschlusses, da sie für die Beurteilung der Adäquanz bei der sog. Psychopraxis (vgl. hierzu E. 4.1 hiernach) un-

berücksichtigt zu bleiben haben (statt vieler: Entscheid des BGer vom 12. September 2018, 8C_493/2018, E. 3.2).

4.

4.1 Die Prüfung der Adäquanz allfälliger psychischer Gesundheitsschäden hat nach der Praxis gemäss BGE 115 V 133 (sog. Psychopraxis; vgl. E. 2.4.2 hiervor) zu erfolgen. Die Beschwerdeführerin hat am 21. Februar 2012 weder ein Schädel-Hirntrauma noch eine HWS-Distorsion erlitten (vgl. act. II 1 f., 30).

Gemäss den Angaben der Beschwerdeführerin wurde sie von einem anderen ... überfahren bzw. dieser fuhr in ihre rechte Körperseite. Sie sei umgefallen, nochmals aufgestanden und dann wegen den starken Schmerzen wieder zu Bogen gegangen. Zu einer Bewusstlosigkeit sei es nicht gekommen, aber das Erinnerungsvermögen sei wegen den starken Schmerzen teilweise stark getrübt gewesen (act. II 1 f., 60, 362 S. 78 und 99). Ausgehend vom beschriebenen Geschehensablauf und den sich dabei entwickelnden Kräften ist hier praxismässig von einem mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den leichten Unfällen auszugehen (vgl. Entscheid des BGer vom 15. Januar 20.., 8C_.../20.., E. 4.1.1). Es gilt somit, die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung für diesen Bereich entwickelten Kriterien (vgl. E. 2.4.2 hiervor) zu prüfen.

4.1.1 Dem Unfallereignis vom 21. Februar 2012 (act. II 2, 60, 362 S. 78 und 99) muss bei objektiver Betrachtung eine besondere Eindrücklichkeit abgesprochen werden, zumal jedem mindestens mittelschweren Unfall eine gewisse Eindrücklichkeit eigen ist (SVR 2019 UV Nr. 11 S. 45 E. 8.5, 2016 UV Nr. 21 S. 69 E. 5.3.2). Besonders dramatische Begleitumstände sind nicht auszumachen. Das entsprechende Adäquanzkriterium ist nicht erfüllt, geschweige denn in besonders ausgeprägter Weise. Daran vermag der Umstand, dass die Beschwerdeführerin mit dem Rettungshubschrauber ins Spital geflogen wurde, nichts zu ändern.

4.1.2 Die erlittene Schulterluxation rechts mit Abrissfraktur des Tuberculum majus humeri und begleitender Armplexusparese rechts (act. II 30, 362 S. 11 f.) stellt keine somatische Verletzung von besonderer Schwere bzw. Art dar, die erfahrungsgemäss geeignet wäre, psychische Fehlentwicklungen

gen auszulösen. Der psychiatrische Experte der MEDAS J. _____ führte denn auch aus, dass der geschilderte ...unfall in der Regel nicht geeignet sei, eine schwere psychische Problematik zu verursachen. Die psychiatrischen Symptome seien möglicherweise, aber nicht überwiegend wahrscheinlich für eine kurze Zeit durch den Unfall verschlechtert worden. Es sei nicht zu einer richtungsgebenden Verschlechterung gekommen. Für den aktuellen psychiatrischen Zustand sei der ...unfall wegdenkbar (act. II 362 S. 14 f., und S. 94). Im Übrigen kann dieses Kriterium nicht schon deshalb bejaht werden, weil für die unfallbedingt verbliebenen Residuen eine Integritätsentschädigung zugesprochen wurde (vgl. etwa Entscheide des BGer vom 10. Juni 2016, 8C_174/2016, lit. A bzw. E. 4.1, sowie vom 5. Juni 2014, 8C_137/2014, lit. A bzw. E. 7.2).

4.1.3 Eine ungewöhnlich lange ärztliche Behandlung fand nicht statt. Die Schulterluxation rechts wurde noch am Unfalltag vom 21. Februar 2012 in Narkose reponiert und die Tuberculumfraktur rechts wurde konservativ behandelt mit problemloser knöcherner Ausheilung. Die ab Unfalltag dokumentierte zunächst komplette Armlähmung rechts erholte sich im Verlauf deutlich und rasch bzw. die sensomotorischen Ausfälle verbesserten sich kontinuierlich (act. II 30, 47, 63 S. 2, 73, 77, 91, 93, 130, 362 S. 12). Auf die strukturellen Unfallfolgen an der rechten Extremität gerichtete operative oder invasive Behandlungen erfolgten nicht. Vielmehr fanden im Wesentlichen ärztliche Verlaufskontrollen bzw. der Abklärung des Gesundheitszustands dienende Untersuchungen statt (act. II 40, 46, 50 f., 63 S. 2, 73, 77, 83 f., 91, 130, 180, 321), welchen nicht die Qualität einer regelmässigen, zielgerichteten Heilmethodik zukommt (vgl. Entscheid des BGer vom 1. April 2015, 8C_791/2014, E. 4.2.4). Auch die in Anspruch genommene Ergo- und Physiotherapie (act. II 28, 49, 53, 75, 80, 85, 97, 128, 136, 173, 198) gilt nicht als kontinuierliche, mit einer gewissen Planmässigkeit auf eine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustandes gerichtete ärztliche Behandlung im Sinne der Rechtsprechung (vgl. Entscheid des BGer vom 5. Oktober 2007, U 395/06, E. 5.3 mit Hinweisen). Ausserdem dienten etliche der vorgenommenen Behandlungen ausschliesslich der Behandlung sowie Abklärung der unfallfremden Beeinträchtigungen sowie der organisch nicht fassbaren Beschwerdesymptomatik (act. II 106, 113 f., 146 f., 155, 181, 183, 195, 197, 259, 261, 263 ff., 277, 287, 294, 311). Vor

diesem Hintergrund kann damit nicht von einer ungewöhnlich langen Behandlungsdauer der durch den ...unfall bedingten Beschwerden gesprochen werden.

4.1.4 Was die körperlichen Dauerschmerzen anbelangt, ist festzuhalten, dass bei der Beurteilung dieses Kriteriums die somatisch nicht hinreichend erklärbaren Beschwerden auszuklammern sind und zwar namentlich auch dann, wenn sie körperlich imponieren (Entscheide des BGer vom 13. November 2020, 8C_542/2020, E. 6.3, vom 15. Januar 2016, 8C_568/2015, E. 3.6, und vom 9. April 2009, 8C_825/2008, E. 4.6). Gemäss der Beurteilung der Experten der MEDAS J._____ sind die Folgen der Armplexusläsion weitgehend ausgeheilt, als Residuum besteht lediglich eine Sensibilitätsstörung im Bereich des rechten Oberarms sowie eine leichte Denervation im M. deltoideus rechts. Neuropathische Schmerzen fänden sich in diesem Bereich keine, nur nicht-schmerzhafte Kälteparästhesien. Die eigenanamnestische Angabe der Beschwerdeführerin, dass bei Aussenrotationsbewegungen des rechten Armes oder bei Elevation elektrisierende Parästhesien in den rechten Arm provoziert werden könnten, erachteten die Experten der MEDAS J._____ als plausibel. Ein körperlicher Dauerschmerz ist damit nicht ausgewiesen. Ebenso wenig konnte ein neuropathischer Dauerschmerz am Unterarm, der ulnaren Handkante und der Hand verzeichnet werden (act. II 362 S. 15 Ziff. 6). Hingegen persistieren aus orthopädischer Sicht Schmerzen aufgrund der unfallbedingten Frozen shoulder (act. II 362 S. 13 f.). Diese Schmerzen besserten sich jedoch im Verlauf (act. II 362 S. 105) und sind gemäss der Beschwerdeführerin erträglich (act. II 362 S. 100 Ziff. 3.2.1). Unter diesen Umständen ist das Kriterium der Dauerschmerzen jedenfalls nicht in besonders ausgeprägter Weise gegeben. Die weiteren von Beschwerdeführerin geklagten Schmerzen, insbesondere betreffend das Sulcus ulnaris-, das Cervikal- und das Stickler-Syndrom sind in diesem Zusammenhang nicht zu berücksichtigen; diese sind nicht auf das versicherte Ereignis zurückzuführen (act. II 362 S. 14 und 17).

4.1.5 Eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hat, ist nicht aktenkundig.

4.1.6 Für die Annahme eines schwierigen Heilungsverlaufs und/oder erheblicher Komplikationen bedarf es besonderer Umstände, welche die Heilung beeinträchtigt haben, während aus der blossen Dauer der ärztlichen Behandlung und der geklagten Beschwerden nicht schon auf einen schwierigen Heilungsverlauf geschlossen werden darf (BGE 140 V 356 E. 5.6.3 S. 367, 134 V 109 E. 10.2.6 S. 129; SVR 2019 UV Nr. 11 S. 85 E. 8.5, 2007 UV Nr. 25 S. 85 E. 8.5). Inwiefern der durchschnittliche Heilungsprozess der unfallbedingten Beeinträchtigungen ungünstig beeinflusst worden wäre, ist – abgesehen von einem lediglich möglicherweise etwas verzögerten neurologischen Verlauf (act. II 188 S. 9) – nicht ersichtlich. Die Experten der MEDAS J._____ gingen denn auch ab September 2012 von einer weitgehenden Erholung aus (act. II 362 S. 19). Das Nichterreichen von Beschwerdefreiheit bzw. das Fortbestehen organisch nicht nachweisbarer Beschwerden vermag dieses Kriterium nicht zu erfüllen (Entscheid des BGer vom 10. Mai 2019, 8C_632/2018, E. 10.3).

4.1.7 Selbst wenn schliesslich das Kriterium des Grades und der Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit gegeben wäre, träfe dies jedenfalls nicht in besonders ausgeprägter Weise zu. Dieses Kriterium bezieht sich nicht allein auf das Leistungsvermögen im angestammten Beruf (Entscheid des BGer vom 18. September 2018, 8C_123/2018, E. 5.2.2.3 mit Hinweisen). Nach Einschätzung der Experten der MEDAS J._____ war vom 21. Februar 2012 bis zum 4. September 2012 die Aufhebung der Arbeitsfähigkeit begründet, wobei zu diesem Zeitpunkt schon überlappend unfallfremde Beschwerden im Bereich des Ellenbogens mit schmerzhaften Missempfindungen und Ausstrahlungen nach distal vorgelegen hätten; aus gesamtmedizinischer Sicht sei ab diesem Zeitpunkt (September 2012) angesichts der unfallkausalen Diagnosen von einer weitgehenden Erholung auszugehen gewesen und eine berufliche Eingliederung mit einem Zielpensum von 80 % (rein unfallkausal) hätte im weiteren Verlauf möglich sein müssen (act. II 362 S. 19). Gemäss dem gutachterlich definierten Zumutbarkeitsprofil besteht in unfallversicherungsrechtlicher Hinsicht in einer angepassten Tätigkeit eine Leistungseinschränkung von 20 % bezogen auf ein Vollpensum bzw. eine Arbeitsfähigkeit von 80 % (act. II 362 S. 15 und 106; vgl. E. 3.5 hiavor).

4.2 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass von den sieben Adäquanzkriterien keines in ausgeprägter Weise erfüllt ist. Folglich ist ein adäquater Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 21. Februar 2012 und einem allfällig nachfolgend eingetretenen psychischen Gesundheitsschaden bzw. der organisch nicht ausgewiesenen Beschwerden zu verneinen. Demnach sind allein die Frozen shoulder mit persistierenden Schmerzen und Funktionseinschränkungen und als Residuum der Armplexusläsion die Sensibilitätsstörung im Bereich des rechten Oberarmes sowie die leichte Denervation im M. deltoideus unfallversicherungsrechtlich relevant (vgl. E. 3.4 hiavor). In einem weiteren Schritt sind damit ausgehend vom überzeugend begründeten (somatischen) Zumutbarkeitsprofil der MEDAS J. _____, wonach in einer angepassten Tätigkeit eine Leistungseinschränkung von 20 % bezogen auf ein Vollpensum bzw. eine Arbeitsfähigkeit von 80 % (act. II 362 S. 15 und 106; vgl. E. 3.5 hiavor) besteht, die erwerblichen Auswirkungen zu prüfen.

5.

5.1 Ist die versicherte Person infolge des Unfalles zu mindestens 10 % invalid (Art. 8 ATSG), so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (aArt. 18 Abs. 1 UVG in der bis 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Fassung). Der Bundesrat regelt die Bemessung des Invaliditätsgrades in Sonderfällen. Er kann dabei auch von Art. 16 ATSG abweichen (Art. 18 Abs. 2 UVG).

5.2 Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

5.2.1 Für die Bemessung des Valideneinkommens ist in der Unfallversicherung nach jenem hypothetischen Verdienst zu fragen, welchen die versicherte Person ohne die unfallbedingte Schädigung wahrscheinlich erzielen würde. Dieser kann sich zwar mit dem mutmasslichen Verdienst als

gesunde Person decken, aber nur dann, wenn keine weiteren, nicht unfallbedingten, leistungsschmälernden Beeinträchtigungen vorhanden sind (SVR 2018 UV Nr. 33 S. 115 E. 2.1). Lässt sich aufgrund der tatsächlichen Verhältnisse das ohne gesundheitliche Beeinträchtigung realisierbare Einkommen nicht hinreichend genau beziffern, ist auf statistische Werte wie die vom Bundesamt für Statistik (BFS) herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) abzustellen. Auf sie darf jedoch im Rahmen der Invaliditätsbemessung nur unter Mitberücksichtigung der für die Entlohnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren abgestellt werden (BGE 144 I 103 E. 5.3 S. 110; SVR 2019 UV Nr. 40 S. 153 E. 6.2.3).

5.2.2 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 296). Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den BFS herausgegebenen LSE herangezogen werden (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 297; SVR 2019 IV Nr. 28 S. 88 E. 5.1.3). Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481). Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25 % zu begrenzen ist (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2018 IV Nr. 46 S. 148 E. 3.3). Zu beachten ist, 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 S. 20).

5.3 Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 143 V 295 E. 4.1.3 S. 300, 129 V 222). Unter Berücksichtigung des erfolgten Fallabschlusses per 31. Juli 2014 (Einstellung der vorübergehenden Leistungen; Prüfung der Rente) liegt der frühestmögliche Beginn des Rentenanspruchs (vgl. dazu Art. 19 Abs. 1 UVG) am 1. August 2014 (act. II 414, 440 S. 2). Auf diesen Zeitpunkt hin ist der Einkommensvergleich vorzunehmen.

5.4 Die Beschwerdeführerin absolvierte keine Berufslehre, erwarb ein Handelsdiplom und war von Januar 1986 bis Juni 2011 bei der L. _____ tätig, bei welcher sie ... bearbeitete. Im Zeitpunkt des Unfalls am 21. Februar 2012 war sie bei der Arbeitslosenkasse des Kantons Bern als arbeitslos angemeldet (vgl. act. II 1, 60, 192 S. 9, 349 S. 422, S. 514, S. 939, S. 1388, act. II 392). Auch nach dem Unfallereignis vom 21. Februar 2012 war die Beschwerdeführerin ab 2014 als ... bzw. ... im I. _____ im Bereich ... tätig (act. II 286, 312 S. 5 f.), weshalb überwiegend wahrscheinlich ist, dass sie auch ohne das besagte Unfallereignis weiterhin an einer dem angestammten Arbeitsplatz ähnlichen Stelle im ... bzw. in einem verwandten Beruf tätig wäre. Es ist damit nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin bei der Ermittlung des Valideneinkommens von den statistischen Werten gemäss LSE 2014, Tabelle T17, Pos. 44 (Sonstige Bürokräfte und verwandte Berufe), Lebensalter \geq 50 Jahre, Frauen, ausgegangen ist (act. II 409 S. 3, 414 S. 4). Das Abstellen auf diese Tabelle ist auch gerechtfertigt, weil sie eine genauere Festsetzung des Einkommens erlaubt und die Beschwerdeführerin über Jahre hinweg im öffentlichen Sektor gearbeitet hat und dieser ihr weiterhin offen steht (vgl. Entscheid des BGer vom 13. Juni 2018, 8C_212/2018, E. 4.4.1). Da die Monatslöhne der Tabelle T17 ebenfalls auf 40 Wochenarbeitsstunden basieren, hat eine Anpassung an die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit zu erfolgen.

Damit resultiert ein Valideneinkommen pro 2014 von Fr. 71'970.-- (Fr. 5'753.-- x 12 Monate / 40 Wochenarbeitsstunden x 41.7 Wochenarbeitsstunden [BFS, betriebsübliche Arbeitszeit {BUA} 2014, Total]).

Die Beschwerdeführerin hatte im Zeitpunkt des Rentenbeginns (1. August 2014; vgl. E. 3.6 und 5.3 hiervor) die zumutbare medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit nicht verwertet, so dass das Invalideneinkommen ebenfalls anhand statistischer Werte gemäss LSE zu bestimmen ist (vgl. E. 5.2.2 hiervor). Gemäss dem Zumutbarkeitsprofil der MEDAS J. _____ sollte die Beschwerdeführerin mit dem rechten Arm keine Überkopfarbeiten durchführen und (mit diesem Arm) lange dauernde uniforme Arbeiten nicht mehr als während 30 Minuten am Stück ausführen müssen. Dies alles ist mit der Tätigkeit einer ...angestellten oder einem verwandten Beruf vereinbar (vgl. Entscheid des BGer vom 26. September 2018, 8C_27/2018, E.4.4). Der orthopädische Gutachter der MEDAS J. _____ hielt denn auch fest, dass die angestammte Tätigkeit optimal angepasst sei; grundsätzlich könne die Beschwerdeführerin administrative Tätigkeiten, Arbeiten am Computer und manuelle Tätigkeiten mit Tragen resp. Heben von Gewichten bis zu 10 kg ausüben, wobei sie Überkopfarbeiten nur mit dem linken Arm und nur in Ausnahmefällen ausüben könne (act. II 362 S. 107). Unter diesen Umständen ist das Invalideneinkommen ebenso aufgrund der statistischen Löhne der LSE 2014, Tabelle T17, Pos. 44 (Sonstige Bürokräfte und verwandte Berufe), Lebensalter \geq 50 Jahre, Frauen, zu ermitteln. Sind Validen- und Invalideneinkommen ausgehend vom selben Tabellenlohn zu berechnen, entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung des Abzuges vom Tabellenlohn (SVR 2018 UV Nr. 29 S. 103 E. 5.2). Nach der gutachterlichen Einschätzung der MEDAS J. _____ besteht eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 % (act. II 362 S. 13 f., 15 f.). Ein Abzug vom Tabellenlohn rechtfertigt sich unter keinem der möglichen Aspekte (vgl. E. 5.2.2 hiervor). Das massgebliche Zumutbarkeits- und Leistungsprofil berücksichtigt die unfallkausalen Beeinträchtigungen des funktionellen Leistungsvermögens umfassend; zudem bleibt, wie dargelegt, die angestammte Tätigkeit möglich. Da die beiden Vergleichseinkommen anhand statistischer Daten erhoben werden, fällt insbesondere auch ein Abzug wegen allfälliger invaliditätsfremder Gründe ausser Betracht, wäre doch ein solcher bei beiden

Einkommen zu berücksichtigen und damit von vornherein ohne Einfluss auf den Invaliditätsgrad (Entscheid des BGer vom 19. Januar 2009, 8C_42/2008, E. 5; vgl. E. 5.3 hiervor). Damit resultiert ein Invaliditätsgrad von 20 %. Bezüglich des Rentenanspruchs ist der angefochtene Einspracheentscheid vom 19. Juli 2021 (act. II 440) somit nicht zu beanstanden. Zu prüfen bleibt der Anspruch auf eine Integritätsentschädigung.

6.

6.1 Nach Art. 24 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung, wenn sie durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität erleidet. Die Integritätsentschädigung wird in Form einer Kapitaleistung gewährt. Sie darf den am Unfalltag geltenden Höchstbetrag des versicherten Jahresverdienstes nicht übersteigen und wird entsprechend der Schwere des Integritätsschadens abgestuft (Art. 25 Abs. 1 UVG).

6.1.1 Gemäss Art. 25 Abs. 2 UVG regelt der Bundesrat die Bemessung der Entschädigung. Von dieser Befugnis hat er in Art. 36 UVV Gebrauch gemacht. Abs. 1 dieser Vorschrift bestimmt, dass ein Integritätsschaden als dauernd gilt, wenn er voraussichtlich während des ganzen Lebens mindestens in gleichem Umfang besteht. Er ist erheblich, wenn die körperliche, geistige oder psychische Integrität, unabhängig von der Erwerbsfähigkeit, augenfällig oder stark beeinträchtigt wird. Gemäss Abs. 2 gelten für die Bemessung der Integritätsentschädigung die Richtlinien des Anhangs 3. Darin hat der Bundesrat in einer als gesetzmässig erkannten, nicht abschliessenden Skala häufig vorkommende und typische Schäden prozentual gewichtet (BGE 124 V 29 E. 1b S. 32). Für spezielle oder nicht aufgeführte Integritätsschäden wird die Entschädigung nach dem Grad der Schwere vom Skalenwert abgeleitet (Ziff. 1 Abs. 2 des Anhangs 3; BGE 116 V 156 E. 3a S. 157). In diesem Zusammenhang hat die Suva in Weiterentwicklung der bundesrätlichen Skala weitere Bemessungsgrundlagen in tabellarischer Form (sog. Feinraster; abrufbar unter <www.suva.ch>) erarbeitet. Diese Tabellen sind, soweit sie lediglich Richtwerte enthalten, mit denen

die Gleichbehandlung aller Versicherten gewährleistet werden soll, mit dem Anhang 3 zur UVV vereinbar (BGE 124 V 29 E. 1c S. 32).

6.1.2 Die Bemessung der Integritätsentschädigung richtet sich nach der Schwere des Integritätsschadens. Diese beurteilt sich nach dem medizinischen Befund. Bei gleichem medizinischen Befund ist der Integritätsschaden für alle Versicherten gleich; er wird abstrakt und egalitär bemessen (BGE 124 V 29 E. 3c S. 35).

6.2 In der Beurteilung der MEDAS J. _____ vom 10. März 2020 wurde der Integritätsschaden auf insgesamt 25 % geschätzt, sich zusammensetzend aus einer Einbusse von 10 % aufgrund der neurologischen Residuen der Armplexusläsion (Kälteparästhesien und neuralgiforme, Schulterpositions-abhängige Dysästhesien) und einer solchen von 15 % aufgrund der Frozen shoulder (act. II 362 S. 16). Zur Begründung wurde in neurologischer Hinsicht ausgeführt, als Residuum der Armplexusläsion bestehe lediglich eine Sensibilitätsstörung im Bereich des rechten Oberarms sowie eine leichte Denervation im M. deltoideus rechts (ohne feststellbare motorische Defizite, keine neuropathische Schmerzen in diesem Bereich, nur nicht-schmerzhaft Kälteparästhesien). Aus neurologischer Sicht könne diesbezüglich höchstens 5 % bei grosszügiger Auslegung der Erheblichkeitsschwelle zugestanden werden. Die eigenanamnestisch bei Aussenrotationsbewegungen oder bei Elevation des rechten Arms provozierbaren elektrisierenden Parästhesien in denselben seien als Residuum der Plexusverletzung i.S. einer Langzeitfolge (Reizsyndrom) anzusehen und diesbezüglich sei ein Integritätsschaden aufgrund der schmerzhaften Missempfindungen von zusätzlich 5 % geschuldet. In orthopädischer Hinsicht bestehe aufgrund der Funktionseinschränkung an der rechten Schulter laut Suva-Tabelle "bis zur Horizontalen beweglich" ein Integritätsschaden von 15 % (act. II 362 S. 16 f.). Diese Beurteilung ist schlüssig und überzeugt. Mit der Beschwerdegegnerin ist festzuhalten, dass keine relevante Diskrepanz zwischen der gutachterlichen und der kreisärztlichen Einschätzung zu erkennen ist (Beschwerdeantwort S. 3). Bereits der Kreisarzt kam zum Schluss, dass lediglich noch leichte Residuen einer unteren Armplexusläsion bzw. eine inkomplette Plexusparese in Remission gegeben sei (act. II 189 S. 1). Im Übrigen hielten auch die Experten der MEDAS

J._____ fest, dass die Folgen der Armplexusläsion weitgehend abgeheilt seien (act. II 362 S. 16). Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin ist wegen den psychischen Beschwerden (posttraumatische Belastungsstörung, somatoforme Schmerzstörung; vgl. Beschwerde S. 2 in fine) keine zusätzliche Integritätsentschädigung geschuldet. Diese Beschwerden wie auch allfällig organisch nicht ausgewiesene Beschwerden stehen nicht in einem adäquaten Kausalzusammenhang zum Unfall vom 21. Februar 2012 (vgl. 4.2 hiervor) und haben deshalb auch bei der Bestimmung der Höhe der Integritätsentschädigung unberücksichtigt zu bleiben. Ebenso unberücksichtigt zu bleiben haben die degenerativen HWS-Beschwerden, sind diese doch unfallfremd.

Weil der Einspracheentscheid vom 19. Juli 2021 (act. II 440) auch in dieser Hinsicht nicht zu beanstanden ist, erweist sich die dagegen erhobene Beschwerde als unbegründet und ist abzuweisen.

7.

7.1 In Anwendung von Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. f^{bis} ATSG (Umkehrschluss; vgl. auch BBI 2018 1639) sind keine Verfahrenskosten zu erheben.

7.2 Bei diesem Verfahrensausgang hat die unterliegende Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG); auch die obsiegende Beschwerdegegnerin hat als mit der Durchführung der obligatorischen Unfallversicherung beauftragte öffentlich-rechtliche Anstalt praxisgemäss keinen Anspruch auf Ausrichtung einer Parteientschädigung (Art. 104 Abs. 4 VRPG; BGE 126 V 143 E. 4a S. 150).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch wird eine Parteientschädigung zugesprochen.
3. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwältin Dr. iur. B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - Suva
 - Bundesamt für Gesundheit

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.