

200 23 90 UV
KNB/SCC/LAB

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 16. April 2025

Verwaltungsrichter Knapp, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Schwegler, Verwaltungsrichterin Frey
Gerichtsschreiberin Schertenleib Gamero

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

Suva
Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern
vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. C. _____
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 9. Januar 2023



Sachverhalt:

A.

Die 1975 geborene A. _____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) war in einem Pensum von 80 % als ... für D. _____ GmbH (www.zefix.ch), tätig und dadurch bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva bzw. Beschwerdegegnerin) gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert (Akten der Suva [act. II] 1, 134). Zudem arbeitete sie in einem Pensum von 50 % als ... für E. _____ (act. II 133). In der Schadenmeldung vom 8. Januar 2020 (act. II 1) meldete die D. _____ GmbH, die Versicherte habe am 18. Dezember 2019 eine leere Palette hochheben wollen, diese sei ihr aus den Händen gerutscht und als sie die Palette habe auffangen wollen, habe sie sich Zerrungen am Rücken und Arm zugezogen. Nach Kenntnisnahme des Ergebnisses einer MR-Abklärung des Schultergelenks rechts vom 13. März 2020 (act. II 30) teilte die Suva der Versicherten mit Schreiben vom 13. Mai 2020 (act. II 44) mit, sie werde die gesetzlichen Versicherungsleistungen aufgrund einer unfallähnlichen Körperschädigung erbringen. Sie gewährte in der Folge Taggelderleistungen (Akten der Suva [act. IIA] 147, 206) sowie Heilbehandlungen. Es erfolgten erwerbliche (act. II 130 ff., act. IIA 244 ff.) und medizinische Abklärungen, u.a. holte sie die Aktenberichte von Dr. med. F. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Versicherungsmedizin der Suva, vom 21. März 2022 (act. IIA 208, 209) zum Integritätsschaden, zum Kausalzusammenhang der geltend gemachten Beschwerden zum Ereignis vom 18. Dezember 2019 und zur Arbeitsfähigkeit sowie zum Zumutbarkeitsprofil ein. Im Kurzbericht vom 16. Mai 2022 (act. IIA 238) präziserte Dr. med. F. _____ das Zumutbarkeitsprofil. Gestützt darauf sprach die Suva der Versicherten mit Verfügung vom 3. Juni 2022 (act. IIA 248) ab dem 1. Juni 2022 auf der Basis einer Erwerbsunfähigkeit von 29 % eine UV-Rente und bei einer Integritätseinbusse von 10 % eine Integritätsschädigung von Fr. 14'820.-- zu.

Die Versicherte meldete sich parallel dazu im Mai 2020 bei der IV-Stelle Bern (IVB) zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an. Die

IVB stellte der Versicherten mit Vorbescheid vom 15. Juni 2022 ab dem 1. Dezember 2020 eine befristete ganze IV-Rente bis zum 30. Juni 2022 in Aussicht (act. IIA 254).

Die gegen die Verfügung vom 3. Juni 2022 erhobene Einsprache (act. IIA 256, 265) wies die Suva mit Entscheid vom 9. Januar 2023 ab (act. IIA 271).

B.

Mit Eingabe vom 2. Februar 2023 erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. B._____, beim Verwaltungsgericht des Kantons Bern Beschwerde und beantragte das Folgende:

1. Die Verfügung vom 3. Juni 2022 sowie der Einspracheentscheid vom 9. Januar 2023 der Beschwerdegegnerin seien aufzuheben.
2. Von einem Fallabschluss sei abzusehen und es seien der Beschwerdeführerin die vorübergehenden Leistungen über den 31. Mai 2022 hinaus zu gewähren.
3. Sobald der medizinische Endzustand erreicht sei, seien die weiteren gesetzlichen Leistungen rechtskonform zu ermitteln und darüber mittels neuer Verfügung zu befinden.
4. Eventualiter: Der Erwerbsunfähigkeitsgrad sowie die Integritätserschädigung seien mittels Gerichtsgutachten neu zu bestimmen.

Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zzgl. MWST zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

Mit Beschwerdeantwort vom 22. Februar 2023 schloss die Beschwerdegegnerin, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. C._____, auf Abweisung der Beschwerde.

Mit Eingabe vom 17. Oktober 2023 hielt die Beschwerdeführerin an den Anträgen fest und reichte eine Kostennote ein.

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 9. Januar 2023 (act. IIA 271). Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht die vorübergehenden Leistungen einstellte und eine Rente von 29 % sowie eine Integritätsentschädigung von 10 % zugesprochen hat.

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 Die Zusprechung von Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt grundsätzlich das Vorliegen eines Berufsunfalles, eines

Nichtberufsunfalles oder einer Berufskrankheit voraus (Art. 6 Abs. 1 UVG). Gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG erbringt die Versicherung ihre Leistungen auch bei folgenden Körperschädigungen, sofern sie nicht vorwiegend auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen sind: Knochenbrüche (lit. a), Verrenkungen von Gelenken (lit. b), Meniskusrisse (lit. c), Muskelrisse (lit. d), Muskelzerrungen (lit. e), Sehnenrisse (lit. f), Bandläsionen (lit. g), Trommelfellverletzungen (lit. h).

2.2 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt (u.a.) voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 148 V 356 E. 3 S. 358)

2.2.1 Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiere ("conditio sine qua non"; BGE 147 V 161 E. 3.2 S. 163; SVR 2023 UV Nr. 39 S. 139, 8C_305/2022 E. 3.1).

2.2.2 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 blossе 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. 120, 8C_537/2009 E. 5.1).

2.2.3 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 148 V 301 E. 4.5.1 S. 309, 147 V 207 E. 6.1 S. 211, 135 V 465 E. 5.1 S. 472).

2.3

2.3.1 Bei organisch objektiv ausgewiesenen Gesundheitsschäden deckt sich die natürliche weitgehend mit der adäquaten Unfallkausalität. Hier spielt mithin die unter Adäquanzgesichtspunkten entscheidende Frage, ob das Unfallereignis nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint, für die Begründung der Leistungspflicht praktisch keine Rolle (BGE 149 V 218 E. 5.2 S. 220). Bei psychischen Unfallfolgen 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. 74, 8C_96/2017 E. 4.2, 2011 UV Nr. 10 S. 35, 8C_584/2010 E. 4.2.2).

2.3.2 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).

2.4 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 149 V 224 E. 6.3.1 S. 235, 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. 11, 8C_283/2009 E. 8.2; zum Ganzen SVR 2020 UV Nr. 40 S. 162, 8C_183/2020 E. 2.3).

2.5 Ist die versicherte Person infolge des Unfalles zu mindestens 10 % invalid (Art. 8 ATSG), so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente, sofern sich der Unfall vor Erreichen des ordentlichen Rentenalters ereignet hat (aArt. 18 Abs. 1 UVG in der bis 31. Dezember 2023 gültig gewesenen Fassung). 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).

3.

3.1 Unter den Parteien ist zu Recht unbestritten, dass die Folgen des Ereignisses vom 18. Dezember 2019 (interstitielle Partialruptur der Supraspinatussehne am Fusspunkt, eine Slap 1 Läsion [mit Bursitis] und eine Pulley Läsion [act. II 30], welche zu einer Schulterarthroskopie rechts mit einer Subscapularissehnennaht, einer Supraspinatussehnenabspannnaht und einer Akromioplastik führten [act. II 64]) als unfallähnliche Körperschädigung im Sinne von Art. 6 Abs. 2 lit. f UVG zu beurteilen sind (act. II 38) und die Beschwerdegegnerin entsprechende Leistungen erbrachte (act. II 44; vgl. auch Beschwerde S. 3 Ziff. II lit. A Ziff. 5).

Mit Verfügung vom 3. Juni 2022 (act. IIA 248) nahm die Beschwerdegegnerin den Fallabschluss vor und sprach der Beschwerdeführerin ab dem 1. Juni 2022 bei einer Erwerbsunfähigkeit von 29 % eine UV-Rente und bei einem Integritätsschaden von 10 % eine Integritätsentschädigung von Fr. 14'820.-- zu. Mit nach Einsprache erlassener Entscheidung vom 9. Januar 2023 (act. IIA 271) prüfte die Beschwerdegegnerin die Adäquanz der nicht organisch erklärbaren Einschränkungen zum Ereignis vom 18. Dezember 2019 nach den Kriterien für psychisch bedingte Einschränkungen (act. IIA 271/9); weiter ging sie davon aus, dass der Fallabschluss korrekt sei, da mit einer namhaften Verbesserung der Arbeitsfähigkeit nicht mehr zu rechnen und der Endzustand erreicht sei (act. IIA 271/10). Ferner erachtete sie es als erstellt, dass der Fall medizinisch rechtsgenügend abgeklärt sei und keine Zweifel am Zumutbarkeitsprofil vorlägen (act. IIA 271/11). Zudem äusserte sie sich zum Integritätsschaden, welcher sich als korrekt erweise (act. IIA 271/11 f.).

Die Beschwerdeführerin bringt gegen den Entscheid vor, der Fallabschluss sei zu früh erfolgt, die Beschwerdegegnerin habe sich mit keinem Wort zur diagnostizierten Frozen Shoulder und zu den ärztlich verordneten Behandlungen geäussert. Bei einer Frozen Shoulder handle es sich um einen organisch objektiv nachweisbaren Gesundheitsschaden, was die Beschwerdeführerin mit der Prüfung der Adäquanz bei psychischen oder anderweitig nicht objektivierbaren Unfallfolgen zu verkennen scheine (Beschwerde S. 5

Ziff. II lit. B Ziff. 10 ff.). Das Abklärungsergebnis vermöge auch sonst nicht zu überzeugen, habe doch keine kreisärztliche Untersuchung stattgefunden (Beschwerde S. 6 f. Ziff. II lit. B Ziff. 14). Die Beurteilung, dass eine erhebliche Symptomausweitung vorliege, sei nicht haltbar; die Beschwerdeführerin habe ihre Arbeit für E._____ zu 30 % wiederaufgenommen, was unerwähnt geblieben sei (Beschwerde S. 7 Ziff. II lit. B Ziff. 14 ii.). Eine Untersuchung in der Klinik G._____ habe das Vorliegen einer postoperativen Frozen Shoulder bestätigt, und es sei ein neuer medikamentöser Therapieansatz zur Verbesserung der Schmerzsituation vorgeschlagen worden. Offensichtlich sei der Endzustand noch nicht erreicht. Die Beschwerdegegnerin habe deshalb weiterhin Taggelder auf der Basis der attestierten Arbeitsunfähigkeit zu leisten und die Behandlungskosten zu übernehmen (Beschwerde S. 8 Ziff. II lit. B Ziff. 14 iv., 15).

Umstritten ist somit, ob der Fallabschluss zu Recht per Ende Mai 2022 erfolgte und die Abklärung des medizinischen Sachverhalts rechtsgenügend ist.

3.2 Zum medizinischen Sachverhalt ist den Akten im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

3.2.1 Im Bericht des Spitals H._____ vom 19. Dezember 2019 (act. II 10) wurde in der Beurteilung ausgeführt, Anamnese und Klinik seien vereinbar mit myofaszialen Beschwerden an der Brustwirbelsäule, DD Blockade. Radiologisch lägen kein Nachweis einer Luxation, Fraktur oder indirekte Hinweise auf eine Rotatorenmanschetten-Ruptur vor (vgl. auch act. II 35).

3.2.2 Gestützt auf ein MR-Schultergelenk rechts hielt Dr. med. Yanik I._____, Facharzt für Radiologie, Spital J._____, im Befundbericht vom 13. März 2020 (act. II 30) fest, es bestehe eine interstitielle Partialruptur der Supraspinatussehne am Fusspunkt, eine Slap 1 Läsion, eine Bursitis und eine Pulley Läsion.

3.2.3 Am 13. Mai 2020 (act. II 38) ging Dr. med. K._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates und Chirurgie, Suva Versicherungsmedizin, davon aus, dass eine Listendiagnose gemäss Art. 6 Abs. 2 lit. f UVG vorliege.

3.2.4 Am 29. Mai 2020 (act. II 64) nahmen die Dres. med. L. _____ und M. _____, Fachärzte für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Spital N. _____, eine Schulterarthroskopie rechts mit einer Subscapularissehnennaht, einer Supraspinatussehnenabspannnaht und einer Akromioplastik vor. Nachdem sie im Bericht vom 30. Juni 2020 (act. II 73) noch von einem zeitgerechten postoperativen Verlauf sprachen, diagnostizierten sie am 11. August 2020 (act. II 78) eine beginnende Frozen Shoulder. Die Patientin wünsche heute noch keine Kortison-Infiltration; sie beginne mit Ibuprofen sowie Paracetamol und begleitend mit Physio- sowie Wassertherapie. Im Bericht vom 24. September 2020 (act. II 89) hielten die Ärzte fest, klinisch zeige sich eine marginale Verbesserung der glenohumeralen Beweglichkeit allerdings noch mit relevanter Einsteifung im Sinne einer postoperativen Frozen Shoulder.

Im Bericht vom 20. Januar 2021 (act. II 115) führte Dr. med. M. _____ aus, die Option einer arthroskopischen Kapsulotomie mit Mobilisation und nachfolgender intensiver Physiotherapie werde heute ausgiebig diskutiert. Die Patientin sei aber noch nicht ganz bereit und möchte weiterhin konservativ behandelt werden.

3.2.5 Im Bericht vom 5. Juli 2021 (act. IIA 156) diagnostizierten die Fachärzte für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates der Orthopädie J. _____, Dr. med. O. _____ und PD Dr. med. P. _____, eine schmerzhafte Schulter mit Bewegungseinschränkung rechts (dominant) mit/bei Status nach Schulterarthroskopie rechts mit einer Subscapularissehnennaht und einer Supraspinatussehnenabspannnaht sowie einer Akromioplastik vom 29. Mai 2020 mit/bei einer Subscapularissehnenläsion Lafosse Typ II, PASTA(Partial Articular Surface Tendon Avulsion)-Läsion der Supraspinatussehne rechts. In der Beurteilung hielten sie fest, es bestünden seit der Operation relativ starke Schulterschmerzen mit einer Bewegungseinschränkung. Aufgrund der Schmerzhaftigkeit sei die klinische Untersuchung schwierig. Bei guter passiver Beweglichkeit bestehe jedoch keine Frozen Shoulder. Es sei am ehesten von einer Reizreaktion auszugehen. Gegen den aktuellen Reizzustand werde eine Kortisonstosstherapie über vier Wochen empfohlen.

3.2.6 Im Bericht vom 5. August 2021 (act. IIA 160) diagnostizierten Prof. Dr. med. Q._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, und Dr. med. R._____, (im Medizinalberuferegister [MedReg; <www.medregom.admin.ch>] ohne Facharzttitel verzeichnet), Orthopädie J._____, einen Verdacht auf eine Bizepssehnen-Tendinopathie, DD low garde infekt rechts. Klinisch würde eine deutliche Bizepssehnen-Pathologie als auch eine eingeschränkte Beweglichkeit imponieren. Die Schmerzen seien für eine Frozen Shoulder prinzipiell eher überproportional stark. Zur Differenzierung werde nun eine intraartikuläre probatorische Kortisoninfiltration durchgeführt. Sollte sich der Verdacht einer Bizepssehnen-Pathologie erhärten, wäre eine Schulterarthroskopie mit Bizepsstenodese, Biopsie-Entnahme und subakromialer Dekompression zu diskutieren. Bei der Rotatorenmanschetten-Rekonstruktion im Mai 2020 sei die Bizepssehne damals nicht adressiert worden.

3.2.7 Am 1. November 2021 (act. IIA 176) führten Prof. Dr. med. Q._____ und Dr. med. L._____ eine Re-Arthroskopie der Schulter rechts mit Entnahme von Biopsien intraartikulär und subakromial, Tenotomie Bizepssehne und AC-Gelenksresektion durch. Im Bericht vom 10. Dezember 2021 (act. IIA 185) hielten die Ärzte fest, es lägen leider postoperativ unverändert Schmerzen in der rechten Schulter mit glenohumeraler Einsteifung und vor allem endgradige bewegungsabhängige Schmerzen vor. Aus ihrer Sicht komme es bei der Patientin zu einer Symptomausweitung der Schmerzen.

3.2.8 Im Bericht vom 7. Februar 2022 (act. IIA 193) hielten S._____, Praktischer Arzt, und Dr. med. T._____, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Orthopädie J._____, fest, bei der Patientin liege weiterhin eine stark schmerzhaft, in der Bewegungsfreiheit eingeschränkte rechte Schulter bei fehlendem strukturellen Korrelat vor. Die osteodiscogenen Befunde könnten zwar die Schmerzen partiell erklären, korrelierten aber nicht klar mit der klinischen Untersuchung, hier könne eine diagnostisch-therapeutische Infiltration C5/C6 rechts weitere Klarheit bringen.

3.2.9 Im Bericht vom 9. März 2022 (act. IIA 204) legte Dr. med. U._____, Fachärztin für Neurologie, Radiologie Y._____, dar, klinisch

sei die Beurteilung durch die schmerzbedingt eingeschränkte Kooperation erschwert. Eine höhergradige Kraftminderung an den oberen Extremitäten könne nicht nachgewiesen werden. Eine Sensibilitätsstörung bestehe subjektiv beidseits im Ulnarisversorgungsgebiet. Klinisch falle passend zur C6-Radikulopathie rechts ein verminderter Bizepssehnenreflex auf. Eine Nadelmyographie des M. Bizeps brachii rechts habe keine pathologische Spontanaktivität gezeigt.

3.2.10 In der ärztlichen Beurteilung vom 21. März 2022 (act. IIA 209) stellte Dr. med. F. _____ zusammenfassend fest, die Beschwerdeführerin habe nach dem Anknüpfungereignis respektive nach der Operation durch Dr. med. M. _____ am 29. Mai 2020 über anhaltend stärkste Belastungsschmerzen im rechten Schultergelenk mit Bewegungseinschränkung geklagt. Dr. med. M. _____ habe sie daher postoperativ auf eine Frozen Shoulder behandelt. Zu bemerken sei, dass die Beschwerdeführerin angebotene Steroidinfiltrationen ebenso abgelehnt habe wie zunächst eine Rearthroskopie. Inwieweit die verordneten physiotherapeutischen Massnahmen tatsächlich wahrgenommen worden seien, lasse sich nicht nachvollziehen. Im weiteren Verlauf seien jedenfalls Physiotherapien unter der Angabe einer Covid-19-Infektion und daraus folgender Quarantäne ausgesetzt worden. Prof. Dr. med. Q. _____ habe schliesslich unter dem Verdacht eines Low-Grade-Infektes und bei deutlicher Bizepssehnen-symptomatik eine Arthroskopie mit Probenentnahmen und Bizepstenomie durchgeführt. Eine postoperative Antibiotikatherapie sei unter Angabe von Nebenwirkungen nur kurzfristig eingenommen worden. Die Beschwerdeführerin beklage anhaltend starke Schmerzen im rechten Schultergelenk, inzwischen ausgeweitet auf die Halswirbelsäule (HWS) mit Dysästhesien in den Fingern. An der HWS seien diskogene Degenerationen auf Höhe C4/5 und C5/6 festgestellt worden. Prof. Dr. med. Q. _____ habe am 1. Februar 2022 den Verdacht auf eine Symptomausweitung geäussert, da die Beschwerden an der Schulter kein strukturelles Korrelat hätten. Die Beschwerden seien möglicherweise teilweise auf die HWS-Veränderungen zurückzuführen, wobei allerdings der klinische Befund bei freier Beweglichkeit der HWS nicht mit den Beschwerden korreliere. Die Beschwerden an der HWS stünden nicht in einem überwiegend wahrscheinlichen kausalen Zusammenhang zu der Listendiagnose an der Schulter. Die heute geltend

gemachten Beschwerden im Bereich der rechten Schulter seien im Zusammenhang mit dem Anknüpfungereignis respektive der Operation an der rechten Schulter zu sehen. Hier sei allerdings von einer erheblichen Symptomausweitung auszugehen. Es ergäben sich auch deutliche Hinweise darauf, dass die Beschwerdeführerin angebotene therapeutische Massnahmen umgangen habe. Zudem habe schliesslich eine Frozen Shoulder ausgeschlossen werden können. Ausschliesslich die Schulterbeschwerden seien auf das Anknüpfungereignis von 2019 zurückzuführen. Die Befunde an der HWS wie auch ein mögliches Sulcus Ulnaris-Syndrom beidseits beruhten ausschliesslich auf Verschleiss. Seitens der Schulter würde von den behandelnden Ärzten keine weitere Optimierungsmöglichkeit gesehen. Daher sei hier von einem Endzustand auszugehen (act. IIA 209/3 f.). Zum Zumutbarkeitsprofil legte Dr. med. F._____ dar, die Beschwerdeführerin sei noch in der Lage, mit dem rechten Arm leichte körperliche Tätigkeiten durchzuführen. Gewichtsbelastungen sollten am hängenden Arm 10 kg, bis auf Brusthöhe 5 kg und über Schulterhöhe 0 kg nicht überschreiten. Zu vermeiden seien Zug-, Stoss-, Schlag- und Vibrationsbelastungen. Eine anhaltende Kälte- und Nässeexposition sollte unterbleiben. Unter diesen Voraussetzungen sei ein ganztägiger Einsatz zu erwarten (act. IIA 209/5).

3.2.11 Im Bericht vom 20. April 2022 (act. IIA 229) hielt Dr. med. T._____ fest, nach Ausschluss einer cervikogenen Schmerzursache finde sich schulterchirurgisch kein strukturelles Korrelat für die persistierenden Schulterschmerzen, somit müsse schulterchirurgisch vom Endzustand ausgegangen werden; ein Infekt sei mittels intraoperativen Biopsien ausgeschlossen worden, es finde sich klinisch und MR-graphisch kein Hinweis auf eine Capsulitis adhaesiva, ebenso kein Denervationsödem als Hinweis auf eine Parsonage-Turner-Neuritis oder anderweitige Nervenaffektion (act. IIA 229/2).

3.2.12 Am 16. Mai 2022 (act. IIA 238) führte Dr. med. F._____ aus, unter den im Zumutbarkeitsprofil genannten Voraussetzungen sei die Beschwerdeführerin als ... wie auch als ... ganztätig einsetzbar. Das Zumutbarkeitsprofil sei auf eine 42-Stundenwoche auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt abgestimmt worden.

3.2.13 Im Bericht vom 9. Juli 2022 (act. IIA 260) hielten PD Dr. med. V._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, und Dr. med. W._____ (im Medizinalberuferegister [MedReg; <www.medregom.admin.ch>] ohne Facharzttitel verzeichnet), Klinik G._____, fest, bei der Patientin zeige sich eine postoperative Frozen Shoulder. Es erfolge eine ausführliche Beratung und Anpassung der Medikation. Sollten die Beschwerden danach über sechs Wochen nicht leicht bessern, werde als letzte Chance eine glenohumerale Infiltration mit Kortison empfohlen (act. IIA 260/3).

3.3

3.3.1 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).

3.3.2 Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354; SVR 2022 UV Nr. 3 S. 8 E. 3.2). Auch reine Aktengutachten können beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (SVR 2020 IV Nr. 38 S. 134 E. 4.3).

3.3.3 Die versicherte Person hat von Bundesrechts wegen keinen formellen Anspruch auf Beizug eines versicherungsexternen Gutachtens, wenn Leistungsansprüche streitig sind. Es ist auch im Lichte der von Art. 6

Ziff. 1 der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK; SR 0.101) gewährleisteten Verfahrensgarantien grundsätzlich zulässig, den Entscheid ausschlaggebend oder gar ausschliesslich auf verwaltungsinterne Abklärungen zu stützen (BGE 123 V 175 E. 3d S. 176, 122 V 157 E. 2c S. 165).

3.4 Die versicherungsmedizinische Beurteilung von Dr. med. F._____ vom 21. März 2022 (act. IIA 209) beruht auf einem bildgebend wie klinisch lückenlosen Befund. Aspekte, die unerkannt oder ungewürdigt geblieben wären, sind keine ersichtlich. Dr. med. F._____ setzte sich in der Aktenbeurteilung ausführlich mit den Berichten der behandelnden Ärzte auseinander. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge leuchten ein und die gezogenen Schlussfolgerungen sind nachvollziehbar begründet (vgl. E. 3.3.1 hiervor). Es liegen keine Indizien vor, die gegen die Zuverlässigkeit der schlüssigen, nachvollziehbar begründeten und in sich widerspruchsfreien Beurteilung des Dr. med. F._____ sprechen würden (vgl. E. 3.3.2 hiervor). Der medizinische Sachverhalt erweist sich in somatischer Hinsicht als rechtsgenügend abgeklärt und der Beurteilung von Dr. med. F._____ vom 21. März 2022 (act. IIA 209) kommt volle Beweiskraft zu.

Es steht somit fest, dass eine interstitielle Partialruptur der Supraspinatussehne am Fusspunkt, eine Slap 1 Läsion, eine Bursitis und eine Pulley Läsion (act. II 30) vorlagen. Ausschliesslich diese Schulterbeschwerden und der nachfolgende operative Eingriff (act. II 64) sind als natürlich kausal zum Ereignis vom 18. Dezember 2019 zu qualifizieren (act. IIA 209/4 Ziff. ad 2.). In diesem Zusammenhang leuchten auch die von Dr. med. F._____ attestierte volle Arbeitsfähigkeit (42-Stundenwoche) in einer angepassten leichten körperlichen Tätigkeit, welche auch der Arbeit als ... oder ... entspreche, sowie das formulierte Zumutbarkeitsprofil bezüglich der Gewichtsbelastungen beim rechten Arm ein (act. IIA 209/5 Ziff. ad 6./7., 238). Der Meinung der Beschwerdeführerin, es liege eine zu behandelnde Frozen Shoulder vor, worüber sich die Beschwerdegegnerin nicht äussere (Beschwerde S. 5 Ziff. II lit. B Ziff. 11 ff.), kann nicht gefolgt werden. Zwar hatte Dr. med. M._____ anfänglich aufgrund der Beschwerden die Diagnose einer Frozen Shoulder gestellt (act. II 78, 89). Die für eine Zweitmei-

nung konsultierten PD Dr. med. P._____ und Prof. Dr. med. Q._____ schlossen jedoch das Vorliegen einer Frozen Shoulder bei guter passiver Beweglichkeit der Schulter (act. IIA 156) und eher überproportional starken Schmerzen (act. IIA 160) aus. Prof. Dr. med. Q._____ vermutete eine Bizepssehnen-Pathologie (act. IIA 160) und schätzte bei einer Aussenrotation von 50° eine postoperative Frozen Shoulder (als Folge des ersten operativen Eingriffs) als eher unwahrscheinlich ein (act. IIA 165). Darauf stellte Dr. med. F._____ in seiner schlüssigen Beurteilung vom 21. März 2022 ab (act. IIA 209/4 ad 2.). Daran ändert auch der Bericht von PD Dr. med. V._____ und Dr. med. W._____ vom 9. Juli 2022 (act. IIA 260) nichts; die Diagnose einer Frozen Shoulder wurde von ihnen weder begründet noch setzten sie sich mit den Einschätzungen von Prof. Dr. med. Q._____ und Dr. med. F._____ auseinander. Die Diagnose einer Frozen Shoulder ist somit nicht rechtsgenügend nachgewiesen.

Nicht natürlich kausal zum Ereignis vom 18. Dezember 2019 (act. II 1) ist die nach einer neurologischen Abklärung durch Dr. med. U._____ diagnostizierte hauptsächlich irritative C6-Radikulopathie rechts (act. IIA 204). Gemäss Beurteilung von Dr. med. T._____ könnte diese zwar die Schmerzen partiell erklären, sie korreliere jedoch nicht klar mit der klinischen Untersuchung (act. IIA 193). Die Befunde an der HWS (act. IIA 190, 193) und ein mögliches Sulcus Ulnaris-Syndrom (act. IIA 204) beruhen denn auch auf Verschleiss (act. IIA 209).

Entgegen der Meinung der Beschwerdeführerin (Beschwerde S. 6 Ziff. II lit. B Ziff. 14) vermag das Abklärungsergebnis zu überzeugen. Die Beurteilung von Dr. med. F._____, es sei nach der ersten Schulterarthroskopie zu einer erheblichen Symptomausweitung ohne objektives Korrelat gekommen (act. IIA 209/4 ad 2.), ist mit Blick auf die in den medizinischen Berichten der behandelnden Ärzte dokumentierten Abklärungen und Behandlungen schlüssig und leuchtet ein: Es zeigte sich, dass kein Infekt vorlag (act. IIA 180, 229) und bei intakter Rotatorenmanschette wurden die verbliebenen Schmerzen im Rahmen einer postoperativen Kapselreizung interpretiert und medikamentös und mit Wassertherapie behandelt (act. IIA 180). Nachdem klinisch eine deutliche Bizepssehnen-Pathologie imponierte, obwohl die Bizepssehne gemäss Bericht von Prof. Dr. med.

Q._____ vom 5. August 2021 (act. IIA 160; vgl. auch Bericht vom 22. September 2021 [act. IIA 165] und vom 28. Oktober 2021 [act. IIA 173]) bei der Rotatorenmanschetten-Rekonstruktion im Mai 2020 nicht adressiert worden war, erfolgte zwar am 1. November 2021 eine Re-Arthroskopie der Schulter rechts mit Entnahme von Biopsien intraartikulär und subakromial, eine Tenotomie der Bizepssehne und eine AC-Gelenksresektion (act. IIA 176), es verblieben jedoch postoperativ unverändert Schmerzen in der rechten Schulter (act. IIA 185). Für diese Beschwerden findet sich schulterchirurgisch kein strukturelles Korrelat (act. IIA 229), sondern es liegt eine Symptorausweitung vor, wie dies Dr. med. F._____ überzeugend darlegte (act. IIA 209/3 f.).

3.5 Eine Prüfung des adäquaten Kausalzusammenhangs bei psychischen Unfallfolgen ergibt bezüglich der weiterhin geltend gemachten Beschwerden, welche nicht mit strukturellen Korrelaten zu erklären sind (act. IIA 209, 229), ebenfalls kein anderes Ergebnis: Gemäss der Schadenmeldung wollte die Beschwerdeführerin eine leere Palette hochheben; sie sei ihr aus der Hand gerutscht und als sie die Palette habe auffangen wollen (act. II 1), habe sie eine ruckartige Bewegung gemacht, um sie nicht fallen zu lassen (act. II 9). Das Ereignis vom 18. Dezember 2019 ist als leicht einzustufen, weshalb der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychischen Gesundheitsstörungen gemäss Rechtsprechung ohne weiteres zu verneinen ist (vgl. E. 2.3.2 hiervor).

3.6 Zum umstrittenen Fallabschluss per Ende Mai 2022 ist festzuhalten, dass entgegen der Meinung der Beschwerdeführerin (Beschwerde S. 8 Ziff. II lit. B Ziff. 14 iv.) keine Frozen Shoulder vorliegt, welche weiter zu behandeln wäre. Die demonstrierte schmerzhafteste Funktionseinschränkung des rechten Schultergelenkes beruht vielmehr auf einer erheblichen Symptorausweitung (act. IIA 209). Da PD Dr. med. V._____ und Dr. med. W._____ weiterhin von einer postoperativen Frozen Shoulder ausgingen – was wie oben dargelegt nicht zutrifft – empfahlen sie zwar als letzte Option eine Infiltration mit Kortison (act. IIA 260). Ein objektives zu behandelndes Korrelat der Beschwerden liegt jedoch nicht vor und mit einer namhaften Besserung der Arbeitsfähigkeit ist nicht mehr zu rechnen; vielmehr ist vom Endzustand auszugehen (act. IIA 229). Es ist deshalb

nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin den Fall abschloss, die vorübergehenden Leistungen einstellte und eine Rentenprüfung vornahm und die Integritätsentschädigung festlegte.

4.

4.1

4.1.1 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). Gemäss Rechtsprechung ist das Valideneinkommen in der Unfallversicherung unabhängig davon zu bestimmen, ob die versicherte Person vor dem Unfall ihre Arbeitskraft ganz oder nur teilweise eingesetzt hat (BGE 119 V 475 E. 2b S. 481). Diesem Faktor wird nämlich bereits dadurch Rechnung getragen, dass aufgrund des geringeren versicherten Verdienstes eine bloss teilzeitlich tätige Person eine kleinere Rente erhalten wird, als eine vollzeitlich erwerbstätige. Bei der Festlegung des hypothetischen Valideneinkommens ist somit von einer vollzeitlich erwerbstätigen Person auszugehen, die hinsichtlich Fähigkeiten, Ausbildung, Alter und örtlicher Verhältnisse mit der versicherten Person vergleichbar ist (BGE 135 V 287 E. 3.2 S. 289).

4.1.2 In die Vergleichsrechnung einzubeziehen sind nur Einkünfte, die bei einem normalen Arbeitspensum erzielt werden. Praxisgemäss gehören dazu – ohne Rücksicht auf den hierfür erforderlichen zeitlichen oder leistungsmässigen Aufwand – auch regelmässig geleistete Überstunden sowie aus einer Nebenbeschäftigung oder selbstständiger Erwerbstätigkeit fließendes Entgelt. Eine herabgesetzte Anrechenbarkeit kommt dagegen bei Mehrfachbeschäftigungen über ein Vollpensum hinaus (Kumulierung von Erwerbs- und Haushaltarbeit, Ausübung verschiedener wirtschaftlich

gleichbedeutender Erwerbstätigkeiten) zum Tragen. Das Abstellen auf eine normale erwerbliche Tätigkeit bedeutet, dass Einkünfte nur dann als Validenlohn zu berücksichtigen sind, wenn sie bereits im Gesundheitsfall erzielt wurden und weiterhin erzielt worden wären, wenn die versicherte Person keine gesundheitliche Beeinträchtigung erlitten hätte. Dies schliesst indes grundsätzlich nicht aus, dass auch aufgrund guter Berufskennnisse, breiter Berufserfahrung, optimaler Leistung oder eines dauernd überdurchschnittlichen Arbeitspensums vor dem Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung erzielte sehr hohe Einkommen in den Einkommensvergleich miteinbezogen werden (SVR 2016 UV Nr. 26 S. 86 E. 4.2, 2011 IV Nr. 55 S. 165 E. 4.5.2 f.).

4.1.3 Gestützt auf die Angaben der D._____ GmbH würde die Beschwerdeführerin als Gesunde im Jahr 2022 einen Stundenlohn von Fr. 19.65 und eine Gratifikation von 8.33 % erhalten (act. IIA 235), was ein Valideneinkommen von Fr. 43'170.-- ([Fr. 19.65 x 39 Stunden/Woche {act. II 1}] x 52 Wochen/Jahr] = Fr. 39'850.20 + 8.33 % [Fr. 3'319.52] = Fr. 43'169.72) ergibt. Die Beschwerdeführerin war zudem als ... in einem Pensum von 50 % für E._____ tätig (act. II 133). Der Arbeitgeber bezifferte den Grundlohn im Jahr 2022 auf Fr. 57'018.--, eine eventuell auszubezahlende Gratifikation auf Fr. 500.-- und einen Anteil Krankenkasse auf Fr. 2'404.-- (act. IIA 242). Die Beschwerdegegnerin ging deshalb von einem Valideneinkommen von Fr. 28'509.-- (50 % von Fr. 57'018.--), zuzüglich einer Gratifikation von Fr. 500.-- und dem Anteil Krankenkasse von Fr. 2'404.--, total Fr. 31'413.-- aus. Das von der Beschwerdegegnerin ermittelte Valideneinkommen von total Fr. 74'583.-- (Fr. 43'170.-- + Fr. 31'413.--) wurde von der Beschwerdeführerin zu Recht nicht beanstandet.

4.2

4.2.1 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 148 V 174 E. 6.2 S. 181, 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 vom Bundesamt für Statistik (BFS) herausgegebenen Lohn-

strukturerhebungen (LSE) herangezogen werden. Dabei wird in der Regel der Totalwert angewendet. Praxisgemäss ist beim anhand der LSE vorgenommenen Einkommensvergleich sodann von der Tabellengruppe A (standardisierte Bruttolöhne) auszugehen, wobei üblicherweise auf die Tabelle TA1_tirage_skill_level, privater Sektor, abgestellt wird. Bei der Verwendung der standardisierten Bruttolöhne ist gemäss Rechtsprechung jeweils vom sogenannten Zentralwert (Median) auszugehen (BGE 148 V 174 E. 6.2 S. 181, 143 V 295 E. 2.2 S. 297). Wird auf Tabellenlöhne abgestellt, sind grundsätzlich immer die im Zeitpunkt des angefochtenen Verwaltungsaktes bezogen auf den Zeitpunkt des Rentenbeginns aktuellsten veröffentlichten statistischen Daten zu verwenden (BGE 143 V 295 E. 2.3 S. 297; SVR 2022 IV Nr. 23 S. 76 E. 6.2.1 und 6.2.2). Da den Tabellenlöhnen generell eine Arbeitszeit von 40 Wochenstunden zu Grunde liegt, ist eine Umrechnung auf eine betriebsübliche durchschnittliche Wochenarbeitszeit erforderlich (BGE 126 V 75 E. 3b bb S. 76).

4.2.2 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 pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25 % zu begrenzen ist (BGE 148 V 174 E. 6.3 S. 182, 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).

4.2.3 Die Beschwerdeführerin arbeitet ab dem 1. Juni 2021 wieder in einem Pensum von 30 % als ... für E._____ (act. IIA 152, 200, 266/1). Es wäre ihr jedoch eine angepasste, körperlich leichte Tätigkeit zu einem Pensum von 100 % zumutbar (act. IIA 209/5 Ziff. ad 6./7., 238). Da sie eine

solche Tätigkeit nicht ausübt, stellte die Beschwerdegegnerin auf die LSE 2018 ab. Dabei ist allerdings die im Zeitpunkt des angefochtenen Einspracheentscheids vom 9. Januar 2023 bereits vorliegende LSE 2020 (veröffentlicht am 23. August 2022; vgl. E. 4.2.1 hiervor) heranzuziehen. Bei monatlich Fr. 4'276.-- (LSE 2020, Tabelle TA1_tirage_skill-level, monatlicher Bruttolohn [Zentralwert] nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, privater Sektor, Total, Kompetenzniveau 1, Frauen), angepasst an die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41.7 Stunden (Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftszweigen in Stunden pro Woche, Total, 2022), aufgerechnet auf ein Jahr und indexiert auf das Jahr 2022 (Tabelle T1.2.15, Nominallohnindex, Frauen, 2016-2022, Total, 2020: 103.6; 2022: 105.1) ergibt dies ein hypothetisches Invalideneinkommen von Fr. 54'319.70 (Fr. 4'276.-- / 40 x 41.7 x 12 / 103.5 x 105.1). Die Beschwerdegegnerin berücksichtigte zudem einen Abzug vom Tabellenlohn von 5 %, was aufgrund der gesundheitlichen Einschränkungen (leichte körperliche Tätigkeiten) nicht zu beanstanden ist. Damit resultiert ein Invalideneinkommen von Fr. 51'603.70 (Fr. 54'319.70 x 0.95).

4.3 Bei der Gegenüberstellung des Valideneinkommens von Fr. 74'583.-- und des Invalideneinkommens von Fr. 51'603.70 resultiert eine Einkommenseinbusse von Fr. 22'979.30 und damit ein Invaliditätsgrad gerundet von 31 % ($[(\text{Fr. } 74'583.-- \text{ } - \text{ } \text{Fr. } 51'603.70) / \text{Fr. } 74'583.--] \times 100 = 30.81$). Damit hat die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Rente bei einer Erwerbsunfähigkeit von 31 %.

5.

5.1 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 Kapitalleistung 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).

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).

5.2 In der Beurteilung des Integritätsschadens führte Dr. med. F._____ am 21. März 2022 aus, die Beschwerdeführerin beklage nach zweifacher Arthroskopie des rechten Schultergelenkes anhaltend eine schmerzhaft funktionseinschränkende des Gelenkes. Eine erhebliche Symptomausweitung sei anzunehmen. Insgesamt könne ohne die Selbstlimitierung von einem deutlich besseren Outcome ausgegangen werden. Die Beurteilung der Integritätseinbusse erfolge unter Aspekten einer Periarthrosis humeroscapularis. Nach Tabelle 1 "Integritätsschaden bei Funktionsstörungen an den oberen Extremitäten" liege eine Integritätseinbusse von 10 % vor (act. IIA 208). Diese Beurteilung ist bezüglich der Schwere des Integritätsschadens nicht zu beanstanden und befindet sich im Rahmen der Suva-Tabelle 01 - Integritätsschaden bei Funktionsstörungen an den oberen Extremitäten (www.suva.ch). Weder bringt die Beschwerdeführerin (Beschwerde S. 9 Ziff. II lit. B Ziff. 16) dagegen überzeugende Einwände vor noch reicht sie medizinische Berichte ein, welche die Beurteilung von Dr. med. F._____ in Zweifel zu ziehen vermöchten.

5.3 In teilweiser Gutheissung ist der angefochtene Einspracheentscheid vom 9. Januar 2023 (act. IIA 271) insoweit abzuändern, als dass der Beschwerdeführerin bei einer Erwerbsunfähigkeit von 31 % eine entsprechende UV-Rente zuzusprechen ist. Im Übrigen ist die Beschwerde abzuweisen.

6.

6.1 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.

6.2 Die obsiegende Beschwerde führende Person hat grundsätzlich Anspruch auf Ersatz der Parteikosten (Art. 61 lit. g ATSG).

Den von der Beschwerdeführerin gestellten Begehren (Beschwerde S. 2) wird nicht entsprochen. Der Einkommensvergleich ergibt jedoch eine Erwerbsunfähigkeit von 31 % anstatt von 29 %, weshalb der Beschwerdeführerin eine entsprechende UV-Rente zuzusprechen ist. Das geringfügige Obsiegen ausserhalb der von der Beschwerdeführerin gestellten Anträge und Beschwerdebegründung rechtfertigt die Zusprache einer reduzierten Parteientschädigung (BGE 117 V 401 E. 2c S. 407). Die Parteientschädigung ist mit Blick auf die gesamten Umstände ermessensweise auf pauschal Fr. 1'000.-- (inkl. Auslagen und MWST) festzusetzen.

Demgegenüber hat der – anwaltlich vertretene – Sozialversicherungsträger keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (BGE 128 V 124 E. 5b S. 133).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird der angefochtene Einspracheentscheid der Suva vom 9. Januar 2023 insoweit abgeändert, als dass der Beschwerdeführerin eine UV-Rente bei einer Erwerbsunfähigkeit von 31 % zugesprochen wird. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.
2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 1'000.-- (inkl. Auslagen und MWST) zu bezahlen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - Rechtsanwalt lic. iur. C. _____ z.H. der Beschwerdegegnerin
 - Bundesamt für Gesundheit

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

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.