

Obergericht Appenzell Ausserrhoden
3. Abteilung

Urteil vom 20. September 2016

Mitwirkende	Obergerichtsvizepräsident W. Kobler Oberrichter Dr. S. Graf, H.P. Fischer, Ch. Wild, Dr. F. Windisch Obergerichtsschreiber J. Kürsteiner
Verfahren Nr.	O3V 15 26
Sitzungsort	Trogen
Beschwerdeführerin	A ____ vertreten durch: RA B____
Vorinstanz	AXA Versicherungen AG , Generaldirektion General Guisan-Strasse 40, Postfach 357, 8401 Winterthur vertreten durch: Fürsprecher C____
Gegenstand	UVG-Leistungen

Rechtsbegehren

a) der Beschwerdeführerin:

1. Der angefochtene Einspracheentscheid vom 8. Juni 2015 sei aufzuheben, und es seien der Beschwerdeführerin die gesetzlichen Leistungen zuzusprechen;
2. Eventualiter sei ein Gutachten auf Kosten der Beschwerdegegnerin in Auftrag zu geben;

Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge.

b) der Vorinstanz:

Die Beschwerde vom 9. Juli 2015 sei vollumfänglich abzuweisen.

Sachverhalt

A. A.1

Gemäss Schadenmeldung UVG der D___ AG vom 4. Februar 2013 (AXA-act. A1) sei die am XX.XX.1949 geborene und dort seit September 2007 tätige Versicherte am 25. November 2012 auf der Eisbahn Lerchenfeld in St. Gallen auf die Knie gefallen. Beim Versuch des Ehemanns, sie zu halten, sei ihr Arm nach hinten gerissen worden, wobei es im Schulterbereich geknallt habe und sofort ein starker Schmerz aufgetreten sei.

A.2

Eine MRI-Untersuchung des linken Humerus ergab gemäss Bericht der Radiologie Nordost, Heerbrugg, vom 15. Januar 2013 (AXA-act. M2) den Verdacht auf eine ansatznahe Supraspinatussehnenruptur. Eine Arthro-MRI-Untersuchung der linken Schulter bestätigte gemäss Bericht vom 24. Januar 2013 (AXA-act. M29) eine Ruptur der Supraspinatus- und der Infraspinatussehne, jeweils ab Ansatz. Am 12. Februar 2013 (AXA-act. M5.1) berichtete Orthopäde Dr. E___ über eine Schulterarthroskopie links mit subacromialer Dekompression und über eine Rotatorenmanschetten-Rekonstruktion links sowie eine Bizepsstenodese (AXA-act. M5.2). Mit Ausnahme von Dezember 2013 attestierte er vom 23. Januar 2013 bis 31. März 2014 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (AXA-act. K1-K9; s. auch AXA-act. K10-K15). Gemäss Bericht vom 5. März 2013 (AXA-act. M3) seien trotz komplikationsloser Operation postoperativ starke, nur mittels Opioiden kontrollierbare Schmerzen aufgetreten, ausserdem sei eine Unverträglichkeit von lokalen Desinfektionsmitteln, Pflastermaterial und Schmerzmitteln bekannt. Laut Bericht vom 7. Juni 2013 (AXA-act. M11) bestehe inzwischen eine Frozen Shoulder links mit völliger Bewegungseinschränkung, die am 3. Juni 2013 mittels Infiltration behandelt worden sei und ferner mit zwei physiotherapeutischen

Sitzungen pro Woche angegangen werde. Eine weitere Arthro-MRI-Untersuchung der linken Schulter ergab gemäss Bericht der Radiologie im Silberturm vom 18. Juli 2013 (AXA-act. M15) u.a. eine vollständig abgerissene Supraspinatussehne.

A.3

Mit Bericht vom 31. März 2014 (AXA-act. M26) attestierte Dr. E___ der Versicherten vollständige Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen, jedoch vollständige Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit ohne Einsatz des linken Arms über 2 kg und oberhalb der Horizontale. Ohne erneute Operation sei die Prognose schlecht.

Mit Schreiben vom 21. Mai 2014 (AXA-act. M30) bezeichnete die Schulthess Klinik Zürich die Implantation einer inversen Schulterarthroplastik als einzige operative Option, wogegen die Patientin allerdings grosse Bedenken wegen möglicher allergischer Reaktionen äussere, die sich gemäss Abklärung allerdings nicht auf implantierbare Metalle beziehen könnten.

Neurologe Dr. F___ berichtete am 17. Juni 2014 (AXA-act. M32), dass die motorische Neurographie derzeit nur eine leichte und positionsabhängige Reizung des unteren Armplexus im Sinne eines leichten costoclaviculären Engpasssyndroms ergeben habe.

Wegen erheblichen Bewegungseinschränkungen und dauernden Schmerzen bezeichnete der die AXA beratende Chirurg Dr. F___ die Implantation einer inversen Schultergelenkprothese mit Stellungnahme vom 9. Juli 2014 (AXA-act. M33) als indiziert. Diese Operation sei wissenschaftlich anerkannt und werde häufig durchgeführt. Neben den allgemeinen Risiken sei bei Gelenkoperationen der postoperative Verlauf immer besonders zu beachten. Falls die Mobilisation nicht planmässig verlaufe, bestehe die Gefahr eines sehr langwierigen Verlaufs mit einer Frozen Shoulder, die die Patientin schon kenne. Das Risiko einer Verletzung des Nervus axillaris sei nicht sehr gross und dasjenige einer Verletzung des Nervenplexus mit Auswirkungen auf den ganzen Arm sogar extrem selten. Die Operation würde keine völlig normale Schulter bewirken können, jedoch eine wesentliche Verbesserung zufolge deutlich besserer und schmerzfreier Beweglichkeit. Allerdings wäre der linken Hand weiterhin keine schwere Arbeit zumutbar

Mit Aktennotiz vom 23. Juli 2014 (AXA-act. A29) meinte die Unfallversicherung, zwar verspüre die Versicherte täglich Schmerzen und erwache in der Nacht alle zwei bis drei Stunden, doch mangels Glaube an eine Verbesserung durch eine Operation wolle sie sich lieber mit der Situation arrangieren. Man zwinge sie nicht zur an sich zumutbaren Operation, werde die Versicherungsleistungen aber beurteilen, als ob diese durchgeführt worden wäre.

Gemäss Stellungnahme Dr. F___ vom 13. August 2014 (AXA-act. M35) könne der linke Arm nur mit Mühe bis zur Waagerechten angehoben werden, und Tätigkeiten über Kopf sowie mit Belastung des linken Arms von mehr als 2 kg seien nicht mehr möglich. Dieser Zustand entspreche einer schweren Omarthrose oder einer schweren Form der Periarthrosis humeroscapularis, also einem Integritätsschaden von 25%. Gegenüber der Unfallversicherung meinte Dr. F___ am 10. September 2014 (AXA-act. M36), zur Erhaltung des aktuellen Zustandes seien gezielte Übungen mit der linken Schulter im Heimprogramm nötig, aber auch ein- bis zweimal pro Jahr eine ärztliche Kontrolle sowie nach Bedarf ein bis zwei Serien Physiotherapie zur Verhinderung des Einsteifens des linken Schultergelenks.

B. B.1

Mit Verfügung vom 7. Oktober 2014 (AXA-act. A40) bezeichnete die Suva den medizinischen Endzustand als erreicht. Ab September 2014 bestehe Anspruch auf eine Rente aufgrund eines Invaliditätsgrades von 28% bei einem Invalideneinkommen von Fr. 49'286.70 (LSE 2010, u.a. Abzug von 10%) und einem Valideneinkommen bei der D___ AG von Fr. 24'000.-- bzw. - bei einem Pensum von 100% - von Fr. 68'571.--. Die Integritätsentschädigung betrage aufgrund eines 25%igen Schadens Fr. 31'500.--.

B.2

Dagegen liess die Versicherte mit Schreiben vom 3. November 2014 (AXA-act. M47), 3. Dezember 2014 (AXA-act. A50) und vom 7. Januar 2015 (AXA-act. A52) Einsprache erheben. Der Leidensabzug sei mit 20% statt nur mit 10% zu bemessen, und der Integritätsschaden betrage mehr als 25%. Ferner sei eine manuelle und myofasziale Behandlung zuzusprechen.

Mit Schreiben vom 21. Oktober 2014 (AXA-act. M37) hatte sich ferner Hausarzt und Allgemeinmediziner Dr. H___ an Dr. F___ gewendet und geltend gemacht, der linke Arm könne nur noch bis 45° gehoben werden. Die Kosten der von ihm mehrmals im Jahr in einer Serie von drei bis vier durchgeführten manuellen und myofaszialen Behandlungen, womit das Problem selbstverständlich nicht gelöst, für die Patientin jedoch eine subjektive Verbesserung erzielt werden könne, sowie von zwei Serien Physiotherapie im Jahr seien von der Unfallversicherung zu übernehmen.

B.3

Nach einer Beurteilung des die AXA beratenden Chirurgen Dr. I___ vom 2. Juni 2015 (AXA-act. M39), dass er die Angaben Dr. F___ betreffend Integritätsschaden und weiterem therapeutischen Vorgehen teile, wies die Unfallversicherung die Einsprache mit Entscheid vom 8. Juni 2015 (AXA-act. A57) ab. Eine schwere und mit 25% zu entschädigende O-

marthrose impliziere die von der Einsprecherin geltend gemachte massgebliche Einschränkung der Beweglichkeit, weshalb diesbezüglich weitere Abklärungen nicht nötig seien. Das Invalideneinkommen berücksichtige die Einschränkung an der linken Schulter gemäss Bericht von Dr. E___ vom 31. März 2014 in angemessener Weise. Die von Hausarzt Dr. H___ angeregte myofasziale und manuelle Behandlung sei entbehrlich.

C. C.1

Gegen diesen Entscheid liess die Versicherte mit Schreiben vom 9. Juli 2015 Beschwerde mit den eingangs wiedergegebenen Anträgen erheben. Entgegen der Darstellung der AXA könne sie den Arm nicht bis zur Waagerechten, sondern nur bis 45° anheben, was medizinisch noch abzuklären sei. Abgesehen vom zu tiefen Abzug habe die AXA das vorgerückte Alter nicht berücksichtigt und nicht abgeklärt, ob sie mit heute 66 Jahren als faktisch Einhändige, die sich weder die langen Haare allein kämmen noch sich ohne Hilfe anziehen könne, und ferner Arbeiten über Kopf sowie schwere Arbeiten wie Fensterputzen nur einhändig verrichten könne, in einer adaptierten Tätigkeit überhaupt noch arbeitsfähig sei.

C.2

Mit Beschwerdeantwort vom 12. November 2015 entgegnete die AXA, sowohl Dr. E___ als auch Dr. F___ erachteten die Beschwerdeführerin in einer adaptierten Tätigkeit als zu 100% arbeitsfähig. Auf einen höheren Integritätsschaden von 30% wäre nur bei einer vorliegend nicht vorhandenen gänzlichen Versteifung der linken Schulter zu erkennen. Das konkrete Ausmass der Beweglichkeit, das gemäss Dr. E___ bei 70° liege, sei diesbezüglich nicht entscheidend. Zuzufolge Verweigerung der zumutbaren Implantation einer inversen Schulterarthroplastik, womit eine deutliche Verbesserung ohne besondere Risiken möglich wäre, seien nur die beim erwarteten Erfolg der Massnahme geschuldeten Leistungen zu erbringen. Hinsichtlich der Berücksichtigung des vorgerückten Alters seien die persönlichen Voraussetzungen zwar gegeben, die sachlichen jedoch fraglich. Abgesehen davon verkenne die Beschwerdeführerin ohnehin, dass ihr dies gar nicht nützen würde, da im mittleren Alter nicht von einem höheren als dem von der AXA verwendeten Valideneinkommen ausgegangen werden könnte. Betreffend Abzug vom Invalideneinkommen wirke sich ein fortgeschrittenes Alter in Hilfsarbeiten nicht zwingend lohnsenkend aus, und bei der adaptiert zu 100% arbeitsfähigen Beschwerdeführerin liege keine faktische Einhändigkeit vor. Vor diesem Hintergrund seien die nach der Berentung zugesprochenen therapeutischen Massnahmen ausreichend.

C.3

In der Replik vom 2. Februar 2016 machte die Beschwerdeführerin geltend, gemäss beigelegtem Bericht der Uniklinik Balgrist vom 7. Januar 2016 (Bf. act. 3) - darin ist die Rede von

einer irreparablen Ruptur der linken Supraspinatussehne, einem Kollaps des Humeruskopfes und von einem erneuten Riss der von Dr. E___ am 12. Februar 2013 vorgenommenen Rekonstruktion der Rotatorenmanschette - sei die Beweglichkeit zunehmend eingeschränkt und bestünden Ruhe- sowie Bewegungsschmerzen. Damit sei der Zustand wieder wie vor der Operation, mit damals aber besserer Beweglichkeit. Der Erfolg einer weiteren Operation sei unsicher. Stattdessen dränge sich eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) auf.

C.4

Die AXA entgegnete mit Duplik vom 22. April 2016, dass nur eine partielle Re-Ruptur vorliege, trotz der Dr. E___ aber eine 100%ige Arbeitsfähigkeit adaptiert attestiert habe. Eine EFL sei nicht notwendig, da die Arbeitsfähigkeit bereits anhand der Arztberichte der Dres. E___, F___ und I___ zuverlässig beurteilt werden könne. Was die Zumutbarkeit einer weiteren Operation anbelange, so sei die der Versicherten obliegende Schadenminderungspflicht umso grösser, je mehr Leistungen sie seitens der Unfallversicherung beanspruche.

Erwägungen

1. Die von Amtes wegen vorzunehmende Prüfung der Prozessvoraussetzungen ergibt, dass diese sowohl hinsichtlich der Beschwerdeberechtigung als auch hinsichtlich der Form- und Fristenfordernisse erfüllt sind. Auf die Beschwerde ist deshalb einzutreten.

2. 2.1

Nach Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) gilt als Unfall 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.

2.2

Eine versicherte Person hat u.a. Anspruch auf zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Art. 10 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [UVG; SR 832.20]), ab dem dritten Tag nach dem Unfall zufolge voller oder teilweiser Arbeitsunfähigkeit auf Tagelder (Art. 16 UVG) und - sofern von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustands erwartet werden kann und allfällige Einglie-

derungsmassnahmen abgeschlossen sind - bei mindestens 10%iger Invalidität auf eine Invalidenrente der Unfallversicherung (Art. 18 und 19 UVG). Eine Heilbehandlung auf Kosten der Unfallversicherung ist nach Festsetzung der Rente nur möglich zur Erhaltung der verbliebenen Erwerbsfähigkeit (Art. 21 Abs. 1 lit. c UVG).

2.3

Erleidet die versicherte Person durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität, so hat sie überdies Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung. Diese wird mit der Invalidenrente festgesetzt oder, falls kein Rentenanspruch besteht, bei der Beendigung der ärztlichen Behandlung gewährt (Art. 24 UVG), wobei sich die Höhe der Integritätsentschädigung grundsätzlich nach der Schwere der Beeinträchtigung richtet.

3. 3.1

Bei der Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit stützt sich die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen, welche von ärztlichen und gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind (Urteile des Bundesgerichts 9C_285/2009 vom 16. März 2010 Erw. 2.2, 9C_636/2013 vom 25. Februar 2014 Erw. 4.2.1 und 4.2.2, 9C_922/2013 vom 19. Mai 2014 Erw. 3.2.1). Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 Erw. 4). Unabhängig von der Herkunft sind alle Beweismittel objektiv zu prüfen und ist danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf bei einander widersprechenden medizinischen Berichten das Verfahren nicht erledigt werden, ohne dass das gesamte Beweismaterial gewürdigt wird und die Gründe angegeben werden, warum auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abgestellt wird. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist also entscheidend, ob dieser für die strittigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der Situation der Patientin einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 122 V 157 Erw. 1c, 132 V 93 Erw. 4; Urteile des Bundesgerichts 9C_285/2009 vom 16. März 2010 Erw. 2.2, 8C_337/2015 vom 16. November 2015 Erw. 2.3).

3.2

Dennoch hat es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 Erw. 3, 134 V 231 Erw. 5.1, 137 V 210 Erw. 6.1.2). Den im Rahmen eines Verwaltungsverfahrens 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 Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen. In Bezug auf Berichte von Hausärzten bzw. behandelnden Ärzten darf und soll der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 Erw. 3, 135 V 465 Erw. 4.5; Urteile des Bundesgerichts 8C_641/2013 vom 23. Dezember 2013 Erw. 5.4, 8C_637/2013 vom 11. März 2014 Erw. 2.2.2), was auch mit der unterschiedlichen Natur von Behandlungs- und Begutachtungsauftrag zusammenhängen mag (Urteile des Bundesgerichts 8C_768/2012 vom 24. Januar 2013 Erw. 3, 8C_107/2013 vom 23. April 2013 Erw. 3).

3.3

Im Rahmen der Abklärung eines allfälligen Anspruchs auf Versicherungsleistungen darf auch der Sachverstand versicherungsinterner Ärzte einbezogen werden. Bei den von diesen versicherungsinternen Ärzten erstellten Stellungnahmen handelt es sich nicht um Gutachten im Sinne von Art. 44 ATSG, weshalb ihnen praxisgemäss auch nicht dieselbe Beweiskraft wie einem gerichtlichen oder einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger in Auftrag gegebenen Gutachten zukommt. Wird allein gestützt auf versicherungsinterne ärztliche Beurteilungen entschieden, sind daher an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen medizinischen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 465 Erw. 4; Urteil des Bundesgerichts 8C_685/2012 vom 18. Dezember 2012 Erw. 4.2.2).

4. 4.1

Zunächst stellt sich die Frage, ob die Beschwerdeführerin verpflichtet werden kann, sich eine inverse Schulterarthroplastik links implantieren zu lassen. In diesem Zusammenhang wurde der Grundsatz der Schadenminderungspflicht angesprochen. Letztere obliegt im Bereich des gesamten Sozialversicherungsrechts jeder versicherten Person und bedeutet, dass sie vor dem Antrag auf bzw. dem Bezug von Leistungen alles vorzukehren hat, um die

Folgen ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung bestmöglich zu mildern. Dabei können jedoch lediglich Verhaltensweisen verlangt werden, die nach den gesamten Umständen objektiv und subjektiv als zumutbar erscheinen (Urteil des Bundesgerichts 9C_385/2014 vom 24. Oktober 2014 Erw. 4.1), unter Berücksichtigung der gesamten persönlichen Verhältnisse, insbesondere der beruflichen und sozialen Stellung der versicherten Person (Ulrich Meyer-Blaser, Zum Verhältnismässigkeitsgrundsatz im staatlichen Leistungsrecht, Diss. Bern 1985, S. 189; Urteile des Bundesgerichts I 105/93 vom 11. März 1994 Erw. 2a, 8C_128/2015 vom 25. Juni 2015 Erw. 1.2). Die Versicherung soll sich dabei nicht einseitig vom öffentlichen Interesse an einer sparsamen und wirtschaftlichen Praxis leiten lassen, sondern sie hat auch die grundrechtlich geschützten Betätigungsmöglichkeiten der Leistungsansprecherin in ihrer Lebensgestaltung angemessen zu berücksichtigen. Welchem Interesse der Vorrang zukommt, kann nicht generell entschieden werden. Als Richtschnur gilt, dass die Anforderungen an die Schadenminderungspflicht zulässigerweise dort strenger sind, wo eine erhöhte Inanspruchnahme der Sozialversicherung in Frage steht bzw. der Verzicht auf schadenmindernde Vorkehrungen Rentenleistungen auslöst (Urteile des Bundesgerichts I 744/06 vom 30. März 2007 Erw. 3.1, 9C_916/2010 vom 20. Juni 2011 Erw. 3.3).

Allerdings würde es für eine Leistungskürzung oder -verweigerung im Sinne von Art. 21 Abs. 4 ATSG ausreichen, dass die zur Diskussion stehende medizinische Massnahme mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit eine erhebliche Verbesserung der Erwerbsfähigkeit hätte bewirken können. Der erforderliche Grad an Wahrscheinlichkeit ist unter Berücksichtigung der Schwere des mit der Massnahme verbundenen Eingriffs in Persönlichkeitsrechte zu beurteilen: Bei therapeutischen Massnahmen, welche mit einem nur geringen Eingriff verbunden sind, dürfen an die Wahrscheinlichkeit der zu erwartenden Besserung keine hohen Anforderungen gestellt werden. Ist der Eingriff erheblich, was beispielsweise auf eine wirbelsäulenorthopädische Operation, sicher aber auch auf die vorliegend zur Diskussion stehende Schultergelenksimplantation zutrifft, wird eine höhere Wahrscheinlichkeit, aber nicht ein sicherer Erfolg verlangt (Urteil des Bundesgerichts 9C_33/2015 vom 27. Mai 2015 Erw. 3). Beweisbelastet hinsichtlich der Unzumutbarkeit einer Massnahme ist die versicherte Person (Urteil des Bundesgerichts 9C_842/2010 vom 26. Januar 2011 Erw. 2.2).

4.2

Die vorliegend u.a. mit Stellungnahme Dr. F___ vom 9. Juli 2014 zur Diskussion gestellte Implantation einer inversen Schultergelenksprothese - diese wäre wegen einer erheblichen Bewegungseinschränkung und von der Beschwerdeführerin geklagten dauernden Schmerzen an sich indiziert - ist eine wissenschaftlich anerkannte Methode und wird häufig durchgeführt. Allerdings wies Dr. F___ selber auf eine Reihe von Unwägbarkeiten wie das allge-

meine Operationsrisiko und das Risiko der zeitgerechten sowie erfolgreichen postoperativen Mobilisation nach Gelenkoperationen hin. Von noch grösserer Bedeutung erscheint allerdings der Umstand, dass die Operation keine völlig normale Schulter bewirken kann, sondern - bei Gelingen - nur aber immerhin eine (wesentlich) bessere Beweglichkeit und Schmerzfreiheit, wobei aber weiterhin keine schweren Tätigkeiten mit dem linken Arm möglich wären und die Versicherte nach eigenen Angaben gegenüber der AXA gemäss Aktennotiz vom 23. Juli 2014 (lit. A3 hiervor) Hilfe beim Anziehen und beim Kämmen der Haare benötigen würde, da der Arm nicht mehr nach hinten bewegt werden könnte. Unter diesen Umständen verzichtete die AXA richtigerweise darauf, den Anspruch auf Versicherungsleistungen so zu beurteilen, als ob die Operation durchgeführt worden wäre, wie sie dies in der erwähnten Aktennotiz noch angekündigt hatte. Ferner war insofern von einem medizinischen Endzustand auszugehen, als von weiteren Therapien keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden konnte, ausgenommen allenfalls durch die soeben besprochene einzige operative Option. Der Fallabschluss durch die AXA auf Ende August 2014 war damit rechtens.

5. 5.1

Die Beschwerdeführerin hat weiter die Fragen nach der zumutbaren Arbeitsfähigkeit, einer faktischen Einhändigkeit, der Notwendigkeit weiterer medizinischer Abklärungen bzw. einer EFL sowie nach der Kostenübernahme für die manuelle und myofasziale Behandlung bei Hausarzt Dr. H___ aufgeworfen.

5.2

Eine 100%ige Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in einer adaptierten Tätigkeit ohne Einsatz des linken Arms über 2 kg und oberhalb der Horizontale ist ausgewiesen durch den Bericht von Chirurg Dr. E___ vom 31. März 2014 und die Beurteilung des die Unfallversicherung beratenden Chirurgen Dr. F___ vom 9. Juli 2014. Die von der Beschwerdeführerin in der Replik thematisierte Re-Ruptur der Rotatorenmanschette links war von Dr. E___ bereits im erwähnten Bericht thematisiert worden, stellt also keinen neuen Umstand dar. Die erwähnte Einschätzung der Arbeitsfähigkeit wird auch durch das Schreiben von Hausarzt Dr. H___ vom 21. Oktober 2014 nicht ernsthaft in Frage gestellt, da darin nur auf die untergeordnete Elevationsproblematik am linken Arm hingewiesen und um Übernahme der Kosten der von ihm selber mehrmals im Jahr in Serien von drei- bis viermal erbrachten manuellen und myofaszialen Behandlungen über die von der AXA jährlich gewährten zwei Serien von Physiotherapie hinaus ersucht wurde. Hinsichtlich der Elevation gilt es lediglich festzuhalten, dass die Angabe im Einspracheentscheid, der linke Arm sei bis in die Waagerechte anhebbar, zutrifft, da sie mit den Angaben von Dr. E___ übereinstimmt. Unzutreffend ist le-

diglich der dafür von der AXA genannte Bewegungswinkel von 45°, da das Anheben bis zur Horizontalen einem Winkel von 90° entspricht.

5.3

Dem Einwand der Beschwerdeführerin, eine allfällige faktische Einhändigkeit sei ungenügend abgeklärt worden, ist entgegenzuhalten, dass an die Konkretisierung von Arbeitsgelegenheiten (und Verdienstaussichten) nicht übermässige Anforderungen zu stellen sind (BGE 138 V 457 Erw. 3.1), und dies selbst bei faktischer Einhändigkeit oder Beschränkung der dominanten Hand als Zudienhand (Urteile des Bundesgerichts 8C_1050/2009 vom 28. April 2010 Erw. 3.4, 8C_32/2015 vom 23. Februar 2015 Erw. 4). Abgesehen davon ist bei der Beschwerdeführerin nicht von einer eigentlichen Einhändigkeit, sondern lediglich von einer beschränkten Verwendbarkeit des linken Arms gemäss den von Dr. E___ im Bericht vom 31. März 2014 genannten Restriktionen auszugehen.

Selbst wenn aber eine faktische Einhändigkeit vorläge, so wären auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt für die Versicherte trotzdem genügend valable Betätigungsmöglichkeiten vorhanden (BGer, a.a.O.), da längst nicht alle im Arbeitsprozess im weitesten Sinne notwendigen Aufgaben und Funktionen im Rahmen der Überwachung und Prüfung durch Computer und automatisierte Maschinen ausgeführt werden (können). Abgesehen davon müssen solche Geräte auch bedient und ihr Einsatz ebenfalls überwacht und kontrolliert werden. Zu denken ist an einfache Überwachungs-, Prüf- und Kontrolltätigkeiten sowie an die Bedienung von (halb-)automatischen Maschinen oder Produktionseinheiten, die keinen Einsatz des nicht mehr funktionstüchtigen Armes oder der nicht mehr einsetzbaren Hand voraussetzen (Urteile des Bundesgerichts 8C_525/2010 vom 21. September 2010 Erw. 3.2.2.2, 8C_94/2012 vom 29. März 2012 Erw. 3.2, 8C_217/2015 vom 28. August 2015 Erw. 2.2.1).

5.4

Im Zusammenhang mit der von der Beschwerdeführerin angeregten EFL hat die Vorinstanz zu Recht darauf hingewiesen, dass eine solche aufgrund der nachvollziehbaren und zutreffenden Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nicht notwendig war und ist, sodass ein allfälliger Nutzen aus diesem Mehraufwand nicht ersichtlich ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_691/2015 vom 11. Februar 2016 Erw. 3.4). Auch anderweitige zusätzliche medizinische Abklärungen erscheinen im vorliegenden Fall angesichts des seit längerem unveränderten medizinischen Zustandes und des der Versicherung zustehenden grossen Ermessensspielraums hinsichtlich Notwendigkeit, Umfang und Zweckmässigkeit von medizinischen Erhebungen als entbehrlich (Urteile des Bundesgerichts 9C_28/2010 vom 12. März 2010 Erw. 3.1, 9C_578/2015 vom 13. Januar 2016 Erw. 1.3).

5.5

Was schliesslich die von der Beschwerdeführerin bzw. von Dr. H___ beantragte und von ihm auszuführende manuelle und myofasziale Behandlung anbelangt, so räumte er im entsprechenden Schreiben vom 21. Oktober 2014 selber ein, damit würde das Problem selbstverständlich nicht gelöst, doch könne für die Patientin immerhin eine subjektive Verbesserung erzielt werden. Demgegenüber hatte Dr. F___ der Versicherten in seiner Stellungnahme vom 10. September 2014 zur Erhaltung des gegenwärtigen Zustandes ein eigenverantwortliches und aktives Beüben der linken Schulter im Heimprogramm empfohlen, dieses immerhin aber verbunden mit ärztlichen Kontrollen ein- bis zweimal im Jahr und - nach Bedarf - mit ein bis zwei Serien Physiotherapie im Jahr, was von Dr. I___ mit Stellungnahme vom 2. Juni 2015 unterstützt wurde. Angesichts dessen war dem Antrag auf Übernahme der Kosten der zusätzlichen Behandlung bei Dr. H___ nicht stattzugeben.

6. Die Höhe des Integritätsschadens wurde von der Beschwerdeführerin nur indirekt und im Zusammenhang mit der Elevation der linken Schulter thematisiert. Indessen ist die Beurteilung Dr. F___ vom 13. August 2014, dass der Zustand der linken Schulter einer schweren Omarthrose nach Suva-Tabelle 5.2 entspreche oder einer schweren Form der Periarthrosis humeroscapularis nach Suva-Tabelle 1.2, ohne weiteres nachvollziehbar. Jeder dieser Diagnosen wird ein Integritätsschaden von 25% beigemessen, was am oberen Ende der Möglichkeiten liegt. Ein grösserer Schaden wird gemäss Tabelle 1.2 nur bei einer in Adduktionsstellung versteiften Schulter mit 30%, einer oberen Plexuslähmung mit 30%, einer unteren Plexuslähmung mit 35% und bei einer vollständigen Plexuslähmung mit 50% angenommen, welche Zustände hier aber allesamt nicht vorliegen. Auch in Tabelle 5.2 wurde der maximal mögliche Rahmen bei einer Omarthrose ausgeschöpft; selbst bei einer Endoprothese mit schlechtem Operationserfolg beträgt der Integritätsschaden nämlich (nur) 25%, bei gutem Operationserfolg 15-20%, und sogar bei einer Gelenkresektion oder Arthrodesse ebenfalls nur 25%.

7. 7.1

Bei der Rentenbemessung ist zu berücksichtigen, dass bei Versicherten, die gleichzeitig mehr als eine unselbständige Erwerbstätigkeit ausüben, der Invaliditätsgrad entsprechend der Behinderung in sämtlichen Tätigkeiten zu bestimmen ist. Übt die Versicherte neben der unselbständigen eine nach dem Gesetz nicht versicherte oder eine nicht entlohnte Tätigkeit aus, so wird die Behinderung in diesen Tätigkeiten nicht berücksichtigt (Art. 28 Abs. 2 der Verordnung über die Unfallversicherung vom 20. Dezember 1982 [UVV; SR 832.202]). Nach Angaben sowohl der AXA als auch der Beschwerdeführerin war sie in der Zweitbeschäftigung im Atelier J___ AG nicht versichert für Nichtbetriebsunfälle, weshalb die dortige Tätigkeit vorliegend ausseracht zu lassen ist.

7.2

Die Beschwerdeführerin weist ferner auf die Bestimmung von Art. 28 Abs. 4 UVV hin. Demnach sind für die Bestimmung des Invaliditätsgrades die Erwerbseinkommen massgebend, die eine Versicherte im mittleren Alter bei einer entsprechenden Gesundheitsschädigung erzielen könnte, wenn nach dem Unfall die Erwerbstätigkeit altershalber nicht mehr aufgenommen wird oder das vorgerückte Alter sich erheblich als Ursache der Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit auswirkt.

Angesichts dessen, dass die Beschwerdeführerin nach eigenem Bekunden ohne Unfall bei der D___ AG - nach deren Angaben wäre das Einkommen im Jahr 2014 gleich wie vor dem Unfall - als Allrounderin weitergearbeitet bzw. das Pensum altershalber reduziert hätte (vgl. BGE 134 V 392 Erw. 6.2), erscheinen die beiden in der erwähnten Bestimmung angeführten Modalitäten als nicht einschlägig, zumal die unfallbedingte Gesundheitsschädigung gegenüber altersbedingten physiologischen Einschränkungen, von denen vorliegend nicht die Rede war, eindeutig im Vordergrund steht. Abgesehen davon ist nicht ersichtlich, inwiefern sich die Anwendung der Vorschrift zugunsten der Beschwerdeführerin auswirken sollte. Rechtsprechungsgemäss wirkt sich diese im Vergleich zur allgemeinen Methode der Invaliditätsbemessung in aller Regel nämlich rentenvermindernd aus (BGE 122 V 418 Erw. 3a), da sowohl beim Validen- als auch beim Invalideneinkommen von den Verhältnissen einer Versicherten mittleren Alters auszugehen ist, was sich zwar regelmässig in geringeren Invaliditätsgraden und damit zuungunsten der Versicherten niederschlägt, aber gerade der Sinn der betreffenden Bestimmung ist (BGE 122 V 418 Erw. 5; Urteil des Bundesgerichts 8C_754/2015 vom 26. Februar 2016 Erw. 4.3). Mit der Bestimmung von Art. 28 Abs. 4 UVV soll demnach verhindert werden, dass bei älteren Versicherten zu hohe Invaliditätsgrade resultieren und Dauerrenten zugesprochen werden, wo sie mit Blick auf die unfallbedingte Invalidität eher die Funktion von Altersrenten aufweisen (BGE 134 V 392 Erw. 6.2), die - in Abweichung von Art. 17 Abs. 1 ATSG - nach Art. 22 UVG ab dem Monat, in dem eine Altersrente bezogen oder das Rentenalter erreicht wurde, nicht mehr revidiert werden können (Urteil des Bundesgerichts 8C_815/2015 vom 8. April 2016 Erw. 3.2).

7.3

Als Valideneinkommen verwendete die AXA richtigerweise den Wert von Fr. 68'571.--, den sie ausgehend vom Einkommen in einem 35%-Pensum als Allrounderin bei der D___ AG von Fr. 2'000.-- (x 12) bei einem 35%-Pensum auf ein 100%-Pensum hochrechnete, welchem Vorgehen auch die Versicherte in der Beschwerdeschrift zustimmte. Einkommen und Pensum wären im Jahr 2012 nach Angaben der D___ AG im Antwortmail vom 25. August 2014 (AXA-act. A35) auf die Anfrage der AXA im Jahr des frühestmöglichen Rentenbeginns

2014 gegenüber 2012 (s. Lohnabrechnungen 11/11-10/12 [AXA-act. A13]) unverändert; die Frage 5 nach dem Lohn für eine Angestellte im mittleren Alter wurde dahingehend beantwortet, dass diesbezüglich keine Auskunft möglich sei mangels entsprechender Erfahrungen, was in Anbetracht der wiedergegebenen Rechtsprechung (Ziff. 7.2 hiervor) keinen Mangel darstellt.

7.4

Das Invalideneinkommen wiederum ist anhand eines Tabellenlohns zu ermitteln. Gestützt auf die Lohnstrukturhebung (LSE) des Jahres 2010 - zum Zeitpunkt, als die Verfügung von der AXA am 7. Oktober 2014 erlassen wurde, war die LSE 2012 noch nicht allgemein zugänglich, da das Bundesamt für Statistik im Internet erst am 11. Dezember 2014 einen Kurzbeschrieb aufschaltete und diese erst 2015 in gedruckter Form publizierte (vgl. BGE 142 V 178 Erw. 2.5.8.1; Urteile des Bundesgerichts 8C_78/2015 vom 10. Juli 2015 Erw. 4, 9C_526/2015 vom 11. September 2015 Erw. 3.2.2, 9C_585/2015 & 9C_600/2015 vom 1. Juli 2016 Erw. 8, 9C_699/2015 vom 6. Juli 2016 Erw. 5.2) - beträgt es Fr. 50'700.-- (Totalwert der Tabelle TA1 von auf Anforderungsniveau 4 tätigen Frauen). Nach Vornahme der Nominallohnanpassung auf den frühestmöglichen Rentenbeginn im Jahr 2014, der Anpassung der über alle Branchen hinweg betriebsüblichen Arbeitszeit in diesem Jahr und eines Abzugs von 10% - dieser ist in Würdigung der Umstände gesamthaft zu schätzen (Urteile des Bundesgerichts 8C_312/2011 vom 8. September 2011 Erw. 5.3, 9C_128/2012 vom 15. März 2012 Erw. 4.2) - beträgt das Invalideneinkommen 2014 Fr. 49'303.--.

7.5

Aus dem Invalideneinkommen von Fr. 49'303.-- und dem Valideneinkommen von Fr. 68'571.-- errechnet sich ein Invaliditätsgrad von gerundet (BGE 130 V 121 Erw. 3.2, 142 V 178 Erw. 2.5.8.2) 28%. Die Beschwerde ist deshalb als unbegründet abzuweisen.

8. 8.1

Vorliegend sind keine Gerichtskosten zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG i.V.m. Art. 1 UVG).

8.2

Zwar hat die obsiegende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten (Art. 61 lit. g ATSG i.V.m. Art. 1 UVG), nicht aber - wie vorliegend - ein mit einer öffentlich-rechtlichen Aufgabe betrauter Versicherungsträger (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Auflage, Zürich 2015, Art. 61 N 200; vgl. Art. 24 Abs. 3 lit. a in Verbindung mit Art. 59 des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG]).

Das Obergericht erkennt:

1. Die Beschwerde von A____ wird abgewiesen.
2. Es werden keine Kosten erhoben.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. **Rechtsmittel:** Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit dessen Zustellung beim Schweizerischen Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG, SR 173.110) geführt werden. Die Beschwerdeschrift ist zu unterzeichnen und dreifach einzureichen. Der angefochtene Entscheid mitsamt Zustellcouvert ist beizulegen. Die Beschwerdeschrift hat die Begehren und deren Begründung zu enthalten. Die Beweismittel sind zu bezeichnen und, soweit der Beschwerdeführer diese in Händen hat, beizulegen.
5. Zustellung an die Beschwerdeführerin über deren Anwältin, die Vorinstanz über deren Anwalt und an das Bundesamt für Gesundheit.

Im Namen der 3. Abteilung des Obergerichts

Der Obergerichtsvizepräsident:

Der Gerichtsschreiber:

lic. iur. Walter Kobler

lic. iur. Joachim Kürsteiner

versandt am: 14.12.16