

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2022/57 vom 23. Oktober 2023**

Sg Versicherungsgericht, 2023-10-23, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_UV\\_2022\\_57](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2022_57)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2022/57 du 23 octobre 2023

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2022/57 del 23 ottobre 2023

## **Regeste**

Art. 18 Abs. 1 UVG; Art. 16 ATSG: MEDAS-Gutachten als beweiskräftig eingestuft. Festlegung der unfallkausalen objektivierbaren Unfallrestfolgen. Adäquanz der nicht objektivierbaren Beschwerden verneint. Berechnung des Invaliditätsgrades. Abweisung der Beschwerde (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 23. Oktober 2023, UV 2022/57).

## **Volltext**

Entscheid vom 23. Oktober 2023 Besetzung Versicherungsrichterin Mirjam Angehrn (Vorsitz), Versicherungsrichterinnen Christiane Gallati Schneider und Michaela Machleidt Lehmann; Gerichtsschreiberin Sabrina Bleile Geschäftsnr. UV 2022/57 Parteien A.\_\_\_\_, Beschwerdeführerin, vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Ronald Pedernana, Rorschacher Strasse 21, Postfach 27, 9004 St. Gallen, gegen Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva), Fluhmattstrasse 1, Postfach 4358, 6002 Luzern, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Invalidenrente Sachverhalt A.\_\_\_\_ (vormals B.\_\_\_\_; nachfolgend: Versicherte) war seit dem \_\_ 19\_\_ bei der C.\_\_\_\_ als Verkäuferin angestellt und als solche bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva) unfallversichert, als sie am 20. Mai 2005 einen Fehltritt machte, das Gleichgewicht verlor und sich dabei das linke Knie verdrehte (act. G 4.2-2 f.). Bei Verdacht auf eine Meniskusläsion wurden bei der Versicherten am 8. Juni 2005 eine diagnostische Arthroskopie sowie eine Resektion von Narbengewebe interkondylär und infrapatellär durchgeführt, wobei sich ein Knorpelriss tibial lateral sowie ein fehlendes vorderes Kreuzband (VKB) zeigten (act. G 4.2-7). Die Suva erbrachte Heilkosten- und Taggeldleistungen (vgl. act. G 4.2-5 ff.). Am 26. Juni 2008 erfolgte eine Rückfallmeldung zur Unfallmeldung vom 20. Mai 2005. Die Versicherte sei wieder in ärztlicher Behandlung und müsse erneut ins Spital (act. G 4.2-19). Am 8. Juli 2008 wurde bei der Diagnose einer posttraumatischen anteromedialen Knieinstabilität links bei VKB-Insuffizienz eine arthroskopisch-assistierte VKB-Plastik mittels Semitendinosustransplantat durchgeführt (act. G 4.2-21). In einem Telefonat vom 2. August 2010 erklärte der Lebensgefährte der Versicherten gegenüber der Suva, dass letztere nicht mehr in Behandlung sei. Der Unfall sei schon vor langer Zeit abgeschlossen worden. Nach dem ersten Rückfall hätten noch einige Serien Physiotherapie stattgefunden, anschliessend sei die Behandlung abgeschlossen worden. Der Rückfall könne aufgehoben werden (act. G 4.2-35). Ab dem \_\_ 20\_\_ war die Versicherte als (...) bei den D.\_\_\_\_ angestellt und als solche wiederum bei der Suva unfallversichert. Am 28. November 2010 rutschte sie gemäss Bagatellunfallmeldung vom 5. April 2011 beim Treppensteigen aus und schlug sich dabei das rechte Knie an der Treppenkante an (act. G 4.1-21). Bei Verdacht auf eine symptomatisch verdickte und indurierte Pilca mediopatellaris wurde am 18. Mai 2011 eine

Arthroskopie, eine Resektion Pilca mediopatellaris und eine Glättung mediales Meniskusvorderhorn durchgeführt (act. G 4.1-21). Die Suva anerkannte das Ereignis vom 28. November 2010 als Berufsunfall und erbrachte wiederum Versicherungsleistungen (act. G 4.1-10 und 4.1-39 ff.). Am 22. Oktober 2011 stolperte die Versicherte auf einer Treppe und verletzte sich dabei das rechte Sprunggelenk (vgl. act. G 4.1-62-28). Die Swica Versicherung AG (Swica) kam als für dieses Unfallereignis zuständiger Unfallversicherer für die Heilbehandlung (namentlich ärztliche Behandlung mit verschiedenen Operationen) auf und entrichtete bis zum 15. Februar 2015 Taggeldleistungen (act. G 4.1-62-30). Gestützt auf ein von der SMAB AG am 9. März 2016 erstattetes orthopädisch-neurologisches Gutachten (act. G 4.1-62-32 ff.) stellte die Swica mit Verfügung vom 28. April 2016 die Leistungen für Heilbehandlung per 31. März 2016 ein und verneinte einen Anspruch auf Rente oder Integritätsentschädigung (act. G 4.1-62-28 ff.). Am 9. Juni 2017 meldete die E.\_\_\_\_ GmbH, bei welcher die Versicherte seit dem \_\_\_\_ 2015 als (...) angestellt und dadurch wiederum bei der Suva unfallversichert war, behandlungsbedürftige Kniebeschwerden links nach einem Ereignis vom 7. Mai 2017 (act. G 4.2-36). Am 18. Januar 2018 erfolgte bei der Diagnose eines Notch-Impingements Knie links eine diagnostische Arthroskopie, eine arthroskopische Arthrolyse, ein Notch Débridement und VKB-Plastik Débridement sowie die Entfernung freier Gelenkskörper (act. G 4.2-59). Die Suva anerkannte einen Rückfall zum Unfallereignis vom 20. Mai 2005 und erbrachte wiederum Heilbehandlungs- und Taggeldleistungen (act. G 4.2-51). Am 8. Oktober 2018 meldete die Versicherte der Swica einen Rückfall zum Ereignis vom 20. (gemeint wohl: 22.) Oktober 2011 (act. G 4.1-62-15). In einem Telefonat vom 4. April 2019 einigten sich die Suva und die Swica darauf, dass bis auf weiteres die Suva für die Leistungserbringung zuständig sei (act. G 4.1-62-7). Nach kreisärztlichen Untersuchungen vom 8. Mai 2018 (act. G 4.2-88) und vom 12. Dezember 2019 (act. G 4.2-181) sowie dem Erhalt eines im Auftrag der IV-Stelle von der Medicare AG (Medicare) am 4. Oktober 2019 erstellten polydisziplinären (psychiatrischen, orthopädischen und internistischen) Gutachtens (act. G 4.2-166-4 ff.), in welchem der Versicherten in leidensangepasster Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit attestiert worden war (act. G 4.2-166-12), stellte die Suva mit Mitteilung vom 6. Januar 2020 die Heilkosten- und Taggeldleistungen – mit Ausnahme der konservativen Behandlungen durch einen Orthopäden bei erheblicher Verschlechterung der Schmerz- und Schwellungszustände, der rein unfallbedingten Schmerzmedikation sowie bis zum 28. Februar 2022 von jährlich drei bis vier Behandlungsserien Physiotherapie und Wassergymnastik – für das Unfallereignis vom 20. Mai 2005 mit dem 29. Februar 2020 ein (act. G 4.2-186). Mit Verfügung vom 29. Januar 2020 sprach die Suva der Versicherten für das Unfallereignis vom 28. November 2010 eine Integritätsentschädigung basierend auf einer Integritätseinbusse von 30 % zu, während sie einen Anspruch auf eine Invalidenrente verneinte (act. G 4.1-54 und 4.2-196). Gegen diese Verfügung erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. R. Pedergnana, St. Gallen, am 2. März 2020 Einsprache (act. G 4.1-56 und 4.2-202). Nachdem die Suva weitere Abklärungen getätigt und mit der Swica Rücksprache gehalten hatte (vgl. act. G 4.2-203 ff.), hielt sie gegenüber der anwaltlich vertretenen Versicherten mit Schreiben vom 4. November 2020 fest, die gestützt auf die vorgebrachten Einwände getätigten Abklärungen hätten ergeben, dass die Beurteilung der allfälligen Ansprüche auf Rente und Integritätsentschädigung unter Berücksichtigung sämtlicher bei der Swica und der Suva versicherten Unfallfolgen zu erfolgen habe. Die Einsprache vom 2. März 2020 werde somit gutgeheissen und die Verfügung vom 29. Januar 2020 zurückgenommen (act. G 4.1-65 und 4.2-227). Am 12.

November 2020 teilte die Suva der Swica mit Bezugnahme auf ein gleichentags geführtes Telefonat (vgl. act. G 4.2-228) schriftlich mit, dass sich die Zuständigkeit für die bei der Suva und der Swica versicherten Unfälle aufgrund der Aktenlage nicht sicher beurteilen lasse. Entgegenkommenderweise sei die Suva bereit, die weitere Fallführung zu übernehmen unter der Voraussetzung, dass ein gemeinsames Gutachten in den Fachrichtungen Orthopädie, Neurologie und Psychiatrie unter der Federführung der Suva erfolge, dessen Kosten hälftig geteilt würden. Es werde bis 11. Dezember 2020 um eine schriftliche Stellungnahme gebeten (act. G 4.1-67 und 4.2-231). Mit Schreiben vom 1. Dezember 2020 erklärte sich die Swica mit dem von der Suva am 12. November 2020 vorgeschlagenen Vorgehen einverstanden (act. G 4.1-68). Am 17. September 2021 erstattete die MEDAS Zentralschweiz im Auftrag der Suva das polydisziplinäre (orthopädische, neurologische und psychiatrische) Gutachten (act. G 4.1-89 und 4.2-265; zu den Teilgutachten vgl. act. G 4.1-86 ff. und 4.2-266 ff.; zu den seitens der Swica gestellten Zusatzfragen vgl. act. G 4.1-91 und 4.2-270). In ihrem interdisziplinären Konsens hielten die Sachverständigen fest, durch das Unfallereignis vom 20. Mai 2005 sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine mässige Pan-Gonarthrose links verursacht worden (act. G 4.1-89-17, unten). Durch das Unfallereignis vom 28. November 2010 seien überwiegend wahrscheinlich eine beginnende femoro-tibiale und femoro-patellare Arthrose rechts sowie eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren ausgelöst worden. Das Unfallereignis vom 22. Oktober 2011 habe überwiegend wahrscheinlich eine unklare Bewegungseinschränkung im rechten oberen Sprunggelenk (OSG), ein neuropathisches Schmerzsyndrom am rechten Fuss sowie eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren bewirkt. Die mässige Pan-Gonarthrose links, die beginnende leichte femoro-tibiale und femoro-patellare Arthrose sowie das neuropathische Schmerzsyndrom an OSG und Fuss rechts würden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf einem organischen Substrat beruhen. Aus psychischer Sicht bestünden als Diagnosen eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren gemäss F 45.41 nach ICD-10 und eine kombinierte dissoziative Störung der Bewegung und der Sinnesempfindungen gemäss F 44.4-7 nach ICD-10 (act. G 4.1-89-18). Im angestammten Beruf als Verkäuferin bestehe aus orthopädischer sowie neurologischer als auch psychiatrischer Sicht keine Arbeitsfähigkeit mehr (act. G 4.1-89-18 f.). Aus orthopädischer und neurologischer Sicht sei eine leichte, wechselnd sitzende-gehende-stehende Tätigkeit vollzeitig zumutbar. Nicht mehr zumutbar seien vorwiegend stehende oder gehende Tätigkeiten, Arbeiten auf unebenem Gelände, Tätigkeiten mit Zwangshaltungen der Knie- oder Sprunggelenke, Arbeiten auf Leitern und Gerüsten sowie regelmässiges Treppensteigen. Aus psychiatrischer Sicht sei eine leidensangepasste Berufstätigkeit maximal drei Stunden pro Tag möglich (act. G 4.1-89-19). Eine klare Aufteilung der Unfallfolgen auf die drei Unfälle sei nicht möglich (act. G 4.1-89-20). Am 2. Dezember 2021 nahm die anwaltlich vertretene Versicherte zum Gutachten Stellung (act. G 4.1-99 und 4.2-279). Mit Verfügung vom 7. Februar 2022 verneinte die Suva eine aus den drei Unfällen vom 20. Mai 2005, 28. November 2010 und 22. Oktober 2011 erlittene erhebliche Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit und infolgedessen einen Anspruch auf eine unfallversicherungsrechtliche Invalidenrente. Einen adäquaten Kausalzusammenhang zwischen den psychischen Beschwerden und den höchstens mittelschweren (im Grenzbereich zu den leichten) Unfällen erachtete sie als nicht gegeben. Für die Unfallfolgen sprach die Suva der Versicherten mit gleicher Verfügung eine Integritätsentschädigung basierend auf einer Integritätseinbusse von 40 % zu (act. G

4.1-106 und 4.2-290; zur vorgängigen Ankündigung des verfügbaren Inhalts und der hierzu seitens der anwaltlich vertretenen Versicherten ergangenen Stellungnahme vgl. act. G 4.1-102 f. und 4.2-286 f.). Gegen diese Verfügung erhob die weiterhin durch Rechtsanwalt Pedernana vertretene Versicherte am 9. Februar 2022 Einsprache, mit welcher sie die Zusprache einer ganzen Rente beantragte (act. G 4.1-107 und 4.2-291). Mit E-Mail vom 11. April 2022 (act. G 4.1-112-1) reichte die Versicherte der Suva einen Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 23. März 2022 ein, mit welchem dieses der Versicherten ab 1. Oktober 2018 bei einem Invaliditätsgrad zwischen 60 % und 70 % eine invalidenversicherungsrechtliche Dreiviertelsrente zugesprochen hatte (act. G 4.1-112-2 ff.). Mit Einspracheentscheid vom 1. September 2022 wies die Suva die Einsprache der Versicherten ab (act. G 4.1-120 und 4.2-300). Gegen diesen Einspracheentscheid erhob die weiterhin durch Rechtsanwalt Pedernana vertretene Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführerin) am 3. Oktober 2022 Beschwerde (act. G 1). Sie beantragte, der Einspracheentscheid vom 1. September 2022 sei aufzuheben und ihr sei eine Teilrente zuzusprechen. Eventualiter sei der Einspracheentscheid aufzuheben und die Sache an die Suva (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zur Klärung der offenen Fragen mit der Gutachterstelle zurückzuweisen. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge zulasten der Beschwerdegegnerin (act. G 1 S. 2). In ihrer Beschwerdeantwort vom 7. November 2022 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde und die Bestätigung des Einspracheentscheides vom 1. September 2022 (act. G 4). In ihrer Replik vom 31. Januar 2023 hielt die Beschwerdeführerin an den in der Beschwerde gestellten Anträgen fest (act. G 8). Mit Schreiben vom 2. März 2023 erneuerte die Beschwerdegegnerin ihren Antrag auf Abweisung der Beschwerde und verzichtete auf die Erstattung einer umfassenden Duplik (act. G 10). Mit Eingabe vom 17. März 2023 nahm die Beschwerdeführerin zu den Ausführungen der Beschwerdegegnerin vom 2. März 2023 ergänzend Stellung, wobei sie an den bereits gestellten Anträgen festhielt (act. G 12). Erwägungen Gegenstand des vorliegenden Beschwerdeverfahrens bildet einzig der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin gegenüber der Beschwerdegegnerin. Das Vorliegen des medizinischen Endzustandes aller drei Unfälle spätestens per 1. März 2020 (vgl. act. G 4.1-106-2) und die zugesprochene Integritätsentschädigung sind unbestritten geblieben (vgl. act. G 1). Anspruch auf eine Invalidenrente hat eine versicherte Person, wenn sie infolge des Unfalls zu mindestens 10 % invalid ist (Art. 18 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [UVG; SR 832.20]). Invalidität ist gemäss Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (zum Begriff der Erwerbsunfähigkeit siehe Art. 7 Abs. 1 und 2 ATSG). Für die Bestimmung des Invaliditätsgrads 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). Anspruchsvoraussetzung für jegliche Leistungen der Unfallversicherung bildet die Unfallkausalität. Eine Leistungspflicht des Unfallversicherers besteht demnach nur für Gesundheitsschäden, die natürlich und adäquat kausal mit einem versicherten Unfallereignis zusammenhängen (André Nabold, N 48 ff. zu Art. 6, in: Marc Hürzeler/Ueli Kieser [Hrsg.], Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Kommentar zum schweizerischen Sozialversicherungsrecht, 2018 [nachfolgend zitiert: KOSS UVG]; Irene

Hofer, N 63 ff. zu Art. 6, in: Ghislaine Frésard-Fellay/Susanne Leuzinger/Kurt Pärli [Hrsg.], Unfallversicherungsgesetz, Basler Kommentar, 2019 [BSK UVG]; Alexandra Rumo-Jungo/André Pierre Holzer, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, in: Erwin Murer/Hans-Ulrich Stauffer [Hrsg.], Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 4. Aufl. 2012, S. 53 ff.). Während es Aufgabe der Ärztin oder des Arztes ist, den natürlichen Kausalzusammenhang zu beurteilen, obliegt es dem Rechtsanwender, die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang zu beantworten (KOSS UVG-Nabold, N 53 zu Art. 6; BSK UVG-Hofer, N 66 zu Art. 6; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 55, 58; Urteil des Bundesgerichts vom 12. Mai 2021, 8C\_15/2021, E. 7.3). Im Bereich klar ausgewiesener organischer Unfallfolgen im Sinn von nachweisbaren strukturellen Veränderungen (ein organisches Substrat konnte mit bildgebenden Untersuchungsmethoden [Röntgen, Computertomogramm, EEG] nachgewiesen werden) spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle. Sie ist bei ausgewiesener natürlicher Kausalität grundsätzlich ohne weiteres zu bejahen (BGE 127 V 103 E. 5b/bb, 123 V 102 E. 3b, 118 V 291 E. 3a und 117 V 365 E. 5d/bb mit Hinweisen). Sind dagegen die Unfallfolgen organisch nicht (hinreichend) fassbar, bewirkt die Bejahung der natürlichen Kausalität nicht automatisch auch die Bejahung der adäquaten Kausalität, können doch gerade klinische Befunde erfahrungsgemäss auch psychisch ausgelöst werden. In diesen Fällen ist eine eigenständige Adäquanzbeurteilung durchzuführen (BGE 115 V 140 E. 6c/aa; zum Ganzen Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 22. Juni 2009, UV 2008/79, E. 2 mit Hinweisen). Nicht nur zur Feststellung der natürlich kausalen Unfallfolgen, sondern auch zur Bemessung des Invaliditätsgrades, ist die Verwaltung – und im Beschwerdefall das Gericht – auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es dabei, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4 und 115 V 134 E. 2). Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben die urteilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen und alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweis). Zunächst zu prüfen ist, welche organischen objektivierbaren Unfallfolgen im Zeitpunkt des Rentenbeginns vom 1. März 2020 (zum Rentenbeginn vgl. Art. 19 Abs. 1 UVG; vgl. oben E. 1) noch bestanden haben. Die Beschwerdegegnerin hat sich für die Beurteilung der Unfallfolgen auf das Gutachten der MEDAS Zentralschweiz abgestützt. Laut Gutachten beruhen lediglich die mässige Pan-Gonarthrose links, die beginnende leichte femoro-tibiale und femoro-patellare Arthrose rechts sowie das neuropathische Schmerzsyndrom an OSG und Fuss rechts mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf einem unfallkausalen organischen Substrat (vgl. act. G 4.1-89-18).

Die Beschwerdeführerin bestreitet den Beweiswert des MEDAS-Gutachtens an sich nicht (vgl. dazu auch act. G 4.2-281-4). Sie stellt sich jedoch auf den Standpunkt, dass das Gutachten hinsichtlich einer allfälligen CRPS-Problematik, die auf einem organischen Substrat beruhe, mithin keine psychische Erkrankung darstelle (vgl. dazu act. G 8 S. 4 Ziff. 14 und S. 5 Ziff. 19), keine genügende Beurteilungsgrundlage darstelle (act. G 8 S. 4 Ziff. 15). Das neurologische MEDAS-Teilgutachten äussere sich nämlich nicht eindeutig zur Frage, ob ein CRPS vorliege oder nicht. Die Diagnose der neuropathischen Schmerzstörung an Fuss und Unterschenkel rechts beruhe laut Gutachten mit Sicherheit auf organischem Substrat, da sich die neuronale Pathologie (Läsion des Nerven) elektroneurographisch objektivieren lasse. Hinsichtlich eines CRPS sei die Sachlage unklar (act. G 8 S. 3 f. Ziff. 10). Der neurologische Gutachter der SMAB AG habe am 9. Februar 2016 festgehalten, dass im Gutachtenszeitpunkt ein CRPS Typ 1 rechter Fuss als Folge des Unfalls bestehe (act. G 8 S. 3 Ziff. 8). Wie dem Bericht des Schmerzzentrums des Kantonsspitals St. Gallen (KSSG) vom \_\_ Juni 2018 zu entnehmen sei, sei ein neuropathischer Schmerz am Fuss rechts mit/bei CRPS 1 diagnostiziert worden, welcher im Sinne eines chronifizierten multilokulären Schmerzsyndroms, Chronifizierungsgrad III, interpretiert worden sei. Es sei in dem Bericht von einer deutlichen Schmerzausweitung die Rede. Diese stelle die Unfallkausalität des CRPS nicht in Abrede, sondern verdeutliche die für das CRPS typische dysfunktionale Verarbeitung der Reize im Cortex (act. G 8 S. 3 Ziff. 9). Auch im Bericht des Schmerzzentrums des KSSG vom \_\_ April 2022 sei eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (Chronifizierungsgrad III) mit/bei neuropathischem Schmerz am Fuss rechts mit/bei CRPS 1 und sekundärer Schmerzausweitung dokumentiert. Derselbe Befund werde im Bericht des Schmerzzentrums vom \_\_ Mai 2022 bestätigt (act. G 8 S. 4 Ziff. 12 f.). Da es sich um ein komplexes Schmerzgeschehen handle, habe der neurologische MEDAS-Gutachter hinsichtlich der Unfallkausalität eines allfälligen CRPS lediglich vorsichtige Vermutungen aufgestellt. Inwiefern die Beschwerdegegnerin in ihrer Rentenbeurteilung eindeutige Schlüsse ziehen könne, wenn ein qualifizierter Neurologe davon absehe, erschliesse sich nicht. Es zeuge von Inkonsistenz, dass die Beschwerdegegnerin gestützt auf die Begutachtung der MEDAS zum Ergebnis gelangt sei, dass das neuropathische Schmerzsyndrom an OSG und Fuss rechts überwiegend wahrscheinlich auf organischem Substrat beruhe und unfallkausal sei, das CRPS hingegen nicht organisch bzw. psychisch bedingt und unfallfremd sei (act. G 8 S. 4 Ziff. 14). Da das organische Korrelat der anhaltenden CRPS-Problematik aus neurologischer Sicht nicht abschliessend beurteilt worden sei, dränge sich die Rückweisung der Sache zur weiteren Abklärung auf (act. G 8 S. 4 Ziff. 15 und S. 6 Ziff. 22). Mit Urteil 8C\_37/2015 vom 7. Dezember 2015 habe das Bundesgericht einen vergleichbaren Sachverhalt beurteilt. Dabei habe es die nicht abschliessend abgeklärte Organizität des CRPS bemängelt (act. G 8 S. 6 Ziff. 23). Anders als in dem von der Beschwerdeführerin angeführten bundesgerichtlichen Urteil, hat sich die Beschwerdegegnerin zur Verneinung einer CRPS-Problematik im vorliegenden Fall nicht einzig auf versicherungsinterne Beurteilungen gestützt, sondern ein polydisziplinäres MEDAS-Gutachten eingeholt, das in Berücksichtigung der medizinischen Aktenlage, mithin auch in Kenntnis des von der behandelnden Ärzteschaft teils diagnostizierten CRPS, erfolgt ist. Wie sich aus der im MEDAS-Gutachten enthaltenen Übersicht der neurologischen Berichte behandelnder Institutionen ergibt, ist bis zur kreisärztlichen Untersuchung vom 8. Mai 2018 bzw. Untersuchung im Schmerzzentrum vom \_\_ Juni 2018 (Bericht vom \_\_ Juni 2018) tatsächlich mehrfach ein CRPS diagnostiziert worden, das sich

nach den multiplen Operationen eingestellt zu haben scheint (vgl. act. G 4.2-268-2). Bei der kreisärztlichen Untersuchung vom Dezember 2019 haben dann jedoch keine Zeichen eines CRPS mehr vorgelegen (act. G 4.2-181; vgl. ferner act. G 4.2-268-2). Der orthopädische MEDAS-Sachverständige hat sich in seinem Teilgutachten sodann eingehend mit den Budapest-Kriterien, anhand derer die Diagnose eines CRPS gestellt wird, befasst. Er hat nachvollziehbar ausgeführt, dass zwar die anamnестischen Kriterien (ein anhaltender Schmerz überproportional zum vorausgegangenen Ereignis und Symptomschilderung des Patienten) erfüllt seien. Bei der Untersuchung vom 27. Juli 2021 hätten die Befunde jedoch nicht mehr einem CRPS entsprochen. Zwar habe man eine Dysästhesie, aber keine Veränderung der Hautfarbe, auch keine Temperaturdifferenz gefunden. Zwar sei die Knöchelregion rechts etwas dicker als links gewesen, was bei einem Zustand nach mehreren Operationen erfahrungsgemäss aber üblich sei. Ein Ödem oder eine vermehrte Schweißreaktion hätten nicht vorgelegen. Trophische Störungen hätten sich nicht finden lassen. Die Bewegungsprüfung des OSG sei infolge der Willkürabwehr unsicher und nicht aussagekräftig gewesen (act. G 4.2-267-14). Übereinstimmend mit den Angaben des orthopädischen Sachverständigen hat auch der neurologische MEDAS-Sachverständige in seiner Untersuchung vom 17. August 2021 die Budapest-Kriterien gestützt auf die klinischen Befunde als nicht erfüllt erachtet und daher festgehalten, er könne nicht mit Sicherheit sagen, ob das in den Akten mehrfach festgestellte CRPS vorliege (act. G 4.2-268-6). In der Konsensbeurteilung haben die Sachverständigen – in Einklang mit dem orthopädischen und neurologischen Teilgutachten – ein CRPS bei den Diagnosen sodann nicht aufgeführt (vgl. act. G 4.2-265-17). Dass die Beschwerdegegnerin bei der Rentenprüfung davon ausgegangen ist, ein CRPS liege nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit vor, ist demnach nachvollziehbar und nicht zu beanstanden. Indem sich der neurologische Sachverständige in seinem Teilgutachten vorsichtig ausgedrückt und ein CRPS nicht kategorisch in Abrede gestellt hat, ändert daran nichts, sondern lässt sich vielmehr dadurch erklären, dass die subjektiv vorgetragenen Beschwerden der Beschwerdeführerin zu einer CRPS-Problematik passen würden. Einzig mit den subjektiv geklagten Leiden lässt sich das CRPS vorliegend aber nicht begründen, wie aus dem MEDAS-Gutachten deutlich genug hervorgeht. Selbst wenn nun aber aufgrund des durchaus komplexen Schmerzgeschehens mit psychischen und somatischen Faktoren eine gewisse Restunsicherheit hinsichtlich des Vorliegens eines CRPS bestehen sollte, wie dies die Beschwerdeführerin geltend macht, sind von weiteren Abklärungen gerade keine besseren Erkenntnisse mehr zu erwarten. Es ist widersprüchlich, wenn die Beschwerdeführerin einerseits festhält, ein qualifizierter Neurologe habe keine eindeutigen Schlüsse bezüglich der CRPS-Problematik ziehen können, andererseits aber von einer weiteren Abklärung eine eindeutige Abgrenzung einer CRPS-Problematik erwartet. Die Kritik der Beschwerdeführerin, wonach die Beschwerdegegnerin das CRPS im konkreten Fall nicht als organisch bedingt, sondern als Teil der organisch nicht hinreichend fassbaren Beschwerden verstanden und daher zu Unrecht einer Adäquanzprüfung unterzogen habe (act. G 8 S. 5 f.), geht fehl. Die Beschwerdegegnerin hat hinsichtlich der CRPS-Problematik keine Adäquanzprüfung vorgenommen. Vielmehr hat sie das Vorliegen eines CRPS verneint, was, wie oben dargelegt (vgl. oben E. 3.4), nicht zu beanstanden ist. Weitere Ausführungen dazu erübrigen sich. Dass die Beschwerdegegnerin das Vorliegen eines CRPS gestützt auf das MEDAS-Gutachten in Abrede gestellt, das neuropathische Schmerzsyndrom an OSG und Fuss rechts hingegen als auf organischem Substrat beruhend betrachtet und somit als Unfallfolge anerkannt hat, ist entgegen der Behauptung der

Beschwerdeführerin nicht inkonsistent. Vielmehr stützt sich diese Beurteilung ebenfalls auf das MEDAS-Gutachten. Im neurologischen Teilgutachten ist in nachvollziehbarer Weise erklärt worden, dass das neuropathische Schmerzsyndrom an OSG und Fuss rechts mit Sicherheit auf einem organischen Substrat beruhe, da sich die neuronale Pathologie elektroneurographisch objektivieren lasse (act. G 4.1-88-8; vgl. dazu auch die Konsensbeurteilung; act. G 4.1-89-18). Ein CRPS hat dagegen nicht objektiviert werden können (vgl. dazu oben E. 3.4). Die Einwände der Beschwerdeführerin betreffend CRPS und neuropathischem Schmerzsyndrom sind somit unbegründet. Das MEDAS-Gutachten beruht auf eigenständigen Abklärungen und ist für die streitigen Belange umfassend. Die medizinischen Vorakten und die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden sind berücksichtigt worden. Weiter bestehen keine Anhaltspunkte dafür, dass objektiv wesentliche Tatsachen im Gutachten keine Berücksichtigung gefunden hätten. Die gestellten Diagnosen und deren Einteilung nach solchen, die auf einem organischen Substrat beruhen, und nach solchen, die nicht organisch objektiviert werden können, leuchten in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein, sodass darauf abgestellt werden kann. Zusammenfassend sind gestützt auf das MEDAS-Gutachten als organisch ausgewiesene Unfallfolgen eine mässige Pan-Gonarthrose links, eine beginnende leichte femoro-tibiale und femoro-patellare Arthrose rechts sowie ein neuropathisches Schmerzsyndrom an OSG und Fuss rechts anzunehmen (vgl. act. G 4.1-89-18; vgl. dazu auch oben E. 3.2). Hinsichtlich der organisch nicht hinreichend fassbaren Beschwerden, namentlich der psychischen Beschwerden, die seitens der MEDAS-Sachverständigen festgestellt und als natürlich unfallkausal eingestuft worden sind, hat in einem nächsten Schritt eine Adäquanzprüfung zu erfolgen. Da offensichtlich kein Schleudertraumafall vorliegt, hat die Adäquanzprüfung anhand der sogenannten Psycho-Praxis zu erfolgen. Bei der Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs gestützt auf die Psycho-Praxis ist zunächst zu ermitteln, ob der Unfall als leicht oder als schwer zu betrachten ist oder ob er dem mittleren Bereich angehört. Der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und gesundheitlicher Beeinträchtigung ist bei leichten Unfällen in der Regel ohne weiteres zu verneinen und bei schweren Unfällen ohne weiteres zu bejahen, wogegen bei Unfällen des mittleren Bereichs weitere Kriterien in die Beurteilung miteinzubeziehen sind (BGE 115 V 139 E. 6; vgl. ferner BGE 134 V 126 f. E. 10). Die Schwere des Unfalls bestimmt sich nach dem augenfälligen Geschehensablauf und nicht nach den Kriterien, welche bei der Beurteilung der Adäquanz bei mittelschweren Unfällen Beachtung finden (Urteil des Bundesgerichts vom 5. September 2015, 8C\_437/2015, E. 3.3). Am 20. Mai 2005 machte die Beschwerdeführerin einen Fehltritt, verlor das Gleichgewicht und verdrehte sich dabei das linke Knie (act. G 4.2-2 f.). Am 28. November 2010 rutschte sie beim Treppensteigen aus und schlug sich dabei das rechte Knie an der Treppenkante an (act. G 4.1-1) und am 22. Oktober 2011 stolperte sie auf einer Treppe und verletzte sich dabei das rechte Sprunggelenk (vgl. act. G 4.1-62-28). Wie die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Einspracheentscheid zu Recht ausgeführt hat (act. G 4.1-120-9 f.), sind alle drei Unfallereignisse nach dem augenfälligen Geschehensablauf als leichte Unfälle einzustufen, weshalb die Adäquanz ohne Weiteres verneint werden kann. Zusammenfassend ist mit der Beschwerdegegnerin davon auszugehen, dass die über den Zeitpunkt des Fallabschlusses hinaus geklagten, nicht objektivierbaren Leiden nicht adäquat kausal zu den Unfallereignissen und bei der Rentenprüfung somit nicht zu berücksichtigen sind. In einem nächsten Schritt gilt es zu prüfen, inwieweit die anerkannten Unfallrestfolgen

(Pan-Gonarthrose links, femoro-tibiale und femoro-patellare Arthrose rechts und neuropathisches Schmerzsyndrom an OSG und Fuss rechts; vgl. oben E. 3.7) die Beschwerdeführerin medizinisch-theoretisch in ihrer Arbeitsfähigkeit einschränken. Da die soeben genannten, auf organischem Substrat beruhenden Unfallrestfolgen, alle von orthopädischer und neurologischer Seite festgestellt worden sind (vgl. act. G 4.1-87-9 und 4.1-88-6) und die Sachverständigen des MEDAS-Gutachtens der Beschwerdeführerin aus orthopädischer und neurologischer Sicht zwar eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit (act. G 4.1-89-18), jedoch eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in optimal leidensangepasster Tätigkeit attestiert hatten (act. G 4.1-89-19), ist es nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin bezogen auf die reinen Unfallfolgen eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in leidensangepasster Tätigkeit angenommen hat. Die von den MEDAS-Sachverständigen vorgenommene Einschätzung der Arbeitsfähigkeit leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation nämlich ein. Das Versicherungsgericht hat bereits in seinem Entscheid IV 2020/45 vom 23. März 2022 festgehalten, dass die (objektivierbaren) orthopädischen und neurologischen Gesundheitsschäden die Arbeitsfähigkeit in quantitativer Hinsicht überwiegend wahrscheinlich nicht beeinträchtigen würden, wie sich der orthopädische Gutachter der MediCore sowie der neurologische und orthopädische Experte der MEDAS Zentralschweiz einig seien. Dissens bestehe in Bezug auf eine psychiatrische Problematik bzw. deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (act. G 4.1-112-10). Die nicht auf einem organischen Korrelat beruhenden psychischen Beschwerden, die gemäss den Sachverständigen der MEDAS Zentralschweiz eine quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bewirken (act. G 4.2-265-19), sind, wie bereits erwähnt, im vorliegenden Beschwerdeverfahren bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht zu berücksichtigen (vgl. dazu oben E. 4). Zusammenfassend ist gestützt auf das beweiskräftige MEDAS-Gutachten bezogen auf die reinen Unfallfolgen von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in leidensangepasster Tätigkeit auszugehen. Weiter gilt es die erwerblichen Auswirkungen der unfallbedingten Gesundheitsschädigungen zu prüfen. Dabei ist der Invaliditätsgrad anhand eines Einkommensvergleichs zu bestimmen (vgl. E. 2.1). Für das Valideneinkommen ist massgebend, was die versicherte Person aufgrund ihrer beruflichen Fähigkeiten und ihrer persönlichen Umstände nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit im massgebenden Zeitpunkt des allfälligen Rentenbeginns verdient hätte, wenn sie nicht invalid geworden wäre. Dabei ist in der Regel vom zuletzt – d.h. grundsätzlich vor dem Beginn der unfallbedingten ganzen oder teilweisen Arbeitsunfähigkeit – erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Lohn auszugehen, während Ausnahmen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein müssen (BGE 130 V 349 E. 3.4.2 und 139 V 30 E. 3.3.2, je mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts vom 18. März 2015, 8C\_590/2014, E. 5.1). Die Beschwerdegegnerin hat im angefochtenen Einspracheentscheid gestützt auf die für das Jahr 2020 gemachten Angaben der ehemaligen Arbeitgeberin der Beschwerdeführerin (act. G 4.2-192) bzw. den Mindestlohn gemäss Gesamtarbeitsvertrag (GAV; vgl. dazu act. G 4.2-77-22) das Valideneinkommen auf Fr. 52'000.-- (13 x Fr. 4'000.--) festgesetzt (act. G 4.1-120-12). Ausgehend von der im Einspracheentscheid verwendeten Datenlage (LSE 2018 und nicht LSE 2020; bis zum Jahr 2020 indexiert mit 1 % [2019] und 0.9 % [2020; act. G 4.1-120-13 Ziff. 7.3.3]; zum Abstellen auf die im Einspracheentscheid verwendeten Datenlage vgl. BGE 143 V 300 f. E. 4.1.3 f. und 4.1.7), ist festzustellen, dass das von der Beschwerdegegnerin ermittelte Valideneinkommen unter

dem an die Nominallohnentwicklung bis zum Jahr 2020 indexierten statistischen LSE-Tabellenwert (Tabelle TA 1) von Fr. 55'725.07 liegt, den sie der Beschwerdeführerin als Invalideneinkommen für Hilfsarbeiterin im Kompetenzniveau 1 bei einer wöchentlichen Arbeitszeit von 41.7 Stunden angerechnet hat. Der Minderverdienst könnte darauf zurückzuführen sein, dass die Beschwerdeführerin bei Antritt der Stelle im Jahr 2015 (vgl. act. G 4.2-36) bereits an Unfallfolgen gelitten hat und die aufgenommene Tätigkeit möglicherweise schon bei Stellenantritt nicht optimal angepasst gewesen ist. Allerdings hat die Beschwerdeführerin auch bei der vor den Unfallereignissen ausgeübten Tätigkeit bei der C.\_\_\_\_ kein höheres Einkommen erzielt (vgl. dazu act. G 4.1-112-14 f.). Daher und mangels Anhaltspunkten, dass die Beschwerdeführerin als Valide freiwillig auf ein höheres Einkommen verzichtet hat, ist anzunehmen, die Unterdurchschnittlichkeit ihres Valideneinkommens sei auf die für die Invaliditätsbemessung nicht zu berücksichtigenden Zwänge des realen Arbeitsmarktes zurückzuführen. Aus diesem Grund ist das Valideneinkommen auf den LSE-Lohn anzuheben (vgl. dazu auch Entscheid IV 2020/45 des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 23. März 2022, E. 3.3.2; act. G 4.1-112-14 f.). Da demnach im vorliegenden Fall sowohl hinsichtlich des hypothetischen Valideneinkommens als auch bezüglich des Invalideneinkommens derselbe Lohn für ein Pensum von 100 % zugrunde zu legen ist, kann der Einkommensvergleich anhand eines sogenannten Prozentvergleichs vorgenommen werden. Dabei entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit, allenfalls unter Berücksichtigung eines Abzugs vom Tabellenlohn (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 10. April 2017, 9C\_804/2016, E. 2.2 mit Hinweis; zum Tabellenlohnabzug vgl. BGE 126 V 75). Zwar hat die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin einen Tabellenlohnabzug von 10 % zugestanden (act. G 4.1-120-13). Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass die Beschwerdegegnerin die Vergleichseinkommen nicht parallelisiert hat. Invaliditätsfremden Faktoren, die vermutlich zur Unterdurchschnittlichkeit des Valideneinkommens beigetragen haben, wird im vorliegenden Beschwerdeverfahren bereits mit der Anhebung des Validenlohns ausreichend Rechnung getragen. Die qualitativen unfallbedingten Einschränkungen (vgl. Sachverhalt A.j.) rechtfertigen keinen Abzug, nachdem der Tabellenlohn im Kompetenzniveau 1 bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten umfasst (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 6. Oktober 2017, 8C\_439/2017, E. 5.5). Anders als im invalidenversicherungsrechtlichen Verfahren drängt sich ein Tabellenlohnabzug aufgrund eines reduzierten Beschäftigungsgrades sodann nicht auf, da die Beschwerdeführerin aus unfallversicherungsrechtlichen Gesichtspunkten noch immer zu 100 % arbeitsfähig ist. Andere Gründe, die einen Tabellenlohnabzug rechtfertigen könnten, liegen nicht vor. Folglich hat die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch bei einem Invaliditätsgrad von unter 10 % zu Recht verneint (act. G 4.1-120-14). Nach dem Gesagten ist die Beschwerde gegen den angefochtenen Einspracheentscheid abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. f bis ATSG). Dem Verfahrensausgang entsprechend hat die Beschwerdeführerin auch keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP Die Beschwerde wird abgewiesen. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

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