

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00178 vom 3. November 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-11-03, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2010.00178

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00178 du 3 novembre 2011

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00178 del 3 novembre 2011

Erwägungen

E. 1

1.1. X., geboren 1951, war als arbeitslose Person durch die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (SUVA) obligatorisch unfallversichert, als sie am 5. Juli 2003 beim Aufhängen von Vorhängen von einem Hocker fiel (Urk. 13/1) und sich eine proximale Humerusfraktur links zuzog (Urk. 13/5). In der Folge dieses sowie eines weiteren Unfalls vom 9. April 2006 (vgl. Urk. 14/1) erbrachte die SUVA Heilbehandlungs- und Taggeldleistungen, welche sie mit Verfügung vom 23. März 2010 unter Zusprechung einer Integritätsentschädigung für eine Integritätseinbusse von 30 % und Verweigerung einer Invalidenrente per 1. April 2010 einstellte (Urk. 13/168). Die von der Versicherten hiergegen erhobene Einsprache vom 20. April 2010 (Urk. 13/170) wies die SUVA mit Entscheid vom 4. Mai 2010 ab (Urk. 2).

1.2. Dagegen erhob die Versicherte am 4. Juni 2010 Beschwerde mit dem Rechtsbegehren (Urk. 1 S. 2), es seien unter Entschädigungsfolge zulasten der Beschwerdegegnerin der angefochtene Einspracheentscheid aufzuheben und die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, der Beschwerdeführerin die gesetzlichen Leistungen auszurichten, insbesondere eine Rente auf der Grundlage einer 100%igen - eventualiter 62%igen - Erwerbsunfähigkeit sowie eine gesetzeskonforme Integritätsentschädigung. Eventualiter seien ergänzende Abklärungen vorzunehmen und in verfahrensmässiger Hinsicht sei der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Verbeiständung durch ihren Rechtsvertreter zu gewähren.

Aufgrund dieser Beschwerde wurde das Verfahren UV.2010.00178 angelegt. In seinem Verlauf substantierte die Beschwerdeführerin am 3. September 2010 ihre prozessuale Bedürftigkeit (Urk. 9 - Urk. 11/8) und erstattete die Beschwerdegegnerin am 6. September 2010 ihre Beschwerdeantwort mit dem Antrag auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 12). Diese wurde der Beschwerdeführerin am 8. September 2010 zur Kenntnisnahme zugestellt (Urk. 16).

E. 2

2.1. Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. 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 beziehungsweise 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 andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiel (BGE 129 V 177 E. 3.1, 406 E. 4.3.1, 123 V 45 E. 2b, 119 V 335 E. 1, 118 V 289 E. 1b, je mit Hinweisen).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

2.2 Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG), so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 Prozent invalid (Art. 8 ATSG), so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG).

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 ATSG). 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; vgl. BGE 130 V 121). Dieser allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs kommt grundsätzlich Vorrang zu. Insoweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie indes nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen. Wird eine Schätzung vorgenommen, so muss diese nicht unbedingt in einer ziffernmässigen Festlegung von Annäherungswerten bestehen. Vielmehr kann auch eine Gegenüberstellung blosser Prozentzahlen genügen. Das ohne eine Invalidität erzielbare hypothetische Erwerbseinkommen ist alsdann mit 100 % zu bewerten, während das Invalideneinkommen auf einen entsprechend kleineren Prozentsatz veranschlagt wird, so dass sich aus der Prozentdifferenz der Invaliditätsgrad ergibt. Diese Berechnungsweise wird in der Invalidenversicherung insbesondere dann angewendet, wenn die konkreten Verhältnisse so liegen, dass die Differenz zwischen Validen- und Invalideneinkommen die für den Umfang des Rentenanspruchs massgebenden Grenzwerte von 70, 60, 50 und 40 Prozent (Art. 28 Abs. 2 IVG) eindeutig über- oder unterschreitet (sogenannter

Prozentvergleich; BGE 114 V 310 E. 3a S. 313; Urteil des Bundesgerichts 8C_131/2011 vom 5. Juli 2011 E. 10.2.1 mit Hinweis). Im Ä▀brigen regelt nach Art. 18 Abs. 2 UVG der Bundesrat die Bemessung des InvaliditÄtsgrades in SonderfÄllen. Er kann dabei auch von Art. 16 ATSG abweichen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä GestÄtzt auf Art. 18 Abs. 2 UVG hat der Bundesrat in Art. 28 Abs. 3 der Verordnung Äber die Unfallversicherung (UVV) festgelegt, dass, wenn die LeistungsfÄhigkeit der versicherten Person aufgrund einer nicht versicherten GesundheitsschÄdigung vor dem Unfall dauernd herabgesetzt war, fÄr die Bestimmung des InvaliditÄtsgrades der Lohn, den sie aufgrund der vorbestehenden verminderten LeistungsfÄhigkeit zu erzielen imstande wÄre, dem Einkommen gegenÄber zu stellen sei, das sie trotz der Unfallfolgen und der vorbestehenden BeeintrÄchtigung erzielen kÄnnte.

2.3Ä Ä Ä Ä Um den InvaliditÄtsgrad bemessen zu kÄnnen, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur VerfÄgung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezÄglich welcher TÄtigkeiten die versicherte Person arbeitsunfÄhig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die Ärztlichen AuskÄnfte eine wichtige Grundlage fÄr die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden kÄnnen (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prÄfen, unabhÄngig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlÄssige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu wÄrdigen und die GrÄnde anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser GrundsÄtze entscheidend, ob es fÄr die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berÄcksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt - was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nÄtig ist -, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen ZustÄnde und ZusammenhÄnge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begrÄndet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prÄfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszurÄumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmÄglich, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in H. Fredenhagen, Das Ärztliche Gutachten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte und Ärztinnen kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlÄssig erscheinen, nachvollziehbar begrÄndet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre ZuverlÄssigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt oder die befragte

Ärztin in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters oder der Gutachterin allerdings ein strenger Massstab anzulegen (RKUV 1999 Nr. U 356 S. 572; BGE 122 V 157 E. 1c; vgl. auch 123 V 331 E. 1c).

2.4.4.4 Das Zusammentreffen von Leistungen verschiedener Sozialversicherungen darf nicht zu einer Übererschädigung der berechtigten Person führen. Bei der Berechnung der Übererschädigung werden nur Leistungen gleicher Art und Zweckbestimmung berücksichtigt, die der anspruchsberechtigten Person auf Grund des schädigenden Ereignisses gewährt werden (Art. 69 Abs. 1 ATSG). Eine Übererschädigung liegt in der Masse vor, als die gesetzlichen Sozialversicherungsleistungen den wegen des Versicherungsfalls mutmasslich entgangenen Verdienst zusätzlich der durch den Versicherungsfall verursachten Mehrkosten und allfälliger Einkommenseinbussen von Angehörigen übersteigen (Art. 69 Abs. 2 ATSG). Die Leistungen werden um den Betrag der Übererschädigung gekürzt. Von einer Kürzung ausgeschlossen sind die Renten der Alters- und Hinterlassenenversicherung und der Invalidenversicherung sowie alle Hilflosen- und Integritätsentschädigungen. Bei Kapitalleistungen wird der Rentenwert berücksichtigt (Art. 69 Abs. 2 ATSG).

3.4.4.4.4 Der in den Akten der Beschwerdegegnerin (Urk. 13/1-182 und Urk. 14/1-13) dokumentierte medizinische Sachverhalt präsentiert sich wie folgt:

3.1.4.4.4 Gemäss ihren eigenen Angaben begab sich die Beschwerdeführerin nach dem Sturz vom 5. Juli 2003 gleichentags ins Y., wo man sie nach der Anfertigung von Röntgenbildern mit einem Verband wieder nach Hause entlassen habe (Urk. 13/16). Aufgrund anhaltend starker Beschwerden habe sie sich am 12. Juli 2003 auf der Notfallstation des Z.____ vorgestellt, wo man sie hospitalisiert habe. Gemäss dem Austrittsbericht der Klinik für Unfallchirurgie des Z.____ vom 24. Juli 2003 (Urk. 13/5) wurde während der Hospitalisation vom 12. bis 18. Juli 2003 eine proximale Humerusfraktur links diagnostiziert und am 14. Juli 2003 eine offene Reposition und Osteosynthese mit 9-Loch-Philosplatte durchgeführt (Urk. 13/5). Als Nebendiagnosen wurden ein Status nach chronischem Aethyl-Abusus aktuell unter Antabus-Therapie sowie eine chronische Depression festgehalten. Bei der Nachkontrolle der Schulter-Operation am 31. Juli 2003 wurde ein Wundinfekt festgestellt (Urk. 13/6). Dieser wurde mit den operativen Eingriffen vom 3., 6., 10., 12., 18., 22. und 28. August sowie 2. September 2003 behandelt (vgl. Urk. 13/7-14), wobei am 18. August 2003 das Osteosynthesematerial entfernt wurde (Urk. 13/11). Vom 15. Oktober bis zum 5. November 2003 weilte die Beschwerdeführerin zur stationären Rehabilitation in der A.____ (Urk. 13/17). Anschliessend wurden bei persistierenden immobilisierenden Schmerzen Physiotherapie und Analgesie ambulant weitergeführt (Zwischenbericht Dr. med. B.____, Allgemeine Medizin FMH, vom 29. Dezember 2003, Urk. 13/18). Als in der Nachkontrolle der Klinik für Unfallchirurgie des Z.____ vom 5. Januar 2004 eine persistierende Osteomyelitis ausgeschlossen werden konnte, wurde die unfallchirurgische Behandlung abgeschlossen (Urk. 13/20-22).

3.2. Am 8. Januar 2004 berichtete die medizinische Klinik des Y. über eine aktuelle Hospitalisation und eine damit verbundene Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin, welche jedoch in keinem Zusammenhang mit einem Unfallereignis stand (Urk. 13/24); am 28. Januar 2004 erging der Bericht der Chirurgischen Klinik des Y. über die Behandlungen der Humerusfraktur vom 5. und 8. Juli 2003 (Urk. 13/25).

In der kreisärztlichen Untersuchung vom 5. Februar 2004 (Urk. 13/29) informierte die Beschwerdeführerin darüber, dass sie vom 5. bis zum 16. Dezember 2003 wegen eines Alkoholproblems in der medizinischen Klinik des Y. hospitalisiert gewesen sei; das Alkoholproblem sei jetzt behoben (weggradiert). Hinsichtlich der Schulterproblematik hielt Kreisarzt Dr. med. C., orthopädische Chirurgie FMH, gestützt auf das von der Beschwerdeführerin zur Untersuchung mitgebrachte Röntgengedossier fest, dass die letzten zur Verfügung stehenden Aufnahmen der linken Schulter in zwei Ebenen einen Zustand nach Infekt und Metallentfernung mit Knochendefekt im Bereich des Tuberculum majus zeigten. Medial scheine die Fraktur konsolidiert zu sein. Ein schalenförmiges Knochenfragment könne eventuell dem Rest des Tuberculum majus entsprechen. Klinisch stellte Dr. C. eine einer Pseudoparalyse entsprechende aktive Bewegungseinschränkung der linken Schulter fest, passiv sei die Beweglichkeit im Schultergelenk erstaunlich gut, allerdings stark schmerzhaft. Die Behandlung müsse sich im Moment auf analgetische Massnahmen und eine physiotherapeutische Betreuung beschränken. Langfristig sei die Möglichkeit eines alloplastischen Gelenkersatzes zu prüfen, wobei allerdings das Infektrisiko zu berücksichtigen sei. Aktuell sei die Beschwerdeführerin noch nicht arbeitsfähig; in einigen Monaten sei die Wiederaufnahme einer kaufmännischen Tätigkeit bei stark eingeschränktem Einsatz der dominanten linken Hand aber denkbar.

Am 29. März und 11. Mai 2004 berichtete Dr. B. über einen gegenüber der kreisärztlichen Beurteilung praktisch (leichter Rückgang der Schmerzen und des Analgetikakonsums) unveränderten Gesundheitszustand (Urk. 13/32 und Urk. 13/39).

Am 30. August sowie 15. und 20. September 2004 prüfte Dr. med. D., Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, leitender Oberarzt Orthopädie der E., die Indikation für eine Schultergelenksprothese. Dabei fand er keine Anzeichen für einen akuten Infekt, bestätigte aber die Befunde über postoperative Degenerationen von Knochen und Weichteilen im Bereich des linken Schultergelenks (Urk. 13/45-49).

Nach der Beurteilung Dr. B.s vom 19. April 2005 hatten die bisher durchgeführten physikalischen Massnahmen keine wesentliche Verbesserung der Schultergelenksbeweglichkeit bewirken können; er beantragte deshalb die Anwendung von Akupunktur und bestätigte eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für Arbeiten, welche einen Einsatz des linken Arms bzw. Bewegungen im linken Schultergelenk erforderten bis auf Weiteres (Urk. 13/69).

3.3. Gegen Ende des Jahres 2004 hatten sich die Parteien auf eine Begutachtung der Beschwerdeführerin durch Prof. Dr. med. F., Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, Ärztlicher Direktor der G., einigen können (vgl. Urk. 13/54-64). Dieser erstattete am 28. November 2005 sein Gutachten

(Urk. 13/75), nachdem er die Beschwerdeführerin am 17. August 2005 untersucht hatte. Gemäss der Beurteilung Prof. F. ___s war von einem Schultergelenkersatz mittels inverser Schulterprothese eine wesentliche Verbesserung der Schultergelenksproblematik innert rund eines Jahres zu erwarten (S. 24 Ziff. 5.1-5.2). Es dürfte davon ausgegangen werden, dass die Schultergelenksfunktion damit so weit wiederhergestellt werden könnte, dass leichte Arbeiten zwischen Haushalt- und Brusthöhe sowie Schreibarbeiten vollschichtig zumutbar seien (S. 25 Ziff. 6.2). Inwieweit die Beschwerdeführerin tatsächlich wieder in den Arbeitsprozess integriert werden könnte, müsste polydisziplinär beurteilt werden (S. 25 Ziff. 8), da ihre Leistungsfähigkeit auch durch Polytoxikomanie, chronische Depressionen und rechtsseitige Kniebeschwerden beeinträchtigt sei (S. 25 Ziff. 6.2 und Ziff. 8 in Verbindung mit S. 23 Ziff. 4.1-4.3). Die Integrationsbusse der Beschwerdeführerin schätzte Prof. F. ___ auf 20 % (S. 25 Ziff. 7).

Am 18. April 2006 untersuchte Dr. med. H. ___, Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie Rheumatologie FMH, die Beschwerdeführerin (Urk. 13/89). Danach bestätigte er ihr, dass die Schmerzen im linken Schultergelenk durch die vorgeschlagene operative Massnahme wahrscheinlich abnehmen würden, die Kraft bei den ausgedehnten Weichteilveränderungen aber kaum wesentlich beeinflussbar sei.

Nachdem vorgängig akute Infektionsherde im Dentalbereich der Beschwerdeführerin saniert worden waren (vgl. Urk. 13/103-110), setzte Dr. D. ___ der Beschwerdeführerin am 24. Januar 2007 eine inverse Schulterprothese ein (Urk. 13/111). Nach einem Entzündungsschub am 27. Januar 2007, welcher erfolgreich medikamentös behandelt wurde, konnte die Beschwerdeführerin am 2. Februar 2007 im Orthogilet selbstständig mobil nach Hause entlassen werden (Austrittsbericht der E. ___ vom 5. Februar 2007, Urk. 13/113). In ambulanten Nachkontrollen vom 19. Februar (Urk. 13/114), 12. März (Urk. 13/115) und 23. April 2007 (Urk. 13/117) stellte Dr. D. ___ einen regelrechten Heilungsverlauf ohne weitere Infekte fest; die bereits während des Aufenthalts in der E. ___ begonnene Physiotherapie zur Mobilisation und zum Muskelaufbau im Bereich der linken Schulter wurde ambulant weitergeführt. Anlässlich der Nachkontrolle vom 27. September 2007 konstatierte Dr. D. ___ eine langsame, aber doch deutlich messbare Verbesserung der Beweglichkeit der linken Schulter (Urk. 13/123); weiter wies er auf Spätfolgen einer vor dem Unfall vom 7. Juli 2003 erlittenen schweren Knie-/Unterschenkel-Verletzung hin. Bei der Jahreskontrolle vom 31. Januar 2008 stellte Dr. D. ___ fest, dass die Physiotherapie in den vergangenen drei Monaten keine weitere Verbesserung der Beweglichkeit der linken Schulter mehr gebracht habe; dementsprechend wurde sie zu Gunsten eines Heimprogrammes abgeschlossen (Urk. 13/129).

Am 27. März 2008 erfolgte die SUVA-kreisärztliche Abschlussuntersuchung durch Dr. med. I. ___, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH (Urk. 13/132). Dr. I. ___ stellte klinisch nebst einer nach wie vor bestehenden Bewegungseinschränkung der linken Schulter auch eine solche der Halswirbelsäule (HWS) fest und erachtete eine radiologische Abklärung der HWS-Problematik als erforderlich, um beurteilen zu können, inwieweit die Verspannung der Muskulatur nuchal linksseitig allfälligen degenerativen Veränderungen der HWS und inwieweit dem Status nach Implantation der Schulterprothese links bei muskulärem Defizit an diesem Gelenk zuzuordnen sei. Hinsichtlich der Schulterproblematik links stellte

Dr. I. ___ sodann fest, dass die linke Hand an sich normal funktioniere, sie aber wegen der Bewegungseinschränkung in der Schulter und der Schwäche für die Ellbogenflexion nur schlecht positioniert werden könne. Aktiv könne die linke Hand im Stehen nur bis Hüfthöhe kontrolliert in eine Position gebracht werden, wobei Zusatzlasten bis sicher 500 Gramm möglich seien. Bei einem Einsatz der Hand über Hüfthöhe müsse der linke Arm aufgestützt werden können, auch bei Arbeiten an einem Tisch. Bei aufgestütztem Ellbogen bestehe nur eine beschränkte Reichweite der linken Hand, da der Arm nicht frei von der Tischfläche abgehoben werden könne. Der linke Arm könne zudem auf dem Tisch nur aufgelegt werden, ein Abstützen des Arms mit einer Kraft sei nicht möglich. Ein häufiges Lockern der Armmuskulatur sei nötig. Die an sich gute Funktion der linken Hand könne so nur schlecht umgesetzt werden. Aus Schulter und Ellbogen heraus seien nur langsame kraftlose Bewegungen möglich. Schlagen und Vibrationen seien zu vermeiden. Die Bedienung einer Tastatur mit der linken Hand sei höchstens kurzfristig möglich. In funktioneller Hinsicht sei die Beschwerdeführerin nahe bei einer Einhänderin. Für Haltefunktionen mit geringer Kraft bis mittleres Thoraxniveau könne die linke Hand eingesetzt werden. Bei einer geeigneten Aufgabe wäre ein Ganztageseinsatz möglich. Im Hinblick auf die Abschätzung des Integritätsschadens war nach der Auffassung Dr. I. ___s nicht nur die Situation im Schultergelenk zu betrachten, sondern auch die Beeinträchtigung durch die muskuläre Schwäche im Ellbogen. Insgesamt entspreche das Bild ungefähr einer oberen Plexusparesse, welche eine tabellarische Integritätseinbusse von 30 % bewirke.

3.6. Auch nach der Auffassung Dr. D. ___s, welcher am 2. Februar 2009 eine Verschlechterung der subjektiven und objektiven Schultersituation bei radiologisch intakten Prothesenverhältnissen feststellte, spielte dabei eine schmerzhafte cervikospodylogene Symptomatik teilweise eine Rolle (Urk. 13/135). Die Abklärungen von Dr. med. J. ___, Neurochirurgie FMH, E. ___, vom 2. Februar und 2. März 2009 bestätigten das Vorliegen degenerativer Veränderungen der HWS (Urk. 13/141). Am 23. April 2009 (Urk. 13/140) und 11. Mai 2009 (Urk. 13/146) berichtete Dr. med. K. ___, Innere Medizin und Rheumatologie FMH, E. ___, über eine komplexe Situation bei chronischen Schulterschmerzen links und einer fortgeschrittenen posttraumatischen Gonarthrose rechts nach Unfall ca. 1980. Sie regte eine stationäre multimodale und interdisziplinäre Rehabilitationsbehandlung an, in deren Rahmen auch eine neurologische Untersuchung der linken Schulter durchgeführt werden könne.

3.7. Dem entsprechend weilte die Beschwerdeführerin vom 29. Juli bis zum 1. September 2009 in der L. ___ (Austrittsbericht vom 8. September 2009, Urk. 13/148/1-10). Während dieses Aufenthalts wurde sie in einem angepassten Kraft- und Ausdauertraining unter Berücksichtigung der Schulterproblematik links instruiert (Urk. 13/148/4). Weiter wurde ihre körperliche Belastbarkeit geprüft (Urk. 13/148/2-3 und 10) und erfolgten eine neurologische Untersuchung durch Dr. med. M. ___, Neurologie FMH, (Urk. 13/148/16-18) sowie eine neuropsychologische Abklärung durch die Fachpsychologen lic. phil. N. ___ und Dr. phil. O. ___ (Urk. 13/148/11-15). Schliesslich erstellte Dr. med. P. ___, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, leitender Arzt Psychosomatik ein psychosomatisches Konsilium (Urk. 13/148/19-23). Gemäss dem Austrittsbericht waren die Resultate der physischen Leistungstests infolge erheblicher Symptomausweitung, Selbstlimitierung und Inkonsistenz für die Beurteilung der zumutbaren Belastbarkeit nur teilweise verwertbar; das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen habe

sich mit den objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung und bildgebenden Abklärungen sowie den Diagnosen aus somatischer Sicht nur teilweise erklären lassen (Urk. 13/148/2). Aus medizinisch-theoretischer Sicht wurde der Beschwerdeführerin aus rein unfallkausaler Sicht eine ganztägige Arbeitsfähigkeit als kaufmännische Sachbearbeiterin und für jede andere leichte Arbeit attestiert (Urk. 13/148/2), wobei aufgrund der Schulterproblematik links nur wiederholte Arbeiten über Kopf und Hantieren mit langem Hebelarm ausgeschlossen waren (Urk. 13/148/3). Aus nicht unfallbedingten - psychischen Gründen wurde der Beschwerdeführerin bei Austritt eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bis auf Weiteres bescheinigt (Urk. 13/148/4).

E. 4

4.1 Im Lichte der vorstehenden Ausführungen zum natürlichen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (E. 2.1) ist zunächst festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin im Zeitpunkt des Fallabschlusses durch die Beschwerdegegnerin per 1. April 2010 (vgl. Urk. 13/168) aufgrund einer Alkohol- und Benzodiazepin-Abhängigkeitsstörung für jegliche erwerbliche Tätigkeiten vollständig arbeitsunfähig war. Dies ergibt sich aus dem von der Beschwerdeführerin zu den Akten gereichten Gutachten des Q.____ vom 22. April 2009 (Urk. 3/4 S. 20 f.; Gutachter: Dr. med. R.____, Allgemeine innere Medizin FMH; Dr. med. S.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH; Dr. med. T.____, Rheumatologie FMH) und wird auch von der Beschwerdegegnerin nicht in Frage gestellt.

Aufgrund der von ihnen erhobenen anamnestischen Angaben, ihrer eigenen Untersuchungsbefunde, der ihnen vorgelegenen medizinischen Akten sowie der früher attestierten Arbeitsunfähigkeiten gingen die Q.____-Gutachter in der Gesamtbeurteilung davon aus, dass die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin seit dem 5. Juli 2003 eingeschränkt war (Urk. 3/4 S. 21). Gemäss den anamnestischen Angaben der Beschwerdeführerin (Urk. 3/4 S. 9) und der psychiatrischen Beurteilung des Q.____-Gutachtens (Urk. 3/4 S. 11) litt die Beschwerdeführerin jedoch bereits vor dem Unfall vom 5. Juli 2003 an einer chronischen schweren Suchtproblematik, welche ihre Arbeitsfähigkeit spätestens seit dem Verlust der letzten Arbeitsstelle dauerhaft einschränkte. Die Attestierung einer seit 2002 anhaltenden (vgl. Urk. 3/4 S. 11) Arbeitsunfähigkeit ergibt sich offenbar aus der Gesamtwürdigung der den Q.____-Gutachtern vorgelegenen - aber in den Akten der Beschwerdegegnerin fehlenden - Berichten über mehrere zwei bis dreiwöchige Hospitalisationen und Arbeitsunfähigkeiten zufolge der Suchtproblematik seit dem Frühjahr 2002 (Berichte der Medizinischen Klinik des U.____ über Hospitalisationen vom 24. September bis zum 9. Oktober 2002 sowie vom 7. bis zum 20. Juni 2003, Urk. 3/4 S. 3; Bericht der V.____ vom 12. Dezember 2007 mit attestierten Arbeitsunfähigkeiten vom 18. Juli bis zum 19. Oktober 1973, vom 20. März bis zum 11. April 2002 sowie vom 22. Mai bis zum 14. Juni 2002 bei Erstdiagnosen eines Alkohol- und Benzodiazepin-Abhängigkeitssyndroms im Jahr 1973 sowie einer mittelgradigen depressiven Episode im Jahr 2002, vgl. Urk. 3/4 S. 5). Sie deckt sich mit den Angaben der Arbeitslosenkasse, aus denen ersichtlich ist, dass die Beschwerdeführerin zwischen dem 16. Mai 2003 und dem 13. Juni 2003 Krankentaggelder bezog und auch nach dem Ablauf des Krankentaggeldanspruchs bis zum Unfall vom 5. Juli 2003 nicht wieder vermittlungsfähig wurde (vgl. Urk. 13/1-4).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Insgesamt widerlegen die den Q.____-Gutachtern zur Verfassung gestandenen Informationen über den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin vor dem Unfallereignis vom 5. Juli 2003 deren Behauptung, sie sei damals nach einem erfolgreichen Entzug nicht mehr von Alkohol und anderen psychoaktiven Substanzen abhängig und voll arbeitsfähig gewesen (Urk. 1 S. 10). Diese Behauptung wird - entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin - auch nicht durch den Austrittsbericht der Klinik für Unfallchirurgie des Z.____ vom 24. Juli 2003 (Urk. 13/5) gestützt. Denn dort wird nur anamnestisch festgehalten, dass die Beschwerdeführerin bis zum 20. Juni 2003 zum Alkoholentzug hospitalisiert und danach in den rund zwei Wochen bis zum Unfall nach ihren vom Hausarzt als glaubhaft angesehenen eigenen Angaben unter kontrollierter Antabus-Abgabe alkoholabstinent gewesen sei. Eine - durch rezidivierende depressive Episoden begleitete - die Arbeitsfähigkeit stark beeinträchtigende chronische Alkohol- und Benzodiazepin-Abhängigkeitsstörung hat sich somit nicht erst aufgrund der Schmerzproblematik nach dem Unfall vom 5. Juli 2003 entwickelt, sondern bestand - nach mehreren nicht nachhaltigen Entzügen - im Unfallzeitpunkt bereits; andernfalls hätte nicht weniger als drei Wochen nach dem Unfall - von denen die Beschwerdeführerin deren eine hospitalisiert war - in der Klinik für Unfallchirurgie des Z.____ ein Status nach chronischem Aethylabusus diagnostiziert werden können. Die Selbsteinschätzung der Beschwerdeführerin, wonach ihr Suchtproblem mit den stationären Entzügen jeweils behoben war (vgl. ihre diesbezügliche Äusserung in der kreisärztlichen Untersuchung vom 5. Februar 2004, Urk. 13/29), stimmt nicht mit den ärztlichen Beurteilungen überein. Soweit die Beschwerdeführerin sich auf ärztliche Aussagen über eine vom Unfall ausgegangene Entwicklung beruft (vgl. Urk. 1 S. 11.), handelt es sich um Kausalitätsbeurteilungen, welche gestützt (nur) auf die Akten der Beschwerdegegnerin und deshalb in ungenügender Kenntnis des Vorzustandes erfolgten (Austrittsbericht der L.____ vom 8. September 2009, Urk. 13/148).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 5. Juli 2003 und der nicht erst im Zeitpunkt des Fallabschlusses durch die Beschwerdegegnerin per 1. April 2010, sondern bereits vor dem Unfall, welcher die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin auslöste, vorgelegenen Alkohol- und Benzodiazepin-Abhängigkeitsstörung im Sinne der *conditio sine qua non*-Formel ist daher nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen; der Unfall kann durchaus weggedacht werden, ohne dass deshalb besagte vorbestandene Gesundheitsstörung entfiel (vgl. E. 2.1). Angesichts der Schwere und der bereits eingetretenen Chronifizierung kann nicht einmal mit überwiegender Wahrscheinlichkeit gesagt werden, dass der Unfall bzw. die mit ihm zusammenhängende Schmerzmedikation die Entwicklung bis zum Fallabschluss durch die Beschwerdegegnerin im Sinne einer Teilursache nachteilig beeinflusst hätten. Hingegen hatte nach der Beurteilung Prof. F.____s der Status bei vorbestandener schwerer Polytoxikomanie wahrscheinlich die Entwicklung des Infekts beim operativen Eingriff an der linken Schulter begünstigt (Urk. 13/75 S. 26).

4.2 Ä Ä Ä Ä Soweit die Beschwerdeführerin sinngemäss anhaltende psychische Beschwerden als Folgen eines von ihr am 4. Mai 2006 gemeldeten weiteren Unfalls (Raubüberfall) vom 9. April 2006 (vgl. Urk. 14/1) geltend macht (Urk. 1 S. 4 f.), gibt es dazu ausser der Beschreibung von Befunden über Schürfungen und Schwellungen sowie einer Angstsymptomatik durch Dr. B.____ am 3. Mai 2006 (Urk. 14/2), seinem

Gesuch um Kostengutsprache für Atemtherapie vom 10. Mai 2006 (Urk. 14/4) sowie seinem Bericht vom 14. Juni 2006 mit der Ankündigung des voraussichtlichen Behandlungsabschlusses in zwei bis drei Wochen (Urk. 14/8) keinerlei weitere ärztliche Dokumentation. Insbesondere wird das Ereignis vom 9. April 2006 weder im Bericht Dr. B. ___s 2. Oktober 2006 (Urk. 13/106) nochmals erwähnt, noch vom neuen Hausarzt der Beschwerdeführerin in dessen Bericht vom 23. Oktober 2006 (Urk. 13/109). Im Bericht über die kreisärztliche Abschlussuntersuchung vom 27. März 2008 (Urk. 13/132) wird dazu lediglich vermerkt, dass laut den Unterlagen eine konservative Behandlung ohne Besonderheiten im Verlauf durchgeführt worden sei.

Im Bericht des W. ___ vom 25. November 2009 (Urk. 13/158) findet sich zwar - unter anderem - die Diagnose einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung mit erheblichem dissoziativem Erleben. Doch wird auch in diesem Bericht nicht auf das Ereignis vom 9. April 2006 Bezug genommen, sondern werden die - diesem Ereignis vorausgegangenen - Hospitalisierungen zur Sanierung des Infekts nach der Humerusfraktur als traumatisierend dargestellt. Die von der Beschwerdeführerin im W. ___ als traumatisierend geschilderten Erlebnisse schwerer Vernachlässigung und Misshandlung durch das Pflegepersonal des Z. ___ hat die - bereits damals rechtskundig vertretene - Beschwerdeführerin zuvor allerdings gegenüber keinem anderen Arzt geklagt, insbesondere nicht gegenüber Prof. F. ___, welcher - unter anderem - die sorgfältige Erfüllung des Behandlungsauftrags durch das Z. ___ zu überprüfen hatte (vgl. Urk. 13/75 S. 26 f.). Auch dem Bericht des W. ___ sind keine Anhaltspunkte dafür zu entnehmen, dass das von der Beschwerdeführerin Geschilderte sich tatsächlich ereignet hätte. Damit fehlt es an einem realen Trauma als Ursache des dissoziativen Erlebens der Hospitalisationen im Z. ___ und ist die - weder durch den psychiatrischen Fachgutachter des Q. ___ noch durch die im Q. ___-Gutachten berücksichtigten psychiatrisch-fachärztlichen Vorakten (vgl. Urk. 3/4 S. 2 ff. und S. 13) bestätigte - Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung nicht nachvollziehbar.

E. 4.3

4.3.1 In orthopädisch-rheumatologischer Hinsicht besteht grundsätzliche Einigkeit aller Experten darüber, dass die Beschwerdeführerin auch mit der Implantation einer inversen Schulterprothese keine vollumfängliche schmerzfreie Funktionsfähigkeit der linken Schulter zurückerlangt hat. Unterschiedliche Auffassungen bestehen aber über das Ausmass der verbliebenen Einschränkungen und die Auswirkungen dieser Einschränkungen auf die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als kaufmännische Angestellte sowie das behinderungsangepasste Zumutbarkeitsprofil.

Während SUVA-Kreisarzt Dr. I. ___ und der rheumatologische Q. ___-Gutachter davon ausgehen, dass die Beschwerdeführerin die (nicht dominante) linke Hand kaum mehr einsetzen kann und daher als funktionell praktisch einarmig zu qualifizieren ist (Urk. 13/132 S. 4 f. und Urk. 3/4 S. 18), besteht nach Auffassung der Rehabilitationsspezialisten der L. ___ nur eine Einschränkung für wiederholte Arbeiten über Kopf und Hantieren mit langem Hebelarm (Urk. 13/148 S. 2 f.).

4.3.2 Die Beschwerdeführerin macht dazu unter Hinweis auf BGE 136 V 117 geltend, dass auf die Beurteilung der L. ___ von vornherein nicht abgestellt werden dürfe, da diese durch eine Verletzung ihres informellen Selbstbestimmungsrechts erlangt worden sei, welche darin bestehe, dass man sie vorgängig nicht über die während ihres

Rehabilitationsaufenthalts stattfindende Beurteilung informiert habe (Urk. 1 S. 7).

Die höchstrichterliche Aussagen, dass die versicherte Person und ihr Rechtsvertreter in dem BGE 136 V 117 zugrunde gelegenen Fall nicht mit einer eigentlichen Begutachtung während des Rehabilitationsaufenthalts rechnen mussten und die Anordnung der dortigen medizinischen Begutachtung, ohne der versicherten Person vorgängig Gelegenheit zur Stellungnahme zu gewähren, deshalb eine schwerwiegende Verletzung des rechtlichen Gehörs dargestellt habe, dürfen nicht dahingehend verallgemeinert und verkürzt werden, dass Beurteilungen behandelnder Ärzte nur dann zur Abklärung der Leistungspflicht verwendet werden k nnen, wenn die versicherten Person vorgängig der Behandlung Gelegenheit hatte, sich zu den gegebenenfalls später dem Sozialversicherer zukommenden Auskünften zu äussern.

Denn grundsätzlich sind Ärztinnen und Ärzte gemäss Art. 28 Abs. 3 ATSG zur Auskunftserteilung gegen ber den Sozialversicherungsträgern verpflichtet und muss als allgemein bekannt vorausgesetzt werden, dass es der ärztlichen Sorgfaltspflicht entspricht, vorgängig der Durchführung von Heilbehandlungen Befunde zu erheben und gestützt darauf Diagnosen zu stellen, welche eine Evaluation der erforderlichen therapeutischen Massnahmen erlauben. Wer eine Gesundheitsstörung ärztlich behandeln lässt, aufgrund derer er auch einen sozialversicherungsrechtlichen Leistungsanspruch geltend machen will, muss also von vornherein damit rechnen, dass die bei Durchführung des ärztlichen Behandlungsauftrags gewonnenen Erkenntnisse auch für die Abklärung des sozialversicherungsrechtlichen Leistungsanspruchs verwendet werden.

In besonderen Mass gilt dies für die von der obligatorischen Unfallversicherung als Naturalleistung angebotene stationäre Rehabilitation. Denn zielgerichtete Rehabilitationsmassnahmen setzen eine genaue Kenntnis der vorhandenen Ressourcen voraus und verlangen daher eine präzise Feststellung der funktionellen Leistungsfähigkeit. Dazu gehört auch die Abklärung allfälliger psychischer und sozialer Einflüsse auf die Arbeitsfähigkeit. Das Angebot an Rehabilitationsmassnahmen der stationären Einrichtungen ist im übrigen öffentlich bekannt (vgl. etwa www.rehabellikon.ch), und wer davon Gebrauch machen will, muss unvermeidlich die medizinischen Untersuchungen über sich ergehen lassen, welche zur Evaluation zweckmässiger therapeutischer Massnahmen erforderlich sind. Vom Gesetzgeber ausdrücklich vorgesehen und daher ebenso unvermeidlich ist, dass die dabei gewonnenen Informationen über die funktionelle Leistungsfähigkeit auch für die Festsetzung der Versicherungsleistungen verwendet werden.

Hiervon ausgehend kann die Rechtsprechung nach BGE 136 V 117 vern ftigerweise nur dort zur Anwendung kommen, wo die im Rahmen einer stationären Rehabilitation getätigten Abklärungen weit über das hinaus gehen, was für die Evaluation zweckmässiger Rehabilitationsmassnahmen erforderlich ist. Dies dürfte wohl auch vom Bundesgericht so gesehen werden (vgl. die diesbezüglichen Ausführungen im Urteil 8C_979/2010 vom 9. Mai 2011, E. 5 und E. 7.4).

4.3.3   Dr. I. ___s Beurteilung stammt vom 27. März 2008 (vgl. E. 3.5). Er stützte sie vor allem auf die damals vorgelegenen klinischen Befunde über eine trotz physiotherapeutischem Aufbaustraining links praktisch inexistenten Rotatorenmanschetten-Muskulatur, welche die in der klinischen Untersuchung gezeigte

Bewegungseinschränkung erkläre.

Die Rehabilitationsspezialisten der L. ___ stützten ihre mehr als ein Jahr später erfolgte Beurteilung vom 8. September 2009 (vgl. E. 3.7) auf ihre Beobachtung, dass die Beschwerdeführerin, wenn sie sich während des mehr als einmonatigen Rehabilitationsaufenthalts (vom 29. Juli bis zum 1. September 2009) unbeobachtet während, eine funktionierende aktive Beweglichkeit sowie in den physischen Leistungstests Selbstlimitierung und Inkonsistenz gezeigt habe.

Damit ist - ungeachtet der von der Beschwerdeführerin gerügten Unvollständigkeit der apparativen neurologischen Abklärungen Dr. M. ___s (vgl. Urk. 1 S. 8 f.) - die aktive Bewegungsfähigkeit des linken Arms im Rahmen des sich aus der Schulterproblematik ergebenden Zumutbarkeitsprofils (ganztägige Arbeitsfähigkeit als kaufmännische Sachbearbeiterin und für jede andere leichte Arbeit ohne wiederholte Arbeiten über Kopf und Hantieren mit langem Hebelarm) klinisch nachgewiesen und ein Rentenanspruchs mangels einer unfallbedingten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit abzuweisen.

E. 5.1

5.1.1 Hinsichtlich der strittigen Überentschädigungsberechnung ist zunächst unter Hinweis auf Erwägung 4.1 in tatsächlicher Hinsicht festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin im Zeitpunkt des Unfalles vom 5. Juli 2003 nicht nur seit eineinhalb Jahren arbeitslos (vgl. Urk. 13/29), sondern auch zufolge einer chronischen Alkohol- und Benzodiazepin-Abhängigkeitsstörung in ihrer Erwerbsfähigkeit eingeschränkt war. Diese vorbestandene unfallfremde Einschränkung der Erwerbsfähigkeit dauerte nicht nur über den Zeitpunkt hinaus an, ab welchem von weiteren medizinischen Behandlungen unfallbedingter Beeinträchtigungen des Gesundheitszustands keine namhafte Verbesserung mehr zu erwarten war (6 3 / 4 Jahre nach dem Unfall), sondern verschlimmerte sich im Verlaufe der Zeit dahingehend, dass im Zeitpunkt des Fallabschlusses nach Art. 19 Abs. 1 UVG wegen des vorbestandenen nicht versicherten Gesundheitsschadens gar keine Erwerbsfähigkeit mehr gegeben war.

In rechtlicher Hinsicht ist sodann festzuhalten, dass der mutmasslich entgangene Verdienst im Sinne von Art. 69 Abs. 2 ATSG dem Valideneinkommen entspricht (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2. Auflage, ZÄrich 2009, N 16 zu Art. 69). Weiter ist auf die Sonderregelung von Art. 28 Abs. 3 UVV hinzuweisen, gemäss der bei der Bestimmung des massgeblichen Valideneinkommens auf die im Unfallzeitpunkt durch die nicht versicherte Gesundheitsschädigung verminderte Leistungsfähigkeit abzustellen ist.

5.1.2 Bei ihrer Überentschädigungsberechnung vom 26. Januar 2011 (Urk. 9/2) ging die Beschwerdegegnerin davon aus, dass die Beschwerdeführerin ohne den Unfall trotz ihres nicht versicherten Gesundheitsschadens noch eine reduzierte Erwerbstätigkeit hätte ausüben können, mit welcher sie ein Einkommen in Höhe ihrer zuletzt bezogenen Arbeitslosenentschädigung hätte erzielen können (vgl. Urk. 21/2). Dementsprechend rechnete die Beschwerdegegnerin (vgl. Urk. 21/9/2) für die gesamte Dauer ihrer Taggeldzahlungen (5. Juli 2003 bis 31. März 2010) mit einem mutmasslichen Verdienstausschlag von zwischen rund Fr. 34'000.-- und rund Fr. 38'000.-- (hochgerechnet auf ein Jahr und teurerungs- bzw. lohnindexangepasst).

Dem hört die Beschwerdeführerin entgegen, aufgrund ihrer vor dem Eintritt der Arbeitslosigkeit erzielten Erwerbseinkommen müsse mit einem mutmasslichen Verdienstausschlag von mindestens Fr. 60'000.-- pro Jahr gerechnet werden, wobei bereits ein Verdienst von rund Fr. 55'000.--, welchen sie an ihrer letzten Arbeitsstelle erzielt habe, jegliche Verrechnung von Renten der Invalidenversicherung wegen  berentsch digung ausschliesse (Urk. 21/1 S. 12 ff.).

5.1.3   Die hypothetische Annahme, dass die Beschwerdeführerin ohne den Unfall vom 5. Juli 2003 - wenn überhaupt - durch Erwerbstätigkeit höchstens noch ein Einkommen in Höhe der Arbeitslosenentschädigung hätte erzielen k nnen, steht in Übereinstimmung mit der ärztlichen Beurteilung, gemäss welcher die Beschwerdeführerin im Zeitpunkt des Unfalls zufolge ihrer rezidivierenden Suchtproblematik bereits nicht mehr in der Lage war, eine dauerhafte vollschichtige qualifizierte kaufmännische Tätigkeit wie vor dem Eintritt der Arbeitslosigkeit auszuüben (vgl. E. 4.1). Soweit die Beschwerdeführerin aus dem Umstand, dass sie nach früheren Phasen der Arbeitslosigkeit immer wieder eine qualifizierte Dauerstelle gefunden hatte, ableiten will, dass dem ohne den Unfall überwiegend wahrscheinlich wiederum so gewesen wäre (Urk. 21/1 S. 11), verkennt sie den medizinischen Sachverhalt im Unfallzeitpunkt. Nicht die im Zeitpunkt des Unfalls bestandene Arbeitslosigkeit, sondern die vor dem Unfall eingetretene dauerhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zufolge der nicht versicherten Gesundheitsschädigung gehört zu den  sonst unveränderten Verh ltnissen  (vgl. Urteil des Bundesgerichts I 239/01 vom 5. Juni 2002 E. 2a), von denen bei der Ermittlung des Valideneinkommens auszugehen ist. Und diesbezüglich kann angesichts der wiederholten ärztlich bescheinigten Arbeitsunfähigkeiten aufgrund der schweren Suchtproblematik (mit einer Gesamtdauer von rund zehn Wochen seit Frühjahr 2002) effektiv nicht mehr mit überwiegender Wahrscheinlichkeit angenommen werden, dass die Beschwerdeführerin ohne den Unfall nach dem 5. Juli 2003 nochmals eine Dauerstelle mit einer weit über der Arbeitslosenentschädigung liegenden Entlöhnung hätte antreten k nnen.

5.1.4   Damit erweist sich die hypothetische Annahme der Beschwerdegegnerin bez glich des mutmasslich entgangenen Verdienstes im Sinne von Art. 69 Abs. 2 ATSG als korrekt und ist die Beschwerde vom 22. Juni 2011 gegen die Berechnung der  berentsch digung abzuweisen.

5.2     Soweit die Beschwerdeführerin sinngemäss eine höhere Integritätsentschädigung als die ihr mit der Verf gung vom 23. März 2010 auf der Basis einer Integritätseinbusse von 30 % zugesprochene verlangt (Urk. 1 S. 2), begr ndet sie dies damit, dass die unfallbedingten psychischen Beschwerden nicht ber cksichtigt worden seien (Urk. 1 S. 14). Aus den vorstehenden Erwägungen 4.1 und 4.2 ergibt sich jedoch, dass die Beschwerdeführerin an keinen auf einen bei der Beschwerdegegnerin versicherten Unfall zurückzuführenden psychischen Beschwerden leidet. Demzufolge ist die nur unter Berücksichtigung der Schulterproblematik festgesetzte Integritätsentschädigung (vgl. Urk. 13/132) rechens.

6.       Der Beschwerdeführerin ist antragsgemäss die unentgeltliche Verbeiständung zu gewähren, da die Voraussetzungen hierfür erfüllt sind. Dementsprechend ist Rechtsanwalt Christos Antoniadis, Z rich, als unentgeltlicher Rechtsvertreter für das vorliegende Verfahren zu bestellen.

Bezüglich des Aufwands in Zusammenhang mit der Beschwerde vom 4. Juni 2010 reichte er die Kostennote vom 16. Dezember 2010 zu den Akten (Urk. 18). Der damit belegte Aufwand von Fr. 3'058.85 (inkl. MWSt und Barauslagen) ist der Schwierigkeit des Prozesses und der Bedeutung der Streitsache angemessen. Unter Berücksichtigung des nicht belegten und daher vom Gericht nach Ermessen festzusetzenden Aufwands in Zusammenhang mit der Beschwerde vom 22. Juni 2011 rechtfertigt es sich, die Entschädigung auf Fr. 4'000.-- (inkl. MWSt und Barauslagen) zu erhöhen. Die Beschwerdeschrift vom 22. Juni 2011 besteht im Wesentlichen aus einer Über den Vorbringen zum Valideneinkommen in der Beschwerdeschrift vom 4. Juni 2010 (vgl. Urk. 1 S. 10) - ausführlicheren Darlegung der Erwerbsbiographie der Beschwerdeführerin, und das Studium der (überwiegend gleichen) Akten wurde in der Kostennote vom 16. Dezember 2010 bereits reichlich berücksichtigt.

Das Gericht beschliesst:

1. Der Prozess Nr. UV.2011.00194 in Sachen der Parteien wird mit dem vorliegenden Prozess Nr. UV.2010.178 vereinigt und als dadurch erledigt abgeschrieben.

2. Der Beschwerdeführerin wird Rechtsanwalt Christos Antoniadis, Zürich, als unentgeltlicher Rechtsvertreter für das vorliegende Verfahren bestellt.

Sodann erkennt das Gericht:

1. Die Beschwerden werden abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Der unentgeltliche Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin, Rechtsanwalt Christos Antoniadis, Zürich, wird mit Fr. 4'000.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Die Beschwerdeführerin wird auf § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Christos Antoniadis

- Rechtsanwalt Reto Bachmann

- Bundesamt für Gesundheit

sowie an:

- Gerichtskasse

5. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden

sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

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