

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00341 vom 10. Februar 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-02-10, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2010.00341

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00341 du 10 février 2012

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00341 del 10 febbraio 2012

Erwägungen

E. 1

1.1. Ist die versicherte Person infolge des Unfalles zu mindestens 10 Prozent invalid (Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG), so hat sie gemäss Art. 18 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) Anspruch auf eine Invalidenrente. 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).

1.2. Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

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

Gemäss Art. 25 Abs. 2 UVG regelt der Bundesrat die Bemessung der Entschädigung. Von dieser Befugnis hat er in Art. 36 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) Gebrauch gemacht. Abs. 1 dieser Vorschrift bestimmt, dass ein Integritätsschaden als dauernd gilt, wenn er voraussichtlich während des ganzen Lebens mindestens in gleichem Umfang besteht. Er ist erheblich, wenn die körperliche oder geistige Integrität, unabhängig von der Erwerbsfähigkeit, augenfällig oder stark beeinträchtigt wird. Gemäss Abs. 2 gelten für die Bemessung der Integritätsentschädigung die Richtlinien des Anhanges 3. Fallen mehrere körperliche oder geistige

Integritätsschäden aus einem oder mehreren Unfällen zusammen, so wird die Integritätsentschädigung nach der gesamten Beeinträchtigung festgesetzt (Abs. 3).

Die Bemessung der Integritätsentschädigung richtet sich laut Art. 25 Abs. 1 UVG nach der Schwere des Integritätsschadens. Diese beurteilt sich nach dem medizinischen Befund. Bei gleichem medizinischen Befund ist der Integritätsschaden für alle Versicherten gleich; er wird abstrakt und egalitär bemessen. Die Integritätsentschädigung der Unfallversicherung unterscheidet sich daher von der privatrechtlichen Genugtuung, mit welcher der immaterielle Nachteil individuell unter Würdigung der besonderen Umstände bemessen wird. Es lassen sich im Gegensatz zur Bemessung der Genugtuungssumme im Zivilrecht (vgl. BGE 112 II 131 E. 2) ähnliche Unfallfolgen miteinander vergleichen und auf medizinischer Grundlage allgemeine gültige Regeln zur Bemessung des Integritätsschadens aufstellen; spezielle Behinderungen der Betroffenen durch den Integritätsschaden bleiben dabei unberücksichtigt. Die Bemessung des Integritätsschadens hängt somit nicht von den besonderen Umständen des Einzelfalles ab; auch geht es bei ihr nicht um die Schätzung erlittener Unbill, sondern um die medizinisch-theoretische Ermittlung der Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Integrität, wobei subjektive Faktoren ausser Acht zu lassen sind (BGE 115 V 147 E. 1, 113 V 218 E. 4b mit Hinweisen; RKUV 2001 Nr. U 445 S. 555 ff.).

2. Ähnliche Fälle

2.1 Die Beschwerdegegnerin ging in der Verfügung vom 1. April 2010 (Urk. 12/201), davon aus, dass die Beschwerdeführerin - gemäss dem im Februar 2010 von den Ärzten der Gutachterstelle Y. ___ erstatteten Gutachten - in einer den Unfallfolgen angepassten Tätigkeit zu 75 % arbeitsfähig sei, wobei mit einer zusätzlichen Leistungseinbusse von 25 % zu rechnen sei, womit von einer Einschränkung von 50 % auszugehen sei (S. 2 unten), und nahm vom statistischen Tabellenlohn einen Abzug von 10 % vor (S. 3 oben), womit ein Invaliditätsgrad von 60 % resultierte (S. 3).

Im angefochtenen Entscheid (Urk. 2) ging sie davon aus, es sei, nicht - wie von der Beschwerdeführerin geltend gemacht - auf ein im Februar 2007 von Prof. Dr. med. Z. ___ erstattetes Gutachten abzustellen, sondern auf das Gutachten der Y. ___ (S. 5 f.). Bezüglich allfälliger Rückenschmerzen sei 6 Monate nach dem Treppensturz im November 2002 der Status quo sine erreicht gewesen (S. 6 f. Ziff. 2.3.4), und bei der Bemessung der Integritätsentschädigung sei ein Vorzustand angemessen in Abzug zu bringen (S. 7 f. Ziff. 2.5). Schliesslich wies sie darauf hin, dass sie zugunsten der Beschwerdeführerin die (zweite) Reduktion der Arbeitsfähigkeit um 25 % auf ein volles Pensum bezogen habe; bezogen auf eine Arbeitsfähigkeit von - nach der ersten Reduktion um 25 % - 75 % würde eigentlich eine Arbeitsfähigkeit nicht von 50 %, sondern von 56.25 % (75 % x 0.75) resultieren (S. 9).

2.2 Die Beschwerdeführerin stellte sich in ihrer Beschwerde (Urk. 1) auf den Standpunkt, es sei auf das Gutachten Z. ___ abzustellen, von dem sich aus dem früheren Verfahrensverlauf ergebe, dass es als Obergutachten eingeholt worden sei (S. 4 ff. Ziff. 6 ff.). Sodann nahm sie Bezug auf das Urteil vom 27. August 2007 im Fall Nr. IV.2005.00528, in welchem das hiesige Gericht einen Anspruch auf eine ganze Rente der Invalidenversicherung bestätigt hatte (S. 8 ff. Ziff. 20 ff.; vgl. Urk. 12/206 Beilage zu Beilage 3). Gegen das Y. ___-Gutachten wandte sie ein, es sei als Ganzes

unzulässig und unglücklich, da es auf nicht zu beachtenden Unterlagen beruhe; zudem sei es auch inhaltlich falsch (S. 19 Ziff. 60).

2.3 Strittig und zu präzisieren ist, wie es sich mit der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in leidensangepasster Tätigkeit und der Integritätseinbusse verhält, und auf welche medizinischen Beurteilungen diesbezüglich abzustellen ist.

Inwieweit der Umstand, dass den Y.-Gutachtern versehentlich einzelne medizinische Akten nicht zugestellt wurden (vgl. Urk. 2 S. 8 Ziff. 2.6), der Schlüssigkeit des Gutachtens - wie von der Beschwerdeführerin geltend gemacht - abträglich ist, ist eine Frage, die im Rahmen der Beweiswürdigung zu klären sein wird.

E. 3

3.1 Am 29. September 2001 rutschte die Beschwerdeführerin beim Autoreinigen auf nassem und rutschigem Boden aus (Urk. 12/0 Ziff. 4 und 6) und zog sich eine Kontusion der rechten Schulter zu, wie Dr. med. A., Spezialarzt FMH für Innere Medizin, in seinem Bericht über die am 1. Oktober 2001 erfolgte Konsultation ausführte (Urk. 14/M1 Ziff. 1 und 5).

In der Folge attestierte Dr. A. - bei verzögertem Verlauf - eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % ab 1. Oktober 2001 (Urk. 14/M1-M2) und überwies die Beschwerdeführerin in die Schultersprechstunde der B. Klinik (Urk. 14/M3).

3.2 Am 16. Januar 2002 berichteten Dr. med. C., Assistenzarzt Orthopädie, und Dr. med. D., Oberarzt Orthopädie, B. Klinik, über die am 16. Januar 2002 erfolgte Konsultation (Urk. 14/M4 = Urk. 13/M1).

Als Diagnose nannten sie eine Rotatorenmanschettenläsion degenerativer Art beidseits, rechts traumatisiert (S. 1 Mitte). Unter anderem gestützt auf ein am 30. Januar 2002 erstelltes Arthro-MRI der rechten Schulter (vgl. Urk. 14/M6) führten die Ärzte aus, die Beschwerdeführerin habe auf dem Boden von degenerativen Rotatorenmanschettenläsionen anlässlich eines Sturzes eine akute Distension der Supraspinatussehne erfahren. Diese sei nun auch symptomatisch. Auch auf der linken Seite bestehe eine chronische degenerative Supraspinatussehnenruptur, die jedoch asymptomatisch sei und offenbar einen intakten ventralen Zügel aufweise (S. 1 f.).

3.3 Am 25. April 2002 wurden eine offene Reinsertion der Supraspinatussehne, eine Acromioplastik und eine AC-Gelenksresektion durchgeführt (Urk. 14/M9-M10).

Anlässlich einer Kontrolle am 29. Mai 2002, 6 Wochen nach dem Eingriff, berichtete die Beschwerdeführerin über starke Schmerzen, wobei Dr. C. anmerkte, er sei nach wie vor überzeugt, dass diese vor allem durch die vorbestehende gelenkentzündliche Situation bedingt seien (Urk. 14/M11).

Anlässlich einer Kontrolle am 10. Juli 2002, 3 Monate nach dem Eingriff, berichtete Dr. C., eine schon vorher bestehende leichte retraktile Capsulitis habe sich nun postoperativ etwas akzentuiert. Seines Erachtens werde, sobald die Capsulitis etwas überwunden sei, die Schulter einen steilen Aufstieg erfahren (Urk. 14/M12).

Anlässlich einer Kontrolle am 4. September 2002, 5 Monate nach dem Eingriff, berichtete Dr. C., es gehe bezüglich Schmerzen und Beweglichkeit langsam besser. Es werde aber sicher noch bis Ende Jahr dauern, bis eine nachhaltige

Verbesserung erzielt sei. Als Raumpflegerin bleibe zur Zeit eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (Urk. 14/M13).

3.4 Am 6. November 2002 stürzte die Beschwerdeführerin auf einer Treppe, wobei sie sich mit der rechten Hand und der linken Schulter abstützte und sich eine Daumen-/Handgelenk-Kontusion mit Hämatom am rechten Unterschenkel sowie starke Schmerzen in der linken Schulter bei traumatisierter Rotatorenmanschettenruptur zuzog (Urk. 13/M2 Ziff. 1-2 und 5).

Am 15. Januar 2003 erfolgte eine weitere Verlaufskontrolle in der B. Klinik (Urk. 14/M15 = Urk. 13/M2a). Es wurde über eine im Vergleich zu den Voruntersuchungen konstante Besserung der (wohl rechten) Schulter berichtet (S. 1 Mitte). Bis zur nächsten Kontrolle am 8. April 2003 sollte die Rehabilitation der Schulter weiter fortgeschritten sei; bis dahin betrage die Arbeitsunfähigkeit weiterhin 100 % (S. 1 unten). Gegen im März geplante Ferien in E. sei nichts einzuwenden (S. 2 oben).

Die Untersuchung am 8. April 2003, knapp 1 Jahr nach dem Eingriff, ergab klinisch keine wesentliche Neuigkeit; es wurde die Operation der linken Schulter in Aussicht genommen (Urk. 14/M18).

3.5 Am 2. Mai 2003 erfolgte eine Schulterarthroskopie, offene Reinsertion der Supraspinatussehne, Acromioplastik und AC-Gelenksresektion links (Urk. 13/M8).

Vom 25. Juni bis 19. Juli 2003 weilte die Beschwerdeführerin stationär in der Klinik F., worüber am 21. Juli 2003 berichtet wurde (Urk. 14/M22 = Urk. 13/M10). Dabei wurden die folgenden Diagnosen gestellt (S. 1):

- Status nach Reinsertion der Supraspinatussehne links Mai 2003 bei Status nach traumatischer Ruptur
- Status nach Acromioplastik und AC-Gelenksresektion links Mai 2003
- globale Bewegungseinschränkung links
- Status nach Reinsertion der Supraspinatussehne rechts im April 2002 bei Status nach traumatischer Ruptur
- Status nach Acromioplastik und AC-Gelenksresektion
- myofasiales Schmerzsyndrom der Schultergürtelmuskulatur
- lumboradikuläres Reiz- und sensibles Ausfallsyndrom rechts S1 bei
- Spondylolyse L5 und Listhesis L5

Es wurde im angestammten Bereich eine Arbeitsfähigkeit von 0 % ab 25. Juni 2003 bis auf weiteres attestiert (S. 3).

Am 21. Juli 2003 fand in der B. Klinik eine weitere Verlaufskontrolle der Schultern statt (Urk. 14/M23 = Urk. 13/M11) und am 2. Oktober 2003 (Urk. 14/M24 = Urk. 13/M12) sowie 8. Oktober 2003 (Urk. 14/M25 = Urk. 13/M13) rheumatologische Konsultationen. Diesbezüglich wurde in einem Bericht vom 15. Dezember 2003 (Urk. 14/M26) eine seit Januar 2002 bestehende Arbeitsunfähigkeit von 100 % angegeben (Ziff. 4a). Die Wiederaufnahme der Arbeit im Reinigungsdienst sei noch nicht absehbar; eine manuell leichte Tätigkeit ohne Heben der Arme könnte theoretisch stundenweise aufgenommen werden (Ziff. 4b). Eine bleibende Einschränkung für

schulterbelastende Tätigkeiten sei anzunehmen (Ziff. 4c).

3.6 Am 20. August 2004 erstattete Dr. C. (seit November 2002 Oberarzt Orthopädie, B. Klinik; vgl. Urk. 14/M13a S. 2) ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdegegnerin (Urk. 14/M28 = Urk. 13/M16).

Darin nannte er folgende Diagnosen (S. 3 Ziff. 4):

- ausgeprägtes myofaszielles Schmerzsyndrom des Schultergürtels und des Rumpfes
- Status nach Rotatorenmanschettenruptur und Reinsertion der Sehne am 25. April 2002 (zu Ergänzungen: rechts)
- Status nach Rotatorenmanschettenruptur und Reinsertion am 2. Mai 2003 (zu Ergänzungen: links)
- suboccipitale Funktionsstörung (vgl. Urk. 14/M24-M25)
- Spondylolyse mit Listhese L5 mit lumbospondylogem Schmerzsyndrom L5 rechts

Dr. C. führte aus, die Befunde stünden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in einem natürlichen Kausalzusammenhang mit dem Unfall vom 29. September 2001. Vorher habe die Beschwerdeführerin nur über gelegentliche leichte Verspannungen im Nacken-/Schulterbereich berichtet, es seien keine krankhaften Zustände vor dem Unfall vorhanden gewesen, nach dem Unfall habe die Beschwerdeführerin myofaszielle Schmerzprobleme entwickelt, aufgrund der Schulterverletzung könnten diese als krankhafte Weiterentwicklung eines unfallbedingten Schadens angesehen werden. Dasselbe gelte auch für die linke Seite (S. 3 Ziff. 5).

3.7 Am 22. November 2004 erstattete Dr. med. G., Orthopädische Chirurgie FMH, ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdegegnerin (Urk. 14/M29).

Darin nannte er folgende Diagnosen (S. 6 Ziff. V):

- Ausrutscher auf nassem Boden mit
- Schulterkontusion rechts
- kompletter Ruptur der Supraspinatussehne rechts
- Status nach operativer Reinsertion
- Restbeschwerden, eingeschränkter Kraft und Beweglichkeit an der rechten Schulter
- Sturz von der Treppe mit
- Kontusion / Distorsion der linken Schulter
- Rotatorenmanschettenruptur Grad II nach Patte
- Status nach operativer Reinsertion
- verbleibenden Restbeschwerden mit eingeschränkter Kraft und Beweglichkeit in der linken Schulter

Unfallfremd bestanden ein myofaszielles Schmerzsyndrom und eine Spondylolyse L5 (S. 6 unten).

Dr. G. führte aus, seines Erachtens bestehe mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen

den beiden Unfällen und dem heutigen Befund. Aufgrund der Operationsberichte und des Verlaufes müsste aber postuliert werden, dass gewisse degenerative Veränderungen vorbestehend und zu etwa einem Drittel mitbeteiligt gewesen seien (S. 7 unten).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Für die Tätigkeit im Reinigungsdienst sei eine volle Arbeitsunfähigkeit gerechtfertigt. In einer den Unfallfolgen angepassten und zumutbaren Tätigkeit mit Bewegung der beiden oberen Extremitäten bis auf Lendenhöhe müsste seines Erachtens eine mindestens 75%ige Arbeitsfähigkeit postuliert werden (S. 7 f.).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die körperliche Integrität sei infolge des Unfalls von 2001 im Umfang von 10 % geschädigt, wobei der Vorzustand zu einem Drittel abzuziehen sei, womit 6.66 % resultierten (S. 14 Mitte). Gleiches gelte für den Unfall von 2002, so dass sich insgesamt eine Schädigung von 13.34 (richtig wohl: 13.33) % ergebe (S. 14 unten).

3.8 Ä Ä Ä Ä Am 19. Februar 2007 erstatteten Dr. med. H. ____, Assistenzarzt, und Prof. Dr. med. Z. ____, Ärztlicher Direktor, Orthopädie, Universitätsklinik J. ____, ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdeführerin (Urk. 14/M31 = Urk. 13/M17).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Gutachter stützten sich auf die ihnen überlassenen Akten (S. 2 ff.), die Angaben der Beschwerdeführerin (S. 6 ff.) und die von ihnen am 22. Februar (S. 10 ff.) sowie am 15. und 26. Mai 2006 erhobenen Befunde (S. 13).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Gutachter stellten folgende Diagnose (S. 15 f. Ziff. V):

- kleine Supraspinatussehnen-Läsion rechts bei
- Status nach offener Reinsertion der Supraspinatussehne, Akromioplastik, AC-Gelenksresektion rechts am 25. April 2002 wegen
- posttraumatischer Supraspinatussehnenruptur, AC-Arthropathie
- Status nach Sturz beim Autowaschen am 29. September 2001
- kleine Supraspinatussehnen-Läsion links bei
- Status nach offener Reinsertion der Supraspinatussehne, Akromioplastik, AC-Gelenksresektion rechts am 2. Mai 2003 wegen
- Supraspinatussehnenruptur links
- Sonographie am 16. Januar 2002: Supraspinatussehnenruptur mit Dehiszenz von 15 mm links
- Status nach Treppensturz auf rechte Hand und Gesäss und Festhalten mit der linken Hand am 6. November 2002
- isthmische lumbosakrale Spondylolyse L5/S1 beidseits mit Anterolisthese von 6 mm mit
- lumboradikulärem Schmerz- und sensiblem Ausfallsyndrom S1 und S2 rechts
- Zervikalgie rechts mit
- diskreter Diskusprotrusion C4/5 und C5/6 ohne Nervenwurzelkompression oder spinale Kompression

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Gutachter attestierten eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten mit der Begründung, die Beschwerdeführerin sei wegen der Schulterschmerzen stark eingeschränkt, da auch im

leichten körperlichen Segment (beispielsweise Überwachungsfunktion) keine realistischen Tätigkeiten bestanden, welche sie über einen Zeitraum von mehr als 30 Minuten ausüben könne (S. 16).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Theoretisch denkbar wäre eine 50%ige Tätigkeit ohne Belastung der oberen Extremitäten mit der Möglichkeit zum Wechsel zwischen sitzender und stehender Arbeit (S. 17 Ziff. 5.2). Dazu bemerkten die Gutachter, für eine konkrete berufliche Tätigkeit unter Berücksichtigung der persönlichen Fähigkeiten der Versicherten (Herkunft, Ausbildung, Sprache) - so die Formulierung der Ergänzungsfrage des damaligen Rechtsvertreters - sehen sie keine realistische Möglichkeit (S. 18 Ziff. 5.2.1). Als weitere Therapie schlugen sie eine arthroskopische Rotatorenmanschetten-Refixation vor; nach einer solchen Behandlung (inklusive Rekonvaleszenz) könne von einer Verbesserung der aktuellen Schulterfunktion links sowie rechts ausgegangen werden (S. 18 f. Ziff. 6.1).

3.9 Ä Ä Ä Ä Am 9. November 2007 nahmen Prof. Z.____ und ein Assistenzarzt die von ihm vorgeschlagene Operation (SAS links, Bizepstenotomie, Akromioplastik, Supraspinatussehnen-Reinsertion) vor (Urk. 14/M33).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Am 19. Dezember 2007 (Urk. 14/M35), am 30. Januar 2008 (Urk. 14/M36a) und am 28. April 2008 (Urk. 14/M37) erfolgten Verlaufskontrollen inklusive - am 28. April 2008 - eine neurologische und neurophysiologische Untersuchung (Urk. 14/M39).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Vom 19. bis 23. Mai 2008 weilte die Beschwerdeführerin zur stationären Physiotherapie in der Universitätsklinik J.____, worüber am 26. Mai 2008 berichtet wurde (Urk. 14/M36). Darin wurden folgende Diagnosen genannt (S. 1 f.):

- Schulter-/Armapraxie links, DD psychosomatischer Genese
- Status nach Schulterarthroskopie links, Bizepstenotomie, Akromioplastik, Supraspinatusreinsertion am 9. November 2007 bei Supraspinatussehnen-Ruptur links
- Status nach offener Reinsertion der Supraspinatussehne, Akromioplastik, AC-Gelenksresektion rechts am 2. Mai 2003
- Ausschluss einer peripheren Nervenläsion mittels elektrophysiologischer Untersuchung am 28. April 2008
- radiologischer Ausschluss einer Raumforderung im Plexus- und Lungenspitzenbereich mittels CT am 23. Mai 2008
- kleine, traumatische Supraspinatussehnen-Läsion rechts mit / bei
- Status nach offener Reinsertion der Supraspinatussehne, Akromioplastik, AC-Gelenksresektion rechts am 25. April 2002 nach Sturz beim Autowaschen am 29. September 2001
- isthmische lumbosakrale Spondylolyse L5/S1 beidseits mit Anterolisthese von 6 mm mit lumboradikulärem Schmerz- und sensiblem Ausfallsyndrom S1 und S2 rechts
- Zervikalgie rechts mit diskreter Diskusprotrusion C4/5 und C5/6 ohne Nervenwurzelkompression oder spinale Kompression

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aufgrund der fehlenden orthopädisch-physiotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten werde die Behandlung vorläufig abgeschlossen und eine weiterführende psychosomatische Abklärung vorgeschlagen (S. 2 Mitte).

3.10 Ä Ä Ä Am 23. Februar 2010 erstatteten Dr. med. K.____, Facharzt FMH Rheumatologie, physikalische Medizin und Rehabilitation, Dr. med. L.____, Facharzt FMH Chirurgie, Dr. med. M.____, Facharzt FMH Orthopädie, und Prof. Dr. med. N.____, Facharzt FMH Psychiatrie und Psychotherapie, Gutachterstelle Y____ Ä■Y.____Ä■, ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdegegnerin (Urk. 14/M43). Sie stützten sich auf die ihnen überlassenen Akten (S. 2 ff.; siehe dazu E. 4.2), die Angaben der Beschwerdeführerin (S. 21 ff.), und die von ihnen erhobenen Befunde (S. 33 ff.).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Gutachter stellten folgende Diagnosen (S. 48 Ziff. 4):

- chronische Rotatorenmanschettenläsion der rechten Schulter
- kleine Supraspinatusläsion rechts
- Bursitis subacromialis
- Status nach offener Reinsertion der Supraspinatussehne, Akromioplastik und AC-Gelenksresektion am 25. April 2002 wegen Sehnenruptur
- Status nach Sturz beim Autowaschen am 29. September 2001
- chronische Rotatorenmanschettenläsion und Kapselschrumpfung der linken Schulter
- weitgehender funktioneller Ausschluss der linken Schulter
- Inaktivitätsatrophie der Schultermuskulatur links
- Status nach Supraspinatussehnen-Reinsertion, Bicepstenotomie, Akromioplastik, subacromialer Bursektomie am 9. November 2007 wegen Supraspinatussehnen-Reruptur
- Status nach Reinsertion der Supraspinatussehne, Akromioplastik, AC-Gelenksresektion wegen Sehnenruptur am 2. Mai 2003
- Status nach Treppensturz mit Distorsion der linken Schulter am 6. November 2002
- chronisches intermittierendes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom rechts
- isthmische lumbosacrale Spondylolyse L5/S1 beidseits mit 6 mm Anterolisthesis von L5 über S1
- keine neuroradikulären Ausfälle objektivierbar
- chronisches Zervikovertebralsyndrom
- leichte degenerative Veränderungen an der HWS, vor allem C4/5 und C5/6
- keine Neurokompressionszeichen
- Struma nodosa

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In ihrer Beurteilung führten sie aus, die Problematik bezüglich Schmerzen und Funktionsverlust konzentrierte sich bei der linkshändigen Beschwerdeführerin weitgehend auf die linke Schulter (S. 43 oben). Diesbezüglich seien - näher umschriebene - leicht belastende handwerkliche Tätigkeiten zu mindestens 75 % zumutbar. In diesem Punkt würden sie eher der Beurteilung von Dr. G.____ und nicht den Ausführungen im Gutachten von Prof. Z.____ folgen, in welchem lediglich eine

Arbeitsfähigkeit von 50 % für Tätigkeiten ohne Belastung der oberen Extremitäten attestiert werde (S. 43 f.). Die Schulterfunktion habe sich allerdings seit dem Gutachten von Dr. G. (der eine Arbeitsfähigkeit von 85 % angenommen hatte) verschlechtert; die von Prof. Z. nach der von ihm vorgeschlagenen Operation erhoffte Funktionsverbesserung habe sich leider als Illusion herausgestellt. Am rechten Arm sei glücklicherweise auf eine Operation verzichtet worden, so dass hier eine einigermaßen erhaltene Schulterfunktion zu sehen sei; Arbeiten über Schulterhöhe seien aber auch rechts nicht zumutbar (S. 44 oben).

Zur Arbeitsfähigkeit wurde betreffend Heben und Tragen unter anderem eine Gewichtslimite von 5 kg beidseits (S. 51 Ziff. 7.1.1) angegeben. Betreffend Haltung/Beweglichkeit wurde ausgeführt, dass innerhalb der genannten Limiten Arbeiten bis Lendenhöhe, mit dem rechten Arm bis Brusthöhe, zumutbar seien (S. 51 f. Ziff. 7.1.2) beziehungsweise alle Tätigkeiten bis Lendenhöhe, die nicht nur stehend, sondern in Wechselbelastung sitzend / stehend / gehend ausgeführt werden könnten (S. 52 oben).

Als Reinigungsangestellte sei die Beschwerdeführerin zu 100 % und dauernd arbeitsunfähig. Es sei nicht zumutbar oder praktikabel, nur mit der ungeschickten adominanten Hand zu putzen, zudem gebe es etliche Tätigkeiten im Reinigungsdienst, bei denen beide Hände eingesetzt werden müssten, was wegen der deutlichen Schultereinschränkung links nicht realisierbar sei (S. 52 Ziff. 7.2).

In einer angepassten Verweistätigkeit sei die Beschwerdeführerin zu 75 % arbeitsfähig. Die Limitierung sei durch die nach längerer Tätigkeit bei doch eingeschränkter Schulterfunktion notwendige vermehrte Erholungs- / Regenerationszeit bedingt. Zusätzlich sei mit einer leistungsmässigen Einschränkung von 25 % zu rechnen, bedingt durch die stärkere Beeinträchtigung der dominanten Seite, wodurch etliche Tätigkeiten mit der adominanten ungeschickteren Seite ausgeführt werden müssten (S. 53 Ziff. 7.3).

Den Integritätsschaden bezifferten die Gutachter auf 15 % für die rechte und auf 25 % für die linke Schulter; auf beiden Seiten sei 1/3 als vorbestehend und somit unfallfremd in Abzug zu bringen (S. 56 Ziff. 9.2).

E. 4

4.1 Wie bereits im angefochtenen Entscheid eingeräumt wurde, wurden versehentlich einige medizinische Akten den Y.-Gutachtern nicht zugestellt (Urk. 2 S. 8 Ziff. 2.6). Es handelt sich dabei um einen hausärztlichen Kurzbericht (Urk. 13/M3), den die linke Schulter betreffenden Operationsbericht (Urk. 13/M8) und zwei Verlaufsberichte (Urk. 13/M2, Urk. 13/M6), alle aus den Jahren 2002/2003. Von Relevanz für die Ausführungen im Y.-Gutachten und die heute strittigen Belange sind sie allesamt nicht. Demzufolge stellt der Umstand, dass sie den Gutachtern nicht vorgelegen haben, keinen wesentlichen Mangel dar.

4.2 Die Beschwerdeführerin machte sodann geltend, es sei - aus näher dargelegten Gründen (Urk. 1 S. 17 f. Ziff. 52 ff.) - unzulässig gewesen, den Y.-Gutachtern das Gutachten von Dr. G. aus dem Jahr 2004 als Grundlage für ihre Begutachtung vorzulegen (Urk. 1 S. 18 Ziff. 58).

4.2 Dies ist abwegig. Selbstverständlich war die Beschwerdegegnerin verpflichtet, den Gutachtern alle Vorakten zur Verfügung zu stellen (woran die versehentliche, die Jahre 2002/2003 betreffende Lücke nichts ändert). Sodann hat sie das Gutachten von Dr. G. den Gutachtern keineswegs als Grundlage für ihre Begutachtung überlassen, sondern - wie allen anderen Akten auch - ohne eigene Qualifizierung. Umgekehrt haben auch - entgegen der beschwerdeweise erfolgten Unterstellung - die Y.-Gutachter das betreffende Gutachten nicht zur Grundlage ihrer Beurteilung gemacht, sondern primär ihre eigenen Erkenntnisse gewonnen und diese anschliessend zu den früheren Beurteilungen, darunter dem Gutachten von Dr. G., aber auch dem von Prof. Z., in Beziehung gesetzt.

4.3 Vergleicht man das von der Beschwerdeführerin favorisierte Gutachten von 2007 (Dr. H. und Prof. Z.; vorstehend E. 3.8) mit dem Gutachten aus dem Jahr 2010 (Y.; vorstehend E. 3.10), so ist bemerkenswert, dass das zweitgenannte hinsichtlich der beteiligten Disziplinen weit umfassender ausgefallen ist. Während 2007 lediglich zwei Orthopäden die Beurteilung vornahmen, erfolgte die Begutachtung 2010 durch einen Orthopäden, einen Chirurgen, einen Rheumatologen und einen Psychiater.

4.4 Weiter fällt ins Auge, dass sich die zur attestierten Arbeitsfähigkeit abgegebenen Begründungen deutlich unterscheiden. Im Gutachten von 2007 wurde in sehr pauschaler Art und Weise eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten postuliert, dies mit dem Hinweis auf das, was vom Arbeitsmarkt realistisch zu erwarten sei, und zudem - wie die Antwort auf eine Zusatzfrage des damaligen Rechtsvertreters deutlich werden liess - unter ausdrücklicher Berücksichtigung persönlicher Merkmale wie Herkunft, Alter und Sprache, also gerade der invaliditätsfremden Faktoren, die korrekterweise ausser Betracht bleiben müssen. Schliesslich steht die postulierte vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit auch im Widerspruch zur - allerdings wiederum ausgesprochen pauschalen - gleichzeitig gemachten Angabe, wonach eine wechselbelastende Tätigkeit ohne Belastung der oberen Extremitäten zu 50 % möglich sei.

4.5 Für die Belange der Invaliditätsbemessung (vorstehend E. 1.1) muss, soweit auf dieses Gutachten abgestellt werden soll, die darin attestierte Arbeitsfähigkeit von 50 % in leidensangepasster Tätigkeit der Ausgangspunkt für die Bestimmung des Invalideneinkommens sein.

4.5 Die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in leidensangepassten Tätigkeiten im Gutachten von 2010 ist demgegenüber ausgesprochen detailliert und differenziert vorgenommen und dementsprechend nachvollziehbar begründet worden.

4.6 Dies führt zum Schluss, dass die praxisgemässen Kriterien (vorstehend E. 1.2) durch das Gutachten von 2010 in weit höherem Grad erfüllt werden als durch jenes von 2007, weshalb ihm bei der Bestimmung des Invalideneinkommens das grössere Gewicht zukommt.

4.7 In diesem Sinne ist der für die Invaliditätsbemessung relevante medizinische Sachverhalt dahingehend erstellt, dass für (im Y.-Gutachten näher umschriebene) leidensangepasste Tätigkeiten eine Arbeitsfähigkeit von 75 % besteht, wobei zusätzlich eine Leistungsminderung von 25 % zu beachten ist.

4.6 Die Beschwerdegegnerin hat aus den im Y.-Gutachten umschriebenen Einschränkungen auf eine verbleibende Arbeitsfähigkeit von 50 % geschlossen. Dies ist eine Annahme zugunsten der Beschwerdeführerin, da richtig gerechnet eine leicht höhere Arbeitsfähigkeit von rund 56 % resultieren würde. Die Annahme einer Arbeitsfähigkeit von 50 % setzt eigentlich voraus, dass die attestierte Arbeitsfähigkeit von 75 % um eine Leistungsminderung von 33.33 % (statt 25 %) herabgesetzt wird.

Die von der Beschwerdegegnerin angenommene verbleibende Arbeitsfähigkeit von 50 % entspricht überdies dem, was dem Gutachten von 2007 hinsichtlich leidensangepasster Tätigkeit zu entnehmen ist (vorstehend E. 4.4).

Somit erweist sich die beschwerdeweise angehobene Kontroverse, auf welches Gutachten abzustellen sei, im Ergebnis als hinfällig.

4.7 Die Beschwerdegegnerin hat zur Bestimmung des Invalideneinkommens, ausgehend von der genannten Arbeitsfähigkeit, auf die Tabellenlöhne der Lohnstrukturerhebung (LSE) abgestellt und davon einen zusätzlichen Abzug von 10 % vorgenommen, womit ein Invaliditätsgrad von 60 % resultierte.

Dass zusätzlich ein Abzug berücksichtigt wurde, erscheint angesichts der bereits faktisch im Umfang von rund 33 % (statt 25 %) veranschlagten Leistungsminderung als durchaus grosszügig. Es besteht jedoch keine Veranlassung, dies zu korrigieren, da sich die Beschwerdegegnerin damit noch immer im Bereich der pflichtgemässen Ermessensbetätigung bewegt hat.

4.8 Zusammenfassend erweist sich der von der Beschwerdegegnerin ermittelte Invaliditätsgrad von 60 % insofern als zutreffend, als vertretbarerweise auch so hätte gerechnet werden können, dass ein tieferer - jedoch kein höherer - Invaliditätsgrad resultiert hätte.

Somit ist die zugesprochene Rente nicht zu beanstanden.

4.9 Die Integritätsseinbusse wurde gutachterlich auf 40 % geschätzt, vermindert um 1/3 wegen eines unfallfremden Vorzustandes.

Die Beschwerdeführerin hat zwar beantragt, die Integritätsseinbusse sei ungekehrt zu entschädigen. Sie hat dies jedoch nicht näher begründet, und es finden sich auch keine diesbezüglichen - bei dieser Thematik abschliessend ausschlaggebenden (vgl. vorstehend E. 1.3) - ärztlichen Beurteilungen bei den Akten.

Somit hat es mit der zugesprochenen Integritätsentschädigung sein Bewenden, der angefochtene Entscheid ist auch in diesem Punkt zu bestätigen und die Beschwerde dementsprechend vollumfänglich abzuweisen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Verfahren ist kostenlos.
3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Dr. Rolf Thöni

- Försprecher Martin Bärtle

- Bundesamt für Gesundheit

4. Gegen diese Entscheidung 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.