

bereits 02/2000 dokumentiert, habe nach Physiotherapie gebessert und sei erst etwa ein halbes Jahr nach dem Unfall zunehmend aufgetreten. Es sei klinisch durch die beschriebenen Funktionsstörungen und muskulösen Befunde der Art und Lokalisation nach erklärbar, aber ohne relevante Einschränkungen in der ehemaligen oder in einer adaptierten Tätigkeit. Die Schulterbeschwerden rechts seien akutenmäßig zum Teil schon vorbestehend, nicht aber unmittelbar unfallbedingt beschrieben und hätten in den letzten Monaten zugenommen (S. 47).

??????? Klinisch bestehe eine deutliche Funktionseinschränkung vor allem als Ausdruck einer muskulösen Dysbalance mit möglicher intermittierender Impingementsymptomatik. Für Tätigkeiten seien hier aus rheumatologischer Sicht qualitative Einschränkungen für häufige Überkopfarbeiten und/oder repetitive Kraftanstrengungen rotatorischer oder elevatorischer Art anzugeben. Ein klinisch nachweisbarer und subjektiv kaum störender Befund seien eine Einschränkung der Hüftrotation beidseits, radiologisch Coxa vera beidseits mit beginnender Verschmälerung des Hüftgelenkspaltes im craniolateralen Anteil links, anamnestisch sei eine eigentliche Impingementsymptomatik nicht zu eruieren. Diesbezüglich bestehe keine Einschränkung betreffend Arbeitsfähigkeit (S. 48).

3.7.3?? Die neurologische Untersuchung ergab keinen sicheren oder wahrscheinlichen Anhalt für eine behindernde Läsion am zentralen oder peripheren Nervensystem. Dauerhaft erlittene Nervenläsionen oder eine dauerhafte spinale Instabilität als Folge der Fraktur des 1. Lendenwirbelkörpers seien weder klinisch noch bildmorphologisch belegt. Angesichts dieses blanden Defektbefundes könne also allenfalls von einer qualitativ eingeschränkten Arbeitsfähigkeit für schwere körperliche Tätigkeiten ausgegangen werden. Für Tätigkeiten mit mittelschwerer und leichter körperlicher Belastung, vor allem für Tätigkeiten ohne dauernde Zwangshaltungen der Lendenwirbelsäule, also Tätigkeiten mit Wechselbelastung in gehender, stehender und sitzender Position bestehe aus neurologischer Sicht keine sichere oder wahrscheinliche Einschränkung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 48).

3.7.4?? Bei der psychiatrischen Exploration sei die Schmerzschilderung sehr diffus, ebenso sei kein Leidensdruck bezüglich der Schmerzen spürbar, die Schmerzen stünden auch nicht im Hauptfokus der Aufmerksamkeit der Beschwerdeführerin. Sie gebe die Schmerzen nur auf konkrete Nachfrage an und könne sich sehr schnell wieder von der Schmerzsymptomatik gedanklich lösen. Es komme während des ganzen Gesprächs auch zu keinen spontanen schmerzinduzierten Positionsveränderungen. Auch im Alltag sei die Beschwerdeführerin bezüglich der Schmerzen nicht stark limitiert, sie könne mit Ausnahme von schweren Haushaltstätigkeiten wie Vorhänge aufhängen oder schwere Einkäufe machen, den Haushalt selbst versorgen. Sie überlege sich auch, zum Sohn zu gehen und sich dort um die Kinder und den Haushalt zu kümmern. Es lasse sich im Untersuchungsgespräch auch kein innerseelischer Konflikt oder eine psychosoziale Belastungssituation erkennen, die schwer genug wäre, um eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung zu bedingen. Es zeige sich aber eine leichte depressive Symptomatik mit einer leichten Depressivität, einer Ratlosigkeit und einer Unsicherheit. Diese depressive Symptomatik sei dennoch nicht ausreichend, um eine depressive Störung von Krankheitswert zu diagnostizieren (S. 48/49).

3.7.5?? Zusammenfassend und unter Berücksichtigung aller Gegebenheiten und Befunde sei die Beschwerdeführerin aus rheumatologischer Sicht aufgrund ihrer persistierender lumbaler Rückenschmerzen nach LWK1-Berstungsfraktur für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit in der Alterspflege nicht mehr arbeitsfähig, dies unter Berücksichtigung körperlich schwerer Arbeiten in zum Teil nicht ergonomischer Rückenhaltung. Ferner bestehe eine

unfallfremde, deutliche Funktionseinschränkung der rechten Schulter, vor allem als Ausdruck einer muskulösen Dysbalance mit möglicher intermittierender Impingementsymptomatik. Für Tätigkeiten seien hier aus rheumaorthopädischer Sicht qualitative Einschränkungen für häufige Werkopfarbeiten und/oder repetitive Kraftanstrengungen rotatorischer oder elevatorischer Art anzugeben. Ansonsten liessen sich weder aus internistischer, neurologischer oder psychiatrischer Sicht Diagnosen stellen, welche die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin für leichte bis intermittierend mittelschwere Verweistätigkeiten einschränken könnten. Das aktuell ermittelte Belastbarkeitsprofil gelte seit Abschluss der Rehabilitationsbehandlung in der A. ___ Ende Januar 2009 (S. 49). Rein unfallbedingt sei lediglich das thorakolumbovertebrale Schmerzsyndrom anzusehen bei Status nach dorsaler Stabilisierung Th12 bis L2 einer Berstungsfraktur LWK 1 (S. 51).

3.8.??? Laut Bericht des B. ___ vom 23. November 2011 (Urk. 10/7) an den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin äusseren sich als arbeitsbezogene Problematik vor allem das Schonungs- und Schmerzverhalten der Beschwerdeführerin. Diese lasse sich submaximal belasten, könne sich aber schmerzbedingt nicht aus ihrer gewohnten Schonhaltung steigern. Die Beobachtungen bei den Tests wiesen auf eine deutliche Selbstlimitierung hin. Die Konsistenz bei den Tests sei ungenügend gewesen. Die theoretisch erreichbaren Belastbarkeitswerte - auch unter Extrapolation der Selbstlimitierung und Mitberücksichtigung der vor zwei Jahren durchgeführten EFL ohne Selbstlimitierung - reichten nicht zur Ausübung der angestammten Tätigkeit aus. Die Belastbarkeit liege mindestens im Bereich einer leichten bis mittelschweren Arbeit in Wechselpositionen, ganztags mit vermehrten Pausen und gegebenenfalls Leistungsminderung, welche ärztlich medizinisch zu quantifizieren sei.

E. 2.4

2.4.1.?? Für die Beurteilung des Gesundheitszustandes und der rechtlichen Folgen sind Versicherungsträger und Gerichte auf Angaben ärztlicher Expertinnen und Experten angewiesen. Diese Angaben bilden die ausschlaggebenden Beweismittel. Nach dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an formliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu wurdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten.

2.4.2.?? 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).

3.????? Der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin stellt sich folgendermassen dar:

3.1.???? Laut Zusammenfassung der Krankengeschichte des Z. ___, Chirurgische Klinik, vom 11. Dezember 2008 über die Hospitalisation vom 23. November bis 10. Dezember 2008 (Urk. 15/3.3) erlitt die Beschwerdeführerin eine Berstungsfraktur LWK1 mit

Hinterkantenbeteiligung. Am 25. November 2008 erfolgte eine dorsale Stabilisierung mit Universal Spine System von Th 12 bis L2 (5 mm-Schanzschrauben), Querstrebe. Die Beschwerdeführerin habe seit dem Unfall starke Schmerzen im Flankenbereich beidseits. Ein Kopfanprall sei nicht erfolgt, das Bewusstsein habe sie nicht verloren. Der peri- und postoperative Verlauf habe sich komplikationslos gezeigt. Die postoperative radiologische Kontrolle habe regelrechte Stellungsverhältnisse nach Osteosynthese gezeigt. Die Beschwerdeführerin habe weder prä- noch postoperativ neurologische Ausfallerscheinungen gezeigt und habe unter physiotherapeutischer Anleitung unter Vollbelastung problemlos mobilisiert werden können.

3.2???? Im Austrittsbericht der A.____ vom 29. Januar 2009 (Urk. 15/3.7) wurden als aktuelle Probleme (1) ein lumbospondylogenes Schmerzsyndrom links, (2) ein Taubheitsgefühl der linken Hüfte und im Bereich der linken Leiste sowie (3) eine leichte allgemeine Dekonditionierung genannt. Unter den angeordneten therapeutischen Massnahmen sei es im weiteren Verlauf zu einer Regredienz der Schmerzproblematik gekommen, wobei die Beschwerdeführerin bei Klinikaustritt weiterhin auf eine analgetische Behandlung angewiesen gewesen sei. Die Belastbarkeit des thorakolumbalen Überganges sowie die Gesamtbelastbarkeit hätten sich verbessert. Der konventionell-radiologische Befund des BWS-/LWS-Übergangs ap/lat. anlässlich der ambulanten Nachkontrolle habe im Vergleich zur Voruntersuchung vom 28. November 2008 eine unveränderte Lage des Osteosynthesematerials ohne Hinweise für Lockerungszeichen gezeigt. Bei Klinikaustritt habe die Beschwerdeführerin zusätzlich über ein Unsicherheitsgefühl im linken Bein geklagt. Klinisch sei die Beinkraft in der Standbeinphase weniger als im Einbeinstand diskret vermindert, was am ehesten als schmerzbedingt zu beurteilen sei. Die aktuelle Tätigkeit als Pflegefachfrau sei der Beschwerdeführerin nicht zumutbar, die ärztlich attestierte Arbeitsunfähigkeit betrage ab 21. Januar 2009 (Klinikaustritt) 100 %.

3.3???? Im Bericht des B.____ vom 1. Juli 2009 (Urk. 15/4.3) wurde die Situation nach der am 18. und 19. Juni 2009 durchgeführten Funktionsorientierten Medizinischen Abklärung (FOMA) folgendermassen beschrieben: Klinisch stünden vor allem eine muskuläre Dysbalance, eine verminderte muskuläre Stabilisationsfähigkeit der LWS und eine Dekonditionierung im Vordergrund. Aufgrund der Anamnese sei auch eine intermittierende radikuläre Reizsymptomatik L5 links möglich (ausstrahlende Schmerzen bis zur linken Grosszehe, intermittierende Wadenkrämpfe), welche jedoch anlässlich der Untersuchung nicht reproduzierbar gewesen seien. Es hätten keine Hinweise auf sensomotorische Ausfälle bestanden. Radiologisch zeige sich eine achsengerechte Stellung des operierten Segmentes ohne Hinweise auf ein Osteosynthesematerialversagen. Der betroffene LWK1 sei ventral jedoch etwas eingesintert. Weiterhin leide die Beschwerdeführerin unter einem chronischen Zervikovertebralsyndrom bei degenerativen HWS-Veränderungen mit Unkarthrosen und Chondrosen, mit multisegmental ossär bedingten Foraminalstenosen beidseits rechtsbetont. Des Weiteren bestehe eine Periarthropathia humeroscapularis rechts mit intermittierender Impingementsymptomatik. Diesbezüglich liege keine aktuelle Bildgebung vor.

???????? Das arbeitsbezogene Problem liege in einer Funktionsstörung der Lendenwirbelsäule mit ungenügender Stabilisierungsfähigkeit und Bewegungseinschränkung, vor allem in den Drehbewegungen. Es bestehe eine allgemeine Dekonditionierung mit Kraftmangel im Rumpf, in den Beinen und den Armen. Zudem sei die Beweglichkeit der rechten Schulter eingeschränkt mit deutlich verminderter Belastbarkeit des rechten Armes. Die funktionelle Belastbarkeit sei aktuell nur minimal,

eine verwertbare Arbeitsleistung bestehe aktuell nicht.

3.4.1.1 Vom 17. bis 28. August 2009 war die Beschwerdeführerin mit den Diagnosen (1) eines lumbospondylogenen Schmerzsyndroms linksbetont bei Berstungsfraktur LWK 1 mit Hinterkantenbeteiligung und dorsaler Stabilisierung, (2) eines Zervikobrachialsyndroms rechts und (3) einer Dyslipidämie in der C.____ hospitalisiert. Laut Austrittsbericht vom 2. September 2009 (Urk. 15/3.13) klagte die Beschwerdeführerin bei Eintritt über starke lumbale Schmerzen mit Ausstrahlung in beide Beine. Aufgrund dieser Beschwerden sei sie nur für maximal eine Stunde gehfähig gewesen. Zudem habe sie über Schmerzen im Nacken mit Ausstrahlung in den rechten Arm geklagt. In der klinischen Untersuchung habe sich kein neurologisches Defizit gefunden. Auch Hinweise für eine Fibromyalgie seien nicht vorhanden gewesen. Die neurologische Beurteilung inklusive der elektrophysiologischen Abklärungen der Medianusnerven beidseits, ulnaris rechts und radialis links, die aufgrund der angegebenen Sensibilitätsstörungen der Hände durchgeführt worden seien, seien ohne relevanten pathologischen Befund. Trotz intensiven therapeutischen Massnahmen habe nur eine geringe Verbesserung des Beschwerdebildes erreicht werden können.

3.5

3.5.1.1 Nachdem die Beschwerdeführerin vom 19. bis 31. Oktober 2009 in der Klinik für Rheumatologie und Rehabilitation im Z.____ behandelt worden war, berichteten deren Ärzte am 9. November 2009 (Urk. 15/3.21), bei Befundaufnahme stünden tieflumbale, bandförmig ausstrahlende Schmerzen im Vordergrund, die von der Beschwerdeführerin als messerstichartig beschrieben würden und rezidivierend auftraten. Diese würden als belastungsabhängig, insbesondere durch Gehen und Tragen von schweren Lasten verstärkt. Bezüglich Funktionen bei Austritt sei eine Einschränkung beim Heben von schweren Lasten und Arbeiten mit den Armen oberhalb der Schulterhöhe vorhanden, ebenso bezüglich lumbalaktiven Bewegungen. Bei der zunehmenden Chronifizierung und ungünstigen Kontextfaktoren müssten im weiteren Verlauf eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit und Abklärung bezüglich einer Umschulung erfolgen. Als Pflegefachfrau bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit dem Unfall. Nach der Hospitalisation sollte ein Wiedereinstieg für eine leichte, wechselbelastende Tätigkeit möglich sein, nach Rekonditionierung und unter konsequenter Haltungsgymnastik auch für mittelschwere Tätigkeit.

3.5.2.1 Mit Bericht vom 29. Dezember 2009 (Urk. 15/3.23) präzisierten die Ärzte des Z.____ ihre Angaben dahingehend, als sie darlegten, aus rein rheumatologischer Sicht bestehe grundsätzlich die Möglichkeit einer 100%igen Wiedereingliederung in eine leichte wechselbelastende Tätigkeit. Für die Beurteilung, ob eine 100%ige Arbeitstätigkeit auch aus psychiatrischer Sicht möglich sei, bedürfe es eines psychiatrischen Gutachtens, welches die Fortschritte im Bereich Schmerz copingstrategie evaluiere.

3.5.2.2 Aus rein rheumatologischer Sicht sprechen nach konsequenter Haltungsgymnastik und Rekonditionierung und möglicher erreichter Schmerzfreiheit keine medizinischen Gründe gegen eine mittelfristige Wiederaufnahme der angestammten Tätigkeit als Krankenschwester.

3.6.1.1 Am 3. Februar 2010 wurde das Osteosynthesematerial entfernt. Laut Kurzbericht der Chirurgischen Klinik des Z.____ (Urk. 15/3.25) hat sich der postoperative Verlauf komplikationslos gestaltet. Nach problemloser Mobilisation habe die Beschwerdeführerin am 6. Februar 2010 beschwerdearm entlassen werden können.

3.7

3.7.1?? Im D.____-Gutachten vom 30. Juli 2010 wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsf?higkeit gestellt (Urk. 15/4.29 S. 42):

???????? Unfallkausal

? 1.? Persistierendes Thorakolumbovertebralsyndrom mit/bei:

? -?? Status nach Berstungsfraktur von LWK 1 nach Autoselbstunfall am 23.11.2008

? -?? Status nach dorsaler Stabilisierung Th12 bis L2 am 25.11.2008

? -?? Status nach Entfernung des Osteosynthesematerials am 03.02.2010

? -?? sekund?rer Fehlhaltung am thorakolumbalen ?bergang

? -?? reaktiven Tendomyosen

? -?? radiologisch stabilem Keilwirbel LWK 1

? Unfallfremd

? 2.? Periarthropathia humeroscapularis tendomyotica rechts mit/bei:

? -?? intermittierend leichtem Impingementsyndrom

? -?? m?ssiger muskul?rer Dysbalance

? -?? radiologisch unauff?lligen oss?ren Strukturen?.

???????? Ohne Einfluss auf die Arbeitsf?higkeit nannten die Gutachter folgende Diagnosen:

????? 3. Zahnsch?den am Oberkiefer mit schmerzhaftem Kieferk?pfchen links (DD: craniomandibul?re Dysfunktion)

? 4.? Cervicospondylogenes Syndrom vorbestehend seit 1998, mit/bei

? -?? segmentalen Funktionsst?rungen craniocervikaler ?bergang

? -?? reaktiven Tendomyosen

? -?? radiologisch geringen degenerativen Ver?nderungen mittelcervikal, weitgehend station?r seit 2005

? 5.? Funktionelle Einschr?nkung der H?ftrotation beidseits mit/bei:

? -?? Coxa vera beidseits

? -?? beginnender lateraler Coxarthrose links m?glich

? 6.? Adipositas Grad I nach WHO mit/bei:

? -?? Body Mass Index von 30.5 kg/m

E. 4

4.1???? Auch wenn das D.____ in dem von der Beschwerdef?hrerin ins Feld gef?hrten BGE 137 V 210, in welchem sich das Bundesgericht einl?sslich ?ber die Art und Weise der Anordnung einer Begutachtung ?usserte, involviert war (Urk. 1 S. 4 Ziff. 6), l?sst sich aus diesem Umstand allein nicht auf Voreingenommenheit schliessen. Denn ein Ausstandsgrund ist nicht schon deswegen gegeben, weil nach Ansicht der Beschwerdef?hrerin Begutachtungen im D.____ in aller Regel f?r Versicherungen das

gewünschte Resultat bringen sollen, sondern erst bei persönlicher Befangenheit involvierter Ärztinnen und Ärzte (BGE 137 V 210 E. 1.3.3 S. 226 f. mit Hinweisen). Solche Befangenheitsgründe bringt die Beschwerdeführerin nicht vor; sie können insbesondere nicht einzelnen Passagen der Teilgutachten entnommen werden. Das Gutachten kann aber auch nicht schon deswegen als beweisuntauglich gelten, weil der Neurologe im Gutachten fälschlicherweise als Chefarzt einer Klinik bezeichnet worden ist. Die Bezeichnung Chefarzt bezieht sich auf die leitende Stelle innerhalb einer Einrichtung, die ein Arzt innehat. Wenn der Neurologe innerhalb seiner Einrichtung keine leitende Stelle innehat, deutet dies nicht darauf hin, dass ihm die Befähigung zur Begutachtung fehlt, hat er doch immerhin den Titel eines Professors erlangt, welcher nur unter Erfüllung fachlicher Voraussetzungen verliehen wird. Was den Inhalt des Gutachtens an sich betrifft, ist dieser im Rahmen der Beweiswürdigung zu behandeln.

4.2.1.1

4.2.1.1 Die Beschwerdeführerin macht geltend, es treffe zwar zu, dass es sich bei den Schulter- und Halswirbelsäulenbeschwerden um Vorzustände handle, die gelegentlich zu Beschwerden geführt hätten. Es sei aber ebenfalls dokumentiert, dass diese früher mit therapeutischen Massnahmen innert kürzester Zeit hätten zum Verschwinden gebracht werden können. Es fehle die Auseinandersetzung mit einer möglichen richtunggebenden Verschlechterung des Vorzustandes.

Den medizinischen Akten ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin unmittelbar nach dem Unfall weder über Schmerzen im Bereich der Schulter noch im Bereich der Halswirbelsäule klagte. So kann der Zusammenfassung der Krankengeschichte des Z.____, Chirurgische Klinik (E. 3.1), entnommen werden, dass die Beschwerdeführerin seit dem Unfall starke Schmerzen im Flankenbereich beidseits hatte. Im Austrittsbericht der A.____ vom 29. Januar 2009 (E. 3.2) wurden keine Schmerzen im Bereich der Schulter und der Halswirbelsäule erwähnt. Aus dem Bericht des B.____ vom 1. Juli 2009 (E. 3.3) geht hervor, dass im Sommer 2009 klinisch vor allem eine muskuläre Dysbalance und eine verminderte muskuläre Stabilisationsfähigkeit der Lendenwirbelsäule und eine Dekonditionierung im Vordergrund standen. Als arbeitsbezogenes Problem wurde denn auch eine Funktionsstörung der Lendenwirbelsäule mit ungenügender Stabilisationsfähigkeit genannt. Lediglich anamnestisch wurde über ein chronisches Zervikovertebralsyndrom und eine Periarthropathia rechts berichtet.

Wenn im Bericht des B.____ vom 23. November 2009 (E. 3.8) ein vorbestehendes thorakospondylogenes Syndrom und eine Periarthropathia tendinopathica partim ancylosans rechts als nach dem Unfallereignis aufgetretene Diagnosen mit vorübergehender Verschlechterung aufgeführt werden, kann aus der Formulierung „nach dem Unfallereignis aufgetreten“ nicht gefolgert werden, dass die Verschlimmerung auf dem Unfall gründet, zeigte doch die Röntgenaufnahme der Halswirbelsäule vom 5. September 2009 gegenüber den Voraufnahmen von 2005 eine Zunahme der degenerativen Veränderungen. Indessen kann aus der Bezeichnung „vorübergehend“ geschlossen werden, dass eine richtunggebende Verschlechterung nicht vorliegt.

4.2.2 Was die Arbeitsfähigkeit in behinderungsangepasster Tätigkeit betrifft, gehen die D.____-Gutachter davon aus, dass die Beschwerdeführerin aufgrund der Unfallfolgen in einer leichten bis mittelschweren Tätigkeit vollständig arbeitsfähig ist. Dagegen wendet die Beschwerdeführerin ein, das B.____ gehe von einer Einschränkung von 25 % aus.

??????? Die Gutachter des B.____ (E. 3.8) attestierten der Beschwerdeführerin rein aufgrund der Unfalldiagnosen eine ganzzügige Arbeitsfähigkeit in angepasster leichter bis knapp mittelschwerer Tätigkeit mit Möglichkeit zur Wechsellagerung und vermehrten Pausen von insgesamt zwei Stunden, respektive eine 75%ige Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit. Die Diskussion, weshalb die B.____-Gutachter die Arbeitsfähigkeit geringer einschätzen als die D.____-Gutachter, beschränkt sich darauf, dass die D.____-Gutachter eine vermehrte Entlastung durch Einhalten von einer Stunde Mittagszeit betont hätten, was beim Grad der Arbeitsfähigkeit berücksichtigt werden müsste. Dem ist entgegenzuhalten, dass die D.____-Gutachter lediglich darauf hingewiesen haben, dass auf eine adäquate Mittagspause von etwa einer Stunde zu achten sei, falls vereinzelt ungünstige Belastungen auftreten. Grundsätzlich gehen die D.____-Gutachter aber davon aus, dass in einer adaptierten Tätigkeit eine vollständige Arbeitsfähigkeit gegeben ist. Aufgrund welcher Befunde die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin auch in einer angepassten Tätigkeit eingeschränkt sein soll, wird im Bericht des B.____ nicht dargelegt. Wenn als arbeitsbezogene Problematik vor allem das Schonungs- und Schmerzverhalten der Beschwerdeführerin genannt werden, deutet dies darauf hin, dass bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit das subjektive Empfinden der Beschwerdeführerin mitbestimmend war. Insgesamt vermag daher das Gutachten des B.____ die durch die Gutachter des D.____ attestierte Arbeitsfähigkeit nicht in Zweifel zu ziehen. Im übrigen wurde auch von den Rheumatologen des Z.____ (E. 3.5) eine vollständige Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit attestiert.

4.2.3?? Die D.____-Gutachter (E. 3.6) stellten sich auf den Standpunkt, dass die Beschwerdeführerin aufgrund der Unfallfolgen seit dem Abschluss der Rehabilitationsbehandlung in der A.____ Ende Januar (vgl. E. 3.2) für leichte bis intermittierend mittelschwere Verweigerungstätigkeiten uneingeschränkt einsatzfähig sei. Dagegen wendet die Beschwerdeführerin ein, in der A.____ habe nur das Hauptziel Wohnen zu Hause teilselbstständig mit Hilfsperson intern erreicht werden können und dementsprechend sei auch eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert worden. Auch nach der Testung im B.____ (vgl. E. 3.3) sei festgestellt worden, dass keine verwertbare Arbeitsleistung in einer angepassten Tätigkeit vorliege.

??????? Dem Austrittsbericht der A.____ (E.3.2) kann entnommen werden, dass die Beschwerdeführerin bei Klinikaustritt in den alltäglichen und auch erweiterten Aktivitäten selbstständig war, womit sie mehr als das Rehaziel erreicht hatte. Gegenüber dem Schadeninspektor der Beschwerdegegnerin gab die Beschwerdeführerin im April 2009 denn auch an, sie mache den Haushalt selbstständig, ihr Ehemann helfe ihr nur mit den Einkäufen und statt dem Staubsauger benutze sie einen Wischmopp (vgl. Urk. 15/4.1). Zur Zeit des Rehaaufenthaltes stand die Beschwerdeführerin noch in einem Arbeitsverhältnis, weshalb sich die von den Ärzten der A.____ attestierte vollständige Arbeitsunfähigkeit lediglich auf die bisherige Tätigkeit bezog.

??????? Vergleicht man die in den Berichten des B.____ erhobenen rheumatologischen Befunde, ist eine wesentliche Änderung derselben nicht ersichtlich. Dem Bericht des B.____ vom 23. November 2011 (E. 3.8) kann entnommen werden, dass die funktionelle Leistungsfähigkeit insgesamt vergleichbar war mit derjenigen im Sommer 2009. Dennoch wurde im Bericht des B.____ vom 1. Juli 2009 (E. 3.3) als arbeitsbezogenes relevantes Problem eine Funktionsstörung der Lendenwirbelsäule mit ungenügender Stabilisierungsfähigkeit und Bewegungseinschränkung, vor allem in den Drehbewegungen

festgestellt und in demjenigen vom 23. November 2011 (E. 3.8) als arbeitsbezogene Problematik vor allem das Schonungs- und Schmerzverhalten genannt und darauf hingewiesen, dass die Beobachtungen bei den Tests auf eine deutliche Selbstlimitierung hindeuteten. Weshalb bei ?hnlichen Befunden und ?hnlichen Resultaten in den Tests nicht schon im Sommer 2009 von einer Selbstlimitierung ausgegangen worden ist, wird im Bericht vom 23. November 2011 nicht diskutiert, obwohl die nach der ersten Testung empfohlene station?re Therapie in der C.____ nach zehn Tagen abgebrochen worden war, da trotz intensiven therapeutischen Massnahmen nur eine geringe Verbesserung der Beschwerden hatte erreicht werden k?nnen. Dies l?sst den Schluss zu, dass die Beschwerdef?hrerin bereits anl?sslich der ersten Testung im B.____ ein Schonungs- und Schmerzverhalten an den Tag gelegt hat, weshalb auch der Schluss der D.____-Gutachter, die Arbeitsf?higkeit in einer angepassten T?tigkeit sei bereits nach dem Rehabilitationsaufenthalt in der A.____ wiedererlangt gewesen, nachvollziehbar ist. Jedenfalls kann aufgrund der medizinischen Akten davon ausgegangen werden, dass im Zeitpunkt des Fallabschlusses per 30. September 2010 aufgrund der Unfallfolgen wieder eine vollst?ndige Arbeitsf?higkeit in behinderungsangepasster T?tigkeit ausgewiesen war.

5.?????

5.1???? Bei erwerbst?tigen Versicherten ist der Invalidit?tsgrad gem?ss Art. 16 ATSG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidit?t und nach Durchf?hrung der medizinischen Behandlung und allf?lliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare T?tigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen k?nnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen k?nnte, wenn sie nicht invalid geworden w?re (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernm?ssig m?glichst genau ermittelt und einander gegen?bergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invalidit?tsgrad bestimmen l?sst (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

??????? Ausgehend vom Einkommen, das die Beschwerdef?hrerin an ihrer letzten Arbeitsstelle beim Y.____ ohne ?Eintritt des Gesundheitsschadens h?tte erzielen k?nnen (vgl. Urk. 15/2.72), hat die Beschwerdegegnerin f?r das Jahr 2010 ein Valideneinkommen von Fr. 68'141.25 (Urk. 15/5.24) bestimmt. Dieses wird von der Beschwerdef?hrerin nicht bestritten und gibt auch zu keinen Bemerkungen Anlass.

5.2???? F?r die Bestimmung des Invalideneinkommens ist prim?r von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein solches tats?chlich erzielt Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbst?tigkeit aufgenommen hat, so k?nnen nach der Rechtsprechung Tabellenl?hne gem?ss den vom Bundesamt f?r Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 126 V 75 f. E. 3b/aa und bb, vgl. auch BGE 129 V 472 E. 4.2.1). F?r die Invalidit?tsbemessung wird praxisgem?ss auf die standardisierten Bruttol?hne (Tabellengruppe A) abgestellt (BGE 129 V 472 E. 4.2.1 mit Hinweis), wobei jeweils vom so genannten Zentralwert (Median) auszugehen ist. Bei der Anwendung der Tabellengruppe A gilt es ausserdem zu ber?cksichtigen, dass ihr generell eine Arbeitszeit von 40 Wochenstunden zugrunde liegt,

weshalb der massgebliche Tabellenlohn auf die entsprechende betriebsübliche Wochenarbeitszeit aufzurechnen ist (BGE 129 V 472 E. 4.3.2, 126 V 75 f. E. 3b/bb, 124 V 321 E. 3b/aa; AHI 2000 S. 81 E. 2a).

Der Zentralwert für die mit einfachen und repetitiven Aufgaben beschäftigten Frauen betrug im Jahre 2008 im privaten Sektor Fr. 4'116.-- (LSE, Tabelle TA 1), was unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung von 2499 Punkten im Jahr 2008 und 2579 im Jahr 2010 (Die Volkswirtschaft 12-2012 S. 91 Tabelle B10.3) sowie einer im Jahre 2010 geltenden betriebsüblichen durchschnittlichen Arbeitszeit von 41,6 Stunden pro Woche (Die Volkswirtschaft 12-2012 S. 90 Tabelle B9.2) ein hypothetisches Einkommen 2010 von Fr. 4'417.70 pro Monat beziehungsweise Fr. 53'012.40 pro Jahr ergibt.

5.3.3 Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert allenfalls zu kürzen. Mit dem sogenannten Leidensabzug wurde ursprünglich berücksichtigt, dass versicherte Personen, welche in ihrer letzten Tätigkeit körperliche Schwerarbeit verrichteten und nach Eintritt des Gesundheitsschadens auch für leichtere Arbeiten nur mehr beschränkt einsetzbar sind, in der Regel das entsprechende durchschnittliche Lohnniveau gesunder Hilfsarbeiter nicht erreichen. Der ursprünglich nur bei Schwerarbeitern zugelassene Abzug entwickelte sich in der Folge zu einem allgemeinen behinderungsbedingten Abzug, wobei die Rechtsprechung dem Umstand Rechnung trug, dass auch weitere persönliche und berufliche Merkmale der versicherten Person wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Höhe des Lohnes haben können. Ein Abzug soll aber nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale ihre gesundheitlich bedingte (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwerten kann. Bei der Bestimmung der Höhe des Abzuges ist der Einfluss aller in Betracht fallenden Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall gesamthaft zu schätzen und insgesamt auf höchstens 25 % des Tabellenlohnes zu begrenzen (vgl. zum Ganzen BGE 126 V 75). Dabei ist zu beachten, dass allfällige bereits bei der Parallelisierung der Vergleichseinkommen mitverantwortliche invaliditätsfremde Faktoren im Rahmen des sogenannten Leidensabzuges nicht nochmals berücksichtigt werden dürfen (BGE 134 V 322 E. 5.2).

Die Beschwerdeführerin gewährte einen Abzug vom Tabellenlohn von 10 %. Die Beschwerdeführerin macht dagegen geltend, sie sei vor dem Unfall eine "Macherin" gewesen und vor allem körperlich tätig, was auch aus dem Arbeitszeugnis hervorgehe. Aufgrund der begrenzten Sprachkenntnisse (vor allem schriftlich) und ihrer Stärke vor dem Unfall gerade im körperlich anspruchsvollen Teil der Arbeit werde klar, dass ein leidensbedingter Abzug von 10 % zu tief ist. Zudem müsse noch die allfällige Leistungsminderung in einer angepassten Tätigkeit berücksichtigt werden.

Die Frage nach der Höhe des Abzuges vom Tabellenlohn ist eine Ermessensfrage. In das Ermessen der Verwaltung greifen die Gerichte nur ein, wenn der verfertigte Leidensabzug aufgrund der konkreten Gegebenheiten nicht nachvollziehbar ist. Dem Umstand, dass die Beschwerdeführerin früher eine "Macherin" und vor allem körperlich tätig war, ist bereits bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit Rechnung getragen worden. Schriftliche Sprachkenntnisse spielen bei Hilfsarbeitertätigkeiten eine untergeordnete Rolle. Der von der Beschwerdeführerin berücksichtigte leidensbedingte Abzug von 10 %

erscheint unter den gegebenen Umständen als nachvollziehbar und ist vom Gericht zu bestätigen. Das Invalideneinkommen beträgt somit Fr. 47'711.15 (0,9 x Fr. 53'012.40). Stellt man dieses dem Valideneinkommen gegenüber, ergibt sich daraus eine Erwerbseinkommensteuer von Fr. 20'430.10 (Fr. 68'141.25 - Fr. 47'711.15) beziehungsweise von 30 %.

6.????? Die Beschwerdeführerin verlangte schliesslich, es seien ihr die Kosten für das B.____-Gutachten vom 23. November 2011 von Fr. 3'000.-- zuzüglich 8 % Mehrwertsteuer zu erstatten (Urk. 9). Seitens der Beschwerdegegnerin wurde der Sachverhalt genügend abgeklärt und hat der Bericht des B.____ zur Entscheidungsfindung nichts beigetragen. Dessen Kosten hat die Beschwerdegegnerin daher nicht zu übernehmen.

7.????? Insoweit die Beschwerdeführerin die Edition der Teilgutachten der D.____-Expertise im Original beantragt, ist dieser Antrag abzuweisen. Die Teilgutachten wurden in das Gesamtgutachten vom 30. Juli 2010 integriert und sind überdies als Kopien bei den Akten (Urk. 15/4.26 - 4.28). Nur weil ein Strafverfahren gegen den Chefarzt des D.____ lief, welches im übrigen vor kurzem vor dem Zürcherischen Obergericht zu einem Freispruch für den Angeklagten geführt hatte, besteht kein Grund zur Annahme, dass in diesem Gutachten Ansichten der Teilgutachter im Hauptgutachten nicht korrekt wiedergegeben worden sind.

Das Gericht erkennt:

1.????? Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit auf sie eingetreten wird.

2.????? Das Verfahren ist kostenlos.

3.????? Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Luzius Hafén
- Rechtsanwalt Oskar Müller
- Bundesamt für Gesundheit

4.????? 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.