

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2017.00200**

## **vom 7. März 2013**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-03-07, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2017.00200](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2017.00200)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2017.00200 du 7 mars 2013

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2017.00200 del 7 marzo 2013

### **Erwägungen**

#### **E. 1.1**

Am 1. Januar 2017 sind die am 25. September 2015 beziehungsweise am 9. November 2016 verabschiedeten geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) in Kraft getreten.

Gemäss den allgemeinen übergangsrechtlichen Regeln sind der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen, die in Geltung standen, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende und somit rechtserhebliche Sachverhalt wirklich hat (vgl. BGE 127 V 466 E. 1, 126 V 134 E. 4b, je mit Hinweisen). Dem entsprechend sehen die Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 des UVG vor, dass Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem 1. Januar 2017 ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt werden (Absatz 1 der genannten Übergangsbestimmungen).

Invalidenrenten Der hier zu beurteilende Unfall hat sich im Jahr 2000 ereignet, weshalb die bis 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Normen auf den vorliegenden Fall Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden.

#### **E. 1.2**

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts,

ATSG).

#### **E. 1.3**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis). 2.

#### **E. 2**

Gegen den Einspracheentscheid vom 14. Juli 2017 (Urk. 2) erhob die Versicherte am 8. September 2017 Beschwerde (Urk. 1) und beantragte, dieser sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, ihr über den 31. März 2013 hin aus die Rente in

bisheriger Höhe auszurichten (S. 2 oben Ziff. 1), eventuell ab 1. April 2015 auf der Basis eines Invaliditätsgrades von mindestens 35 % (S. 2 oben Ziff. 2).

Die AXA beantragte mit Beschwerdeantwort vom 12. Oktober 2017 (Urk. 7) die Abweisung der Beschwerde.

Das Gericht holte eine ergänzende gutachterliche Stellungnahme ein, die am 3. November 2017 erstattet wurde (Urk. 14). In der Folge äusserten sich die Beschwerdeführerin am 28. November 2017 (Urk. 19), am 15. März 2018 (Urk. 23) und am 28. August 2018 (Urk. 29), sowie die Beschwerdegegnerin am 29. November 2017 (Urk. 21), am 25. April 2018 (Urk. 27) und am 21. September 2018 (Urk. 33), was der Beschwerdeführerin am 25. September 2018 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 34).

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin ging im angefochtenen Entscheid (Urk. 2) davon aus, es sei auf das vom hiesigen Gericht im invalidenversicherungsrechtlichen Verfahren eingeholte Gutachten (Urk. 8/5) abzustellen (S. 5 Ziff. 2.3). Demnach sei die Beschwerdeführerin unter ausschliesslicher Berücksichtigung der geklagten unfallkausalen somatischen Beschwerden heute in einer angepassten Tätigkeit wieder zu 100 % arbeitsfähig (S. 7 oben). Der Einkommensvergleich ergebe einen - nicht mehr anspruchsbegründenden - Invaliditätsgrad von 8.8 % (S. 8 unten).

### **E. 2.2**

Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), ihr Gesundheitszustand habe sich nicht anspruchrelevant verbessert (S. 11 Ziff. 7.3), und falls doch, betrage der Invaliditätsgrad 35 % (S. 14 Ziff. 8.3).

### **E. 2.3**

Strittig und zu prüfen ist mithin, ob sich der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin im Vergleich zur Rentenzusprache im Jahr 2005 revisionsrelevant verändert haben, und bejahendenfalls, wie es sich mit dem Invaliditätsgrad verhält. 3.

### **E. 3**

Das invalidenversicherungsrechtliche Verfahren in Sachen der Beschwerdeführerin Nr. IV.2015.00186 wurde mit Urteil des hiesigen Gerichts vom 7. Juli 2016 abgeschlossen (Urk. 8/5). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 3.1**

Dr. med. Y.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Leitender Arzt Schmerzzentrum, Klinik Z.\_\_\_\_, erstattete am 11. Oktober 2002 ein neuropsychiatrisches Teilgutachten im Auftrag der Beschwerdegegnerin (Urk. 11/M19).

In diagnostischer Hinsicht (S. 10 Ziff. 1.3) führte er aus, die Versicherte leide in erster Linie an einer Schmerzverarbeitungsstörung, die am besten mit ICD-10 F45.9 zu kategorisieren sei. Ferner leide sie unter einem affektiven Syndrom (ICD-10 F34.8).

Die Schmerzverarbeitungsstörung stehe im Vergleich zu somatischen Befunden deutlich im Vordergrund (S. 11 f. Ziff. 4.2). Die psychischen Störungen seien nicht als unfallkausal zu sehen (S. 12 Ziff. 5.2).

Die Arbeitsunfähigkeit betrage, psychisch bedingt, 50 % (S. 12 Ziff. 5.3).

### **E. 3.2**

Dr. med. A.\_\_\_\_, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation so wie für Rheumatologie, Leitender Arzt Rheumatologie, Klinik Z.\_\_\_\_, erstattete am 18. Oktober 2002 ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdegegnerin (Urk. 11/M21). Er nannte folgende Diagnosen (S. 6 unten): - complex regional pain

syndrome

( CRPS ) Typ II im Hand-, Vorderarm- und Schulterbereich links bei/mit - Status nach Kontusion der linken Hand (29. Februar 2000) - Status nach Diskusläsion Handgelenk links - Status nach arthroskopischem

Débridement des Meniskus sowie der zentralen Diskusperforation mit Synovektomie (21. Juni 2000) - Entwicklung einer myofaszialen Schmerzproblematik des Schultergürtels und des Nackens

Zur Bestimmung der Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten empfahl er, eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) durchzuführen (S. 8 Ziff. 6.1).

### **E. 3.3**

Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Leitender Arzt Orthopädie / Handchirurgie, Klinik Z.\_\_\_\_, erstattete am 21. November 2002 ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdegegnerin (Urk. 11/M20). Er nannte folgende Diagnosen (S. 9 Mitte): - CRPS Typ II bei Status nach Kontusionsverletzung des linken Handgelenkes mit Beteiligung des Nervus

ulnaris - Status nach zentraler triangular

fibrocartilage

complex (TFCC) Läsion links sowie reaktiver Synovialitis

radiocarpal und ulnarpal versorgt mittels arthroskopischem

Débridement vom 21. Juni 2000

In näher umschriebenen angepassten Tätigkeiten (S. 11) dürfte ein Arbeitsintervall im Bereich von 30-40 Minuten liegen und der Pausenbedarf bei 15-30 Minuten (S. 12 oben).

### **E. 3.4**

Am 10./11. April 2003 fand eine Funktionsorientierte Medizinische Abklärung (FOMA) statt, über die am 26. Juni 2003 berichtet wurde (Urk. 11/M28). Es wurde folgende Diagnose genannt (S. 1 Ziff. 1): - CRPS Typ II im linken Armbereich mit Entwicklung einer myofaszialen Schmerzproblematik im Schultergürtel-/Nackengebiet sowie Verdacht auf wiederholte Blockierungen im Bereich der linken Scapula - Status nach Kontusionsverletzung des linken Handgelenkes/Hand mit zentraler TFCC-Läsion und reaktiver Synovialitis

radiocarpal und ulnarpal, versorgt mittels arthroskopischem

Débridement am 21. Juni 2000 - anamnestic Verdacht auf Dysfunktionen im thoracalen / scapulothoracalen Bereich, seit September 2002

Näher umschriebene angepasste Tätigkeiten (S. 4) wurden mit einer Arbeitszeitreduktion von 25 % (2 von 8 Stunden) als zumutbar erachtet (S. 5 oben).

### **E. 3.5**

Auf Anfrage der Beschwerdegegnerin bezifferte auch Dr. B.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.2) die Arbeitsfähigkeit mit 75 % ( Urk. 11/M32 S. 1 Mitte).

### **E. 3.6**

) führte in einer Stellungnahme vom 4. Februar 2016 zum Gerichtsgutachten unter anderem aus, das CRPS sei stets aktiv gewesen und sei unter Erfüllung aller Budapester Kriterien heute noch nachweisbar. S eines Er achtens liege eine Fibromyalgie nur unwahrscheinlich vor. Dass die diagnostizierte psychiatrische Störung vorliegen könnte, sei

mehr als unwahrscheinlich ( Urk. 30/2 ). 5. 9

Am 30. Mai 2016 nahm der Gutachter zu ihm vom Gericht unterbreiteten Ergänzungsfragen wie folgt Stellung ( Urk. 3/3 ) : I n der Tat seien einige der von Dr. C.\_\_\_\_ genannten ,

von der Beschwerdeführerin beklagten Symptome verdächtig für ein CRPS, wie dies auch im Gutachten festgehalten worden sei. Symptome wie Schmerzausstrahlung in die linke Kopf hälfte, Kopfschmerzen, Augenflimmern, optische Phänomene, beidseitig vermehrtes Schwitzen, Nausea, Brechgefühl könnten aber nicht einem CRPS zugeordnet werden (S. 1 unten) .

Wenn die Beschwerdeführerin geltend mache, jeden Tag würden mehrere Schmerz schübe von Stufe 8-10 auf der visuell-analog Skala (VAS) auftreten, die jeder einige Stunden lang andauerten, so sei dies nicht mit der von den Gutachtern erfragten Alltagsaktivität vereinbar. So sei auffällig, dass Dr. C.\_\_\_\_ lediglich die beklagten Symptome erfragt habe. Seine Anamneseerhebung bewege sich ausschliesslich auf der Symptomebene, er habe die Ebene der Aktivität und Partizipation (ICF-Framework) nicht eruiert. In Anbetracht der Tatsache, dass die Beschwerdeführerin wieder viele Haushaltarbeiten selber ausführe und gar Velo und Auto fahre, müssten doch einige ihrer Angaben zum Beschwerdebild kritisch hinterfragt werden, so auch die massive Allodynie , die Dr. C.\_\_\_\_ in seinem Bericht beschreibe, die auf der von der Versicherten bewusst wahrgenommenen Untersuchungssituation basiere (S. 1 f.) .

Im Bericht von Dr. C.\_\_\_\_ falle auf, dass sich seine Untersuchung ausschliesslich (aber sehr detailliert) auf die Arme beschränke. Eine Untersuchung des ganzen Bewegungsapparates und eine Messung der Muskelumfänge fehlten. Eine derart gravierende Schmerzsymptomatik, wie sie Dr. C.\_\_\_\_ beschreibe, müsste eigentlich mit einer vollständigen Gebrauchsunfähigkeit des linken Armes vergesellschaftet sein, was erfahrungsgemäss zu einer messbaren Muskelatrophie führen müsste. Eine Muskelatrophie liege aber nicht vor. So sei für die Gutachter erklärbar, dass Dr. C.\_\_\_\_ die Diagnose eines Fibromyalgie- Syndromes verpasst habe beziehungsweise verneine. Im Gutachten sei ausführlich begründet worden, weshalb die Diagnose Fibromyalgie-Syndrom und die damit eng verwandte Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren gestellt worden sei. Dass Dr. C.\_\_\_\_ als Facharzt für Chirurgie da anderer Ansicht sei, werde zur Kenntnis genommen (S. 2 oben) .

Ob es sich beim Fibromyalgie-Syndrom um ein somatisches oder ein psychiatrisches Leiden handle, sei immer wieder Gegenstand von Diskussionen in der medizinischen Fachwelt. Auch wenn es bis heute nicht gelungen sei, strukturelle Läsionen mit bildgebenden Verfahren zu objektivieren, so würden in der medizinischen Fachliteratur

verschiedene, näher genannte (S. 2 ff.)

somatische Faktoren postuliert (S. 2 Mitte) . Auch wiesen chronische Schmerzpatienten einschliesslich Fibromyalgie-Patienten eine hohe psychiatrische Komorbidität auf. Insgesamt seien chronische Schmerzkrankheiten wie das Fibromyalgie-Syndrom ein komplexes biopsychosoziales Phänomen (S. 4 Mitte) .

Die Evaluation eines solch komplexen bio-psycho-sozialen Phänomens benötigt aber nicht allein chirurgischen, sondern auch psychosomatisch/psychiatrischen Sachverstand. Eine allein somatisch chirurgische Sichtweise des Phänomens greift zu kurz, wie dies auch in den deutschen Leitlinien zur Begutachtung von Menschen mit chronischen Schmerzen der AWMF festgehalten sei (S. 4 unten) . 5. 10

Das Gericht kam in seinem unangefochten in Rechtskraft erwachsenen Urteil vom 7. Juli 2016 ( Urk. 8/5) zu folgendem Schluss (S. 14 f. E. 4.1): Mit den Vorbringen von Dr. C.\_\_\_\_ hat sich der Gerichtsgutachter eingehend auseinandergesetzt und unter anderem darauf hingewiesen, dass Dr. C.\_\_\_\_ die Anamnese ausschliesslich auf der Symptomebene und nicht auf der Ebene der Aktivität und Partizipation erhoben hat, dass das Beschwerdebild, das er den Schilderungen der Beschwerdeführerin entnommen hat, kaum mit deren Alltagsaktivitäten vereinbar ist, und dass er ausschliesslich, aber sehr detailliert, die Arme, jedoch weder den übrigen Bewegungsapparat noch die Muskelumfänge untersucht hat (...). Sodann hat Dr. C.\_\_\_\_ nicht nur hartnäckig an der von ihm vertretenen Diagnose festgehalten, sondern er hat darüber hinaus die im Gerichtsgutachten diagnostizierte Fibromyalgie als «nur unwahrscheinlich» vorliegend und die diagnostizierte psychische Störung sogar als «mehr als unwahrscheinlich» taxiert (...). Damit hat er weit über sein Fachgebiet der Chirurgie hinausgegriffen, und seine Ausführungen erscheinen im Vergleich zu denen der Fachvertreter der Rheumatologie und der Psychiatrie dementsprechend wenig nachvollziehbar begründet. Insgesamt ergibt sich, dass sowohl die Begründungen für die im Gerichtsgutachten gestellten Diagnosen als auch die Auseinandersetzung mit der abweichenden Einschätzung durch Dr. C.\_\_\_\_ ausgesprochen differenziert und sorgfältig ausgefallen sind, während dessen Stellungnahmen durch das Perseverieren auf der von ihm vertretenen Diagnose und dem Abgeben von fachfremden und deshalb wenig qualifizierten Urteilen die erwartete Sachlichkeit und Objektivität vermissen lassen. Damit ist hinsichtlich der diagnostischen Beurteilung dem Gerichtsgutachten zu folgen. 6. 6. 1

PD Dr. H.\_\_\_\_ , Facharzt für Chirurgie und für Handchirurgie, führte in einem Überweisungsschreiben vom 11. November 2016 aus, er halte ein neurogenes CRPS Typ II für sehr wahrscheinlich ( Urk. 20/1). 6. 2

Dr. med .

I.\_\_\_\_ , Facharzt für Chirurgie und für Handchirurgie ,

Klink

Z.\_\_\_\_ , nannte im Bericht vom 28. November 2016 ( Urk.

### **E. 3.7**

Mit Verfügung vom 27. Juni 2005 ( Urk. 11/A132) sprach die Beschwerdegegnerin - ausgehend von einer unfallkausalen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in leistungsgerechten Tätigkeiten um 25 %

(S. 2 Mitte) - der Beschwerdeführerin eine Invalidenrente bei einem Invaliditätsgrad von 42 % zu (S. 4 unten). Die sich aus dem psychischen Beschwerdebild ergebende Einschränkung um 50 % (vgl. vorstehend E. 3.1) blieb mangels Adäquanz unberücksichtigt (S. 3).

#### **E. 4.1**

In den Berichten der Ärzte der Klinik Z.\_\_\_\_

vom 31. Oktober 2007 (Urk. 11/M46/7), 8. Mai 2009 (Urk. 11/M42), 12. Mai 2009 (Urk. 11/M43/2), 23. Juli 2009 (Urk. 11/M46/3) und 21. August 200

#### **E. 4.2**

Am 29. März 2010 erstattete Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, für Rheumatologie sowie für Physikalische Medizin und Rehabilitation, Leitender Arzt Stadtspital E.\_\_\_\_, ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdeführerin (Urk. 11/M49).

Er nannte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 42 Ziff. 4.2): - Schmerzsyndrom des linken oberen Quadranten - bei Status nach Unfall (linke Hand zwischen zwei Blechwagen in Backstube eingeklemmt) am 29. Februar 2000 - bei Status nach Operation am linken Handgelenk: Débridement des Meniskus homologon mit Laser, Débridement der zentralen Diskusperforation mit Laser und Shaver, Abtragen der Reizsynovitis

radiocarpal und ulnocarpal mit Laser am 21. Juni 2000 - mit Entwicklung einer myofaszialen Schmerzproblematik im linksseitigen Schultergürtel und Nacken linksseitig

Zur Arbeitsfähigkeit führte er aus, bezüglich des rechten, dominanten Arms bestehe eine volle Einsatzfähigkeit, während links aufgrund der Schmerzen kaum eine Tätigkeit, zumindest keine mit Belastung, Wiederholungen oder über einen längeren Zeitraum, empfohlen werden könne (S. 44 Ziff. 7.1). Für eine Tätigkeit ohne Einsatz der linken oberen Extremität bestehe aus rheumatologischer Sicht keine Einschränkung, mithin sei eine 100%ige Arbeitstätigkeit möglich (S. 46 Ziff. 7.3).

#### **E. 4.3**

Im Bericht vom 14. Juni 2010 (Urk. 11/M50/1) über eine Konsultation in der Klinik Z.\_\_\_\_ wurden exazerbierte Schulter-/Armschmerzen links als aktuelle Diagnose genannt, und sodann die folgenden, schon im Bericht vom 25. Mai 2010 (Urk. 11/M50/2) genannten: - chronisch rezidivierendes Panvertebralsyndrom - therapierefraktäres zervikospondylogenes Syndrom links - MRI Halswirbelsäule (HWS) 2009: Diskushernie C5/6 und C6/7 (anamnestisch) - segmentale Dysfunktion subokzipitale und am zervikothorakalen Übergang - Status nach Exazerbation der Zervikalgien nach Inklinationsbewegung Oktober 2007 - Fehlhaltung der Wirbelsäule, muskuläre Dekonditionierung und Dysbalance-Zeichen - Fibromyalgie bei 18/18 positiven Fibromyalgiepunkten, 2/6 Kontrollpunkte positiv - Status nach Handgelenks-Konfusion links Februar 2000 mit Diskusläsion - im Verlauf mögliches CRPS II mit Schulterarmsyndrom links - rezidivierende Fingerschmerzen unklarer Zuordnung - Röntgen Hände vom 17. Februar 2010: unauffällig, ohne Hinweise für Gelenkspaltverschmälerungen, Erosionen, Usuren - Depression 5. 5. 1

Am 2. Dezember 2015 erstattete Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie, Chefarzt Medas

G.\_\_\_\_, ein Gutachten im Auftrag des Gerichts im Rahmen des damaligen Verfahrens Nr. IV.2015.00186 (Urk. 8/4). Er stützt sich auf die ihm überlassenen (S. 2 ff.) und von der

Beschwerdeführerin mitgebrachte n (S. 25 ff.) Akten, die Angaben der Beschwer deführerin (S. 29 ff.), die von ihm am 14. September 2015 (S. 1 Mitte) erhobe nen Befunde (S. 35 ff.), Labor- und Rönt genbefunde (S. 37 ff.) sowie ein neuro logisches Teilgutachten vom 20. Oktober 2015 (S. 39 Ziff. 2.4.1; Urk. 16/3) und ein psychiatrisches Teilgutachten vom 11. November 2015 (S. 39 Ziff. 2.4.2; Urk. 16/4). 5. 2

Zusammenfassend stellte der Gutachter folgende Diagnosen mit wesentlicher Ein schränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit (S. 55 Ziff. 4.1): - komplizierte, protrahierte Trauerreaktion (ICD-10 F38.8) - chronische depressive Störung, gegenwärtig eher atypische, mittelgra dige depressive Störung (ICD-10 F33.8) - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41)

/

ausgedehntes weichteilrheumatisches Beschwerdebild (Fibro myalgie-Syndrom) - Agoraphobie mit Panikstörung (F40.01) - residuelle Schulter-Arm-Handschmerzen links ( Quadrantenschmerzsyn drom ) - Status nach Quetschung des linken Handgelenkes am 1. März 2000 - TCFF-Läsion links, arthroskopisches

Débridement und Shaving am 21. Juni 2000 - sekundär Entwicklung eines CRPS, aktuell nicht mehr überwiegend wahrscheinlich nachweisbar

Sodann nannte er die folgenden, hier gekürzt angeführten Diagnosen ohne we sentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, aber mit Krankheitswert (S. 55 Ziff. 4.2): - beidseits Ulnarminisvariante - aktenanamnestisch Monarthrit

MTP I links März 2012; Different ialdiag nose (DD) Psoriasisarthritis - panvertebrales Schmerzsyndrom - chronische Kopfschmerzen, hauptsächlich vom Spannungstyp mit aufge pfpopten migräniformen Attacken, zum Teil wahrscheinlich auch cervi kogene Komponente - verminderte Stoffwechselleistung - Essattacken bei sonstigen psychischen Störungen (Binge Eating ) F50.4 - andauernde Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom ( ICD-10 F62.80) 5. 3

In seiner zusammenfassenden Beurteilung (S. 39 ff.) gab der Gutachter unter an derem einen Überblick über die Fachliteratur zum CRPS einschliesslich der so ge nannten Budapest-Kriterien (S. 48 ff.) , der Unterscheidung zwischen Typ I und Typ II (mit und ohne Nervenläsion; S. 48 unten), und des empfohlenen diagnosti schen Vorgehens, wo unter anderem eine Seitendifferenz der Hauttemperatur von mehr als 1-2 ° als relevant angeführt wurde (S. 50 unten), und führte aus, welche klinischen Kriterien erfüllt seien und welche nicht (S. 51 Mitte). Er kam zu m Schluss, in Anwendung der Budapest-Kriterien lasse sich seines Erachtens die Diagnose eines CRPS nicht (mehr) überwiegend wahrscheinlich stellen. Die ob jektivier baren Befunde seien gering. Es bleibe aber festzuhalten, dass bei der In terpre ta tion der Kriterien auch ein gewi sser Ermessensspielraum bestehe, insofern seien auch die Budapest-Kriterien nicht sehr hart und trennscharf (S. 51 unten).

Halte man sich an die 1990 publizierte n Kriterien, so lasse sich die Diagnose einer Fibromyalgie stellen. Dazu passten der multilokuläre Schmerz, die mul tiplen Weichteildruckdolenzen , die weitgehende Resistenz auf viele Therapie versuche sowie die begleitenden vegetativen Störungen (Schlafstörungen, Reiz blase, Kopf schmerzen). Die hohe Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens, oft in Form notfallmässiger Konsultationen, sei für Fibromyalgie-Patientinnen in der Erfahrung eines Rheumatologen

auch typisch, aber kein offizielles Diagnosekriterium (S. 51 f.). Auch in Anwendung neuer, 2010 publizierter Kriterien würde das Beschwerdebild gut zur Beschreibung einer Fibromyalgie passen (S. 52 oben). Ob man das Beschwerdebild mit dem somatischen Label « Fibromyalgie » oder mit dem psychiatrischen Label « chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren » versehe, sei eher eine akademische Frage; die Überlappung der Definition beider Krankheitsbilder sei gross (S. 52 Mitte). Die Diagnose einer rheumatoiden Arthritis sei seines Erachtens nicht gesichert (S. 52 unten). 5. 4

Zusammenfassend seien die Gutachter überzeugt, dass die Beschwerdeführerin Krankheiten von erheblichem Schweregrad aufweise, welche Auswirkungen auf die Aktivität und Partizipation hätten (S. 54 unten). Diese resultierten stärker aus dem psychiatrischen als aus dem somatischen Bereich, wobei aus rein medizinischer Sicht zu betonen sei, dass eine strenge Unterteilung in Psyche und Soma gerade bei chronischen Schmerzpatienten gemäss aktueller Forschung als obsolet gelte. Chronischer Schmerz sei ein komplexes biopsychosoziales Phänomen, dessen Komponenten bei jahrelangem Bestehen nicht mehr sauber aufgetrennt werden könnten (S. 54 f.)

Entgegen ihrer Überzeugung, sie könne keiner ausserhäuslichen Erwerbstätigkeit mehr nachgehen, verfüge die Versicherte aus Sicht der Gutachter über Ressourcen, so dass die Gutachter eine leidensangepasste Erwerbstätigkeit im Rahmen von etwa 50 % als zumutbar erachteten. Die Dichte der in Anspruch genommenen Therapiemassnahmen sei gross, was einerseits Hinweise auf den Leidensdruck ergebe, andererseits aber auch Anlass zur Sorge bereite im Hinblick auf die Abhängigkeit von passiven Therapiemassnahmen. Es ergäben sich wohl Anzeichen für gewisse Diskrepanzen, was vor allem in der somatischen Untersuchung auffalle, diese dürften aber mit der vorliegenden Psychopathologie weitgehend erklärbar sein (S. 55 oben). 5. 5

In Beantwortung der unterbreiteten Fragen führten die Gutachter sodann unter anderem aus, aktuell lasse sich ein CRPS nicht mehr mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachweisen. Eine retrograde Rekonstruktion des Verlaufes sei sehr schwierig und mit Unsicherheitsfaktoren behaftet. In zwei rheumatologischen Gutachten von 2010 (vorstehend E. 4.2 und ein weiteres, aus vom Bundesgericht angeführten Gründen nicht zu beachtendes Gutachten)

sei die Diagnose CRPS verworfen worden, ebenso habe der Neurologe 2013 die Diagnose nicht erwähnt. Es sei davon auszugehen, dass das CRPS zwischen 2003 und 2010 abgeklungen sei. Der Argumentation des behandelnden Handchirurgen könnten sie nicht folgen, wenn er immer noch affirmativ ein CRPS Typ II diagnostiziere. Der im Rahmen der Begutachtung erhobene fachärztlich neurologische Status zeige keine überzeugenden Hinweise auf eine Nervenverletzung (S. 56 Ziff. 1.4.1).

Zu den sogenannten Budapest-Kriterien führten sie aus, bei deren Interpretation bestehe ein gewisser Ermessensspielraum und auch diese Kriterien könnten nicht sehr trennscharf zwischen « CRPS » und « kein CRPS » unterscheiden; auch die Anwendung dieses Kataloges könne im Einzelfall zu falsch-positiven und falsch-negativen Resultaten führen. Es gehe hier mehr um die Würdigung eines Gesamtbildes. So hielten sie dafür, dass mehr Gründe gegen als für ein noch aktives CRPS sprächen. Die geklagten Beschwerden liessen sich besser durch die festgestellte Psychopathologie und das Fibromyalgie-Syndrom als durch ein CRPS erklären (S. 56 f. Ziff. 1.4.2). 5. 6

Wie schon 2010 festgehalten worden sei, seien der Versicherten belastende Tätigkeiten mit der linken oberen Extremität nicht zumutbar. Leichte bis mittel schwere Tätigkeiten seien der Versicherten ganztägig zumutbar. Die angestammte Tätigkeit als Bäckerin, welche einen kräftigen repetitiven Einsatz beider Hände erfordere, komme nicht mehr in Frage. Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine Restarbeitsfähigkeit im Rahmen einer Präsenz von 70 % mit einer geschätzten Leistungseinbusse von 30%, was einer Arbeitsfähigkeit von 50 % eines Normalpensums entspreche (S. 57 Ziff. 2).

Eine dem Leiden angepasste Tätigkeit wäre der Versicherten vollschichtig zumutbar. Die Evaluation des Tagesablaufes zeige, dass die Versicherte im Laufe des Tages einer Vielzahl von Tätigkeiten nachgehe, die einer körperlich leichten bis mittelschweren Belastung entsprächen. Aus somatischer Sicht seien der Versicherten körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten zumutbar, für den linken Arm aber nur leichte Belastungen ohne stereotyp-repetitive Tätigkeiten. Aus psychiatrischer Sicht fielen Tätigkeiten an gefährlichen Maschinen und das berufliche Führen eines Motorfahrzeuges ausser Betracht. Es ergäben sich Leistungseinschränkungen aus psychiatrischer Sicht. Die Versicherte verfüge wegen der bestehenden Psychopathologie nicht über genügend Ressourcen, um die aus somatischer Sicht attestierte vollschichtige Präsenz in leidensadaptierter Tätigkeit zu realisieren. Aus psychiatrischer Sicht betrage die zumutbare Restarbeitsfähigkeit 50 % (S. 57 Ziff. 2.2). 5. 7

Im Vergleich zu 2005 sei somatisch von einer Besserung auszugehen. Heute lägen, wie dargelegt, zu wenig objektive Befunde vor, welche die Diagnose eines CRPS Typ II noch zuließen. Parallel dazu habe sich aber (wohl als Folge der chronischen Schmerzproblematik) eine Psychopathologie entwickelt, die damals nur oberflächlich dokumentiert gewesen sei (S. 57 f. Ziff. 3.1). Die Änderung der Befunde auf der somatischen Ebene habe Auswirkungen auf die zumutbare Arbeitsfähigkeit. 2003 sei - in einem Gutachten (vgl.

vorstehend E. 3.4) - eine Arbeitsfähigkeit von 6 Stunden täglich angenommen worden. Die 2010 attestierte volle Arbeitsfähigkeit in leidensangepasster Tätigkeit erscheine nachvollziehbar. Allerdings verfüge die Versicherte nicht über genügend Ressourcen, um die aus somatischer Sicht attestierte vollschichtige Präsenz in leidensadaptierter Tätigkeit zu realisieren; aus psychiatrischer Sicht betrage die zumutbare Restarbeitsfähigkeit 50 % (S. 58 f. Ziff. 3.3). 5.8

Dr. C.\_\_\_\_ (vorstehend E.

## **E. 9**

( Urk.

## **E. 11**

/M57) über die gleichentags erfolgte Konsultation die folgenden handchirurgischen Diagnosen (S. 1 Mitte): - chronisches Schulter-Arm-Syndrom links bei - Status nach Handgelenkskontusion links Februar 2000 mit Diskusläsion und - Status nach arthroskopischer Operation am Diskus im Juni 2000 - persistierendem grossem zentralen Defekt im TFCC - im Verlauf mögliches CRPS I mit Schulter-Arm-Syndrom links - myofaszialen Anteilen mit Triggerpunkten, Nacken-und Schultergürtel - Verdacht auf rotatorische Instabilität Os scaphoideum beidseits - Degeneration des dorsalen Anteiles des scapholunären Bandes

Als Nebendiagnosen nannte er ein cervikospondylogenes Syndrom links, ein lumbospondylogenes Syndrom links, eine aktivierte MTP 1-Arthrose linker Fuss , anamnestisch einen Status nach Arthrodesis , Arthralgien ( DD: milde rheumatoide Arthritis ), eine Depression , chronische Kopfschmerzen sowie anteromediale Knie schmerzen beidseits (S. 1 unten).

Zum Befund führte er aus, es habe sich nichts wesentlich verändert, ausser dass die linke Hand heute deutlich blauer sei als die rechte und auch die linken Finger deutlich kälter seien als diejenigen auf der rechten Seite (S. 2 oben).

Es sei nicht davon auszugehen, dass die in den bildgebenden Verfahren darge stellten Veränderungen für die ganz erheblichen Beschwerden der Patientin verantwortlich gemacht werden könnten, umso mehr, als auch ganz erhebliche Ruheschmerzen vorhanden seien. Dementsprechend bestehe momentan kein chirurgischer Handlungsdruck. Vielmehr werde vorgeschlagen, die Patientin einem Schmerztherapeuten zuzuführen, um allenfalls medikamentös eine erfolgversprechende Therapie zu installieren. Auch die physiotherapeutischen Massnahmen sollten weitergeführt werden (S. 2 Mitte). 6. 3

Dr. med. J.\_\_\_\_ , Facharzt für Anästhesiologie , Schmerzlinik K.\_\_\_\_ , nannte in seinem Bericht vom 28. Januar 2017 ( Urk. 3/4) über die am 17. Januar 2017 erfolgte Erstkonsultation folgende Diagnosen (S. 1 Mitte): - therapierefraktäre Zerviko-Brachialgie links mit/bei - CRPS I Hand/Arm links nach Arbeitsunfall 2000 (Einklemmung des

Handgelenks) mit - Ruptur des TFCC, Ruptur des SL-Bands Handgelenk links (MR Handgelenk November 2016) - Verdacht auf radikuläres Schmerzsyndrom C6 links bei Foramenenge C6 (MR HWS Januar 2017)

Er führte aus, die Zuweisung sei zur schmerzmedizinischen Standortbestimmung erfolgt und zur Stellungnahme zur jahrelangen Diskussion betreffend die von der Versicherung verneinte Diagnose eines CRPS I (S. 1 unten).

Er legte, mit näherer Begründung, dar, dass und warum die Budapest-Kriterien erfüllt seien (S. 2 f.) und deshalb ein CRPS I zu bejahen sei (S. 3 Mitte). 6. 4

Auf Ersuchen des Gerichts (vgl. Urk. 12) erstatte der Gutachter Dr. F.\_\_\_\_ (vorstehend E. 5.1) am 3. November 2017 eine Stellungnahme ( Urk. 14) zu den Berichten von Dr. I.\_\_\_\_ (vorstehend E. 6. 2 ) und von Dr. J.\_\_\_\_ (vorstehend E. 6. 3 ).

Zum Bericht von Dr. I.\_\_\_\_ führte er unter anderem aus, Dr. C.\_\_\_\_ habe jeweils ein CRPS Typ II postuliert. Dass Dr. I.\_\_\_\_ ein im Verlauf mögliches CRPS Typ I erwähne, lasse deshalb annehmen, dass der Bericht ohne Kenntnis der gesamten Aktenlage verfasst worden sei (S. 3 Mitte). Aus der Liste der Nebendiagnosen gehe hervor, dass die Beschwerdeführerin an einer Vielzahl von Schmerzlokalisationen leide (S. 3 unten).

Zum Bericht von Dr. J.\_\_\_\_ führte er aus, dessen Formulierung «Die Anamnese ist bekannt.» lasse Zweifel aufkommen, ob er die Aktenlage umfassend kenne. Sein mit « Anamnese » betitelter

Abschnitt enthalte kaum Angaben über die subjektiven Beschwerden der Patientin und keine

Angaben zu ihrer Behinderung im Alltag, ebenso wenig Angaben darüber, welche Behandlungen seit 2000 durchgeführt worden seien

und mit welchem Erfolg

/

Misserfolg (S. 1 unten) .

Im Abschnitt Befunde verweise er auf die Beurteilung. Offensichtlich habe er keine umfassende klinische Untersuchung mit Einschluss des ganzen Bewegungsapparates vorgenommen. Bei den Befunden beschreibe er eine Hyperästhesie und Allodynie, ohne zu erwähnen, wo diese vorlägen. Ebenso beschreibe er eine Temperaturdifferenz, ohne aufzuführen, wo und wie er diese gemessen habe und wie gross sie ausgefallen sei (S. 2 oben).

In der Tat seien einige der beklagten Symptome verdächtig für ein CRPS, wie dies auch im 2015 erstatteten Gutachten festgehalten und eingehend diskutiert worden sei. Symptome wie Schmerzausstrahlung in die linke Kopfhälfte, Kopfschmerzen, Augenflimmern, optische Phänomene, beidseitig vermehrtes Schwitzen, Nausea, Brechgefühl können aber nach Ansicht des Gutachters nicht einem CRPS zugeordnet werden. Diese Symptomatik werde von Dr. J. \_\_\_ nicht erwähnt (S. 2 Mitte).

Im Gutachten sei ausführlich begründet worden, weshalb die Diagnose Fibromyalgie-Syndrom und die damit eng verwandte Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren gestellt worden sei und für wahrscheinlicher gehalten werde als ein immer noch florides CRPS. Dass Dr. J. \_\_\_ als Facharzt für Anästhesiologie anderer Ansicht sei, werde zur Kenntnis genommen (S. 2 unten).

Die Bewertung der Budapest-Kriterien betreffend sei im Gutachten dargelegt und begründet worden, dass dieser Kriterienkatalog einem gewissen Ermessensspielraum unterworfen sei. Es werde zur Kenntnis genommen, dass Dr. J. \_\_\_ eine andere Sichtweise habe. Er verkenne die ausgeprägte Multimorbidität. Die wirklich objektiven somatischen Befunde seien im vorliegenden Fall sehr spärlich, die Psychopathologie zweifellos vorhanden, wie bereits im Gutachten vermerkt (S. 3 oben). 6. 5

Dr. J. \_\_\_ berichtete am 23. Februar 2018 über eine gleichentags erfolgte Verlaufskontrolle, wobei er als Diagnose unter anderem ein CRPS I anführte (Urk. 24/1).

In einer Stellungnahme vom 23. August 2018 (Urk. 30/1) führte er die folgenden Ergebnisse von 9 Temperaturdifferenzmessungen an:

- 1.4 / - 0.3 / + 1.4 / - 0.7 / - 0.9 / - 3.1 / - 0.9 / - 0.1 / - 0.8

Die gemessene Differenz dürfe durchaus als auffällig interpretiert werden (S. 1 unten). 7. 7.1

Der 2005 erfolgten Rentenzusprache lag die Diagnose eines CRPS II im linken Armbereich zugrunde, mit welcher eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten um 25 % begründet wurde (vorstehend E. 3.4).

In den Berichten der Ärzte der Klinik Z. \_\_\_ von 2007 bis 2009 wurde als Diagnose unter anderem ein Verdacht auf ein CRPS II genannt sowie ab Juli 2009 als Differentialdiagnose eine Fibromyalgie (vorstehend E. 4.1). In einem 2010 erstatteten rheumatologischen Gutachten wurde als Diagnose ein Schmerzsyndrom des linken oberen Quadranten genannt; ein CRPS wurde nicht erwähnt (vorstehend E. 4.2). In einem 2010 erstatteten Bericht der Ärzte der Klinik Z. \_\_\_ wurde als Diagnose unter anderem ein «im Verlauf mögliches CRPS

II» genannt (vorstehend E. 4.3).

Im 2015 erstatteten Gerichtsgutachten wurde als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit in somatischer Hinsicht ein Quadrantenschmerzsyndrom (residuelle Schulter-Arm-Handschmerzen) genannt, dies nach Quetschung des linken Handgelenks 2000 sowie «sekundär Entwicklung eines CRPS, aktuell nicht mehr überwiegend wahrscheinlich nachweisbar» (vorstehend E. 5.2). Diese - von derjenigen des konsiliarisch engagierten Handchirurgen abweichende - diagnostische Beurteilung wurde im Gerichtsgutachten ausführlich diskutiert und begründet, was das Gericht veranlasste, ihr zu folgen (vorstehend E. 5.11).

Im November 2016 bezeichnete der behandelnde Handchirurg ohne nähere Begründung ein CRPS II als sehr wahrscheinlich (vorstehend E. 6. 1), während Dr.

I. \_\_\_ unter den Diagnosen ein «im Verlauf mögliches CRPS I» erwähnte (vorstehend E. 6.2). Der die Beschwerdeführerin seit Januar 2017 schmerztherapeutisch behandelnde Anästhesiologe diagnostizierte ein CRPS I (vorstehend E. 6.3), dies auch im Februar 2018 (vorstehend E. 6.5). 7.2

Dass Dr.

I. \_\_\_ 2016 ein «im Verlauf mögliches» CRPS erwähnte, ist mit der gutachterlichen Beurteilung des CRPS als 2015 nicht mehr überwiegend wahrscheinlich durchaus vereinbar und deshalb nicht geeignet, diese in Frage zu stellen. Dies umso mehr, als - worauf der Gerichtsgutachter zu Recht hinwies (vorstehend E. 6.4) - der Umstand, dass sich Dr.

I. \_\_\_ auf ein CRPS I bezog, während bisher stets ein CRPS II diagnostiziert oder diskutiert wurde, auf unvollständige Aktenkenntnis schliessen lässt. Gleiches gilt für den seit Januar 2017 behandelnden Anästhesiologen, der ebenfalls auf ein CRPS I Bezug nahm. Dieser bezifferte zwar - im Unterschied zu seinem Bericht vom Januar 2017 - im Februar 2018 die von ihm gemessenen Temperaturunterschiede (vorstehend E. 6.5), jedoch ohne Angabe zur genauen Lokalisation und der Art der Messungen, was gemäss Gerichtsgutachter relevante Informationen wären (vorstehend E. 6.4). Dass er zudem die gemessenen Unterschiede, obwohl deren sechs von neun unterhalb der diagnostisch relevanten Grösse von 1-2° (vorstehend E. 5. 3) lagen, als durchaus auffällig interpretierte, erhöht die Plausibilität seiner Beurteilung eben falls nicht.

Zusammenfassend führt dies zum Schluss, dass mit dem Gerichtsgutachter davon auszugehen ist, dass das 2005 diagnostizierte CRPS aktuell nicht mehr mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu diagnostizieren ist. 7.3

Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit in leidensangepassten Tätigkeiten ist im Vergleich zu 2005 ebenfalls eine Änderung eingetreten. Damals wurde von einer Einschränkung um 25 % ausgegangen (vorstehend E. 3.7). Im Gutachten von 2010 wurde für eine Tätigkeit ohne Einsatz der linken oberen Extremität eine volle Arbeitsfähigkeit attestiert (vorstehend E. 4.2). Im Gerichtsgutachten von 2015 wurden leichte bis mittelschwere Tätigkeiten mit nur leichten Belastungen des linken Arms ohne stereotype Tätigkeiten als ganztägig zumutbar erachtet; die attestierte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit um 50 % war psychiatrisch begründet (vorstehend E. 5.6).

Somit ist von einer vollen Arbeitsfähigkeit in leichten bis mittelschweren, die linke obere Extremität nur leicht und nicht repetitiv beanspruchenden Tätigkeiten auszugehen. 8. 8.1

Die Beschwerdegegnerin ging bei der Rentenzusprache im Jahr 2005 von den Angaben der früheren Arbeitgeberin und damit von einem Valideneinkommen von Fr. 51'000.-- im Jahr 2003 aus ( Urk. 11/132 S. 4 unten). Entgegen den Vorbringen im angefochtenen Entscheid ( Urk. 2 S. 7 Ziff. 2.5) besteht keine Veranlassung, im Rahmen der hier vorzunehmenden Invaliditätsbemessung das Valideneinkommen anhand von Tabellenlöhnen zu bestimmen, denn die von der Beschwerdegegnerin angeführte Kündigung erfolgte erst nach Eintritt des Gesundheitsschadens und überdies aus gesundheitlichen Gründen, was auf eine Fortsetzung der ausgeübten Tätigkeit im Gesundheitsfall schliessen lässt.

Somit ist das 2003 angenommene Valideneinkommen der bis 2013 eingetretenen Lohnentwicklung ( [www.bfs.admin.ch](http://www.bfs.admin.ch)

T 39 Entwicklung der Nominallöhne) anzupassen, also von einem Indexstand (Frauen) von 2'334 (2003) auf 2'648 (2013) aufzurechnen, was ein Valideneinkommen von rund Fr. 57'861.-- ( Fr. 51'000.-- : 2'334 x 2'648) im Jahr 2013 ergibt. 8.2

Das Invalideneinkommen ist - worin die Parteien übereinstimmen ( Urk. 2 S. --, Urk. 1 S. 13 Ziff. 8.2) - anhand des Tabellenlohns der Lohnstrukturerhebung (LSE), Kompetenzniveau 1, zu bestimmen, mithin Fr. 51'845.-- im Jahr 2013.

Strittig ist dabei die Frage eines zusätzlichen leidensbedingten Abzugs. Die Beschwerdegegnerin argumentierte damit, dass laut bundesgerichtlicher Rechtsprechung die Beschränkung auf leichte und mittelschwere Arbeit keinen Abzug rechtfertigt ( Urk. 2 S. 8 unten). Die Beschwerdeführerin machte dagegen geltend, sie sei auf einhändig ausführbare Tätigkeiten beschränkt, was einen Abzug von jedenfalls 15 % rechtfertigt ( Urk. 1 S. 13 f. Ziff. 8.2). Angesichts ihrer langen Absenz vom Arbeitsmarkt sei insgesamt ein Abzug von 20 % angezeigt (S. 14 oben). 8.3

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/ aa ). Aufgrund dieser Faktoren kann die versicherte Person die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt möglicherweise nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten (BGE 126 V 75 E. 5b/ aa ). Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen (BGE 135 V 297 E. 5.2; 134 V 322 E. 5.2 und 126 V 75 E. 5b/ bb -cc). Die Rechtsprechung gewährt insbesondere dann einen Abzug auf dem Invalideneinkommen, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/ bb ).

Nach ständiger Rechtsprechung darf das (kantonale) Sozialversicherungsgericht sein Ermessen, wenn es um die Beurteilung des Tabellenlohnabzuges gemäss BGE 126 V 75 geht, nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Verwaltung setzen; es muss sich auf Gegebenheiten abstützen können, welche seine abweichende Ermessensausübung als naheliegender erscheinen lassen (BGE 137 V 71 E. 5.2 und 126 V 75 E. 6). 8.4

Der Hinweis der Beschwerdegegnerin auf die Praxis zu leichten und mittelschweren Tätigkeiten ist an sich richtig (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_805/2016 vom 22. März 2017 E. 3.4.2, 9C\_455/2013 vom 4. Oktober 2013 E. 4.4 und 9C\_386/2012 vom 18. September 2012 E. 5.2). Er greift jedoch offensichtlich zu kurz, denn die faktische (und hier annähernde) Einarmigkeit ist durchaus abzugsrelevant (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_58/2018 vom 7. August 2018 E. 5.3, 8C\_800/2017 vom 21. Juni 2018 E. 6 und 8C\_744/2017 vom 14. Mai 2018 E. 5.2). Ein Abzug von 15%, wie von der Beschwerdeführerin angeführt, ist mit der bundesgerichtlichen Praxis gut vereinbar, so dass er angezeigt ist. Hingegen ist die von der Beschwerdeführerin ebenfalls angeführte lange Abwesenheit vom Arbeitsmarkt kein Umstand, der einen Abzug rechtfertigen würde (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C\_808/2015 vom 29. Februar 2016 E. 3.4.2, 8C\_805/2016 vom 22. März 2017 E. 3.3 und 8C\_351/2014 vom 14. August 2014 E. 5.2.4.2).

Gerechtfertigt ist somit ein Abzug von 15%, womit sich das Invalideneinkommen auf rund Fr. 44'068.-- (Fr. 51'845.-- x 0.85) beläuft. 8.5

Bei einem Valideneinkommen von Fr. 57'861.-- (vorstehend E. 8.1) und einem Invalideneinkommen von Fr. 44'068.-- (vorstehend E. 8.4) beträgt die Einkommenseinbusse Fr. 13'793.--, was einen Invaliditätsgrad von rund 24% ergibt.

In diesem Umfang hat die Beschwerdeführerin einen Rentenanspruch auch ab April 2013. In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen und der angefochtene Entscheid abzuändern. 9.

Der obsiegenden und anwaltlich vertretenen Beschwerdeführerin steht eine Prozessentschädigung zu, die beim praxismässigen Stundenansatz von Fr. 220.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) ermessensweise auf Fr. 3'000.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen und der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass der Einspracheentscheid der AXA Versicherungen AG vom 14. Juli 2017 mit der Feststellung abgeändert wird, dass die Beschwerdeführerin ab April 2013 Anspruch auf eine Invalidenrente bei einem Invaliditätsgrad von 24% hat. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 3'000.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. iur. André Largier - Rechtsanwältin Dr. Kathrin Hässig - Bundesamt für Gesundheit 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). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin MosimannTiefenbacher

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