

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2022.00107**

## **vom 24. Mai 2023**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2023-05-24, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2022.00107](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2022.00107)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2022.00107 du 24 mai 2023

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2022.00107 del 24 maggio 2023

### **Erwägungen**

#### **E. 1.1**

Gemäss Art. 6 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) werden – soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt – die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Abs. 1). Die Versicherung erbringt ihre Leistungen auch bei den im Einzelnen in Abs. 2 aufgeführten Körperschädigungen, sofern sie nicht vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen sind. Ausserdem erbringt die Versicherung ihre Leistungen für Schädigungen, die der verunfallten Person bei der Heilbehandlung zugefügt werden (Abs. 3).

Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 Prozent invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente, sofern sich der Unfall vor Erreichen des ordentlichen Rentenalters ereignet hat ( Art. 18 Abs. 1 UVG) . Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG). Erleidet die versicherte Person durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität, so hat sie Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung (Art. 24 Abs. 1 UVG).

#### **E. 1.2**

Zur Bestimmung des Invaliditätsgrades wird gemäss Art. 16 ATSG das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der (unfallbedingten) Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen).

#### **E. 1.3**

Versicherungsträger und das Sozialversicherungsgericht haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. 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. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a).

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob er 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Zudem muss der Arzt über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a; Urteil des Bundesgerichts 8C\_225/2021 vom 10. Juni 2021 E. 3.2, je m.w.H.).

Nach der Rechtsprechung kommt insbesondere auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ ee). Das Anstellungsverhältnis einer versicherungsinternen Fachperson zum Versicherungsträger alleine lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen (BGE 137 V 210 E. 1.4, 135 V 465 E. 4.4). Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 145 V 97 E. 8.5, 142 V 58 E. 5.1, 139 V 225 E. 5.2, 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7). 2. 2.1

Die Beschwerdegegnerin stellte sich in ihrem Einspracheentscheid vom 27. April 2022 auf den Standpunkt, der Kreisarzt med. pract. F. \_\_\_ sei aufgrund einer sorgfältigen und nachvollziehbaren Beurteilung zum Schluss gekommen, dass trotz der verbleibenden Unfallrestfolgen im Bereich der linken Schulter und am linken Knie eine leidensangepasste Tätigkeit vollzeitlich zumutbar sei. Für eine solche Tätigkeit gelte das folgende Profil: Das Heben und das Tragen dürfe auf der rechten Seite frei sein, auf der linken Seite nur leicht. Das Hantieren mit Werkzeugen könne links leicht sein, rechts sei es frei. Es sei jedoch darauf zu achten, dass auf die linke Schulter keinerlei Vibrationen und/oder Schläge ausgeführt würden. Arbeiten über Kopfhöhe und beidhändige Arbeiten überkopf sollten nicht durchgeführt werden müssen. Das Stehen und Sitzen sei frei. Arbeiten, die das Knien oder Kniebeugen erforderten sowie solche, die zu Schlägen oder Vibrationen in den Knien oder zu diesbezüglichen Zwangshaltungen führten, seien nicht zumutbar. Günstig sei eine längerdauernde sitzende Haltung

( 80

:

20). Die Fortbewegung bis 50 Meter sei frei, Gehstrecken könnten manchmal bewältigt werden und langes Gehen sei nicht mehr möglich. Treppensteigen komme manchmal in Betracht, das Besteigen von Leitern sei nicht zumutbar, ebenso wenig Arbeiten, die ein

Balancieren erforderten. Der Auffassung des Hausarztes Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie, gemäss der auch in einer angepassten Tätigkeit nur ein Pensum von maximal 50 % zumutbar sei, könne nicht gefolgt werden. Soweit dafür auf psychische Faktoren verwiesen werde, so seien diese hier nicht zu berücksichtigen, da sie nicht unfallkausal seien. Das weitere Argument, dass sich verschiedene unfallbedingte Einschränkungen potenzieren könnten, sei zwar grundsätzlich korrekt, allerdings führe dies hier nebst der qualitativen Anpassung des Zumutbarkeitsprofils nicht auch zu einer zeitlichen Anpassung. Die geltend gemachte erhöhte Pausenbedürftigkeit sei nicht konkretisiert worden. Es sei somit vom kreisärztlich formulierten Zumutbarkeitsprofil auszugehen. Bei der Einkommensbemessung zusätzlich zu berücksichtigen sei ein leidensbedingter Abzug von 10 % vom Invalideneinkommen. Die Differenz zum Einkommen, das die Beschwerdegegnerin ohne die unfallbedingte gesundheitliche Beeinträchtigung weiterhin hätte erzielen können und damit der Invaliditätsgrad belaufen sich somit nicht nur auf 12 %, sondern effektiv auf 21 % ( Urk. 2 S. 6 ff. Ziff. 4 f.). 2.2

Die Beschwerdeführerin führte in ihrer Beschwerde vom 27. Mai 2022 aus, im Streit liege die zumutbare Restarbeitsfähigkeit. Der Kreisarzt gehe von einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit aus, der behandelnde Arzt hingegen sei zum Schluss gekommen, es liege auch in einer angepassten Tätigkeit höchstens eine Arbeitsfähigkeit von 50 % vor. Dem Kreisarzt med. pract. F.\_\_\_\_ komme nicht die notwendige fachärztliche Qualifikation zu, um eine zuverlässige Einschätzung der Restarbeitsfähigkeit vorzunehmen. Der Hausarzt hingegen sei sehr wohl dazu in der Lage, weswegen das von der Beschwerdegegnerin als überzeugend betrachtete Zumutbarkeitsprofil illusorisch sei. Die unfallkausalen Beschwerden in Schulter und Knie könnten nicht für sich allein betrachtet werden. Die Beschwerden verstärkten sich gegenseitig und potenzierten sich sogar. Auch der Kreisarzt habe anerkannt, dass sich Beschwerden gegenseitig verstärken könnten, wenn verschiedene Körperteile betroffen seien. Die Frage, inwieweit es sich hier diesbezüglich mit der zeitlichen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auch einer angepassten Tätigkeit verhalte, habe er unbeantwortet gelassen. Aufgrund der Divergenzen sei vorgeschlagen worden, eine externe Begutachtung durchzuführen. Allerdings habe sich die Beschwerdegegnerin dazu nicht vernehmen lassen ( Urk. 1 S. 3). 2.3

In der Beschwerdeantwort vom 4. Juli 2022 stellte sich die Beschwerdegegnerin auf den Standpunkt, der Kreisarzt med. pract. F.\_\_\_\_

habe zu den Argumenten von Dr. J.\_\_\_\_ ausführlich Stellung genommen und dargelegt, weswegen gestützt auf die Untersuchungsergebnisse und unter Berücksichtigung sämtlicher unfallkausaler Befunde am Bewegungsapparat von einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit auszugehen sei. Insbesondere ergebe sich aus den Darlegungen des Kreisarztes, weswegen selbst eine Potenzierung von Beschwerden hier nicht zu einer quantitativen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit führe. Rechnung zu tragen gelte es ausserdem der Erfahrungstatsache, dass Haus- oder behandelnde Ärzte in Zweifelsfällen für ihre Patienten günstige Beurteilungen abgäben ( Urk.

## **E. 5**

/1 f.). Nach zwischenzeitlich erfolgter Auflösung des Arbeitsverhältnisses mit der Y.\_\_\_\_ AG per 31. Dezember 2019 ( Urk. 7/101/4) stellte n

Dr. C.\_\_\_\_ und Dr. med. E.\_\_\_\_ , Assistenzarzt, im Bericht vom 26. November 2019 die Diagnose einer posttraumatischen Frozen

Shoulder links und nahmen zur lokalen Entzündungshemmung eine glenohumerale Infiltration in Aussicht und empfahlen die Fortführung der physiotherapeutischen Massnahmen ( Urk. 7/97/2). Eine Verlaufsuntersuchung des linken Knies mittels MRI ergab am 7. Januar 2020 ein symptomatisches Meniskusganglion im medialen Meniskusvorderhorn. Empfohlen wurde eine Kniegelenksinfiltration und physiotherapeutische Massnahmen ( Urk. 7/112/1 f.). Das linke Knie betreffend unterzog sich die Versicherte am 8. Juni 2020 einer weiteren Kniegelenksarthroskopie links mit medialer Teilmenisektomie und Ganglionresektion ( Urk. 7/134/2 f. , Urk. 7/135/2 f. ) und die linke Schulter betreffend kam Dr. C.\_\_\_\_

im Bericht vom 5. Juni 2021 zum Schluss, orthopädisch/schulterchirurgisch könne keine Therapie mehr angeboten werden ( Urk. 7/202/3 ).

Am 16. Juli 2021 fand durch med. pract . F.\_\_\_\_ , Facharzt für Chirurgie, die kreisärztliche Abschlussuntersuchung statt, worüber dieser gleichentags seinen Bericht verfasste ( Urk. 7/212) und gleichzeitig die Schätzung des erlittenen Integritätsschadens vornahm ( Urk. 7/211). Am 17. November 2021 nahm med. pract . F.\_\_\_\_ erneut Stellung ( Urk. 7/245).

### **E. 5.1**

Die Würdigung der verschiedenen ärztlichen Darlegungen zeigt, dass med. pract . F.\_\_\_\_ ausgehend von den Unfallrestfolgen der erlittenen Verletzungen an der linken Schulter und am linken Knie bezogen auf eine angepasste

Tätigkeit zum Schluss kam, eine solche sei der Beschwerdeführerin trotz der Unfallrestbeschwerden vollschichtig zumutbar. Als angepasst umschrieb med. pract . F.\_\_\_\_ folgende Belastungen: Das Heben und das Tragen dürfe auf der rechten Seite frei sein, auf der linken Seite nur leicht. Das Hantieren mit Werkzeugen könne links leicht sein, rechts sei es frei. Es sei jedoch darauf zu achten, dass auf die linke Schulter keinerlei Vibrationen und/oder Schläge ausgeführt würden. Arbeiten über Kopfhöhe und beidhändige Arbeiten überkopf sollten nicht durchgeführt werden müssen. Das Stehen und Sitzen sei frei. Arbeiten, die ein Knien oder Knie beugen erforderten sowie solche, die zu Schlägen oder Vibrationen in den Knien oder zu diesbezüglichen Zwangshaltungen führten, seien nicht zumutbar. Günstig sei eine längerdauernde sitzende Haltung im Verhältnis von 80 % zu

### **E. 5.2**

Der Hausarzt Dr. J.\_\_\_\_

gewichtete das Zusammentreffen von Unfallresiduen an der linken Schulter und am linken Knie besonders, indem er sich auf den Standpunkt stellte, die Summe der Beeinträchtigungen vermindere die Belastbarkeit und erhöhe die gesamte Einschränkung massiv und insbesondere sei die Beschwerdeführerin auch beim Sitzen nicht frei. Die Einschätzung des Kreisarztes könnte daher nicht geteilt werden. Darüber hinaus erachtete er in ein bis zwei Jahren eine erneute Beurteilung für angezeigt ( Urk. 7/233/1 f. ). Dem entgegnete med. pract . F.\_\_\_\_ , es liege keine medizinisch fundierte Beurteilung vor ( Urk. 7/245/1 f. ). Tatsächlich erläuterte Dr. J.\_\_\_\_ seine äusserst kurz verfasste Einschätzung nicht weiter und er nahm inhaltlich auch keinen Bezug auf die Darlegungen des Kreisarztes, zumal er diesen im Übrigen weitgehend beipflichtete. So hielt er fest, der Kreisarzt habe

die massive Einschränkung der Gehfähigkeit für längere Strecken und bei m Gehen auf unebenem Gelände, beim Treppen steigen und Besteigen von Leitern anerkannt sowie die Unzumutbarkeit von Arbeiten, die das Balancieren erforderten ( Urk. 7/233/2) .

Es ist somit im Ergebnis nicht ersichtlich, weswegen die Unfallresiduen an Schulter und Knie linksseits nebst den von med. pract . F.\_\_\_\_ erwähnten weitgehenden qualitativen Beeinträchtigungen auch zu einer quantitativen in Form einer Restarbeitsfähigkeit von gar nur 50 % führen . Es ist insbesondere nicht nachvollziehbar, dass für Positionswechsel zur Entlastung insgesamt Pausen im Umfang von 50 % eines Vollpensums erforderlich sein sollen ( Urk. 7/233/2) . Nicht näher dargelegt hat Dr. J.\_\_\_\_ überdies, aus welchen Gründen in ein bis zwei Jahren eine Neuevaluat ion erforderlich sei. Schliesslich ist bezüglich der Darlegungen von Dr. J.\_\_\_\_

auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass behandelnde Ärzte beziehungsweise Therapeuten mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc).

### **E. 5.3.1**

Dr. G.\_\_\_\_ kam hinsichtlich des Belastbarkeitsprofils für eine angepasste Tätigkeit zu einer mit med. pract . F.\_\_\_\_ grundsätzlich vergleichbaren Einschätzung , indem sie festhielt, t trotz der Beeinträchtigungen zumutbar sei eine sehr leichte Tätigkeit mit maximaler repetitiver Belastung der linken oberen Extremität mit 5 kg und selten mit 10 kg. Eine Belastung über der Horizontalen und Überkopfarbeiten seien für den linken Arm nicht zumutbar. Ebenso seien regel mässige repetitive bimanuelle Tätigkeiten über die Horizontale hinaus nicht zumutbar. Die Tätigkeit sollte vorwiegend sitzend sein. Rein stehende Tätigkeiten seien nicht zumutbar. Das Gehen auf unebenem Grund sei für kurze Strecken von 10 Metern manchmal zumutbar. Nicht zumutbar seien des Weiteren Zwangshaltungen für die linke untere Extremität, insbesondere Arbeiten in kniender Stellung, und ebenso Arbeiten, die ein Körpergleichgewicht voraussetzten . Abweichend von med. pract . F.\_\_\_\_ kam sie allerdings zum Schluss, nach einem Arbeitseinsatz von 60 bis 80 Minuten seien regelmässig Pausen im Umfang von jeweils zehn Minuten erforderlich . Es resultiere daraus eine unfallbedingte Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80 % aus unfallkausalen Gründen. Unter Berücksichtigung des aktuellen Dekonditionierung und der Niedergeschlagenheit sei final sogar nur von einer aktuellen Leistungsfähigkeit von 60 % auszugehen, da im Vergleich zu gesunden Personen eine Verlangsamung bestehe ( Urk. 10 S.

3

f. Ziff. 4 f.).

### **E. 5.3.2**

Im Vor herein nicht massgebend ist die von Dr. G.\_\_\_\_ mit 60 % bewertete Arbeitsfähigkeit unter Berücksichtigung aller Faktoren, das heisst auch unter Einbezug von Dekonditionierung und Niedergeschlagenheit. Niedergeschlagenheit respektive ganz generell psychische Faktoren können mangels des hierfür erforderlichen adäquaten Kausalzusammenhangs nicht berücksichtigt werden. Der Treppensturz vom 10. September 2018 ist als leichter Unfall einzustufen. UV170100 Kausalzusammenhang adäquat und Gesundheitsbeeinträchtigung psychisch, banaler/leichter Unfall 06.2021 Bei banalen

Unfällen wie zum Beispiel bei geringfügigem Anschlagen des Kopfes oder Übertreten des Fusses und bei leichten Unfällen wie beispielsweise einem gewöhnlichen Sturz oder Ausrutschen kann der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychischen Gesundheitsstörungen in der Regel ohne weiteres verneint werden, weil aufgrund der allgemeinen Lebenserfahrung aber auch unter Einbezug unfallmedizinischer Erkenntnisse ohne aufwendige Abklärungen im psychischen Bereich davon ausgegangen werden darf, dass ein solcher Unfall nicht geeignet ist, einen erheblichen Gesundheitsschaden zu verursachen (vgl. BGE 120 V 352 E. 5b/aa, 115 V 133 E. 6a). Bei der von Dr. G.\_\_\_\_ erwähnten Dekonditionierung sodann handelt es sich um einen unfallfremden Faktor. Auch dieser Aspekt hat keinen Einfluss auf die Bemessung der Arbeitsfähigkeit aus rein unfallbezogener Sicht. Wie med. pract. F.\_\_\_\_

überdies richtig bemerkte, sind für die Beurteilung der somatischen Unfallfolgen nur die objektiv erklärbaren Befunde massgebend (Urk. 28 S. 2).

### E. 5.3.3

Eine volle Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit schloss Dr. G.\_\_\_\_

darüber hinaus auch mit der Begründung aus, soweit es die unfallkausalen Beeinträchtigungen betraf, fielen

chronische Schmerzen und eine Verlangsamung ins Gewicht (Urk. 10 S. 4 Ziff. 5). Was die geklagten Schmerzen betrifft, ist zu beachten, dass med. pract. F.\_\_\_\_ diese nur teilweise mit den erhobenen objektiven Befunden in Einklang bringen konnte (Urk. 7/212/8, Urk. 15 S. 1 f.). Auch Dr. G.\_\_\_\_ verwies zum einen auf nicht objektiv erklärbare Beschwerden, stellte sich zum anderen aber auf den Standpunkt, auch wenn die Beschwerden an der linken Schulter und am linken Knie nicht vollständig erklärbar seien, so seien sie real und die Entfaltung der Bewegung in der Testung weise weder auf eine Simulation noch auf eine Aggravation hin (Urk. 20/1 S. 2). Auf objektiv nicht erklärbare Beschwerden wies jedoch nicht nur med. pract. F.\_\_\_\_ hin, sondern zu diesem Schluss kam auch Dr. H.\_\_\_\_, der dazu in seinem Gutachten unter Bezugnahme auf die erhobenen Befunde detaillierte Angaben machte und vom Vorliegen eines somatisch nicht erklärbaren Schmerzsyndroms ausging. (Urk. 20/2

S. 13 ff.). Dies widerspricht im Übrigen nicht der Einschätzung von Dr. G.\_\_\_\_, die betonte, dass verschiedene Beschwerden nicht erklärbar seien bedeute nicht, dass sie nicht real seien. Massgebend ist indessen nicht dieser Umstand, sondern die mangelnde Unfallkausalität. Bezüglich der nicht objektivierbaren Beschwerden ist von einer vorwiegend psychogenen Genese auszugehen, weswegen sie

hier nicht berücksichtigt werden

können. Darauf wurde bereits hingewiesen (vgl. vorstehende E. 5.3.2). Nicht näher erläutert hat Dr. G.\_\_\_\_ sodann, aus welchen Gründen von einer die Restarbeitsfähigkeit massgeblich beeinträchtigenden Verlangsamung auszugehen ist. Hier erweist sich die Einschätzung von med. pract. F.\_\_\_\_ als nachvollziehbarer, der allen nachweislichen Unfallfolgen bei der Umschreibung des Belastbarkeitsprofils Rechnung getragen hat (Urk. 7/212/6 ff.). Auch Dr. H.\_\_\_\_ kam zu einer vergleichbaren Beurteilung (Urk. 20/2 S. 17 f.). Einer möglichen Verlangsamung im Vergleich zu gesunden Personen wird überdies durch eine Herabsetzung des Invalideneinkommens Rechnung getragen (Urk. 2 S. 10 lit. a/bb), was unbestritten geblieben ist. Insgesamt bleibt bei Dr. G.\_\_\_\_ unklar, welche Faktoren sie

in ihre Beurteilung miteinander bezogen hat. Es ist angesichts ihrer Darlegungen jedenfalls naheliegend, dass auch unfallfremde Faktoren wie die Dekonditionierung oder nicht unfallkausale Aspekte wie psychisch bedingte Beschwerden in diese einfließen. Auf ihre Einschätzung der Restarbeitsfähigkeit kann daher nicht abgestellt werden.

#### **E. 5.4**

Dr. H.\_\_\_\_ kam sowohl bezüglich der Würdigung der Befunde betreffend die somatischen Unfallfolgen als auch bezüglich der Formulierung der trotz dieser Folgen noch zumutbaren Belastungen zu Ergebnissen, die mit den Feststellungen von med. pract . F.\_\_\_\_ vergleichbar sind ( Urk. 7/212/6 ff., Urk. 20/2 S. 1 3 ff.). Abweichend schätzte er hingegen den Umfang der Restarbeitsfähigkeit ein. Anstelle einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten ging er von einer solchen von 70 % aus, dies mit der Begründung , aufgrund des nicht somatischen Schmerzsyndroms sei es nicht möglich, die Arbeitsfähigkeit konkret zu bestimmen ( Urk. 20/2 S. 19).

Letzteres ist angesichts der gesamten Umstände nachvollziehbar. Anders verhält es sich bezüglich der Gründe, die für eine bloss partielle Arbeitsfähigkeit auch in einer angepassten Tätigkeit sprechen. Die einzelnen Faktoren für seine Einschätzung nannte Dr. H.\_\_\_\_ nicht und es liegt insbesondere auch keine Auseinandersetzung mit den abweichenden Beurteilungen von med. pract . F.\_\_\_\_ , obschon Dr. H.\_\_\_\_ diese zur Verfügung stand ( Urk. 20/2 S. 8). Die Beurteilung von Dr. H.\_\_\_\_

vermag diejenige von med. pract . F.\_\_\_\_

somit nicht zu entkräften, zumal letzterer ein noch detaillierteres Anforderungsprofil für eine angepasste Tätigkeit formuliert hat als Dr. H.\_\_\_\_ ( Urk. 7/

212/9, Urk. 20/2 S. 19). Da die IV-Stellen und die Unfallversicherer die Invaliditätsbemessung in jedem einzelnen Fall selbständig vorzunehmen haben (vgl. BGE 133 V 549 E. 6, 126 V 388 E. 2d sowie Urteil des Bundesgerichts 8C\_429/

2021 vom 17. Mai 2022 E. 5.1, je mit Hinweisen) kommt dem im Verfahren der Invalidenversicherung eingeholten Gutachten von Dr. H.\_\_\_\_

sodann kein Vorrang zu. Nicht begründet ist ferner der Einwand der Beschwerdeführerin , med. pract . F.\_\_\_\_ sei zur Festlegung eines Zumutbarkeitsprofils hinsichtlich einer angepassten Tätigkeit gar nicht qualifiziert ( Urk. 1 S. 3) . Als Facharzt für Chirurgie (vgl. Urk. 7/212/10) ist die erforderliche Eignung gegeben. Zudem sind die Kreisärzte der Suva nach ihrer Funktion und beruflichen Stellung Fachärzte im Bereich der Unfallmedizin. Da sie ausschliesslich Unfallpatienten, unfallähnliche Körperschädigungen und Berufskrankheiten diagnostisch beurteilen und therapeutisch begleiten, verfügen sie über besonders ausgeprägte traumatologische Kenntnisse und Erfahrungen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_510/2007 vom 3. Oktober 2008 = SVR 2009 UV Nr. 9 E. 7.5.4), dies unabhängig von ihrem ursprünglich erworbenen Facharztstitel (Urteil des Bundesgerichts 8C\_316/2019 vom 24. Oktober 2019 E. 5.4) .

#### **E. 5.5**

Zusammen gefasst ergibt sich, dass bezüglich des quantitativen Umfangs der verwertbaren Restarbeitsfähigkeit keine abweichenden ärztlichen Beurteilungen die Schlussfolgerungen des Kreisarztes med. pract . F.\_\_\_\_

in Zweifel zu ziehen vermögen. Es steht mithin mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ( vgl. BGE 144 V 427 E. 3.2)

fest, dass die Beschwerdeführerin trotz der somatischen Restfolgen des Ereignisses vom 10. September 2018 in der Lage ist, eine angepasste Tätigkeit im Umfang von 100 % auszuüben. 6.

## **E. 6**

S. 2 f. Rz 3 ff.). 2.4

In den weiteren Eingaben zur Sache ( Urk. 9, Urk. 14, Urk. 19, Urk. 24, Urk. 27) blieben die Parteien jeweils unter Verweisung auf die weiteren von ihnen eingebrachten ärztlichen Stellungnahmen ( Urk. 10, Urk. 15, Urk. 20/1-2, Urk. 28) bezüglich der Frage der Restarbeitsfähigkeit bei ihren Standpunkten. Darüber hinaus brachte die Beschwerdeführerin in der Eingabe vom 3. Februar 2023 vor, das Invalideneinkommen hätte unter Zugrundelegung der Angaben in der Lohnstrukturerhebung (LSE) des Jahres 2020 mit entsprechender Anpassung an die Nominallohnentwicklung bis ins Jahr 2021 festgesetzt werden müssen. Selbst unter Berücksichtigung des bestrittenen leidensbedingten Abzuges von 10 % und bei einer bestrittenen Verweistätigkeit von 100 % ergebe sich so ein Invaliditätsgrad von mindestens 25 % ( Urk. 24 S. 1). Dem hielt die Beschwerdeführerin in der Stellungnahme vom 13. Februar 2023 entgegen, im Zeitpunkt des Erlasses der Einspracheentscheidung seien die LSE 2022 noch nicht veröffentlicht gewesen. Es sei daher richtigerweise auf die LSE 2018 abgestellt worden. Auch die definitive Lohnentwicklung für das Jahr 2021 sei erst nach Erlass der Einspracheentscheidung publiziert worden, weshalb diese nicht zu berücksichtigen sei ( Urk. 27 S.

1). 3. 3.1

Mit Verfügung vom 22. Dezember 2021 sprach die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin unter Einstellung der bisher gewährten Taggeldzahlungen (vgl. Urk. 7/239) eine Invalidenrente basierend auf einem Invaliditätsgrad von 12 % und eine Integritätsentschädigung entsprechend einer Integritätseinbusse von 25 % zu. Den adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem Vorfall vom 10. September 2018 und allfälligen psychischen Beschwerden verneinte sie ( Urk. 7/255; vgl. auch Urk. 7/252). Im Einspracheverfahren errechnete sie sodann einen höheren Invaliditätsgrad von 25 %, indem sie beim Invalideneinkommen einen Abzug von 10 % berücksichtigte ( Urk. 2 S. 10 f. Ziff. 5 lit. a/ bb ). 3.2

Den Zeitpunkt des Fallabschlusses, die Verneinung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfallereignis vom 10. September 2018 und allfälligen psychischen Beschwerden sowie die Bemessung der Integritätsentschädigung stellte die Beschwerdeführerin im Beschwerdeverfahren nicht in Frage. Da keine Anhaltspunkte vorliegen, dass diesbezüglich ein Korrekturbedarf besteht, ist auf diese Aspekte nicht näher einzugehen. 3.3

Strittig und zu prüfen ist hingegen der Umfang der Restarbeitsfähigkeit mit Bezug auf die somatischen Unfallfolgen. Hierfür ist auf die verschiedenen ärztlichen Berichte und Stellungnahmen einzugehen. Näher zu prüfen ist überdies

auch die Bemessung des Invalideneinkommens. 4. 4.1

Med. pract . F.\_\_\_\_ nannte im Bericht über die kreisärztliche Untersuchung der Beschwerdeführerin vom 1 6. Juli 2021 als unfallkausale Diagnosen (1) eine post traumatische Fro z en

#### Shoulder

links mit/bei bursaseitiger Partialruptur der Supraspinatussehne und Obliteration des Rotatorenintervalls (konservativ behan delt) und (2) eine mediale Meniskusläsion links mit Restbeschwerden (DD : symptomatische Vernarbung Hoffa'scher Fettkörper), Status nach medialer Teil meniskektomie (Hinterhorn/Pars intermedia 20 % ) und Ganglionresektion am Innenmeniskus-Vorderhorn vom 8. Juni 202 0. Als nicht unfallkausale Leiden erwähnte med. pract . F.\_\_\_\_ unspezifische Schulterbeschwerden rechtsseitig, eine Adipositas Grad III (BMI 39,2) und Lipödeme ( Urk. 7/212/8).

Sodann führt e er aus, bezüglich der Unfallfolgen liege insgesamt kein gutes Resultat vor. Nach direktem Kontusions- und Anpralltrauma wise die Schulter links unregelmässige Einschränkungen der Beweglichkeit auf , wobei

die wech selnde Intensität derselben nicht immer nachvollziehbar sei . Die Beschwerden könnten nicht im angegebenen Umfang mit den bildgebenden und den klinischen Befunden in Einklang gebracht werden. Trotz der angegebenen Schulterschmer zen verwende die Beschwerdeführerin Gehstöcke, die sie rechts und links voll umfänglich einsetzen könne. Darüber hinaus sei die Beschwerdeführerin bezüglich ihrer Beschwerden auch ablenkbar ( Urk. 7/212/8) .

Bezüglich des linken Knies lägen unspezifische Beschwerden vor. Diese seien infrapatellär medial lokalisiert. Eine eigentliche Instabilität sei nicht gegeben. Im MRI- Befund vom 3. Dezember 2020 sei ein tiefer Knorpeldefekt des medialen Femurkondylus beim vorbestehendem Status nach Partialruptur des proximal-medialen Kollateralbandes erkennbar . Der mediale Meniskus sei verkürzt bei Sta tus nach Teilmeniskektomie . Die Beschwerden des Knies seien daher mit überwie gender Wahrscheinlichkeit unfallkausal und daher auch nachvollziehbar.

Weitere Therapiemöglichkeiten beständen nicht. Weder für die Schulter noch für das Knie könnten therapeutische oder chirurgische Optionen angeboten werden. Es sei mit hin von einem Endzustand auszugehen. Für eine berufliche Tätigkeit beständen Belastbarkeitsgrenzen. Das Heben und das Tragen dürfe auf der rechten Seite frei sein, auf der linken Seite nur leicht. Das Hantieren mit Werkzeugen könne links leicht sein, rechts sei es frei. Es sei jedoch darauf zu achten, dass auf die linke Schulter keinerlei Vibrationen und/oder Schläge einwirkten . Arbeiten über Kopf höhe und beidhändige Arbeiten überkopf sollten nicht durchgeführt werden müs sen. Das Stehen und Sitzen sei frei. Arbeiten die ein Knien oder Kniebeugen erforderten sowie solche, die zu Schlägen oder Vibrationen in den Knien oder zu diesbezüglichen Zwangshaltungen führten, seien nicht zumutbar. Günstig sei eine längerdauernde sitzende Haltung ( 80 : 20). Die Fortbewegung bis 50 Meter sei frei, Gehstrecken könnten manchmal bewältigt werden und langes Gehen sei nicht mehr möglich. Treppensteigen komme manchmal in Betracht, das Besteigen von Leitern sei nicht zumutbar, ebenso wenig Arbeiten, die ein Balancieren erforderten ( Urk. 7/212/9). 4.2

Der Hausarzt Dr. J.\_\_\_\_ nahm auf Veranlassung der Beschwerdeführerin am 2 4. September 2021 zu den Darlegungen von med. pract . F.\_\_\_\_ Stellung. Er führte aus, die Einschätzung der einzelnen Einschränkungen seien aus Sicht der Beschwerdegegnerin vertretbar.

Aufgrund des Verletzungsmusters könnten die Einschränkungen aber je nach Sichtweise des Untersuchers auch grösser sein. Nicht berücksichtigt worden sei, dass der Bewegungsapparat respektive die Gelenke zueinander in Beziehung stünden und in Interaktion träten. Damit könnten sich einzelne Einschränkungen in ihrer Wirkung potenzieren. Die Summe der Beeinträchtigungen vermindere die Belastbarkeit und erhöhe die gesamte Einschränkung massiv. Die Einschätzung des Kreisarztes könne daher nicht geteilt werden. Es sei eine erneute Beurteilung in ein bis zwei Jahren vorzunehmen. Der Kreisarzt habe die massive Einschränkung der Gehfähigkeit für längere Strecken und beim Gehen auf unebenem Gelände, beim Treppensteigen und Besteigen von Leitern anerkannt sowie die Unzumutbarkeit von Arbeiten, die das Balancieren erforderten. Entgegen der Auffassung von med. pract. F.\_\_\_\_ sei die Beschwerdeführerin auch beim Sitzen nicht frei. Es könne somit nicht von einer vollen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit ausgegangen werden. Derzeit liege auch in einer solchen Tätigkeit nur eine Arbeitsfähigkeit von 50 %

mit längeren Pausen für Positionswechsel vor ( Urk. 7/233/2 f.). 4.3

Zu dieser Beurteilung nahm med. pract. F.\_\_\_\_ am 17. November 2021 Stellung, indem er ausführte, die Beschwerdeführerin sei anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung umfassend untersucht und das Zumutbarkeitsprofil sei unter Berücksichtigung aller unfallbedingten Beeinträchtigungen festgelegt worden. Dr. J.\_\_\_\_ habe seine abweichende Auffassung nicht näher begründet, sondern nur auf eine Neuevaluation in ein oder zwei Jahren hingewiesen. Auch der Hinweis, ein vollzeitliches Arbeitspensum in einer angepassten Tätigkeit sei illusorisch, sei keine fundierte medizinische Beurteilung. Grundsätzlich treffe es zu, dass sich verschiedene unfallbedingte Beeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit potenzierten. Hier führe dies entsprechend auch zu einer qualitativen, nicht aber zu einer quantitativen Einschränkung, sofern die Tätigkeit den Einschränkungen Rechnung trage. Soweit Dr. J.\_\_\_\_ zur Begründung der von ihm postulierten Restarbeitsfähigkeit von 50 % auf psychische Aspekte anspiele, so seien diese hier mangels Unfallkausalität nicht zu berücksichtigen ( Urk. 7/245/1 f.). 4.4

Im Beschwerdeverfahren reichte die Beschwerdeführerin die von ihr veranlasste Beurteilung von Dr. med. G.\_\_\_\_, Fachärztin für Chirurgie, vom 12. September 2022 ein. Diese untersuchte die Beschwerdeführerin persönlich und stützte sich auf im Einzelnen nicht genannte bildgebende Befunde und Akten ( Urk.

### **E. 6.1**

Die Berechnung des Valideneinkommens blieb unbestritten und gibt zu keinen Bemerkungen Anlass. Die einzelnen Faktoren der Bemessung des Invalideneinkommens lassen sich der Verfügung vom 22. Dezember 2021 entnehmen. Grundlage bildete insbesondere die Tabellenlöhne der Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik (LSE) des Jahres 2018 unter Anpassung an die Nominallohnentwicklung. Auf diese Weise setzte die Beschwerdegegnerin das Invalideneinkommen auf Fr. 55'781.-- fest ( Urk. 7/255/3 f.). Im Einspracheverfahren berücksichtigte sie überdies einen leidensbedingten Abzug von 10 %, wodurch sich das Invalideneinkommen auf Fr. 50'202.70 verringerte ( Urk. 2 S. 11). Die Beschwerdeführerin macht geltend, anstelle der LSE 2018 hätte die LSE 2020 unter Berücksichtigung einer Nominallohnentwicklung von 0,2 % für 2021 berücksichtigt werden müssen, woraus ein Invalideneinkommen von Fr. 53'386.-- (ohne leidensbedingten Abzug) resultiere ( Urk.

## **E. 6.2**

Für die Festsetzung der Vergleichseinkommen im Rahmen der Invaliditätsbemessung sind rechtsprechungsgemäss die im Verfügungszeitpunkt bezogen auf den Zeitpunkt des Rentenbeginns aktuellsten veröffentlichten Tabellen der LSE zu verwenden (BGE 143 V 295 E. 4.1.3; Urteil des Bundesgerichts 8C\_339/2022 vom 9. November 2022 E. 6.1.1 mit Hinweisen). Mit der Verfügung vom 22. Dezember 2021 sprach die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin die Invalidenrente mit Wirkung ab dem 1. Oktober 2021 zu (Urk. 7/255/1). Dieser Punkt war im Einspracheverfahren unbestritten geblieben (vgl. Urk. 7/264) und auch im Beschwerdeverfahren bemängelte die Beschwerdeführerin den Rentenbeginn nicht (Urk. 1). Bei Erlass des Einspracheentscheides am 27. April 2022 aktuell waren die Tabellenlöhne der LSE 2018. Die LSE 2020 wurde, wie die Beschwerdegegnerin korrekt festhielt (Urk.

## **E. 10**

S. 3 f. Ziff. 4

f.). 4.5

Zu dieser Beurteilung nahm med. pract. F.\_\_\_\_ am 19. Oktober 2022 Stellung. Er führte aus, auch Dr. G.\_\_\_\_ habe festgestellt, dass die Bewegungseinschränkungen an Schulter und Knie links nicht vollständig erklärbar seien. Dies decke sich mit seinen eigenen Untersuchungsbefunden. Ferner habe Dr. G.\_\_\_\_ auf eine zusätzliche psychische Problematik hingewiesen und habe die Aufnahme einer medizinischen Trainingstherapie (MTT) zur Mobilisation der betroffenen Gelenke empfohlen. Nachdem ein Endzustand ohne weitere Therapiemöglichkeiten erreicht sei, sei nicht ersichtlich, was eine MTT daran ändern könnte. Die physiotherapeutische Behandlung habe die Beschwerdeführerin denn auch bereits vor der kreisärztlichen Untersuchung beendet. Eine Dekonditionierung könne sodann nicht dazu führen, somatische Befunde ohne Wertigkeit zu ergänzen oder zu verändern. Auch eine psychische Störung sei nicht als Unfallfolge festgestellt worden. Das von Dr. G.\_\_\_\_ formulierte Belastbarkeitsprofil weise sodann keine signifikanten Unterschiede auf. Auch sie empfehle eine Schonung der linken Schulter und Gewichtsbelastungen zwischen 5 und 10 kg, was einer leichten Tätigkeit entspreche, und eine sitzende Tätigkeit. Nicht nachvollziehbar begründet sei hingegen die Beurteilung von Dr. G.\_\_\_\_, dass mit Bezug auf die Unfallfolgen in einer angepassten Tätigkeit nur eine Arbeitsfähigkeit von 80 % respektive unter Berücksichtigung der aktuellen Verlangsamung eine solche von gar nur 60 % bestehe.

Die von ihr genannten Einschränkungen begründeten nicht per se eine quantitative Einschränkung. Mit Dekonditionierung und Niedergeschlagenheit lasse sich eine solche nicht begründen, zumal auch Dr. G.\_\_\_\_ davon ausgegangen sei, die Gesamtheit der geklagten Beschwerden lasse sich nicht vollständig erklären (Urk.

## **E. 15**

S. 1 ff.). 4.6

In der weiteren Stellungnahme vom 2. Dezember 2022 hielt Dr. G.\_\_\_\_ fest, in ihrer Beurteilung habe sie sich einzig mit dem Ressourcenprofil der Beschwerdeführerin befasst, unter Berücksichtigung der Aktenlage und einer körperlichen Untersuchung. Sie habe unter Berücksichtigung der ganzen Person zur Arbeitsfähigkeit und zur Leistungsfähigkeit Stellung genommen und dabei auch auf fachfremde Probleme hingewiesen. Nicht befasst

habe sie sich hingegen mit Kaufällen ( Urk. 20/1 S. 1). Die Darlegungen von med. pract . F. \_\_\_ zeigten auf, dass er identische körperliche Befunde erhoben habe. Es bestünden Einschränkungen in der Beweglichkeit seitens der linken Schulter und des linken Knies. Die von med. pract . F. \_\_\_ erwähnte Nichtnachvollziehbarkeit verschiedener Einschränkungen sei nichts als eine Vermutung. Eine ausreichende Begründung fehle. Die Einschränkungen lägen vor und seien reproduzierbar. Die Diagnose einer Frozen

Shoulder sei mit den geklagten Beschwerden vereinbar. Ein Anpralltrauma könnte als auslösender Faktor genügen. Bezüglich des linken Knies läge tatsächlich keine Instabilität vor, doch sei eine solche nicht die einzige Ursache für Schmerzen am Knie. Im Übrigen sei die Flexion des linken Knies aktiv auf 80 Grad beschränkt und passiv auf 90 Grad . Dies sei durch die Akten belegt. Auch die Beweglichkeit der Schulter sei belegtermassen eingeschränkt. Es liege mithin ein unfallkausaler Schaden vor und es sei auch ein Integritätsschaden von 25 % anerkannt worden. Eine MTT könne durchaus Sinn machen, da sich diese auf den gesamten Körper beziehe, der nach einer während vier Jahren attestierten Arbeitsunfähigkeit dekonditioniert sei. Die Dekonditionierung und auch die gedrückte Stimmung müssten zum Verständnis der Gesamtsituation genannt werden. Die Arbeitsfähigkeit bezogen auf die Unfallfolgen betrage 80 % . In einer sitzenden Tätigkeit benötige die Beschwerdeführerin immer wieder Pausen zur Entlastung des Knies, indem sie dieses strecke und lockere. Dies habe auch in einer angepassten Tätigkeit die zusätzliche Einschränkung von 20 %

zur Folge ( Urk. 20/1 S. 2 f.). 4.7

Der IV-Gutachter Dr. H. \_\_\_ nannte in seinem rheumatologischen Gutachten vom 9. September 2022 als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einen Status nach Treppensturz am 10. September 2018 mit Kontusion der linken Schulter und des linken Knies mit persistierenden Schmerzen und Schonhinken am linken Knie und persistierenden Schmerzen an der linken Schulter. Als nicht relevant für die Arbeitsfähigkeit erachtete er namentlich die deutlichen Zeichen eines somatisch nicht begründbaren Schmerzsyndroms und eine muskuläre Dysbalance am Schultergürtel. Er hob hervor, eine

Frozen

Shoulder sei durch eine ausgeprägte Bewegungseinschränkung nach allen Richtungen charakterisiert. Insbesondere die Beeinträchtigung der Außenrotation müsse vorhanden sein. In den Berichten der Universitätsklinik B. \_\_\_ vom 15. Dezember 2020 und 19. Februar 2021 sei auf die Beschwerdeführerin bezogen allerdings eine normale Außenrotation beschrieben worden. Auch aktuell sei die Außenrotation möglich, so dass die Diagnose nicht mehr gegeben sei. Die Funktionsprüfung der Rotatorenmanschette habe ebenfalls keine typischen Befunde zu Tage gefördert . Die muskuläre Dysbalance am Schultergürtel beidseits entspreche dem klinischen Befund. Die Untersuchung sei durch deutliche Zeichen eines somatisch nicht begründbaren Schmerzsyndroms beeinträchtigt gewesen. Diese Beschwerden würden nicht im Rahmen der rheumatologischen Beurteilung berücksichtigt. Die dokumentierte Therapieresistenz bezüglich der infiltrativen Behandlungen an der linken Schulter und die jeweils postoperativ verstärkten Schmerzen nach Arthroscopien am linken Knie seien gut mit den erwähnten Zeichen eines somatischen nicht begründbaren chronifizierten Schmerzsyndroms begründbar. Auch die geringe Wirksamkeit physiotherapeutischer Massnahmen und der medikamentösen Schmerztherapie sei damit erklärbar. Weitere invasive Eingriffe sollten vor diesem

Hintergrund ausschliesslich noch nach strenger Indikationsstellung erfolgen. Auch von rehabilitativen Massnahmen könne nur noch eine geringe Besserung erwartet werden. Die Prognose sei insgesamt ungünstig ( Urk. 20/2 S.

15 ff. Ziff. 6 und 7.1). In Übereinstimmung mit der Beurteilung des Kreisarztes der Suva seien der Beschwerdeführerin mit Bezug auf die Situation an Schulter und Knie links nur noch körperlich nicht belastende Tätigkeiten zumutbar. Beide Arme könnten nur noch unterhalb der Schulterhorizontalen eingesetzt werden, die Arbeiten müssten wechselbelastend und vorwiegend sitzend sowie in der Regel ohne Treppensteigen und ohne längere Gehstrecken sein. Die Beschwerdeführerin beurteile sich selbst aufgrund der Gesamtheit ihrer Beschwerden und nicht nur bezogen auf die somatisch begründbaren. Aus rheumatologischer Sicht sei sodann die Kooperationsbereitschaft durch die Beschwerden im Rahmen des nicht-somatischen Schmerzsyndroms beeinträchtigt. Deswegen bestehe keine Möglichkeit, die Restarbeitsfähigkeit rein bezogen auf den rheumatologischen Fachbereich zu messen oder objektiv einzugrenzen, beispielsweise mittels einer Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL). Es sei daher nur möglich, die Restarbeitsfähigkeit unter Einbezug der klinischen Erfahrungen und der somatisch begründbaren Beschwerden zu schätzen. Unter Berücksichtigung der gesamten Faktoren sei aus rheumatologischer Sicht von einer theoretischen Restarbeitsfähigkeit von 70 % auszugehen ( Urk. 20/2 S. 18 ff. Ziff. 7.2 u. 8). 4.8

Am 2. Februar 2023 äusserte sich med. pract. F.\_\_\_\_

zunächst zur Stellungnahme von Dr. G.\_\_\_\_ vom 2. Dezember 2022. Er hielt fest, zu berücksichtigen seien ausschliesslich objektivierbare Unfallfolgen. Die von Dr. G.\_\_\_\_ erwähnte Dekonditionierung nach dem Verlust der Arbeitsstelle sei keine Unfallfolge und daher hier nicht relevant. Die bei der Bemessung der Integritätsentschädigung in Betracht fallenden Faktoren begründeten nicht alle auch eine Arbeitsunfähigkeit, weswegen von der Integritätsbemessung nicht unmittelbar auf die Restarbeitsfähigkeit geschlossen werden könne. Nicht gefolgt werden könne der Auffassung von Dr. G.\_\_\_\_, bei der sitzenden Arbeitsposition handle es sich um eine Zwangshaltung, die zu einem erhöhten Pausenbedarf führe. Zum einen seien zu den Beschwerden inkonsistente Angaben gemacht worden und zum anderen beinhalte eine optimal angepasste Tätigkeit zeitweise, das heisst zu etwa 20 % , auch stehendes Arbeiten zur Entlastung. Ein zusätzlicher Pausenbedarf sei nicht ausgewiesen ( Urk. 28 S. 1 f. ) .

Zum rheumatologischen Gutachten von Dr. H.\_\_\_\_ hielt med. pract. F.\_\_\_\_

sodann fest, der Experte sei ebenfalls zum Schluss gekommen, es lägen nicht objektivierbare Beschwerden vor. Beizupflichten seien den Ausführungen von Dr. H.\_\_\_\_ auch bezüglich Aussenrotation des linken Schultergelenks, bezüglich Therapie resistenz hinsichtlich Infiltrationen und medikamentöser Schmerztherapie, hinsichtlich der Selbsteinschätzung und der Kooperationsbereitschaft der Beschwerdeführerin, bezüglich Würdigung der Ressourcen und hinsichtlich der Formulierung des Belastbarkeitsprofils. Dr. H.\_\_\_\_ sei mithin im Wesentlichen zu übereinstimmenden Schlussfolgerungen gelangt ( Urk. 28 S. 2 f. ) . 5.

## **E. 20**

% . Die Fortbewegung auf Strecken bis zu 50 Metern sei frei, längere Gehstrecken könnten manchmal bewältigt werden und langes Gehen sei nicht mehr möglich. Treppensteigen komme manchmal in Betracht, das Besteigen von Leitern sei nicht zumutbar, ebenso wenig

Arbeiten, die ein Balancieren erforderten ( Urk. 7/212/9).

Der Beurteilung durch med. pract . F.\_\_\_\_ liegt eine persönliche Untersuchung der Beschwerdeführerin mit Anamnese und Befunderhebung zu Grunde. Zusätzlich standen dem Kreisarzt die ärztlichen Vorakten zu Verfügung ( Urk. 7/212/1 ff.). Der Hausarzt Dr. J.\_\_\_\_ , die von der Beschwerdeführerin zwecks Einschätzung der Restarbeitsfähigkeit beauftragte Dr. G.\_\_\_\_ und der rheumatologische IV-Gutachter Dr. H.\_\_\_\_ kamen hinsichtlich der noch zumutbaren körperlichen Belastungen zwar zu vergleichbaren Ergebnissen, hingegen gingen sie von einer geringeren Restarbeitsfähigkeit aus.

#### **E. 24**

S. 1). Die Beschwerdegegnerin entgegnete dem, bei Erlass des Einspracheentscheides sei die LSE 2020 noch nicht verfügbar gewesen und ebenfalls erst danach sei auch die Publikation der definitiven Nominallohnentwicklung erfolgt ( Urk.

#### **E. 27**

S. 1 ; vgl. [www.bfs.admin.ch/news/de/](http://www.bfs.admin.ch/news/de/)

2022-0102 ). Somit ergibt sich, dass die Bemessung des Invalideneinkommens durch die Beschwerdegegnerin unter den genannten Aspekten nicht zu beanstanden ist. Sie hat das Invalideneinkommen unter Zugrundelegung der bei Erlass des Einspracheentscheides verfügbaren Berechnungsparameter festgelegt.

Was sodann die Höhe des Abzugs von 10 % angeht, so bestreitet die Beschwerdeführerin diesen (vgl. Urk. 24 S. 1), ohne eine Begründung vorzubringen, weshalb dieser Abzug höher sein sollte. Für eine Erhöhung sind keine Gründe ersichtlich, weshalb kein Anlass besteht, in das Ermessen der Beschwerdegegnerin einzugreifen. 7.

Zusammenfassend ergibt sich, dass weder die dem angefochtenen Entscheid zu Grunde gelegte uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit noch die Bemessung des Invalideneinkommens zu bemängeln sind. Anderweitige Gründe für eine Korrektur des vorinstanzlichen Entscheides sind weder ersichtlich noch wurden solche geltend gemacht. Die Beschwerde ist demzufolge abzuweisen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Ivo Baumann - Suva - Bundesamt für Gesundheit 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert

#### **E. 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 Die Vorsitzende Der Gerichtsschreiber Grieder-Martens Wilhelm

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