

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2022.00129

vom 23. Januar 2024

ZH Sozialversicherungsgericht, 2024-01-23, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2022.00129

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2022.00129 du 23 janvier 2024

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2022.00129 del 23 gennaio 2024

Erwägungen

E. 1.1

Die 1967 geborene X.____ war ab dem 15. Mai 2003 als Raumpflegerin bei einem Beschäftigungsgrad von 50 % in einem Spital angestellt und durch die Arbeitgeberin bei der HDI Global SE, Hannover, Niederlassung Zürich/Schweiz (kurz: HDI) obligatorisch gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen sowie Berufskrankheiten versichert. Am 6. Januar 2017 ereignete sich in Serbien ein Auffahrunfall mit mehreren Fahrzeugen, bei welchem sich die Versicherte multiple Verletzungen zuzog (vgl. die Schadenmeldung der Arbeitgeberin vom 6. Januar 2017 [Urk. 14/K1]). Der Ehemann der Versicherten meldete sich noch am Unfalltag bei der HDI (Urk. 14/K2) , woraufhin X.____ am 7. Januar 2017 in die Schweiz repatriert wurde (Urk. 14/K5). Die HDI erbrachte die vorübergehenden gesetzlichen Leistungen .

E. 1.2

Die Versicherte war vom 7. bis 16. Januar 2017 im Stadtspital Y.____ hospitalisiert, wo die erste Operation stattfand (Austrittsbericht vom 12. Januar 2017 und Operationsbericht vom 10. Januar 2017 [Urk. 14/M3]). Anschliessend befand sie sich vom 16. Januar bis 21. Februar 2017 im Kantonsspital Z.____ , wo weitere Operationen vorgenommen wurden. Anschliessend befand sich die Versicherte vom 21. Februar bis 18. Mai 2017 in der Rehaklinik in A.____ (Urk. 14/M7), während dessen im Z.____

Verlaufs kontrollen durchgeführt wurden und ein weiterer Eingriff erfolgte (Urk. 14/M7 S.

E. 1.3

Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, liess die Versicherte, welche sich aufgrund ihrer bereits vor dem Unfall bestehenden Schulter probleme am 25. Oktober 2016 zum Leistungsbezug angemeldet hatte, bei der F.____ AG polydisziplinär begutachten , wobei der Regressdienst Zusatzfragen zur Unfallkausalität der Beschwerden stellte (Urk. 14/M35 S. 22) . Das Gutachten wurde am 11. März 2018 erstattet (Urk. 14/M35). Mit Verfügung vom 12. Dezember 2018 sprach die IV-Stelle der Versicherten ab dem 1. April 2017 eine ganze Rente der Invalidenversicherung zu (Urk. 14/K145).

E. 1.4

Es fanden weitere Untersuchungen am Z.____ statt (Urk. 14/M61 ; vgl. auch die Berichte zur Einjahres - [Urk. 14/M54] und Zweijahreskontroll e

[Urk. 14/M59]). Die Versicherte wurde in der G.____ behandelt (vgl. Urk. 14/M50.1) und nahm ab dem 14. Dezember 2018 psychotherapeutische Hilfe bei Dr. phil. H.____ , Fachpsychologin für Psychotherapie FSP, in Anspruch (vgl. Urk. 14/M80). In seiner versicherungsmedizinischen Stellungnahme vom 17. Mai 2019 zuhau den der Beschwerdegegnerin hielt der beratende Arzt Dr. med. I.____

fest, der Endzustand sei noch nicht erreicht. Es sei mit einer weiteren namhaften Verbesserung zu rechnen. Er empfehle eine gutachterliche Klärung im Fachgebiet Bewegungsapparat und Psychiatrie (Urk. 14/M55).

E. 1.5

Mit Schreiben vom 4. Juli 2019 ersuchte die Versicherte um Ausrichtung einer Hilflosenentschädigung der Unfallversicherung (Urk. 14/K145).

E. 1.6

Die HDI liess die Versicherte polydisziplinär untersuchen. Das Gutachten des J.____ wurde am 28. November 2019 erstattet (Urk. 14/K182 ; Urk. 14/M75-78). Gestützt darauf stellte die HDI den Fallabschluss per 1. Dezember 2019 formlos fest (Schreiben vom 4. Dezember 2019 [Urk. 14/K186] und vom 19. März 2020 [Urk. 14/K197]) und liess das Gutachten de s

J.____

nach diversen Stellungnahmen de r Rechtsvertreterin der Versicherten vom 9. März 2020 (Urk. 14/K195) , 7. Juli 2020 (Urk. 14/K209) , 8. Juli 2020 (Urk. 14/K220) und Auflage weiterer Unterlagen

ergänzen (Stellungnahmen J.____

vom 12. August 2020 [Urk. 14/M85] , 9. Februar 2021 [Urk. 14/M86] und 22. April 2021 [Urk. 14/M87]). Am 18. Juni 2021 verfügte die HDI den Fallabschluss per 30. November 2019 und sprach der Versicherten eine Invalidenrente der Unfallversicherung bei einem Invaliditätsgrad von gerundet 16 % sowie eine Integritätsentschädigung bei einer Integritätseinbusse von 20 % zu (Urk. 14/K230). Dagegen erhob die Versicherte mit Eingabe vom 19. August 2021 Einsprache (Urk. 14/K239) und wies die HDI mit E-Mail-Schreiben vom 15. September 2021 darauf hin, dass die Verfügung vom 18. Juni 2021 unvoll ständig sei, da über den Antrag auf Hilflosenentschädigung nicht verfügt worden sei (Urk. 14/K239a). Die HDI holte beim J.____

weitere Stellungnahme n ein (Stellungnahme n vom 10. März 2022 [Urk. 14/M88] und 16. März 2022 [Urk. 14/M89]). Die Versicherte machte mit Noveneingabe vom 24. März 2022 eine Verschlechterung des unfallkausalen Gesundheitszustands geltend (Urk. 14/K246) , worauf hin die HDI abermals eine Stellungnahme des J.____ einholte (Urk. 14/ M96). Mit Entscheid vom 8. Juni 2022 wies die HDI die Einsprache der Versicherten ab (Urk. 2 = Urk. 14/K254

[vgl. die ausführliche Wiedergabe des gesamten Sachverhalts auf den S eiten 1-10]).

E. 2

Gegen den Einspracheentscheid vom 8. Juni 2022 erhob d ie Versicherte mit Ein gabe vom 11. Juli 2022 Beschwerde beim Sozialversicherungsgericht und bean tragte, der angefochtene Entscheid sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, ihr

über den 1. Dezember 2019 hinaus die vollen gesetzlichen Leistungen zu erbringen, namentlich Taggelder und Heilbehandlungskosten beziehungsweise Therapien. Eventualiter sei ihr eine 100%ige Invalidenrente sowie eine Integritätsentschädigung von 100 % (Komplexinstabilität beide Knie je 30 % [Tab. 6.2], PTS 15 % [Tab. 16.2], leichte bis mittelschwere psychische Unfallfolgen [Tab. 19]) zuzusprechen. Subeventualiter sei die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen zur Vornahme weiterer medizinischer Abklärungen. Insbesondere sei sie (die Beschwerdeführerin) erneut polydisziplinär zu begutachten und es sei ein EFL-Gutachten einzuholen (Urk. 1).

Mit Beschwerdeantwort vom 10. November 2022 beantragte die Beschwerdegegnerin innert erstreckter Frist (Urk. 10 und 11) die Abweisung der Beschwerde (Urk. 13). Es wurde ein zweiter Schriftenwechsel angeordnet (Verfügung vom 11. November 2022 [Urk. 15]). Im Rahmen ihres zweiten Fristerstreckungsgesuchs (Urk. 18; vgl. auch Urk. 17) teilte die die Beschwerdeführerin bis dato vertretende Rechtsanwältin Dr. iur. Barbara Wyler mit, es finde ein Wechsel der Rechtsvertretung statt, weshalb sie um eine Fristerstreckung bis mindestens 30. April 2023 ersuche. Mit Verfügung vom 3. Februar 2023 gewährte das Gericht eine Fristerstreckung bis am 6. März 2023 (Urk. 19). Innert Frist erstattete der von der Beschwerdeführerin neu mandatierte Rechtsanwalt Mark A.

Glavas

die Replik und hielt darin an den bisherigen Anträgen fest (Urk. 21). Mit Eingabe vom 13. März 2023 äusserte er sich erneut zur Sache (Urk. 25) und legte einen Sprechstundenbericht von Prof. Dr. med. K.____, Chefarzt am Kantonsspital L.____, vom 7. März 2023 auf (Urk. 26). Die Beschwerdegegnerin hielt in ihrer Duplik vom 21. April 2023 an ihrem Antrag auf Abweisung der Beschwerde fest (Urk. 32). Ihrer Eingabe legte sie die Verfügung vom 9. Januar 2023 bei, mit welcher sie der Beschwerdeführerin für die Zeit vom 1. Mai 2017 bis 31. März 2018 eine Hilflosenentschädigung leichten Grades zusprach. Ab dem 1. April 2018 verneinte sie einen Anspruch auf Hilflosenentschädigung (Urk. 33). Die Duplik (Urk. 32) sowie die Verfügung vom 9. Januar 2023 (Urk. 33) wurden der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 24. April 2023 zugestellt (Urk. 34). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

Die Beschwerdegegnerin legte die Rechtsgrundlagen zur Beurteilung der Streit sache zutreffend dar. Dies betrifft die Ausführungen über das anwendbare Recht (Anwendbarkeit der seit dem 1. Januar 2017 in Kraft getretenen Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [UVG] und der Verordnung über die Unfallversicherung [UVV])

sowie über den für die Leistungspflicht des obligatorischen Unfallversicherers (Art.

E. 2.1

Der Beurteilung von Dr. M.____ hielt die

Beschwerdeführerin unter Verweis auf den Austrittsbericht des Stadtsitals Y.____

vom 12. Januar 2017 entgegen, bei der Massenkarambolage sei das Fahrzeug der Beschwerdeführerin zunächst auf den Kopf gestellt worden und nach dem zweiten Aufprall des hinteren Fahrzeuges wieder auf die Räder gefallen. Die Beschwerdeführerin habe einen Kopf anprall mit Ereignisamnesie erlitten (Urk. 1 Rz. 7.4 und Urk. 14/M3). Es trifft zwar zu, dass dies im erwähnten Bericht des Stadtsitals Y.____

so festgehalten wurde. Diese Darstellung widerspricht jedoch klar dem in die deutsche Sprache übersetzten Auszug aus dem Polizeirapport zum Unfallhergang (wobei unklar ist, wer die Übersetzung vorgenommen hat). Der Polizeirapport berechtigt zu der Annahme, dass sich die Beschwerdeführerin das Polytrauma

erst beim Verlassen des Fahrzeugs zuzog: Es wurde festgehalten, sie habe es nicht geschafft wegzurennen und sei durch den Anprall des nachfolgenden Fahrzeuges (VW Golf) auf ihr eigenes Fahrzeug (Chrysler) zwischen dem eigenen (Chrysler) und dem davorstehenden Fahrzeug (Audi) eingeklemmt und verletzt worden. Von einem Überschlag des Autos wurde demnach nicht berichtet, sondern einzig von dessen Wegschleudern, was zusätzlich bildlich

im Sinne einer seitlichen Drehbewegung dargestellt wurde.

Die eingereichten Fotografien lassen im Übrigen keine Beschädigungen am Chrysler erkennen, welche auf einen Überschlag hindeuten würden (vgl. Urk. 14/K131 beziehungsweise Urk. 14/K20). Im Einklang dazu steht auch die

Angabe des Ehemannes der Beschwerdeführerin im Rahmen der gutachterlichen Fremdanamnese. Dieser gab an, die Beschwerdeführerin habe sich erst beim Aussteigen aus dem Auto verletzt (Urk. 14/M77 S. 5). Dr. M. ___ führte in seinem Gutachten gestützt auf die Akten aus, es sei erwähnt worden, dass eine anamnestische Lücke für den Unfallhergang bestehe. Die Versicherte habe ihm gegenüber angegeben, dass sie sich an den Unfallhergang nicht mehr genau erinnern könne. Es bleibe unklar, inwieweit es tatsächlich zu einem Kopfanprall und einer Bewusstlosigkeit gekommen sei. Die unscharfe Erinnerung der Beschwerdeführerin lasse sich bereits durch die Tatsache erklären, dass sich die Ereignisse sehr schnell vollzogen hätten, und dass die Versicherte sich sehr bedroht gefühlt habe, sodass sie psychisch unter Schock gestanden sei. Inwieweit eine leichte Hirnerschütterung im Rahmen des Unfalls erfolgt sei, sei retrospektiv nicht mit Sicherheit zu klären. Eine längere Bewusstlosigkeit sei nicht dokumentiert und von der Versicherten auch nicht vorgetragen worden. In der gesamten Versicherungsakte seien bezogen auf den Unfall von der erstversorgenden Klinik und auch den anschließenden Kliniken keine neurologischen Symptome und keine neurologisch auffälligen Befunde dokumentiert. Ein CCT im Rahmen der Erstversorgung habe normale Verhältnisse und keinen Anhalt für intrakranielle Verletzungen gezeigt (Urk. 14/M75 S. 28). Die Argumentation von Dr. M. ___ überzeugt und trägt dem Umstand Rechnung, dass ein Kopfanprall ohne entsprechende echtzeitliche Dokumentation oder medizinisch nachträglich festgestellte Anhaltspunkte nicht erstellt werden kann. Das CCT vom 7. Januar 2017 im Stadtspital Y. ___

ergab keinen Anhalt für eine Kopfverletzung (Urk. 14/64). Auffällig ist hingegen der Hinweis im Austrittsbericht der Rehaklinik A. ___ vom 15. Mai 2017 über den Aufenthalt vom 21. Februar bis 18. Mai 2017, wonach die Beschwerdeführerin nahezu bei jeder wöchentlichen Visite ergänzende Beschwerden beklagt habe, die sie anamnestisch seit dem Unfall verspüre. Eine Objektivierung der Beschwerden sei teilweise nicht gelungen. Zum Beispiel für den Schwindel habe keine somatische Ursache aufgezeigt werden können. Bei der Abschlussvisite in der Austrittswoche habe die Beschwerdeführerin im Beisein ihres Ehemannes erstmalig (Anmerkung des Gerichts: somit mehr als fünf Monate nach dem Unfall) Kopfschmerzen angegeben, die seit dem Unfall persistieren würden (Urk. 14/M75 S. 7). Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass es in Kopfanprall nicht mit dem

Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen werden konnte. Der blosser Hinweis auf von der Beschwerdeführerin geklagte Beschwerden (insbesondere Kopfschmerzen, Schwindel, Auffassungs-, Konzentrations-, Merkfähigkeits- und Gedächtnisstörungen [vgl. z.B. Urk. 1 Rz . 7.8])

reicht

daher nicht aus, um einen Kausalzusammenhang zwischen diesen Beschwerden und dem Unfallereignis herzustellen. Es erschliesst sich daher nicht, inwiefern eine «klare Indikation gegeben» sein sollte, erneute cerebrale Bildgebungen durchzuführen

(Urk. 1 Rz . 7.12). 4. 2 .2

Dr. M. ___ hielt in seiner versicherungsmedizinischen Beurteilung fest, in der bildgebenden Diagnostik sei eine Fraktur des Processus

transversus LWK2-4 rechts dokumentiert worden. Zu einer wesentlichen Dislokation sei es nicht gekommen. Ein Anhalt für eine Verletzung nervaler Strukturen (Myelon oder Nervenwurzeln) habe sich in der bildgebenden Diagnostik nicht ergeben. In der Verlaufsbildgebung habe sich ein normaler Heilungsprozess des frakturierten Processus transversus ohne Hinweise für eine Neurokompression gezeigt. Die von der Beschwerdeführerin geschilderte Schmerzsymptomatik entspreche keinem typischen radikulären Schmerz. Auch entsprächen die Schmerzen keinem neuropathischen Schmerz. Zusätzlich habe die Versicherte angegeben – allerdings erst auf explizite Nachfrage –, dass sie an Parästhesien an Armen und Beinen leide. Die Beschreibung der Parästhesien sei unscharf geblieben, sowohl bezüglich der Lokalisation als auch bezüglich der Zeitgestalt. In der neurologischen Untersuchung habe sich ein normaler Neurostatus gezeigt. Der psychopathologische Querschnittsbefund sei normal gewesen, ebenso der verhaltensneurologische Befund. In der elektrophysiologischen Diagnostik habe sich in den evozierten Potenzialen kein Anhalt für eine zervikale Wurzelläsion (Medianus-SEP) und kein Anhalt für eine lumbale Wurzelläsion (Tibialis-SEP), ebenso kein Anhalt für eine Myelonschädigung gezeigt. In der Elektrophysiologie der Arme hätten sich normale F-Wellen gezeigt. Somit habe sich auch kein Anhalt für eine Schädigung der motorischen zervikalen Nervenwurzeln ergeben. Die Elektroneurographie der Armmuskeln sei normal gewesen. Ein Anhalt für eine Schädigung des Nervus medianus oder des Nervus

ulnaris

bestehe beidseits nicht. Ein elektrophysiologisches Korrelat der beklagten Parästhesien habe sich somit weder in der neurologischen Untersuchung noch in der ausgiebigen elektrophysiologischen Diagnostik ergeben. Eine Polyneuropathie könne bei der Versicherten nicht diagnostiziert werden. Es ergebe sich kein Anhalt für eine traumatisch bedingte Läsion am Nervensystem oder eine neurologische Erkrankung. Die Vermutung der Kollegen der Gefässprechstunde am Z. ___ vom 29. Mai 2019, dass ein neuropathischer Schmerz vorliege, könne nicht bestätigt werden (Urk. 14/M75 S. 30 f.). Die Beschwerdeführerin verwies auch hier auf ihre eigenen Beschwerdeschilderungen und zitierte aus den Berichten der behandelnden Ärzte, wonach sich im Schmerzfragebogen Hinweise für einen neuropathischen Schmerz gezeigt hätten (Urk. 1 Rz 7.5), wonach neuropathische Schmerzen vermutet worden seien (Urk. 1 Rz . 7.9), wonach differentialdiagnostisch an neuropathisch bedingte Schmerzen zu denken sei (Urk. 1 Rz . 7.10 ; vgl. auch Urk. 21 S. 4). Weiter brachte sie vor, sie habe seit fünf Jahren stringenter

und konstant über ihre Schmerzen und Beschwerden berichtet. Es sei daher davon auszugehen, dass sich das neurologische Zustandsbild verschlechtert habe. Da die Beschwerdegegnerin keine näheren Abklärungen durchgeführt habe, habe sie ihre Abklärungspflicht verletzt (Urk. 1 Rz. 7.11). Diese Argumentation kann nicht gefolgt werden. Die subjektiven Beschwerdeschilderungen und die gestützt darauf von den behandelnden Ärzten angestellten Vermutungen oder Empfehlungen vermögen an der Schlüssigkeit der gutachterlichen Feststellungen nichts zu ändern. Es liegt

weder ein ärztlich objektivierter Befund noch eine näher begründete fachärztliche Einschätzung vor, welche die gutachterliche Beurteilung widerlegen könnte.

Dies gilt auch für den im Beschwerdeverfahren eingereichten Bericht der Notfallpraxis am Spital B.____ vom 5. April 2022, in welchem

bloss ein Verdacht auf ein radikuläres Syndrom erwähnt wurde (Urk. 3/3), sowie den Bericht des Fachärzteeentrums R.____

(Z.____) vom 20. Mai 2022, in welchem ein Facharzt für Angiologie fachfremd neuropathisch bedingte Schmerzen in Erwägung zog («Differentialdiagnostisch wäre an neuropathisch bedingte Schmerzen zu denken, inwiefern diese posttraumatisch nach Polytrauma vorhanden sind, kann aus angiologischer Sicht nicht beurteilt werden» [Urk. 3/4]). Es ist sodann darauf hinzuweisen, dass es zur Aufgabe des Gutachters gehört, den vom ihm erhobenen Befund anhand der Klinik kritisch zu überprüfen und dessen Auswirkungen bei der Untersuchung und im Alltag detailliert darzulegen. So darf der oder die medizinische Sachverständige die Angaben der Explorandin im Rahmen der klinischen Untersuchung nicht vorbehaltlos als richtig ansehen. Bestandteil einer stichhaltigen Begutachtung bilden unter anderem Angaben zum ärztlich beobachteten Verhalten, Feststellungen über die Konsistenz der gemachten Angaben wie auch Hinweise, welche zur Annahme von Aggravation führen können (Urteil des Bundesgerichts 8C_149/2022 vom 19. Januar 2023 E. 6.1 mit Hinweisen). Dr. M.____

prüfte die Beschwerdeschilderungen der Beschwerdeführerin anlässlich des erhobenen Befunds eingehend und konnte nachvollziehbar begründen, weshalb er keine neurologischen Funktionsstörungen erheben und keine neurologischen Diagnosen stellen konnte. Darüber hinaus wies er darauf hin, dass trotz erheblicher vorgetragener Schmerzen die angegebenen Analgetika im Serum unterhalb der Nachweisgrenze seien, was erhebliche Zweifel an dem tatsächlichen Leidensausmass der Versicherten begründete (Urk. 14/M75 S. 30; vgl. die Angaben zur Einnahme der Analgetika [insbesondere Ibuprofen und Novalgin, Urk. 14/M75 S. 19 f.] sowie die erhobenen Werte der Analgetika [Urk. 14/M75 S. 27]).

4.2.3

Nach dem Gesagten erweist sich die gutachterliche Beurteilung als überzeugend, und es kann in neurologischer Hinsicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit kein Kausalzusammenhang zwischen den von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden und dem Unfallereignis hergestellt werden. 4.3.4.3.1

Die Beschwerdeführerin brachte vor, entgegen der gutachterlichen Einschätzung von Dr. N.____ seien die Beschwerden im Bereich des Nackens, des Rückens, der linken Schulter sowie im Ellenbogengelenk unfallkausal (Urk. 1 Rz. 8.6 und Urk. 1 Rz. 8.10). 4.3.2

Dr. Q.____ stellte in seinem Bericht vom 7. Januar 2022 die Diagnose einer aktivierten AC-Gelenksarthrose Schulter links mit leichter, aktivierter SC-Gelenksarthrose links und führte aus, möglicherweise seien die aktivierten Arthrosen auf die ausgeprägten Belastungen beim Gehen mit zwei Stöcken zurückzuführen (Urk. 14/M94).

Dr. N.____

bestätigte in seiner Stellungnahme vom 13. April 2022, der an den Schultergelenken erhobene Befund entspreche einer leichten AC-Gelenksarthrose; dieser bedinge keine Überschreitung der Erheblichkeitsgrenze. Das Gehen mit Unterarmstützkrücken könne möglicherweise zu einer Aktivierung der Arthrose im linken Schultergelenk geführt haben, jedoch nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit, dies bei intakter Rotatorenmanschettenrekonstruktion. Strukturelle Läsionen am AC-Gelenk hätten zum Unfallzeitpunkt und zeitnah danach nicht objektiviert werden können, die stattgehabte knöcherne Absprengung sei gelenksfern gewesen (Urk. 14/M96 S. 3), was der Aktenlage entspricht (vgl. den Bericht des Z.____ vom 24. März 2017 [Urk. 14/M13 S. 2]).

Die Einschätzung

von Dr. N.____ vermag zu überzeugen, zumal gemäss dem von Dr. med. S.____, Spezialarzt für Orthopädie und Traumatologie FMH, erstellten Gutachten vom 1. März 2017 zuhanden der Vorsorgeeinrichtung der Beschwerdeführerin (aufgrund der am 30. November 2016 und damit noch vor dem Unfallereignis stattgefundenen Untersuchung)

schon vor dem Unfall eine Unterflächenläsion der Supraspinatussehne bei Impingement und eine AC-Arthrose links bestanden (Urk. 14/M70 S. 3) und auch im polydisziplinären Gutachten der F.____ AG vom 11. März 2018 festgehalten wurde, die degenerative Schultererkrankung links sei vollständig getrennt von den Unfallfolgen zu beurteilen. Sie bestehe in einer schmerzhaften Bewegungseinschränkung der linken Schulter (Urk. 14/M35 S. 55).

Soweit die Beschwerdeführerin vorbringt, ihr sei von Dr. S.____

ab dem 30. November 2016 in der angestammten Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit attestiert worden (Urk. 1 S. 4 Rz. 4 und Rz. 8.7), vermag sie daraus hingegen nichts zu ihren Gunsten abzuleiten. Zum Zeitpunkt der Untersuchung vom 30. November 2016 klagte sie nach wie vor über Schmerzen in der linken Schulter (Urk. 14/M70 S. 5 unten) und war somit nicht schmerzfrei (vgl. das Vorbringen in Urk.

1 S. 4 Rz. 4). Ausserdem bezog sie auch für den Monat Dezember 2016 noch Krankentaggelder, obwohl ihr von Dr. S.____ ab dem 30. November 2016 eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit attestiert worden war (vgl. die Lohnabrechnung für den Monat Januar 2017 der bei der Beschwerdegegnerin versicherten Arbeitgeberin mit dem handschriftlichen Vermerk neben der Position KTG-Taggelder Langfrist «01.12.-25.12.16 (26.12.-31.12.16 Ferien)» [Urk. 14/K185] sowie die Lohnabrechnung der eigenen GmbH der Beschwerdeführerin vom 31. Dezember 2016 betreffend den Monat Dezember 2016 [Urk. 14/K187]). Kommt hinzu, dass im Gutachten der F.____ AG vom 11. März 2018 festgehalten wurde, die jetzt noch bestehende schmerzhafteste Bewegungseinschränkung im Bereich der linken Schulter resultiere aus einer eigenständigen Erkrankung einer oberflächlichen Läsion der Supraspinatussehne links bei Impingementsyndrom der linken Schulter. Diese Erkrankung und deren Fortbestehen seien vollständig unfallunabhängig zu sehen (Urk. 14/M35 S. 45). Es kann daher festgehalten werden, dass

die von der Beschwerdeführerin geklagten Schulterbeschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit

degenerativ bedingt und nicht

unfallkausal sind . 4. 3 .3

Dr. N.____ hielt weiter fest, die Nacken- und Rückenschmerzen seien durch strukturell nachweisbare Befunde erklärbar, die strukturellen Veränderungen seien jedoch überwiegend wahrscheinlich auf eine vorbestehende Defektarthropathie, ein degeneratives Verschleissleiden, zurückzuführen (Urk. 14/M76 S. 23) . Eine Läsion der Halswirbelsäule anlässlich des Unfallereignisses vom 6. Januar 2017 ist nicht dokumentiert (vgl. den Bericht des Stadtspitals Y.____

vom 7. Januar 2017 über die gleichentags durchgeführten CT-Untersuchungen, unter anderem auch der HWS, wo – im Gegensatz zu März 2018 [Urk. 14/M32] – noch keine Foramenstenose C6/7 dargestellt wurde [Urk. 14/M64], den Austrittsbericht des Stadtspitals Y.____

vom 12. Januar 2017 [Urk. 14/M3] und des Z.____ vom 1. März 2017 [Urk. 14/M11a]). Während des Aufenthalts in der Rehaklinik A.____

wurden sodann keine Beschwerden an der Halswirbelsäule beklagt (Urk. 14/M7).

Demgemäss bestehen keine Anhaltspunkte für eine unfallkausale Ursache der Nackenschmerzen . In seiner Stellungnahme vom 16. März 2022 führte Dr. N.____ aus, die zusätzlich im Verlauf dargestellten degenerativen Veränderungen, die Spondylarthrosen der Hals- und Lendenwirbelsäule, anlagebedingte Veränderungen, begründeten keine unfallkausale Arbeitsunfähigkeit

(Urk. 14/M89 S. 7). Diese gutachterliche Beurteilung steht im Einklang mit der Aktenlage (vgl. den Bericht vom 27. Januar 2011 über den MRI-Untersuchung der LWS vom 24. Januar 2011, in welchem festgehalten wurde, es bestehe der Verdacht auf eine Übergangsanomalie LWK5/SWK1 links [Urk. 14/M79]) und vermag zu überzeugen, zumal keine gegenteiligen fachärztlichen Einschätzungen vorliegen . 4.3.4

Dr. N.____ konnte bei der Untersuchung im Jahr 2019 am linken Ellenbogen einen Druckschmerz über dem Epicondylus lateralis und medialis feststellen; die Beweglichkeit in beiden Ellenbogengelenken war frei (Urk. 14/M76 S. 20 unten). Im Bericht des Z.____ vom 22. Juni 2020 wurde die Verdachtsdiagnose Epicondylitis

humeri links gestellt (Urk. 14/M82 S. 1). Die behandelnden Ärzte vermuteten die Ursache im Rahmen einer Überbelastung der oberen Extremität aufgrund der inzwischen 3 ½-jährigen Mobilisation mit Hilfsmitteln (Urk. 14/M82 S. 3). Bei der Beschwerdeführerin wurde allerdings bereits im Jahr 2015 und somit vor dem Unfall eine Epicondylopathia

humeri

lateralis links diagnostiziert (Urk.

14/M70 S.

3) . Dr. N.____ hielt in der Stellungnahme vom 12. August 2020 fest, es lasse sich nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit objektivieren, dass die geklagten Beschwerden im Bereich des linken Ellenbogengelenks in kausalem Zusammenhang mit dem Unfallereignis

stunden. Das Gehen an Krücken, Stöcken oder anderen Gehhilfen führe nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu einer Überlastung von Muskelansätzen im Bereich des linken Ellenbogengelenks, ins besondere würde sich eine einseitige Armüberlastung nicht auf das beidarmige Benützen von Gehhilfen zurückführen lassen (Urk. 14/M85 S. 3). Am 16. März 2022 ergänzte er, dass keine strukturellen Läsionen im Ellenbogenbereich echt zeitlich oder zeitnah dokumentiert worden seien (Urk. 14/M89 S. 8). Die Einschätzung von Dr. N.____ vermag zu überzeugen, zumal die behandelnden Ärzte nicht weiter begründeten, weshalb der Befund am Ellenbogengelenk auf eine Überlastung durch die Mobilisation mit Hilfsmitteln zurückzuführen sein soll; eine Auseinandersetzung mit der gutachterlichen Einschätzung fehlt gänzlich. 4.3.5

Nach dem Gesagten erweist sich die gutachterliche Beurteilung als überzeugend. Es lässt sich nicht mit dem erforderlichen Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachweisen, dass zwischen dem Unfallereignis vom 6. Januar 2017 und den Beschwerden im Bereich des Nackens, des Rückens sowie im Ellenbogengelenk ein Kausalzusammenhang besteht. Betreffend das linke Schultergelenk ist nach einer vorübergehenden, richtunggebenden Verschlimmerung des Vorzustandes durch die Schnittverletzung des Deltamuskels mit knöchernen Absprengungen des Schulterdachs der Status quo sine erreicht (Urk. 14/M76 S. 25); die weiterbestehenden Beschwerden sind hingegen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit degenerativ bedingt. 4.4.4.1

Die Beschwerdeführerin machte ferner geltend, auch die Phleb-Lipödemie sei unfallkausal. Sie (die Beschwerdeführerin) habe hauptsächlich eine erhebliche direkte Verletzung des linken Beins anlässlich des Unfallereignisses erlitten. Doch auch das rechte Bein sei beim Unfall und bei der Operation am 20. Januar 2017 im Z.____ verletzt worden. Es sei zu einer intraoperativen Gefässverletzung lateral gekommen. Das rechte Bein sei 8 Stunden nicht mit Blut versorgt worden. Die Schwellung des rechten Beins sei heute schlimmer als diejenige des linken Beins. Die Beurteilung des Gutachters falle sodann widersprüchlich aus, wenn er das Tragen und die Übernahme von Kompressionsstrümpfen empfehle, andererseits aber bloss eine mögliche Unfallkausalität in Betracht ziehe (Urk. 1 Rz. 8.8). 4.4.2

Den Akten ist das Vorliegen eines krankhaften Vorzustandes zu entnehmen: Gemäss Dr. S.____ ergab die Anamnese anlässlich der Untersuchung vom 30. November 2016, dass die Beschwerdeführerin im Jahr 2006 eine Operation an beiden Beinen wegen Varizen hatte und seither Stützstrümpfe tragen musste (Urk. 14/M70 S. 5; vgl. auch Urk. 3/4 S. 1). Nach dem Unfallereignis vom 6. Januar 2017 kam es beim Eingriff vom 20. Januar 2017 zu einer intraoperativen Gefässverletzung am rechten Kniegelenk. Im Austrittsbericht des Z.____ vom 1. März 2017 wurde festgehalten, die operative Versorgung des rechten Kniegelenkes sei am 20. Januar 2017 erfolgt. Bei iatrogener intraoperativer Verletzung der Arteria poplitea und Vena (poplitea) sei in der gleichen Operation eine Patchplastik der A. poplitea und eine Ligatur der V. poplitea erfolgt sowie eine präventive Logenspaltung. Die postoperative Durchblutung habe sich im weiteren Verlauf unauffällig gezeigt. Eine Therapie mit Aspirin und Clexane sei prophylaktisch eingeleitet worden. Die postoperative angiologische Kontrolle vom 30. Januar 2017 habe duplexsonographisch keine Anhaltspunkte für eine signifikante Rest-Stenose femoropopliteal gezeigt. In den tiefen Beinvenen hätten sich beidseits keine Thrombosen mehr nachweisen lassen (Urk. 14/M11a S. 2; vgl. auch die Diagnose in E. 3.1). Den Akten ist des Weiteren zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin an einem Phleb-/Lipödem der unteren Extremitäten beidseits sowie an

rezidivierenden Thromboembolien leidet, wobei eine heterozygote Faktor-V-Leiden-Mutation festgestellt wurde, welche ein schwacher Risikofaktor für venöse Thromboembolien (5-fach) darstellt. Das ebenfalls festgestellte Sticky - Platelet -Syndrom (gesteigerte Thrombozytenaggregabilität) kann sodann die Risiken durch die heterozygote Faktor-V-Leiden-Mutation verstärken (vgl. den Bericht des D.____ vom 20. Februar 2018 [Urk. 14/M29] , vgl. auch Urk. 3/4). 4.4.3

Dr. N.____ ging hinsichtlich der Ödeme in den Beinen lediglich von einer möglichen Unfallkausalität aus (Urk. 14/M76 S. 25) und gab zu bedenken, dass die Ödeme symmetrisch seitengleich vorlägen (Urk. 14/M85 S. 4). Die Beschwerdegegnerin erwog im angefochtenen Entscheid, die Beschwerdeführerin vermöge nicht darzutun, weshalb die geklagten Beschwerden unfallkausal seien (Urk. 2 S. 18) . 4.4.4

Der Beschwerdegegnerin ist beizupflichten. Zum einen spricht der Umstand, dass das Phleb -/Lipödem beidseitig in beiden Unterschenkeln vorhanden ist, gegen eine Unfallkausalität. Letztlich bestätigt aber der angiologische Schlussbericht des Fachärztesentrums R.____

(Z.____) vom 20. Mai 2022, dass die Ödeme auf den bekannten krankhaften Vorzustand (vgl. vorstehende E. 4.4.2) zurückzuführen sind (Urk. 3/4). Dem Bericht ist zu entnehmen, dass der Angiologe die Diagnose « Phleb -/Lipödem der unteren Extremitäten beidseits » im Zusammenhang mit den folgenden Unterdiagnosen stellte : komplette Stamm- und Astvarikose der Vena saphena magna Stadium Hach II links, komplette Stamm- und Astvarikose der Vena saphena parva Stadium Hach I links, Seitenastvarikose rechts, anamnestisch Status nach Varizenoperation beidseits. Er stellte somit keinen Zusammenhang zwischen dem Unfallereignis und den Ödemen in den Unterschenkeln her , was sich aufgrund der erhobenen Befunde nachvollziehen lässt. Die Stadien I und II nach Hach bringen zum Ausdruck, dass die Insuffizienz der beiden Venen saphena magna (Stadium II) und parva

(Stadium I) nicht bis unter den Oberschenkel reicht (Crosse der V. saphena magna insuffizient; Stamm der V. saphena magna bis Oberschenkel distal insuffizient; V. saphena parva im proximalen Abschnitt insuffizient, im weiteren Verlauf suffizient [Urk. 3/4 S. 3]). Die Diagnose Seitenastvarikose rechts wurde sodann aufgrund der im medialen Unterschenkel nachgewiesenen insuffizienten Seitenäste, bei suffizienter V. saphena parva , gestellt. Die V. poplitea war im proximalen Abschnitt bei Status nach Ligatur nicht nachweisbar. Hingegen war sie distal nachweisbar und vollständig kompressibel (Urk. 3/4 S. 3) .

Nach dem Gesagten führte der Angiologe die Ödeme auf die Varikosen zurück, welche aufgrund ihrer Lokalisation nicht mit dem Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit unfallkausal sind. 4.4.5

Daraus, dass Dr. N.____ eine Kostenübernahme für die Fortführung der Stützstrumpfbehandlung empfahl, da hierdurch die Kniegelenksstabilität verbessert werde und die postoperativen Schwellungen verhindert würden (Urk. 14/M76 S. 29), vermag die Beschwerdeführerin nichts zu ihren Gunsten abzuleiten (vgl. Urk. 1 Rz . 8.9). Soweit die Kompressionsstrümpfe der Verbesserung der Kniegelenksstabilität dienen, dienen sie der Behandlung eines Leidens, welches von Dr. N.____ als unfallkausal gewertet wurde (E. 3.1). Dass seine Empfehlung auch die Behandlung der bloss möglicherweise unfallkausalen

Schwellungen an den Unterschenkeln mitumfasste, stellt indes keinen Widerspruch dar, zumal es sich bei der Behandlung mittels Kompressionsstrümpfen um eine sehr niederschwellige, aber dennoch effektive Massnahme handelt, welche selbst bei einem bloss möglichen Kausalzusammenhang aus ärztlicher Sicht durchaus vertretbar erscheint.

4. 5

Der

gutachterlichen Einschätzung, wonach es seit der Vorbegutachtung durch die F.____ AG im März 2018 zu einer erheblichen Verbesserung im psychischen Zustandsbild gekommen sei, sodass aktuell keine nach ICD-10 diagnostizierbare psychische Störung vorliege, stellte die Beschwerdeführerin die Beurteilung der behandelnden Psychologin Dr. phil.

H.____ entgegen. Nach der Rechtsprechung kann das Sozialversicherungsgericht eine fachärztliche Beurteilung zum Gesundheitszustand und zur Arbeitsfähigkeit nur gestützt auf eine ebenfalls fachärztliche abweichende Beurteilung entkräften. Über eine (fach)ärztliche Qualifikation (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_726/2019 vom 27. Oktober 2021 E. 5.3.2) verfügt Dr. phil. H.____

indes nicht. Des Weiteren ist ihre Einschätzung mit Blick auf die Verschiedenheit von Expertise und Therapie ohnehin mit Vorbehalt zu würdigen (Urteil des Bundesgerichts 8C_450/2018 vom 16. Oktober 2018 E. 5.1 mit Hinweis auf 9C_139/2014 vom 6. Oktober 2014 E. 5.2 mit Hinweisen). Damit liegen keine fachärztlichen Beurteilungen vor, welche die schlüssige Beurteilung des begutachtenden Psychiaters entkräften könnten. Was die von der Beschwerdeführerin beantragte zusätzliche neuropsychologische Abklärung (Urk. 1 Rz . 9.8 und Urk. 21 S. 5 f.) betrifft, stellt diese gemäss bundes gerichtlicher Rechtsprechung lediglich eine Zusatzuntersuchung dar, die bei begründeter Indikation in Erwägung zu ziehen ist. Der Entscheid darüber unter liegt dem Ermessen der Experten (Urteile des Bundesgerichts 9C_127/2022 vom 8.

Juli 2022 E.

5.3, 8C_11/2021 vom 16.

April 2021 E.

4.2 mit Hinweis auf die Qualitätsrichtlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie vom 16.

Juni 2016 [SGPP]; publiziert in SZS 2016 S.

435

ff.). Gemäss gutachterlicher Einschätzung bestanden keine Anhaltspunkte für Konzentrationsstörungen oder Gedächtnis defizite, obwohl von solchen berichtet wurde . Auch konnten keine Ermüdungs erscheinungen im Gespräch von drei Stunden Dauer festgestellt werden. Die 10-minütige Pause wurde a uf Wunsch des begutachtenden Psychiaters durchgeführt (Urk. 14/M77 S. 15). In Anbetracht dessen besteht kein Anhalt für die Einholung eines neuropsychologische n Gutachten s . 4.

E. 2.2

In der Stellungnahme vom 9. Februar 2021 (Urk. 14/M86) äusserte sich auch

Dr. M.____ zu den Einwänden der Beschwerdeführerin in den Stellungnahmen vom 9. März 2020 (Urk. 14/K195) und 7. Juli 2020 (Urk. 14/K209) sowie den beigelegten Berichten. Er verwies bezüglich des Fachgebiets der Orthopädie auf die Stellungnahme seines Kollegen vom 12. August 2020 und hielt zusätzlich fest, es bestehe kein Anhalt, eine weitere Diagnostik vorzunehmen oder erneut eine cerebrale Bildgebung durchzuführen. Der Hinweis auf die Beschwerde vorträge der Versicherten

ersetze keine vernünftige Beweisführung, welche erstens Befunde benötige, die die Beschwerden erklären könnten, sowie im zweiten Schritt einen überwiegend kausalen Zusammenhang zwischen den Befunden und dem Unfallereignis darlegten. Entsprechendes werde nicht vorgelegt. Dass das psychiatrische Gutachten «oberflächlich und nicht den Qualitätsanforderungen entsprechend» sei, werde entschieden zurückgewiesen. Medizinische Belege für diese Behauptung würden nicht vorgelegt. Es würden keine triftigen Gegenargumente gegen die Befunde und die Beurteilungen im Gutachten vorgebracht. 3.

E. 2.3

Dr. M.____

nahm am 22. April 2021 (Urk. 14/M87) Stellung zur Eingabe der Beschwerdeführerin vom 8. Juli 2020 (Urk. 14/K220, mitsamt Beilagen) und hielt an seiner gutachterlichen Einschätzung fest. 3.

E. 2.4

Dr. M.____

wies die von der Beschwerdeführerin in der Einsprache vom 19. August 2021 (Urk. 14/K239) vorgetragene Vorwürfe gegen das polydisziplinäre Gutachten in seiner Stellungnahme vom 10. März 2022 (Urk. 14/M88) zurück. Es seien keine neuen relevanten Befunde oder unfallbezogenen Diagnosen vorgelegt worden. Es sei auch keine medizinisch plausible begründete Kritik am interdisziplinären Gutachten vorgelegt worden. Die Aktenlage sei ausreichend, um die Angelegenheit abschliessend zu beurteilen. Es werde zudem an der Einschätzung im Gutachten festgehalten. 3.2.5

Dr. N.____

nahm am 16. März 2022 (Urk. 14/M89) ebenfalls Stellung zur Einsprache vom 19. August 2021 und gelangte zum Schluss, es könne auch unter vollumfänglicher Würdigung der Einwände der Versicherten keine anders lautende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit attestiert werden, dies bei Berücksichtigung der objektivierbaren Befunde. Anderslautende neue medizinische Tatsachen seien nicht objektiviert worden, und es lägen keine neuen medizinischen Berichte vor. 3.2.6

Schliesslich äusserte sich

Dr. N.____ am 13. April 2022 zur Noveneingabe

der Beschwerdeführerin vom 24. März 2022 (Urk. 14/K246) und führte aus (Urk. 14/M96), aus den vorgelegten Berichten von PD Dr. med. P.____, Facharzt für Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, und Dr. med. Q____, Facharzt Orthopädische Chirurgie, ergebe sich kein Hinweis auf eine namhafte Veränderung beziehungsweise Verschlechterung der medizinischen Situation gegenüber der Konsensbeurteilung vom 25. November 2019. 4. 4.1

Das polydisziplinäre Gutachten des J.____

(namentlich das neurologische Gutachten vom 18. November 2019, das orthopädische Gutachten vom 25. November 2019 und das psychiatrische Gutachten vom 27. November 2019 sowie die interdisziplinäre Beurteilung vom 27. November 2019 inklusive Ergänzungen) ist für die streitigen Belange umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden, wurde in Kenntnis der Vorakten abgegeben, leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein , und die Schlussfolgerungen der Experten sind begründet, womit es die rechtsprechungs gemässen Anforderungen an die Beweiskraft einer Expertise (BGE 134 V 231 E. 5.1) erfüllt . 4. 2

4.

E. 6

Nach dem Gesagten ist g estützt auf das beweiskräftige Gutachten des J.____ mit dem Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit aus gewiesen, dass die Beschwerdeführerin die bisherige Tätigkeit als Raumpflegerin unfallbedingt nicht mehr verrichten kann , dass ihr ab dem 1.

Dezember 2019 aber eine leidensangepasste, sitzende Tätigkeit in einem 100 %-Pensum zumutbar ist .

Von den sub eventualiter beantragten weiteren medizinischen Abklärungen sind keine anderen entscheiderelevanten Erkenntnisse zu erwarten, weshalb davon in antizipierter Beweiswürdigung abgesehen werden kann (BGE 144 V 361 E. 6.5, 136 I 229 E. 5.3, 124 V 90 E. 4b). 5.7

Von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung kann sodann k eine namhafte Besserung des Gesundheitszustands mehr erwartet werden (Urk. 14/M76 S. 29) . Selbst d er behandelnde Arzt Dr. P.____ konnte in seinem im Beschwerdeverfahren aufgelegten Bericht vom 28. November 2022 keine weitere Heilbehandlung be treffend die Knie mehr anbieten. Er hielt fest, in dieser schwierigen Situation bleibe eigentlich nichts anderes übrig, als abzuwarten, bis die Arthrose ein so grosses Ausmass annehme, um über eine endoprothetische Knieprothesenversorgung zu sprechen. Ü ber einen kniearthroskopischen Eingriff könne in dieser Situation kaum eine Verbesserung erreicht werden, weshalb er der Patientin und ihrem anwesenden Ehemann empfehle, weiter konservativ zu bleiben. Von seiner Seite seien vorerst keine weiteren Kontrollen geplant, je nach Verlauf dürfe sich die Patientin aber wieder melden (Urk. 22/7; vgl. auch bereits Urk. 14/M92 S. 2). Eine Knieprothesenversorgung ist verfrüht und damit (noch) nicht indiziert. Doch selbst dieser Eingriff würde nicht zu einer Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Raumpflegerin führen . In einer angepassten Tätig keit hingegen ist die Beschwerdeführerin bereits zu 100 % arbeitsfähig ; eine durch eine prothetische Versorgung der Kniegelenke zu erwartende Verbesserung des Gesundheitszustandes vermöchte mithin zu keiner Erhöhung der Arbeitsfä higkeit zu führen . Demgemäss ist i n Bezug auf d en unfallbedingten Gesundheitszustand der Endzu stand erreicht , und der Fallabschluss per 1. Dezember 2019 ist nicht zu beanstan den. 5.

E. 6.1

Die Beschwerdegegnerin sprach der Beschwerdeführerin eine Integritäts ent schädigung bei einer Integritäts einbusse von 20 % zu (Urk. 14/K230 Ziff. 2.4.7 S. 18) . Dabei stützte sie

sich auf die Beurteilung von Dr. N.____, welcher fest hielt, aufgrund des Ereignisses sei ein erheblicher und dauernder körperlicher Integritätsschaden entstanden. Es bestehe ein operativ behandelter Zustand nach schwerer Komplexinstabilität beider Kniegelenke mit zufriedenstellendem Ergebnis und verbleibender unfallkausaler Restinstabilität.

Unter Berücksichtigung der zu erwartenden Verschlimmerung aufgrund der Restinstabilität und der daraus im Verlauf resultierenden mässigen Femorotibialarthrose

sei eine Schätzung von 10 % für jedes Kniegelenk angemessen. In der Suva-Tabelle 5 (Integritätsschaden bei Arthrosen) sei bei einer mässigen Femorotibialarthrose ein Integritätsschaden zwischen 5 und 15

% vorgesehen. Aktuell liege bei der Beschwerdeführerin klinisch und bildgebend keine Arthrose vor; vorhersehbar sei die Entwicklung einer mässigen Femorotibialarthrose bis zum Erreichen des Lebensendes bei Einhaltung des Zumutbarkeitsprofils. Der mittlere Wert von 10 % entspreche dem Kniegelenksschaden (Urk. 14/M76 S. 30). In seiner Stellungnahme vom 16. März 2022 ergänzte Dr. N.____, gemäss der Tabelle 6.2 sei bei einer mässigen Komplexinstabilität der Seitenbänder ein Integritätsschaden zwischen 5 % und 15 % ausgewiesen. Im Untersuchungssetting habe eine leichte bis beginnend mässige Instabilität an beiden Kniegelenken vorgelegen, was eine Schätzung von 5 % je Kniegelenk entsprochen hätte. Unter Berücksichtigung einer zukünftigen möglichen Verschlimmerung erweise sich die Schätzung von 10 % je Kniegelenk als angemessen. Die von der Beschwerdeführerin geltend gemachte subjektive Instabilität habe nicht vollumfänglich objektiviert werden können, eine leichte Instabilität hingegen schon. Dass die Beschwerdeführerin beim Gehen Krücken benütze, sei versicherungsmedizinisch nicht begründbar. Eine Instabilität, welche das Gehen an Stöcken zwingend notwendig gemacht hätte, sei 2019 nicht vorgelegen (Urk. 14/M89 S. 10).

E. 6.2

Die Beschwerdeführerin machte geltend, es sei klar von einer Komplexinstabilität beider Knie in einem schweren Ausmass auszugehen. Analog der Suva-Tabelle 6 sei deshalb von einer 30%igen Integritätseinbusse pro Knie auszugehen, was insgesamt 60 % ergebe (Urk. 1 Rz. 12.4).

E. 6.3.1

Nach ständiger Rechtsprechung beurteilt das Sozialversicherungsgericht die Gesetzmässigkeit der Verwaltungsverfügungen beziehungsweise der Einsprache entscheide in der Regel nach dem Sachverhalt, der zur Zeit des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens gegeben war. Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 130 V 138 E. 2.1 mit Hinweis). Jedoch sind Tatsachen, die sich erst später verwirklichen, insoweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Erlasses der Verwaltungsverfügung beziehungsweise der Einspracheentscheide zu beeinflussen (BGE 121 V 362 E. 1b, 99 V 98 E. 4; Urteil des Bundesgerichts 8C_95/2017 vom 15. Mai 2017 E. 5.1 m.w.H.).

E. 6.3.2

Gemäss Art. 36 Abs. 4 UVV müssen voraussehbare Verschlimmerungen des Integritätsschadens angemessen berücksichtigt werden (Satz 1). Revisionen sind nur in

Ausnahmefällen möglich, wenn die Verschlimmerung von grosser Tragweite ist und nicht voraussehbar war (Satz 2). Eine voraussehbare Verschlimmerung liegt vor, wenn im Zeitpunkt der Festsetzung der Integritätsentschädigung eine Verschlimmerung als wahrscheinlich prognostiziert und damit auch geschätzt werden kann. Nicht voraussehbare Verschlechterungen können naturgemäss nicht im Voraus berücksichtigt werden. Entwickelt sich daher der Gesundheitsschaden im Rahmen der ursprünglichen Prognose, so ist die Revision einer einmal zugesprochenen Integritätsentschädigung ausgeschlossen. Hingegen kann die Entschädigung neu festgelegt werden, wenn sich der Integritätsschaden später bedeutend stärker als prognostiziert verschlimmert (Urteil des Bundesgerichts 8C_746/2022 vom 18. Oktober 2023 E. 2.2 mit Hinweisen). 6. 4

Im Beschwerdeverfahren wurde ein weiterer Bericht des behandelnden Arztes Dr. P.____ vom 28. November 2022 aufgelegt (Urk. 22/7). Darin diagnostizierte er aufgrund der am 18. August 2022 erhobenen MRI-Befunde der Knie beidseits (Urk. 26/6) eine zunehmende posttraumatische Pankonarthrose bei persistieren der komplexer Knieinstabilität und führte unter anderem aus, solche posttraumatischen Gonarthrosen würden eigentlich immer auftreten nach so schweren Verletzungen, gelegentlich sogar noch schneller. Im weiteren Verlauf wurde der Sprechstundenbericht von Prof. K.____ vom 7. März 2023 eingereicht (Urk. 26). Darin hielt dieser fest, aktuell bestehe eine hochgradige, multiligamentäre Instabilität beider Kniegelenke mit wesentlicher Schmerzausprägung und konsekutiver Einschränkung der Patientenautonomie. Nach Ansicht der Untersucher sei dieses Zustandsbild eindeutig posttraumatischer Genese.

E. 6.5

Die Integritätsentschädigung beruht grundsätzlich auf dem Gedanken der Genugtuung und soll einen gewissen Ausgleich für Schmerz, Leid sowie Beeinträchtigung des Lebensgenusses bringen. Bei der konkreten Festsetzung muss allerdings beachtet werden, dass das Prinzip der abstrakten und egalitären Bemessung gilt. Im Unterschied zur Bemessung der Genugtuungssumme im Zivilrecht sind die erlittene Unbill und die weiteren besonderen Umstände des Einzelfalles nicht zu berücksichtigen. Massgeblich ist die medizinisch-theoretische Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Integrität (Urteil des Bundesgerichts 8C_756/2019 vom 11. Februar 2020 E. 4.2 mit Hinweisen). Nicht massgebend ist das (subjektive) Schmerzempfinden. Die angewandte Suva-Tabelle 5 weist denn auch keine diesbezügliche Abstufung aus, wie das etwa bei der Suva-Tabelle 7 (Jahr 2001, «Integritätsschaden bei Wirbelsäulenerkrankungen») der Fall ist. Die mit dem Schweregrad der Arthrose zunehmenden Schmerzen sind mit dem dafür vorgesehenen Prozentsatz bereits abgegolten (vgl. dazu die Überlegungen des Bundesgerichts zu den Schmerzen, welche mit Funktionsstörungen der Schulter verbunden sind im Urteil 8C_756/2019 vom 11.

Februar 2020 E. 4.3). Es fällt ins Gewicht, dass Dr. P.____ als ausgewiesener Spezialist in der Kniechirurgie festhielt, solche posttraumatischen Gonarthrosen – wie sie bei der Beschwerdeführerin im November 2022 nachgewiesen wurden – würden eigentlich immer auftreten nach so schweren Verletzungen (Urk. 22/7). Dieser medizinischen Erfahrungsatsache ist Rechnung zu tragen, weshalb die Entwicklung einer Pankonarthrose

als zum Zeitpunkt des Einspracheentscheids

voraussehbar zu gelten hat. Dr. P.____ hielt zwar zusätzlich fest, in dieser schwierigen Situation bleibe eigentlich nichts anderes übrig, als abzuwarten, bis die Arthrose ein so grosses Ausmass annehme, um über eine endoprothetische Knieprothesenversorgung zu sprechen. Darüber, wie schnell die Arthrose in Zukunft fortschreiten würde, äusserte er sich verständlicherweise jedoch nicht. Dr. N.____ konnte bildgebend noch keine Arthrose feststellen. Dass er von der Entwicklung einer mässigen Arthrose im mittleren Bereich ausging, erscheint daher nachvollziehbar. Im Bericht des medizinischen Diagnose-Zentrums des Spitals B.____ vom 18. August 2022 wurden die an den Knien im bildgebenden Verfahren (MRI) befundenen Schäden im Detail aufgelistet. Der Radiologe Dr. med. T.____ beurteilte gestützt darauf, am Knie links bestehe eine leichte bis moderate Pangonarthrose, am rechten Knie eine beginnende Pangonarthrose (Urk. 22/6 S. 2). Dr. P.____ fasste diese Untersuchungsergebnisse am 28. November 2022 zusammen, wonach an beiden Knien u.a. ausgeprägte Knorpelschäden sowohl femorotibial als auch femoropatellär mit komplexen Meniskusschäden medial und lateral bestünden (Urk. 22/7 S. 2). Im Bericht von Prof. K.____ vom 7. März 2023 wurde rechts von einer deutlichen medialen Gonarthrose mit Gelenkspaltverschmälerung und kräftigen osteophytären Anbauten und einer geringen Retropatellararthrose berichtet, links von einer geringeren Verschmälerung des medialen Gelenkspalts im Rahmen einer moderaten Gonarthrose sowie einer geringen Retropatellararthrose (Urk. 26 S. 2). Entgegen den Erwartungen von Dr. N.____ (E. 6.1) hat sich inzwischen nicht nur an den Femorotibialgelenken je eine Arthrose entwickelt, sondern auch an den Femoropatellargelenken, eben Pangonarthrosen.

Die Pangonarthrosen werden von den behandelnden Ärzten mit leicht bis moderat (linkes Knie) respektive beginnend (rechtes Knie) qualifiziert; nach Suva-Tabelle 5 ist für eine mässige Pangonarthrose eine Integritätsentschädigung von 10-30 % geschuldet. Hätte der nun vorliegende Befund bereits im Zeitpunkt des Erlasses des Einspracheentscheides vorgelegen, wäre für die leichte bis moderate Pangonarthrose wohl eine Entschädigung von 10 % zugesprochen worden, für die erst beginnende Pangonarthrose wohl keine, respektive hätte über deren weitere Entwicklung eine Prognose gestellt werden müssen. Die nachgereichten Befunde (Urk. 22/6-7, 26) geben der angerufenen Instanz keinen Anlass, die von der Beschwerdegegnerin zugesprochene Integritätsentschädigung von 20 % zu erhöhen. Dies auch nicht unter dem Aspekt, dass Prof. K.____ gestützt auf die Bildgebung eine insgesamt deutliche, multidirektionale Bandinstabilität beider Knien anführte (Urk. 26 S. 2) respektive von einer hochgradigen, multiligamentären Instabilität beider Kniegelenke mit wesentlicher Schmerzausprägung und konsekutiver Einschränkung der Patientenautonomie sprach (Urk. 26 S. 3). Dr. N.____ führte, von einer unfallkausal verbleibenden Restinstabilität der Kniegelenke ausgehend, aus, diese sei je Knie mit 5 % einzuschätzen, unter Berücksichtigung einer zukünftigen möglichen Verschlimmerung erweise sich die Schätzung von 10 % je Kniegelenk als angemessen (E. 6.1). Da Dr. N.____ unter Berücksichtigung einer möglichen Verschlimmerung auch bezüglich der Knieinstabilität beidseits von einer Integritätsentschädigung von 20 % ausging und Prof. K.____ nur Bezug auf die von Dr. N.____ angeführte «vorhandene Restinstabilität» nahm, mit der er nicht mehr im Konsens sei (Urk. 26 S. 3), nicht aber auf die Einschätzung von 20 %, ist die Einschätzung der Integritätseinbusse durch die Beschwerdegegnerin – auch unter Berücksichtigung des ausgeübten ärztlichen Ermessens, in das das Gericht nicht unbegründet eingreift – zu bestätigen. Sollte sich der Gesundheitszustand an den Knien in einer von der Beschwerdegegnerin nicht vorausgesehenen Weise verschlechtern im Sinne der Entwicklung von schweren Pangonarthrosen oder schweren Bandinstabilitäten, ist die

Beschwerdeführerin auf das Revisionsrecht zu verweisen (Art. 36 Abs. 4 UVV). 6. 6

Soweit die Beschwerdeführerin weitere Integritätsschäden (postthrombotisches Syndrom und psychische Unfallfolgen) geltend macht, kann ihr nicht gefolgt werden, zumal diesbezüglich keine Unfallkausalität festgestellt werden konnte. 7.

Gemäss den vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde in dem Sinne teilweise gutzuheissen, als festzustellen ist, dass die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Invalidenrente der Unfallversicherung bei einem Invaliditätsgrad von 17 % hat. Im Übrigen ist die Beschwerde abzuweisen. 8.

E. 8

.2

Dass sich die Beschwerdegegnerin zur Bemessung des Invalideneinkommens auf die statistischen Werte der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) 2018 stützte und den Lohn gemäss der Tabelle TA1_tirage_skill_level, privater Sektor, Kompetenzniveau 1, Frauen, von monatlich Fr. 4'371.-- heranzog, ist aufgrund der Tatsache, dass der Beschwerdeführerin die bisherige Tätigkeit nicht mehr zumutbar ist und sie über keine in einer angepassten Tätigkeit verwertbare Ausbildung verfügt, nicht zu beanstanden. Die Beschwerdegegnerin errechnete unter Berücksichtigung der betriebsüblichen Arbeitszeit im Jahr 2019 ein Jahreseinkommen in der Höhe von Fr.

55'957.-- (Urk. 14/K230 Ziff. 2.4.4 S. 16), wobei eine Fehlkalkulation vorliegt. Unter Berücksichtigung der korrekt zitierten Werte (Fr. 4'371 / 40 x 41.7 x 12) ergibt sich ein Jahreseinkommen von Fr. 54'681.21 (nicht von Fr. 55'957.--). Angepasst an die Nominallohnentwicklung bis ins Jahr 2019 (Fr. 54'681.21 / 101.7 x 102.7) ergibt sich ein Jahresverdienst von Fr. 55'219.--. Die Beschwerdegegnerin gewährte unter Berücksichtigung, dass die Beschwerdeführerin die körperlich leichten Arbeiten vornehmlich nur sitzend verrichten könne, was sich auf das zu realisierende Einkommen auswirken könne, einen Leidensabzug von 10 % (Urk. 14/K230 Ziff. 2.4.4 S. 16), was von der Beschwerdeführerin beanstandet wurde. Diese machte geltend, es sei ein maximaler Leidensabzug von 25 % zu berücksichtigen, da sie multimorbid zahlreichen Einschränkungen aus allen Fachdisziplinen unterworfen sei. Allein die Ganzkörperbeschwerden mit Dauerschmerzen rechtfertigten vorliegend einen maximalen Abzug (Urk. 1 Rz. 11.4, vgl. auch Urk. 21 S. 7). Die Beschwerdeführerin erkennt, dass einzig die unfallbedingten Beschwerden zu berücksichtigen sind und nicht die von ihr geltend gemachten Ganzkörperbeschwerden. Der Tabellenlohn im Kompetenzniveau

1 umfasst sodann bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_82/2019 vom 19.

September 2019 E.

6.3.2). Damit ist der Leidensabzug von 10 % nicht zu beanstanden, was ein Invalideneinkommen von Fr. 49'697.-- ergibt. Ausgehend von einem Valideneinkommen von Fr. 60'202.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 49'697.-- ergibt sich eine Einkommenseinbusse von Fr. 10'505.-- und damit ein Invaliditätsgrad von gerundet 17 % (17.45). 5.

E. 8.1

Nach Art.

61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Gericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. Als weitere Bemessungskriterien nennen die kantonalen Vorschriften das Mass des Obsiegens, den Zeitaufwand und die Barauslagen (§ 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht [GSVGer] sowie §

7 der Verordnung über die Gebühren, Kosten und Entschädigungen vor dem Sozialversicherungsgericht [GebV SVGer]).

E. 8.2

Ist das Quantitativ einer Leistung streitig, rechtfertigt eine « Überklagung » nach der in Rentenangelegenheiten ergangenen Rechtsprechung eine Reduktion der Parteientschädigung nur, wenn das ziffernmässig bestimmte Rechtsbegehren den Prozessaufwand beeinflusst hat (BGE 117 V 401 E. 2c; vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_449/2016 vom 2. November 2016 E. 3.1.1 und 8C_500/2020 vom 9. Dezember 2020 E. 4.4).

Wurden zusätzlich zu den Rechtsbegehren, hinsichtlich derer die Beschwerde führende Person obsiegt hat, weitere Leistungen beantragt, denen nicht entsprochen wurde, so ist die Parteientschädigung zu reduzieren (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_568/2010 vom 3. Dezember 2010 E. 4.1).

E. 8.3

Hinsichtlich des Fallabschlusses unterlag die Beschwerdeführerin . Eine Erhöhung des Invaliditätsgrades ergab sich

lediglich aufgrund einer Fehlkalkulation der Beschwerdegegnerin und nicht aufgrund der Vorbringen der Beschwerdeführerin . Die Rechtsbegehren der Beschwerdeführerin haben den Prozessaufwand somit bedeutend beeinflusst . Damit rechtfertigt sich die Zusprache einer Prozessentschädigung nicht .

Die ebenfalls teilweise obsiegende Beschwerdegegnerin beantragte keine Prozessentschädigung, wobei ihr als Organisation mit öffentlichrechtlichen Aufgaben in der Regel ohnehin keine Parteientschädigung zusteht (vgl. BGE 126 V 143 E. 4a; Urteil des Bundesgerichts 8C_780/2016 vom 24. März 2017 E. 9.2, je mit Hinweis) . Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde

wird in dem Sinne teilweise gutgeheissen, als festgestellt wird, dass die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Invalidenrente der Unfallversicherung bei einem Invaliditätsgrad von 17 % hat. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen . 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Der Beschwerdeführerin wird keine Parteientschädigung zugesprochen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Mark A. Glavas - Rechtsanwalt Martin Bürkle - 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 Bundes

gesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebenten Tag vor Ostern bis und mit dem siebenten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit dem 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu stellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweis mittel und die Unterschrift der beschwerdeführenden Partei oder ihrer Rechtsvertretung 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 VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin
PhilippMuraro

E. 9

Nach dem Gesagten ist der Invaliditätsgrad auf 17 % zu erhöhen . 6.

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