



**Fall-Nr.:** UV 2006/62  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** UV - Unfallversicherung  
**Publikationsdatum:** 05.05.2020  
**Entscheiddatum:** 17.01.2007

### **Entscheid Versicherungsgericht, 17.01.2007**

**Art. 18 Abs. 2 UVG. Berechnung des Invaliditätsgrades; zumutbare Tätigkeit. Rückweisung an die Verwaltung wegen mangelhafter ärztlicher Abklärung (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 17. Januar 2007, UV 2006/62).**

Vizepräsident Joachim Huber, Versicherungsrichterin Lisbeth Mattle Frei und Versicherungsrichter Martin Rutishauser; Gerichtsschreiberin Susanne Bertschler

Entscheid vom 17. Januar 2007

In Sachen

V.\_\_\_\_

Beschwerdeführerin,

gegen

Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva), Fluhmattstrasse 1, Postfach 4358, 6002 Luzern,

Beschwerdegegnerin,

betreffend

Invalidenrente und Integritätsentschädigung

hat das Versicherungsgericht in Erwägung gezogen:



I.

A.- Die 1956 geborene V.\_\_\_\_ war bei der A.\_\_\_\_ als Hilfsarbeiterin angestellt und in dieser Funktion bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva) gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert, als sie am 12. November 1994 bei einer unglücklichen Bewegung eine anteriore Schulterluxation links erlitt. Der Vorfall hatte keine Arbeitsunfähigkeit zur Folge. Die Suva übernahm die gesetzlichen Leistungen. Ab 31. Mai 1996 litt die Versicherte wiederum infolge einer ungeschickten Bewegung mit dem linken Arm an starken Schmerzen in der Schulter. Dr. med. B.\_\_\_\_ diagnostizierte rezidivierende Schulterbeschwerden links, sowie eine fragliche Läsion des Nervus axillaris links bei Status nach Luxation links. Es bestand eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Kreisarzt Dr. med. C.\_\_\_\_ überwies die Versicherte nach der Untersuchung vom 15. Juli 1996 bei nicht ganz unauffälligem Röntgenbefund zur Beurteilung der diagnostischen und therapeutischen Situation an das Spital Uznach. Der dortige Konsiliararzt für orthopädische Chirurgie, Dr. med. D.\_\_\_\_, diagnostizierte unklare Schulterbeschwerden links bei Status nach Schulterluxation am 12. November 1994 und bei Verdacht auf eine diskrete vordere Instabilität. Diese erkläre die massiven Beschwerden der Patientin allerdings in keiner Art. Deshalb müsse ein grösserer Teil der Beschwerden deutlich funktionell überlagert sein. In dieser Situation würde jegliche weitere Abklärung das Krankheitsbewusstsein nur verstärken und damit das Gegenteil von dem bewirken, was man eigentlich wolle (Bericht vom 13. August 1996). Bei der von Dr. D.\_\_\_\_ in Betracht gezogenen Arthro-MRI-Untersuchung der linken Schulter zeigte sich eine Läsion des Labrums mit ventraler und medialer Verlagerung, eine ausgeweitete Kapsel ventral sowie nur noch sehr dünne gleno-humerale Ligamente. Gemäss den Fachärzten der Klinik für Orthopädische Chirurgie des Kantonsspitals E.\_\_\_\_ sei bei diesem Befund eine Arthroskopie mit Refixation des Labrums und der Kapsel indiziert. Damit könne die Stabilität verbessert werden. Ob auch die Schmerzen verschwinden würden, sei natürlich ungewiss (Bericht vom 23. Oktober 1996). Der operative Eingriff wurde am 9. Dezember 1996 im Kantonsspital E.\_\_\_\_ vorgenommen. Nachdem vorerst eine Arbeitsunfähigkeit von 100% bestanden hatte, wurde eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit auf 100% ab 17. Februar 1997 erwartet. Die medizinische Behandlung wurde am 20. März 1997 abgeschlossen.



B.- a) Am 5. Dezember 2002 liess die Versicherte einen Rückfall zum Ereignis vom 12. November 1994 melden. Dr. med. F.\_\_\_\_, Arzt für Allgemeine Medizin berichtete am 19. Dezember 2002, nach zweimaligen erneuten Schulterluxationen mit Reposition im Spital G.\_\_\_\_ leide die Versicherte an persistierenden Schulterschmerzen und einer Beweglichkeitseinschränkung der linken Schulter. Seit dem 2. November 2002 bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100% (vgl. auch die Notfallberichte des Spitals G.\_\_\_\_ vom 2. und 7. November 2002). Am 15. Januar und 20. Februar 2003 erfolgten weitere Beurteilungen durch die Klinik für Orthopädische Chirurgie des Kantonsspitals E.\_\_\_\_. Aufgrund der MRI-Untersuchung vom 30. Januar 2003 wurde ein erneuter Eingriff zur Schulterstabilisation empfohlen. Da die Patientin sich aktuell nicht zur Operation entschliessen könne, werde zur Schmerzbehandlung eine subacrominale Infiltration versucht. Zusätzlich sei die Physiotherapie weiter zu führen. Es bestehe keine Arbeitsfähigkeit. Nachdem durch die Infiltrationsbehandlung keine massgebliche Verbesserung habe bewirkt werden können, werde seitens der Klinikärzte wiederum die operative Behandlung empfohlen (Bericht vom 2. Mai 2003). Dr. med. H.\_\_\_\_, Orthopädie I.\_\_\_\_, berichtete am 26. Juni 2003, dass bei der Patientin rein somatisch gesehen erneut eine Schulterarthroskopie durchgeführt werden sollte. Ob dann zusätzlich noch eine stabilisierende Operation notwendig sei, werde sich bei der Arthroskopie und der Untersuchung in Narkose zeigen. Bei gesamthafter Betrachtung sei allerdings auf eine grössere Intervention bei dieser Patientin zu verzichten. Die Arbeitsfähigkeit würde dadurch nicht wesentlich gesteigert. Die neurologische Abklärung in der Klinik J.\_\_\_\_ vom 28. August 2003 ergab myofascial bedingte Dysästhesien in der linken Körperhälfte, aber kein fokal-neurologisches Defizit. Bei ausgeprägter muskulärer Dysbalance mit Insuffizienz der Schultermuskulatur links sei ein dringender Bedarf an Physiotherapie gegeben. Die orthopädische Untersuchung vom 8. September 2003 in der Klinik J.\_\_\_\_ ergab eine Indikation für eine erneute diagnostische Arthroskopie zur Beurteilung des Gelenkbefundes, insbesondere des unteren Labrums mit anschliessend offener vorderer Schulterstabilisierung.

b) Dieser operative Eingriff wurden am 15. März 2004 in der Klinik J.\_\_\_\_ durchgeführt. Am 18. März 2003 wurde die Versicherte bei gutem Allgemeinzustand nach Hause entlassen. Die Nachkontrolle am 28. April 2004 ergab ein myofasciales Schmerzproblem, das sich nicht gebessert habe. Es falle auf, dass die Patientin die Schulter sehr verkrampft hochhalte. Versuchsweise seien Behandlungsansätze wie



Osteopathie und Akupunktur durchzuführen. Falls die Schmerzen es erlauben würden, könne von Seiten der Instabilitätsanamnese nun mit Übungen über Kopf begonnen werden. Auch bei der Nachkontrolle vom 9. Juni 2004 zeigte sich wie bereits präoperativ ein persistierendes myofasciales Schmerzsyndrom an der Scapula dorsal wie ventral am Coracoid. Es seien weitere rheumatologische und schmerztherapeutische Untersuchungen angezeigt. Im Verlauf sei auch ein schmerzspezifisches Konsilium sinnvoll (Bericht vom 10. Juni 2004). Anlässlich der stationären Rehabilitation vom 27. Juli 2004 bis 13. August 2004 in der Klinik K.\_\_\_\_ wurde ein myofasciales Schmerzsyndrom Schulter links mit aktuell muskulären Dysbalancen und Myogelosen zervicobrachial sowie eine arterielle Hypertonie diagnostiziert. Es konnte kein therapeutischer Zugang gefunden werden, und die Schmerzproblematik sowie die Schonhaltung des linken Arms konnten kaum beeinflusst werden. Deshalb wurde die Rehabilitation vorzeitig abgebrochen.

c) Gemäss der Beurteilung von Kreisarzt Dr. med. L.\_\_\_\_ vom 14. September 2004 bestand eine Diskrepanz zwischen den objektivierbaren Befunden und dem klinischen Bild. Eine erhebliche Muskelatrophie liege weder am linken Schultergürtel noch an der linken oberen Extremität vor. Die ärztlichen Kollegen hätten ein myofasciales Schmerzsyndrom beschrieben, bei welchem es sich um ein subjektives Beschwerdebild handle, das schwierig einzuschätzen und letztendlich nicht messbar sei. Es bestehe keine Möglichkeit mehr, den Zustand nennenswert zu verbessern. Der Fall sei abzuschliessen. Aufgrund der objektivierbaren Befunde sei eine leichtere Arbeit den ganzen Tag zumutbar. Das Gewicht von zu hebenden Lasten mit beiden Händen bis zur Taillenhöhe sei auf 10 kg beschränkt, auf Brusthöhe auf 5 kg. Arbeiten über Brusthöhe seien nicht mehr möglich. Der Integritätsschaden wurde von Dr. L.\_\_\_\_ in Anwendung der Feinrastertabelle Nr. 1.2 anhand der Bewegungseinschränkung und da die Horizontale knapp erreicht werde auf 17% festgesetzt. Mit dieser Schätzung sei auch die Beziehung einer mässigen Form (Referenzwert 10%) zu einer schweren Form (Referenzwert 25%) einer Periarthrosis humerus scapularis berücksichtigt.

C.- Mit Verfügung vom 13. Januar 2005 bzw. 15. Februar 2005 sprach die Suva der Versicherten ab 1. Januar 2005 bei einem IV-Grad von 15% eine Invalidenrente zu. Die Integritätseinbusse wurde auf 17% festgesetzt. In der dagegen gerichteten Einsprache vom 28. Februar 2005 liess die Versicherte durch ihren Rechtsvertreter eine höhere



Invalidenrente und eine höhere Integritätsentschädigung beantragen. Im Bericht über die kreisärztliche Abschlussuntersuchung sei erwähnt, dass der Aufenthalt in der Klinik K.\_\_\_\_ keine Verbesserung des Zustands gebracht habe. Es müsse daher auf die kreisärztliche Beurteilung vom 13. Juli 2004 abgestellt werden, wo von einer Arbeitsfähigkeit von 50% die Rede gewesen sei. Dass in der Klinik K.\_\_\_\_ kein Zugang zur Schmerzproblematik gefunden worden sei, dürfe der Versicherten nicht zum Nachteil gereichen.

D.- a) Am 30. Juni 2005 reichte die Versicherte einen Arztbericht der Klinik M.\_\_\_\_ (Dominikanische Republik) vom 17. März 2005 zur Ultraschalluntersuchung der linken Schulter ein. Es wurde eine Loslösung der Sehnen der Muskelmanschette des Schultergelenks beschrieben, das sich bei statischer und dynamischer Belastung verschiebe. Der Gelenkhohlraum zeige keine Anzeichen von Verkalkung und Flüssigkeitsansammlung. Am 22. August 2005 wurde im Röntgeninstitut N.\_\_\_\_ ein neues Arthro MRI der linken Schulter angefertigt. Es zeigte sich ein abgerundetes, verkleinertes ventrales Labrum, regelrecht liegende Miteck-Anker, eine Hill-Sachs-Läsion des Humeruskopfes (oberflächliche Eindellung an typischer Stelle) sowie eine Hypotrophie des Subscapularis. Ein Rotatorenriss konnte nicht festgestellt werden. Gestützt darauf schloss Kreisarzt Dr. L.\_\_\_\_ am 20. September 2005, dass sich der Zustand gegenüber seiner Beurteilung vom 14. September 2004 nicht verschlechtert habe. Das Arthro MRI sei im Vergleich zur Ultraschalluntersuchung weit aussagekräftiger. Nach einer weiteren, von Dr. med. O.\_\_\_\_, Orthopädische Chirurgie, Klinik mit Schreiben vom 29. August 2005 veranlassten Konsultation in der Klinik J.\_\_\_\_ vom 19. September 2005 wurde die Diagnose eines ausgeprägten myofascialen Schmerzsyndroms im Bereich des linken Schultergürtels bestätigt. Trotz zweimaliger Schulterluxationsoperation sei es wieder zu Reluxationen der Schulter gekommen. Klinisch und mittels MRI könne eine intakte Rotatorenmanschette gesehen werden. Das ventrale Labrum sei aber nur schwer sichtbar bzw. nach medial verlagert. Es seien weitere Abklärungen und Behandlungen notwendig. Bis zu deren Abschluss bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (vgl. auch die orthopädischen Verlaufsberichte der Klinik J.\_\_\_\_ vom 4. und 21. Oktober sowie vom 7., 14. und 30. November 2005). Kreisarzt Dr. L.\_\_\_\_ hielt am 6. Oktober 2005 an seiner Zumutbarkeitsbeurteilung vom 14. September 2004 fest. Es sei zumindest keine Verschlechterung der Funktionswerte eingetreten.



b) Prof. Dr. med. P.\_\_\_\_, leitender Arzt des Schmerz-/Gutachterzentrums an der Klinik J.\_\_\_\_, berichtete am 1. November 2005, es sei eine Schlafproblematik entstanden, weil bei bestimmten Belastungen des Oberkörpers Schmerzen im Bereich der linken Schulter und des linken Arms ausgelöst würden. Bei bestimmten Bewegungen komme es zirka einmal im Monat auch zu einem "Herausspringen" der linken Schulter, was bei der Patientin Angst auslöse und zu einer Blockierung führe. Sie fühle sich deswegen ausserordentlich angespannt. Die anzunehmende myofasciale Ausweitung entlang der ganzen linken oberen Extremität sei vor diesem Hintergrund verständlich. Die Patientin sei zweifellos leicht bis mittelschwer deprimiert. Sie mache aber einen durchwegs adäquaten Eindruck und wecke keine Assoziationen dahingehend, dass eine eigentliche Aggravation oder eine massive Schmerzverarbeitungsproblematik bestünden. Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erscheine eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit sinnvoll. Am 15. Dezember 2005 hielt Kreisarzt Dr. L.\_\_\_\_ abermals an seiner Zumutbarkeitsbeurteilung vom 14. September 2004 fest. Aufgrund der Untersuchungen der Klinik J.\_\_\_\_ vom 19. September und 21. Oktober 2005 sei nicht von einer Verschlechterung der Funktionswerte auszugehen. Am 15. Dezember 2005 fand eine interdisziplinäre Sprechstunde mit Prof. P.\_\_\_\_, leitender Arzt Schmerzklinik, Dr. Q.\_\_\_\_, Rheumatologie, und Dr. R.\_\_\_\_, Oberarzt Orthopädie (alle Klinik J.\_\_\_\_), statt. Zur Bestimmung der Restarbeitsfähigkeit sei eine Evaluation der Leistungsfähigkeit vordringlich.

E.- Mit Entscheid vom 5. April 2006 (UV act. 161) wies die Suva die Einsprache vom 28. Februar 2005 ab. Gestützt auf die Ergebnisse der Untersuchung vom 14. September 2004 habe Kreisarzt Dr. L.\_\_\_\_ eine ganztägige, leichtere, dem Schulterleiden der Versicherten angepasste Arbeit als zumutbar erachtet. Diese Einschätzung habe er danach mehrmals bestätigt. Die Auswirkungen der Unfallfolgen auf die berufliche Leistungsfähigkeit sei von den Ärzten der Klinik J.\_\_\_\_ ab Herbst 2005 unterschiedlich beurteilt worden. Eine abschliessende Stellungnahme sei aber nicht erfolgt. Unter diesen Umständen könnten die Berichte der Klinik J.\_\_\_\_ kein Abweichen von der kreisärztlichen Beurteilung begründen. Somit sei auf letztere abzustellen und von weiteren Abklärungen abzusehen. Anhand des Einkommensvergleichs ergebe sich ein IV-Grad von 14,45%. Eine den IV-Grad von 15% übersteigende Invalidenrente sei somit nicht rechtsgenügend nachgewiesen. Für die Berechnung des versicherten Verdienstes sei vorliegend, wo die Rente erst fünf Jahre nach dem Unfall beginne,



## St.Galler Gerichte

gemäss Art. 24 Abs. 2 UVV auf den Verdienst abzustellen, den die Versicherte ohne Unfall im Jahr 2004 bezogen hätte. Unter den gegebenen Umständen sei ein versicherter Verdienst von mehr als Fr. 39'312.-- nicht rechtsgenügend nachgewiesen. Kreisarzt Dr. L.\_\_\_\_ habe den Integritätsschaden auf 17% festgesetzt. Darauf könne abgestellt werden.

F.- Gegen diesen Entscheid richtet sich die Beschwerde vom 28. Juni 2006 mit dem Antrag auf Erhöhung der Invalidenrente und der Integritätsentschädigung. Seit dem ersten Unfall sei sie wiederholt 100% arbeitsunfähig gewesen. Sie leide auch weiterhin unter starken Schmerzen.

G.- In der Beschwerdeantwort vom 30. August 2006 beantragt die Beschwerdegegnerin Abweisung der Beschwerde. Was in der Beschwerde vorgebracht werde, vermöge am Standpunkt der Suva nichts zu ändern. Die zumutbare Tätigkeit unter Berücksichtigung der Unfallfolgen sei aufgrund einer kreisärztlichen Untersuchung vom 13. Juli 2004 und einer ärztlichen Abschlussuntersuchung vom 14. September 2004 und nach Prüfung der vorhandenen medizinischen Unterlagen durch Dr. L.\_\_\_\_ richtig beurteilt worden. Die Erwerbsunfähigkeit sei korrekt berechnet worden. Die zugesprochene Integritätsentschädigung sei angemessen und gesetzeskonform.

H.- Die Beschwerdeführerin hält mit Eingabe vom 22. September 2006 an ihren Anträgen fest. Falls die Beschwerdegegnerin den von der Klinik J.\_\_\_\_ auf 100% festgesetzten IV-Grad (gemeint wohl: Arbeitsunfähigkeitsgrad) nicht akzeptiere, sei eine Untersuchung durch einen neutralen Arzt durchzuführen.

I.- Die Beschwerdegegnerin hat auf die Einreichung einer weiteren Stellungnahme verzichtet. Beide Parteien haben auch auf die Durchführung einer mündlichen Verhandlung verzichtet.

II.

1.- Nach ständiger Rechtsprechung beurteilt das Gericht die Gesetzmässigkeit eines angefochtenen Entscheides in der Regel nach dem Sachverhalt, der zur Zeit des Einsprache-Entscheids vom 5. April 2006 gegeben war (BGE 121 V 366 Erw. 1b mit Hinweisen). Streitig und zu prüfen ist, in welchem Umfang die Beschwerdeführerin



noch arbeitsfähig ist. Sie macht geltend, die Beschwerdegegnerin habe zu Unrecht auf die Beurteilung des Kreisarztes abgestellt.

2.- Es steht fest, dass die Beschwerdegegnerin mit der Ausrichtung von Leistungen die Unfallkausalität, das heisst sowohl den natürlichen wie den adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem Ereignis vom 12. November 1994 und dem aufgetretenen Leiden anerkannt hat. Davon ist auszugehen. Beide Parteien sind sich darüber einig, dass von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin mehr zu erwarten ist. Sodann sind von Seiten der Invalidenversicherung offensichtlich keine Eingliederungsmassnahmen vorgesehen. Bei dieser Ausgangslage sind die Voraussetzungen zur Ausrichtung einer Rente ab 1. Januar 2005 erfüllt (Art. 19 Abs. 1 UVG). Nicht angefochten und damit nicht zum Streitgegenstand gehörend ist vorliegend der im Einsprache-Entscheid auf Fr. 39'312.-- festgesetzte versicherte Verdienst. Trotz der über den 1. Januar 2005 hinaus ärztlich mehrfach attestierten vollständigen Arbeitsunfähigkeit, geht die Beschwerdegegnerin davon aus, dass für die Beurteilung der zumutbaren Leitungsfähigkeit auf die Einschätzung von Dr. L.\_\_\_\_ (ganztätiger Einsatz in angepasster leichter Tätigkeit) abzustellen sei.

3.- a) Wird eine versicherte Person infolge eines Unfalls zu mindestens 10 Prozent invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Als invalid gilt, wer voraussichtlich bleibend oder für längere Zeit in seiner Erwerbsfähigkeit beeinträchtigt ist (Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, SR 830.1, ATSG). Gemäss Art. 16 ATSG wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrades 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 (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zu dem Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen).

b) Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung - und im Beschwerdefall das Gericht - auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des



Arztes oder der Ärztin ist es dabei, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeit die versicherte Person arbeitsfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Aussagen eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen einer Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 261 Erw. 4, 115 V 134, 114 V 314).

c) Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben die urteilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen und alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind. Auch den Berichten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte kann rechtsprechungsgemäss Beweiswert beigemessen werden, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 352 Erw. 3a und b mit Hinweis).

d) Die erwerbliche Verwertbarkeit der in Frage kommenden Tätigkeiten ist davon abhängig, dass diese - konkret und objektiv substantiiert - auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt auch grundsätzlich vorhanden sind. Insoweit ist auch die Lage des realen und aktuellen Arbeitsmarktes bei der Invaliditätsbemessung von Bedeutung. Eine Arbeitsgelegenheit im Sinn des Gesetzes darf also nur angenommen werden, wenn auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt genügend Stellen zu finden sind, deren Anforderungsprofil mit den gesundheitlich bedingten Einschränkungen der versicherten Person vereinbar sind (SVR 1998 IV Nr. 2 S. 10 Erw. 5b/aa).

4.- Vorliegend steht fest, dass die Beschwerdeführerin vom 2. November 2002 bis 31. Dezember 2004 wegen der Schulterbeschwerden nicht gearbeitet hat. Die frühere



schulterbelastende Tätigkeit im Lager eines Modehauses ist ihr unbestrittenermassen nicht mehr zumutbar. Während die Beschwerdeführerin in Übereinstimmung mit dem Kreisarzt davon ausgeht, die Beschwerdeführerin könne spätestens ab 1. Januar 2005 wegen der verbleibenden Folgen der beim Unfall zugezogenen Verletzung an der linken Schulter körperlich leichtere Arbeiten ohne Tätigkeiten über Brusthöhe ausüben, vermochten sich die Fachärzte der Klinik J.\_\_\_\_ diesbezüglich nicht festzulegen. In Anbetracht der schwierig zu beurteilenden Auswirkungen des Unfallschadens erachten sie in den Berichten vom 1. November 2005 und 15. Dezember 2005 eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit als sinnvoll. Zu prüfen ist, ob dieser ärztlichen Einschätzung zu folgen ist.

5.- a) Kreisarzt Dr. L.\_\_\_\_ ist bei seiner Arbeitsfähigkeitsschätzung zwar von einer erheblichen Einschränkung der Schulterfunktion ausgegangen. Er hat aber eine Diskrepanz zwischen den objektivierbaren Befunden und dem klinischen Bild festgestellt. Sodann fand er weder am linken Schultergürtel noch an der linken oberen Extremität eine Muskelatrophie. Er wies darauf hin, dass die Auswirkungen des von den ärztlichen Kollegen beschriebenen myofascialen Schmerzsyndroms schwierig einzuschätzen und letztlich nicht messbar sei. Worin sich ihm die Diskrepanz zwischen Schmerzäusserungen und den somatischen Befunden zeigte, geht allerdings weder aus seinem Bericht vom 14. September 2004 noch aus seinen späteren Stellungnahmen hervor. Inwieweit ihn der fehlgeschlagene Therapieversuch in der Klinik K.\_\_\_\_ zu dieser Schlussfolgerung veranlasste, lässt sich nicht beurteilen. Immerhin schätzte er die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in einer dem Leiden angepassten, körperlich leichten Tätigkeit noch am 13. Juli 2004 auf lediglich 50% ein.

b) Demgegenüber haben die Ärzte der Klinik J.\_\_\_\_ nach eingehenden fachärztlichen Untersuchungen mehrmals darauf hingewiesen, dass die geklagten Schmerzen in Anbetracht der ständigen Gefahr erneuter Schulterluxationen und der damit verbundenen Anspannung mit myofascialer Ausweitung entlang der linken oberen Extremität verständlich seien. Sie fanden keine Anzeichen einer eigentlichen Aggravation oder massiven Schmerzverarbeitungsstörung (Bericht vom 1. November 2005) und erachteten eine erneute operative Massnahme aufgrund der Gewebesituation nicht als möglich (Bericht vom 15. Dezember 2005). Dies bedeutet, dass die Beschwerdeführerin bis auf Weiteres mit der an sich unbefriedigenden



Situation stechend ausstrahlender Schmerzen, die vermutlich durch Subluxationen des Schultergelenks ausgelöst werden, und der damit zusammenhängenden erheblichen muskulären Verkrampfung leben muss. Physiotherapie ist offenbar wegen der Schmerzen nur bedingt anwendbar, und die Pocain-infiltrationen führten zwar zu einer Reduktion der myofascialen Komponente, aber nur zu geringfügiger Schmerzreduktion.

c) In dieser Situation erscheint es tatsächlich schwierig, die zumutbare Restarbeitsfähigkeit festzusetzen, und es kann nicht einfach auf die wenig begründete Einschätzung des Kreisarztes abgestellt werden. Aufgrund der vorhandenen Akten fehlt es an schlüssigen ärztlichen Stellungnahmen, aufgrund welcher die verbleibende Restarbeitsfähigkeit zuverlässig beurteilt werden könnte: Die Ärzte der Klinik J.\_\_\_\_ lassen ausdrücklich offen, in welchem Ausmass die bestehende Schulterproblematik zu einer Arbeitsunfähigkeit führe. Sie machen die Beurteilung vom Ergebnis einer Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit abhängig. Anders der Kreisarzt: Dieser geht ohne sichtbaren Einbezug der ärztlich mehrfach bestätigten Schmerzsymptomatik von einer vollen Leistungsfähigkeit in einer körperlich leichten Tätigkeit aus. Einschränkungen sieht er lediglich bezüglich der Gewichtsbelastung und für Arbeiten über Brusthöhe. Letztlich fehlt es der Stellungnahme von Dr. L.\_\_\_\_ aber an zuverlässigen Ausführungen darüber, wie diese Restarbeitsfähigkeit angesichts der medizinisch festgestellten und auf den Unfall zurückzuführenden Einschränkungen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt verwertet werden könnte. Die blosser Annahme, es könne zumutbarerweise eine volle Arbeitsleistung erbracht werden, ohne dies medizinisch zureichend zu begründen, stellen im Sozialversicherungsrecht keine rechtsgenügeliche Beweisgrundlage dar, insbesondere bei voneinander abweichenden ärztlichen Beurteilungen nicht.

d) Nachdem also mit Blick auf die eigenen Abklärungen der Beschwerdegegnerin nicht vom Vorliegen schlüssiger Beweisgrundlagen ausgegangen werden kann und sich aus den vorhandenen strukturellen und funktionellen Diagnosen die arbeitsbezogenen Fähigkeiten und Defizite nach Meinung der Klinikärzte nicht zuverlässig ableiten lassen, erscheint es notwendig, eine ergonomische Abklärung, beispielsweise eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) zu veranlassen. Aufgrund der bereits vorliegenden ärztlichen Stellungnahmen kann erwartet werden, dass derartige Abklärungen zu einer Klärung bezüglich der zumutbaren Leistungsfähigkeit der



Beschwerdeführerin führen werden (vgl. in diesem Zusammenhang auch: Suva - Medizinische Mitteilungen 2006 Nr. 77 S. 51). Erst nach dem Vorliegen dieser Ergebnisse wird eine abschliessende Beurteilung der erwerblichen Auswirkungen des bekannten medizinischen Sachverhalts möglich sein. Die Streitsache ist daher an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie eine zusätzliche Abklärung der Restarbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin durchführe. Wenn darüber Klarheit besteht, kann über die Höhe des IV-Grades entschieden werden.

6.- a) Zu prüfen bleibt die Höhe der geschuldeten Integritätsentschädigung, welche von der Beschwerdegegnerin auf 17% festgesetzt wurde. Im angefochtenen Einsprache-Entscheid werden die für die Bemessung von Integritätsschäden nach Art. 25 Abs. 1 UVG in Verbindung mit Art. 36 UVV und Anhang 3 UVV geltenden Regeln zutreffend dargelegt, sodass darauf verwiesen werden kann. Das Gleiche gilt hinsichtlich der von der Suva in Ergänzung der bundesrätlichen Skala herausgegebenen Bemessungsgrundlagen in tabellarischer Form, welche nach der Rechtsprechung mit Anhang 3 UVV vereinbar sind, soweit sie lediglich Richtwerte enthalten, mit denen die Gleichbehandlung aller Versicherten gewährleistet werden soll.

b) Die Beschwerdegegnerin stützte sich bei der Bemessung des Integritätsschadens auf die Beurteilung von Kreisarzt Dr. L.\_\_\_\_ vom 14. September 2004, welcher aufgrund einer aktuellen Flexion von 80° und einer Seitenelevation von 70° in Anwendung der Suva-Tabelle 1.2 und unter dem Hinweis, dass die Horizontale knapp erreicht werde, einen Integritätsschaden von 17% feststellte. Zusätzlich begründete er diesen Wert mit Hinweis auf die in der gleichen Tabelle aufgeführte Periarthrosis humeroscapularis von mässiger bis schwerer Ausprägung. Nachdem auch den ausführlichen Berichten der Klinik J.\_\_\_\_ keine Anhaltspunkte zu entnehmen sind, die an der Zuverlässigkeit dieser Beurteilung zweifeln lassen, ist die zugesprochene Integritätsentschädigung von 17% nicht zu beanstanden.

7.- a) Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Aufhebung des Einsprache-Entscheids vom 5. April 2006 mit Bezug auf die Invalidenrente teilweise gutzuheissen und die Streitsache ist zur Durchführung ergänzender medizinischer Abklärungen über den Umfang der unfallbedingten Leistungseinbusse an die



Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Hinsichtlich der Integritätsentschädigung ist die Beschwerde abzuweisen.

b) Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATAG). Eine Parteientschädigung ist der nicht durch einen Rechtsanwalt vertretenen Beschwerdeführerin nicht zuzusprechen.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG

entschieden:

1. Die Beschwerde wird in dem Sinn teilweise gutgeheissen, dass der Einsprache-Entscheid vom 5. April 2006 - soweit die Invalidenrente betreffend – aufgehoben und die Streitsache zur Durchführung ergänzender medizinischer Abklärungen im Sinn der Erwägungen und anschliessender neuer Entscheidung über die Invalidenrente an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.

2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.