



Fall-Nr.: UV 2017/13
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: UV - Unfallversicherung
Publikationsdatum: 16.10.2018
Entscheiddatum: 16.10.2018

Entscheid Versicherungsgericht, 16.10.2018

Art. 18 UVG. Art. 16 ATSG. Würdigung medizinischer Berichte, Abklärung der Arbeitsfähigkeit und Bemessung einer Invalidenrente. Weitergehende gesundheitliche Einschränkungen als anerkannt sowie eine unfallbedingte Lohneinbusse bleiben beweislos. Abweisung der Beschwerde (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 16. Oktober 2018, UV 2017/13). Bestätigt durch Urteil des Bundesgerichts 8C_817/2018.

Entscheid vom 16. Oktober 2018

Besetzung

Versicherungsrichterinnen Miriam Lendfers (Vorsitz) und

Christiane Gallati Schneider, Versicherungsrichter Joachim Huber;

Gerichtsschreiberin Katja Meili

Geschäftsnr.

UV 2017/13

Parteien

A.____,

Beschwerdeführerin,



St.Galler Gerichte

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Daniel Ehrenzeller,

Engelgasse 214, 9053 Teufen,

gegen

CSS Versicherung AG, Recht & Compliance,

Tribschenstrasse 21, Postfach 2568, 6002 Luzern,

Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Invalidenrente

Sachverhalt

A.

A.a A.____ war als Assistenzärztin im Spital B.____ tätig und dadurch bei der CSS Versicherung AG (nachfolgend: CSS) obligatorisch gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert, als sie am 14. August 2007 am Arbeitsplatz eine Treppe hinunterfiel und gegen die Wand prallte (UV-act. 1). Sie erlitt dabei eine proximale Humerusschaftfraktur links mit Abriss des Tuberculum majus (UV-act. 2). Gleichentags unterzog sich die Versicherte im Spital B.____ einer geschlossenen Reposition und einer Implantation eines T2-Humerusmarknagels (UV-act. 3). Drei Wochen später trat eine unklare postoperative Schwellung auf, welche mit Antibiose und Lymphdrainage behandelt wurde. Die Versicherte wurde weiterhin mit Physiotherapie mobilisiert (UV-act. 5). Dr. med. C.____, Arzt der Klinik für Chirurgie und Orthopädie des Spitals B.____, berichtete am 16. Oktober 2007, insgesamt sei der Verlauf etwas protrahierter als ursprünglich geschätzt. Die Versicherte werde die Arbeit ab dem 17. Oktober 2007 zu 25% wiederaufnehmen (UV-act. 7). Am 30. Oktober 2007 beurteilte Dr. C.____, für den etwas schleppenden Verlauf dürfte das vorstehende Nagelende zumindest teilweise verantwortlich sein. Ab 1. November 2007 sei die Versicherte zu 50% arbeitsfähig (UV-



act. 8). Am 11. Dezember 2007 äusserte Dr. C.____ sodann den Verdacht auf eine Frozen Shoulder und attestierte der Versicherten weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit von 50% (UV-act. 9). Per 31. Dezember 2007 endete ihr befristetes Arbeitsverhältnis (UV-act. 10 ff.). Die CSS erbrachte Heilbehandlungs- und Taggeldleistungen (vgl. UV-act. 13, 15). Die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (nachfolgend: Suva) übernahm die Schadensabwicklung für die CSS.

A.b PD Dr. med. D.____, Facharzt FMH Neurologie, listete in seinem Bericht vom 25. Januar 2008 als Diagnosen einen Status nach proximaler Humerusschaftfraktur links mit Abriss des Tuberculum majus, einen Verdacht auf Rotatorenmanschettenruptur links und eine Frozen Shoulder sowie eine leichte Parese der Daumenabduktion links auf (UV-act. 17). Dr. med. E.____, Leitender Arzt Orthopädie der Klinik F.____, diagnostizierte am 7. Februar 2008 eine Delayed Union 5 ½ Monate nach Humerus-Marknagel mit proximalem Überstand links. Es zeige sich ein starkes Bewegungsdefizit, welches durch den proximalen Überstand des Humerus-Marknagels erklärt sei (UV-act. 19).

A.c Die Suva teilte der Versicherten mit Schreiben vom 28. März 2008 mit, ihr sei nach Rücksprache mit dem Kreisarzt in einer angepassten Tätigkeit eine 50%ige Arbeitsfähigkeit zumutbar (UV-act. 28). Ab 1. April 2008 war die Versicherte wieder mit einem 50% Pensum im Spital B.____ tätig (UV-act. 30, 35). Ab 1. August 2008 war sie bei der Stiftung G.____ als Assistenzärztin beschäftigt (vgl. UV-act. 50)

A.d Am 13. August 2008 unterzog sich die Versicherte einer Marknagel-Entfernung am Humerus links (UV-act. 60). Die behandelnden Ärzte attestierten ihr eine Arbeitsunfähigkeit von 100% (UV-act. 62). Dr. E.____ befand am 20. Oktober 2008, seit 15. September 2008 bestehe eine 25%ige Arbeitsfähigkeit, ab 21. Oktober 2008 eine solche von 50% und ab 1. Dezember 2008 voraussichtlich wieder eine volle Arbeitsfähigkeit (UV-act. 71). Die Versicherte konnte die attestierte Arbeitsfähigkeit entsprechend umsetzen (UV-act. 77).

A.e Dr. D.____ berichtete am 6. Februar 2009 über eine Dysästhesie des linken Arms, am ehesten im Rahmen eines komplexen regionalen Schmerzsyndroms (UV-act. 85, vgl. auch UV-act. 83). Nachdem Dr. E.____ am 21. April 2009 unter anderem über ein



St.Galler Gerichte

deutliches subacromiales Problem berichtet hatte (UV-act. 90), diagnostizierte er am 11. September 2009 ein persistierendes subacromiales Impingement (UV-act. 94).

A.f Mit Schreiben vom 8. September 2010 führte die Versicherte aus, seit dem Unfall sei sie nie zu 100% arbeitsfähig gewesen und werde dies auch nie mehr sein. Sie habe von Dr. E.____ selbst verlangt, dass er ihr die Arbeitsfähigkeit attestiere, da sie ihrem Beruf nicht länger habe fernbleiben wollen. Ihr verletzter Arm schränke sie aber auch heute noch in der Berufsausübung ein (UV-act. 102). Dr. E.____ berichtete am 14. Oktober 2010 über zunehmende Schmerzen im gesamten Schultergürtel, zum Teil ausstrahlend bis in die Hand mit Schwellungs- und Verfärbungstendenz des Armes. Er führte eine Infiltration durch (UV-act. 104). Am 6. Dezember 2010 diagnostizierte Dr. E.____ ein subacromiales Impingement mit aktivierter AC-Arthrose links. Die Infiltration habe für einige Tage eine deutliche Schmerzreduktion gebracht, über ein arthroskopisches Débridement könne diskutiert werden (UV-act. 111).

A.g Am 14. Dezember 2010 wurde die Versicherte durch Suva-Kreisarzt Dr. med. H.____, Facharzt FMH für Chirurgie, untersucht. Dieser berichtete gleichentags, aktuell bestünden noch belastungsabhängige Beschwerden und eine Bewegungseinschränkung bei Verdacht auf ein subacromiales Impingement und eine neurovegetative Veränderung am linken Arm (UV-act. 114). Dr. med. I.____, FMH Radiologie, Klinik F.____, führte am 16. Dezember 2010 ein MRI durch und stellte eine retraktile Kapsulitis sowie eine intakte Rotatorenmanschette fest (UV-act. 117). Dr. E.____ hielt am 20. Dezember 2010 fest, die Indikation für eine Arthroskopie mit Acromioplastik und AC-Gelenksresektion ergebe sich aus den Schmerzen bzw. der eingeschränkten Lebensqualität der Versicherten. Die Diagnose vom 6. Dezember 2010 habe sich bestätigt, eine wesentliche zusätzliche strukturelle Schädigung liege nicht vor. Bei einem abwartenden Vorgehen müsse keine Folgeschädigung erwartet werden (UV-act. 117).

A.h Am 29. Dezember 2011 berichtete die Versicherte über eine unveränderte Schmerzproblematik (UV-act. 125). Am 17. September 2012 führte sie aus, ihr Gesundheitszustand habe sich nicht verbessert, im Gegenteil nehme sie einen Kraftabbau im linken Arm wahr (UV-act. 127). Ihr 2011 in J.____ erlangter Titel



"Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin" wurde am 24. September 2012 von der Medizinalberufekommission anerkannt (UV-act. 182).

A.i Am 6. November 2012 wurde die Versicherte durch Suva-Kreisarzt Dr. med. K.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, untersucht. Dieser hielt gleichentags fest, aktuell bestünden belastungsabhängige Beschwerden und eine Bewegungseinschränkung der linken Schulter bei subacromialem Impingement mit aktivierter Acromioclaviculargelenkarthrose links und Einengung des Défilées bei Acromiom Typ III. Von weiteren konservativen Therapiemassnahmen könne mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine namhafte Besserung des unfallbedingten Gesundheitszustandes erwartet werden. Durch eine operative Intervention wäre eine Verbesserung der Beweglichkeit im linken Schultergelenk und eine Reduktion der Schmerzsymptomatik zu erwarten. In der angestammten Tätigkeit als Spitalärztin sei die Versicherte nicht eingeschränkt (UV-act. 131). In ihrer Stellungnahme vom 26. November 2012 brachte die Versicherte vor, sie könne ihre Tätigkeit als Spitalärztin nicht ohne Hilfe von Dritten erledigen, da sie nur eingeschränkt belastbar sei. Ihr Gesundheitszustand hemme ihr berufliches Fortkommen erheblich und halte sie auf der Stufe einer Spitalärztin fest. Sie könnte auch eine Tätigkeit als Oberärztin, Leitende Ärztin oder Chefärztin ausüben, sei aber aufgrund ihres Gesundheitszustandes diesbezüglich zurückhaltend (UV-act. 133).

A.j Am 26. Juli 2013 führte die Versicherte aus, die jetzige Arbeitsstelle habe sie nur aufgrund ihres Unfalls angenommen. Ohne Unfall hätte sie bessere Berufsaussichten und würde ein höheres Gehalt erzielen. Ihren Arbeitgeber habe sie nicht über ihren Arbeitsunfall informiert. Sie schone ihren linken Arm stark, wodurch ihr rechter Arm erheblich überbelastet werde und sich die Schmerzen immer mehr auch in der rechten Schulter manifestierten (UV-act. 153).

A.k Mit Verfügung vom 11. Dezember 2013 sprach die CSS der Versicherten eine Integritätsentschädigung basierend auf einer Integritätseinbusse von 5% zu. Sie begründete, durch den zumutbaren operativen Eingriff könnte ihr Gesundheitszustand wesentlich verbessert werden. Nach erfolgter Operation sei von einer Arbeitsfähigkeit von 100% als Assistenzärztin auszugehen (UV-act. 155, vgl. die Beurteilung von



St.Galler Gerichte

Kreisarzt Dr. K.____; UV-act. 154). Dagegen erhob die Versicherte am 20. Januar 2014 Einsprache (UV-act. 156). Die CSS zog darauf die angefochtene Verfügung zurück, schrieb das Einspracheverfahren als gegenstandslos geworden ab und kündigte weitere Abklärungen an (UV-act. 157 f.).

A.I Im Auftrag der Suva (vgl. UV-act. 169) wurde die Versicherte am 2. Dezember 2014 durch Dr. med. L.____, Oberarzt Orthopädie und Traumatologie, und Dr. med. M.____, Oberassistentärztin, Klinik für Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates des Kantonsspitals St. Gallen (KSSG), begutachtet. Diese diagnostizierten in ihrem Gutachten vom 23. Februar 2015 eine eingeschränkte Schulterbeweglichkeit, parascapuläre Myogelosen, eine beginnende Omarthrose und eine AC-Gelenksarthrose. Die AC-Gelenksarthrose und die Omarthrose seien am ehesten als unfallfremd anzusehen, die restliche Problematik sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis zurückzuführen. In geistigen Tätigkeiten sei die Versicherte nicht eingeschränkt. Körperlich bestehe eine geringe Leistungseinbusse für die ganzheitliche Ausübung der ärztlichen Tätigkeit. Da sie insbesondere Punktionen nicht mehr vollständig durchführen könne, bestehe eine Leistungseinschränkung von 10%. Den Integritätsschaden schätzten sie auf 15% (UV-act. 171). In ihrer Stellungnahme vom 7. Juli 2015 brachte die Versicherte Vorbehalte gegen das Gutachten vor (UV-act. 173).

A.m Mit Verfügung vom 23. Februar 2016 sprach die CSS der Versicherten eine Integritätsentschädigung basierend auf einer Integritätseinbusse von 15% zu (UV-act. 180). Mit Verfügung vom 16. August 2016 verneinte die CSS einen Rentenanspruch (UV-act. 187).

B.

B.a Gegen die Verfügung vom 16. August 2016 erhob die Versicherte am 16. September 2016 Einsprache (UV-act. 188). Sie reichte Berichte ihrer Vorgesetzten ein. Dr. med. N.____, Ärztlicher Leiter der Z.____ AG, Spital O.____, hatte am 12. Juli 2016 berichtet, aufgrund der gesundheitlichen Defizite der Versicherten werde bei der Zuteilung von einigen Eingriffen, wie z.B. Punktionen, auf sie Rücksicht genommen. Die Einschränkungen betreffen nur gewisse manuelle Tätigkeiten und umfassten ca. 20%



St.Galler Gerichte

ihrer Gesamttätigkeit (UV-act. 189). Dr. med. P.____, Medizinisches Zentrum Q.____, hatte am 5. September 2016 festgehalten, die Unfallfolgen schränkten die Versicherte in der Ausführung gewisser medizinischer Eingriffe, welche die Ausübung von physischer Kraft voraussetzten, ein. Sie sei in einem Rahmen von 15-20% in ihrer Tätigkeit limitiert (UV-act. 190).

B.b Mit Entscheid vom 21. Dezember 2016 wies die Suva die Einsprache ab (UV-act. 191).

C.

C.a Gegen den Einspracheentscheid vom 21. Dezember 2016 richtet sich die vorliegende Beschwerde vom 1. Februar 2017. Die Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführerin) beantragte darin dessen Aufhebung und die Zusprache einer Invalidenrente von mindestens 25% mit Wirkung spätestens ab 1. Dezember 2008. Eventualiter sei unter Aufhebung des angefochtenen Entscheids eine unabhängige, polydisziplinäre Begutachtung anzuordnen; unter Kosten- und Entschädigungsfolge. Sie machte geltend, sie sei aufgrund ihrer Beschwerden in der Auswahl von Arbeitsstellen eingeschränkt. Ohne Unfall hätte sie eine Stelle als Leitende Ärztin oder Oberärztin angetreten. Sie erziele im Vergleich zu anderen Ärzten in der gleichen Position mindestens 20 bis 25% weniger Einkommen und habe keine Aufstiegsmöglichkeiten mehr. Die kontinuierliche Schonhaltung/Fehlbelastung seit bald zehn Jahren manifestiere sich in zunehmenden Beschwerden der Lendenwirbelsäule (LWS) sowie Kniebeschwerden rechts. Es dränge sich deshalb eine polydisziplinäre Begutachtung auf. Die von den Suva-Kreisärzten festgehaltenen Einschränkungen von 10 bis 20% seien zu gering ausgefallen (act. G1). Die Beschwerdeführerin reichte Berichte vom 30. Dezember 2016 und 18. Januar 2017 über ein MRI der LWS/ISG (Iliosakralgelenk) bzw. des Knies rechts ein (act. G1.4 f.).

C.b Die CSS (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) beantragte am 9. März 2017 die vollumfängliche Abweisung der Beschwerde; unter Kosten- und Entschädigungsfolge. Sie brachte vor, das Gutachten des KSSG sei beweiskräftig. Von weiteren Abklärungen seien keine neuen Erkenntnisse zu erwarten. Die vorgebrachte Validenkarriere sei gestützt auf den bis zum Unfallzeitpunkt erfolgten beruflichen Werdegang nicht



St.Galler Gerichte

überwiegend wahrscheinlich. Es sei im Gegenteil höchst unwahrscheinlich, dass sie ohne Unfall Oberärztin geworden wäre. Die nun von der Beschwerdeführerin zu 100% und ohne Auswirkung auf das Einkommen ausgeübte Tätigkeit als Spitalärztin entspreche dem auch ohne Unfall zu erwartenden Verlauf angesichts der bis zum Unfallzeitpunkt vollzogenen Karriere (act. G3).

C.c Mit Replik vom 14. Juli 2017 hielt die Beschwerdeführerin an ihren Anträgen fest. Sie führte aus, die beginnende AC-Gelenksarthrose und Omarthrose seien als unfallkausal einzustufen. Im Gutachten des KSSG gar nicht erwähnt seien die Drittfolgen, welche durch die jahrelange Fehl- und Überbelastung der rechten Seite entstanden seien. Als Oberärztin müsste sie Assistenzärzte ausbilden sowie die notwendigen Handgriffe präsentieren und anlernen können, was ihr aber nicht möglich sei. Sie dürfe daher eine (vollwertige) Stelle als Oberärztin nicht (mehr) antreten. Sie hätte mit grösster Wahrscheinlichkeit die nachweisbar begonnene Validenkarriere fortgeführt und wäre heute eine erheblich besser bezahlte Oberärztin (act. G13).

C.d Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf die Einreichung einer Duplik (act. G15).

Erwägungen

1.

Am 1. Januar 2017 sind die revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) in Kraft getreten. Gemäss Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 werden Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor deren Inkrafttreten ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt. Vorliegend finden daher, nachdem ein Ereignis aus dem Jahr 2007 zur Diskussion steht, die bis 31. Dezember 2016 gültigen Bestimmungen Anwendung.

2.

Zwischen den Parteien umstritten und vorliegend zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente der Beschwerdegegnerin. Über den



Anspruch auf eine Integritätsentschädigung wurde hingegen bereits rechtskräftig verfügt (vgl. UV-act. 180).

2.1 Ist die versicherte Person infolge des Unfalls mindestens zu 10% invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Der Grad der für den Rentenanspruch massgebenden Invalidität ist gemäss Art. 16 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) durch einen Einkommensvergleich zu ermitteln, bei dem das Einkommen, das die versicherte Person nach dem Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt wird zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Grundlage der Bemessung des Invalideneinkommens bilden die Arbeitsfähigkeitsgradschätzung und die Umschreibung der trotz der Gesundheitsbeeinträchtigung noch möglichen und zumutbaren Tätigkeiten. Um das Ausmass der Arbeitsfähigkeit beurteilen 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, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4).

2.2 Der Sozialversicherungsprozess ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach hat die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 122 V 158 E. 1a, BGE 121 V 210 E. 6c). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinn einer Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsrecht tragen mithin die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Fall der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte; bei einer leistungsaufhebenden Tatfrage liegt die Beweislast somit beim Unfallversicherer, bei einer leistungsbegründenden Tatfrage bei der versicherten Person. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als



unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf Grund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 264 E. 3b mit Hinweisen).

2.3 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 (vgl. UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2015, N 52 ff. zu Art. 43). Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die beklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten oder der Expertin begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a).

3.

Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustands des Versicherten mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind ("Fallabschluss"; Art. 19 Abs. 1 UVG). Vorliegend verfügte die Beschwerdegegnerin erstmals am 11. Dezember 2013 über den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin (UV-act. 155, Verfügung später zurückgezogen; vgl. UV-act. 157). Darin erachtete sie die Behandlung als abgeschlossen. Sie stützte sich dabei auf die Einschätzung von Kreisarzt Dr. K.____ vom 6. November 2012, welcher festgehalten hatte, von weiteren konservativen Therapiemassnahmen könne mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine namhafte Besserung des unfallbedingten Gesundheitszustandes mehr erwartet werden (vgl. UV-act. 131). Damals war noch eine operative Intervention im Raum gestanden, welche die Beschwerdeführerin in der Folge aber nicht durchführen liess (vgl. UV-act. 131, 140). Der Fallabschluss per Ende 2013 ist aufgrund der Aktenlage nicht zu beanstanden und wird von der



Beschwerdeführerin auch nicht substantiiert bestritten. Ein allfälliger Rentenanspruch entstand damit frühestens Anfang 2014. Für den Zeitraum davor fiel lediglich ein Anspruch auf Taggelder in Betracht, über welchen die Beschwerdegegnerin jedoch nicht verfügt hat. Ein solcher ist damit vorliegend nicht Streitgegenstand.

4.

Vorab ist die Frage zu klären, ob die medizinische Situation und die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin rechtsgenügend abgeklärt wurden. Der angefochtene Einspracheentscheid beruht in medizinischer Hinsicht vorwiegend auf dem Gutachten des KSSG vom 23. Februar 2015 (vgl. UV-act. 171), wobei die Beschwerdegegnerin sich auf den Standpunkt stellt, die darin ausgewiesene Leistungseinschränkung wirke sich nicht auf den Lohn aus (vgl. UV-act. 191, act. G3). Die Beschwerdeführerin spricht dem Gutachten die Beweiskraft mindestens teilweise ab und stellt diesem insbesondere Beurteilungen ihrer Vorgesetzten entgegen (vgl. act. G1, G13).

4.1 Die Gutachter des KSSG hielten als Diagnosen eine eingeschränkte Schulterbeweglichkeit bei Status nach proximaler Humerusfraktur, parascapuläre Myogelosen, eine beginnende Omarthrose und eine AC-Gelenksarthrose fest. Die postoperative Schultersteife mit konsekutiven Myogelosen der parascapulären Muskulatur sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis zurückzuführen. Die AC-Gelenksarthrose und die Omarthrose seien am ehesten als unfallfremd anzusehen (UV-act. 171). Die Beschwerdeführerin brachte vor, es sei davon auszugehen, dass die AC-Gelenksarthrose und Omarthrose unfallbedingt seien. Sie begründete, es gebe keine Anhaltspunkte, dass eine Arthrose auch in anderen Gelenken gegeben sei. Da nur ihre linke Schulter betroffen sei, handle es sich um eine Einschränkung, die auf den Unfall zurückzuführen sei (UV-act. 173, act. G13). Abgesehen von der Beschwerdeführerin bejahte keine ärztliche Fachperson die Unfallkausalität der Arthrose. Diese erscheint somit möglich, jedoch nicht überwiegend wahrscheinlich. Die Frage kann jedoch insofern offenbleiben, als selbst bei Bejahung einer unfallbedingten Arthrose nicht von weitergehenden Auswirkungen auf die Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin auszugehen wäre, als sie aufgrund der als unfallkausal anerkannten Beschwerden der Schulter ohnehin bestehen.



4.2 Die Beschwerdeführerin macht geltend, die kontinuierliche Schonhaltung bzw. Fehlbelastung seit dem Unfall manifestiere sich in zunehmenden Beschwerden im Arm rechts, LWS-Beschwerden sowie Kniebeschwerden rechts und einer Schmerzsymptomatik. Die Gutachter des KSSG hätten hingegen im Wesentlichen nur den Schulterstatus links erhoben. Bezüglich der weiteren Beschwerden dränge sich eine polydisziplinäre Begutachtung auf (act. G1, G13, UV-act. 156, 173). Die Beschwerdeführerin erwähnte gegenüber den Gutachtern, nach dem Unfall seien im Verlauf auch noch ein Schädelhirntrauma und ein Knieanprall durch das Trauma aufgefallen (UV-act. 171, S. 6). Die Gutachter hatten damit Kenntnis davon und berücksichtigten die diesbezüglichen Beschwerden bei ihrer Beurteilung mindestens implizit. Am 30. Dezember 2016 wurde ein MRI der LWS und des ISG durchgeführt. Dr. med. R.____, FMH Radiologie, beurteilte, es lägen eine Osteochondrose Typ Modic II LWK 4/5, eine kleine, rechts paramediane Diskushernie LWK 5/SWK 1, ein flaches Diskusbulging LWK 2/3 und LWK 3/4 sowie Zeichen einer leichtgradigen Fehl- respektive Überlastung der ISG vor (act. G1.4). Diesem Bericht lässt sich kein Hinweis auf eine unfallbedingte Genese der Beschwerden entnehmen. Im Gegenteil befand Dr. R.____, zusammenfassend bestünden degenerative Veränderungen (vgl. act. G1.4). Die erwähnten Zeichen einer leichtgradigen Fehlbelastung respektive Überlastung des ISG sind sodann nur möglicherweise auf den Unfall zurückzuführen und eine relevante Auswirkung derselben auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin ist nicht ausgewiesen. Am 18. Januar 2017 führte Dr. med. S.____, Facharzt für Radiologie, ein MRI des Knies rechts durch. Gleichentags berichtete er über Chondropathien und eine periligamentäre Ödematisierung entlang des medialen Kollateralbandes, vermutlich im Sinne einer Überlastungsreaktion oder stattgehabten leichten Zerrung. Gleichzeitig hielt er "kein Trauma" fest (act. G1.5). Es erscheint unwahrscheinlich, dass die Kniebeschwerden in kausalem Zusammenhang zum rund zehn Jahre vor der Untersuchung erlittenen Unfall stehen. Die Beschwerdeführerin erwähnte zwar, beim Sturz sei auch ihr Knie verletzt worden, machte dazu jedoch keine genaueren Angaben (UV-act. 171, 173). Weder der Unfallmeldung (UV-act. 1) noch den in zeitlicher Nähe zum Unfall entstandenen ärztlichen Beurteilungen lassen sich Hinweise auf eine Knieverletzung entnehmen. Inwiefern eine Schulterverletzung links sodann zu einer Überlastung des Knies rechts geführt haben soll, ist nicht nachvollziehbar und ergibt sich aus den medizinischen Akten nicht. Die von der Beschwerdeführerin geltend



gemachten schmerzbedingten Schlafstörungen und die dadurch bedingte Müdigkeit (vgl. UV-act. 173) berücksichtigten die Gutachter insofern, als sie in der Anamnese festhielten, aufgrund der starken Schmerzen erwache die Beschwerdeführerin oft in der Nacht (UV-act. 171, S. 6). Bezüglich der vorgebrachten Beschwerden im Arm rechts sind keine ärztlichen Berichte aktenkundig, so dass eine allfällige Unfallkausalität derselben beweislos bleibt.

4.3

4.3.1 Die Gutachter des KSSG befanden, bei geistigen Tätigkeiten sei die Beschwerdeführerin nicht eingeschränkt. Körperlich bestehe eine geringe Leistungseinbusse für die ganzheitliche Ausübung der ärztlichen Tätigkeit. Insbesondere die Durchführung von Punktionen, speziell Pleura- und Knochenmarkspunktionen, könnten von der Beschwerdeführerin nicht mehr vollständig bewältigt werden. Wenn diese Tätigkeiten jedoch weggelassen würden, bestehe für die restliche Tätigkeit als Allgemeinmedizinerin keine Leistungseinbusse. Punktionen würden laut der Beschwerdeführerin in ihrer Institution einmal pro Woche durchgeführt, weshalb eine Leistungseinschränkung von 10% bestehe (UV-act. 171). Die Gutachter stützten sich somit bei ihrer Einschätzung weitgehend auf die Angaben der Beschwerdeführerin und erachteten sie lediglich aufgrund der nicht vollständig durchführbaren Punktionen als eingeschränkt. Diese Tätigkeiten müssen jedoch kaum bei jeder Anstellung als Fachärztin für Innere Medizin durchgeführt werden, jedenfalls nicht in diesem Ausmass. Es ist daher mit der Beschwerdegegnerin (UV-act. 191, act. G3) von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit als Fachärztin bzw. Spitalärztin auszugehen. Dies stimmt mit der Einschätzung von Kreisarzt Dr. K.____ überein, welcher die Beschwerdeführerin am 6. November 2012 in der angestammten Tätigkeit für nicht eingeschränkt hielt (UV-act. 131).

4.3.2 Auch die tatsächlich ausgeübte Berufstätigkeit der Beschwerdeführerin spricht gegen eine relevante Arbeitsunfähigkeit. So war sie seit 1. Dezember 2008 wieder zu 100% arbeitstätig (vgl. UV-act. 71, 77). Die Beschwerdeführerin brachte zwar am 8. September 2010 vor, sie sei seit dem Unfall nicht mehr voll arbeitsfähig. Sie habe Dr. E.____ aber gebeten, ihr trotz bestehender Einschränkungen eine volle Arbeitsfähigkeit zu attestieren, weil sie ihrem Beruf nicht länger habe fernbleiben wollen (UV-act. 102).



Die Beschwerdeführerin gab weiter an, bei ihrer Anstellung bei der E.____ Stiftung hätten ihre Kollegen gewisse Tätigkeiten, insbesondere Funktionen, für sie übernehmen müssen, da sie dazu nicht in der Lage sei (UV-act. 177, vgl. UV-act. 102, 133, 171). Ihre späteren Arbeitsstellen habe sie so ausgewählt, dass sie ihre Aufgaben trotz der unfallbedingten Einschränkungen vollumfänglich erfüllen könne (UV-act. 132, 153, 177, 188). Am 26. Juli 2013 und 29. August 2015 teilte die Beschwerdeführerin der Suva mit, sie habe ihre Arbeitgeber nicht über ihren Arbeitsunfall bzw. ihre Einschränkungen informiert, da sie die Arbeitsstellen entsprechend ihrem eingeschränkten Profil ausgesucht habe (UV-act. 153, 177, 179). Offenbar war es ihr also möglich, ihre Tätigkeit auszuführen, ohne dass die Beschwerden der linken Schulter dabei aufgefallen wären bzw. ihre Einsatz- und Leistungsfähigkeit objektiv eingeschränkt hätten. Den aktenkundigen Arbeitszeugnissen und Protokollen der ehemaligen Arbeitgeber lassen sich auch keine Hinweise auf relevante gesundheitliche Einschränkungen entnehmen (UV-act. 182). Dr. N.____ gab am 12. Juli 2016 an, die Beschwerdeführerin habe ihn bereits im Rahmen des Bewerbungsgesprächs im Frühling 2012 darüber informiert, dass sie unfallbedingt an verschiedenen Einschränkungen leide. Sie sei im Wissen um diese Einschränkungen eingestellt worden. Aufgrund ihrer gesundheitlichen Defizite werde bei der Zuteilung von gewissen Eingriffen, wie zum Beispiel Funktionen, auf sie Rücksicht genommen, da sie diese kaum ausführen könne. Die Einschränkungen betrafen nur gewisse manuelle Tätigkeiten, bei der sie einen voll funktionsfähigen linken Arm benötige, und umfassten ca. 20% ihrer Gesamttätigkeit (UV-act. 189). Dr. P.____ berichtete am 5. September 2016 über eine Limitierung der Beweglichkeit des linken Armes, eine Kraftreduktion im linken Arm und in der linken Hand sowie eine Schmerzsymptomatik. Diese Unfallfolgen schränkten die Beschwerdeführerin in der Ausführung von Funktionen und anderen Eingriffen, welche die Ausübung von physischer Kraft voraussetzten, ein. Sämtliche anderen Tätigkeiten könne sie erfüllen, da sie lediglich in einem Rahmen von 15 bis 20% in ihrer Tätigkeit limitiert sei. Während ihrer Zusammenarbeit habe die Beschwerdeführerin ihn über ihren gesundheitlichen Zustand informiert (UV-act. 190). Diese Beurteilung ist insofern nicht nachvollziehbar, als eine HR-Mitarbeiterin des Spitals O.____ in einer E-Mail vom 8. April 2016 der Beschwerdegegnerin mitteilte, Dr. P.____ sei (offenbar über die von einer Suva-Sachbearbeiterin mitgeteilten gesundheitlichen Probleme der Beschwerdeführerin) "sehr erstaunt" gewesen.



Einschränkungen habe er bisher bei ihr nicht feststellen können (UV-act. 182). Selbst wenn es sich dabei - wie die Beschwerdeführerin geltend macht (UV-act. 188, act. G13) - um ein Missverständnis gehandelt haben sollte, sind die Einschätzungen von Dr. P.____ und Dr. N.____ jedoch als nur beschränkt beweiskräftig zu erachten. Aufgrund des besonderen Vertrauensverhältnisses als Vorgesetzte ist nicht auszuschliessen, dass sie die Arbeitsunfähigkeit bzw. die Einschränkungen der Beschwerdeführerin grosszügig beurteilten. Weshalb die zu belastenden manuellen Tätigkeiten entgegen den anamnestischen Angaben gegenüber den Gutachtern des KSSG 15-20% betragen sollten, begründeten sie nicht. Zudem sind ihre Angaben insofern widersprüchlich, als die Beschwerdeführerin selbst angab, sie habe die Stelle so gewählt, dass sie keine Aufgaben ausführen müsse, welche ihr unfallbedingt nicht möglich seien. Insofern sollte an diesem Arbeitsplatz auch keine Einschränkung resultieren.

4.3.3 Die Beschwerdeführerin vertrat im Verwaltungs- und Beschwerdeverfahren den Standpunkt, sie könne aufgrund ihrer Einschränkungen nicht als Oberärztin, Leitende Ärztin oder Chefärztin tätig sein. Für eine derartige Position müsste sie Funktionen und andere Tätigkeiten vornehmen können, zu denen sie nicht in der Lage sei (vgl. UV-act. 133, 173, 177, 188, act. G1). Wie die Beschwerdegegnerin zu Recht geltend macht (act. G3), sind jedoch keine wesentlichen physischen Unterschiede der Leistungsprofile von Assistenz-, Spital- oder Oberärztinnen bzw. Leitenden Ärztinnen erkennbar, so dass die Arbeitsfähigkeit im Wesentlichen gleich sein dürfte. Die Beschwerdeführerin brachte diesbezüglich vor, als Oberärztin müsste sie Assistenzärzte ausbilden und dabei die notwendigen Handgriffe präsentieren sowie anlernen können. Sie müsste zudem jederzeit in eine Behandlung eingreifen können (act. G13). Es erscheint jedoch fraglich, ob sie die entsprechenden Untersuchungen bzw. Behandlungen tatsächlich selbst manuell müsste verrichten können oder ob nicht eine verbale Instruktion bzw. nötigenfalls Intervention genügen würde. Inzwischen hat die Beschwerdeführerin offenbar entgegen ihren geäusserten Zweifeln eine Tätigkeit als Oberärztin beim Spital O.____ angetreten. Die geltend gemachten Einschränkungen sind damit zusätzlich in Zweifel zu ziehen, jedenfalls aber nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad ausgewiesen.

4.4 Bei der Würdigung der medizinischen Situation fällt weiter ins Gewicht, dass das Gutachten des KSSG vom 23. Februar 2015 (vgl. IV-act. 171) auf umfassender



St.Galler Gerichte

Aktenkenntnis sowie eigenen Untersuchungen beruht, das gesamte Leidensbild der Beschwerdeführerin berücksichtigt und die auf dieser Grundlage gezogenen Schlüsse mit Ausnahme der Arbeitsfähigkeitsschätzung nachvollziehbar sind. Aus den von der Beschwerdeführerin vorgebrachten medizinischen Einschätzungen ergeben sich zudem keine wesentlichen objektiven Gesichtspunkte, welche im Gutachten ausser Acht gelassen worden wären. Schliesslich wurden auch keine zwischen dem Gutachten vom 23. Februar 2015 und dem umstrittenen Einspracheentscheid vom 21. Dezember 2016 (UV-act. 191) eingetretenen massgeblichen Veränderungen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit geltend gemacht und solche ergeben sich auch nicht aus den Akten. Weitere medizinische Abklärungen erübrigen sich.

5.

Angesichts dieser Ausführungen ist mit der Beschwerdegegnerin davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin in einer Tätigkeit als Assistenz-, Spital- oder Oberärztin zu 100% arbeitsfähig ist. Eine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mit Auswirkung auf das erzielbare Einkommen bleibt beweislos. Ebenfalls nicht bewiesen ist, dass die Beschwerdeführerin in ihrer derzeitigen Anstellung als Oberärztin bei der Klinik O.____weniger verdient als der Durchschnittslohn der in der Schweiz tätigen Oberärzte mit vergleichbaren Qualifikationen. Die Beschwerdeführerin beendete 2011 ihre Weiterbildung zur Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und war bis dahin als Assistenzärztin, danach als Spitalärztin tätig. Nach Beschwerdeeingang wurde sie sodann als Oberärztin angestellt. Es stellt sich die Frage, ob es bei der Beschwerdeführerin unfallbedingt zu einer Verzögerung ihrer beruflichen Karriere kam, in dem Sinne, als sie ohne den erlittenen Unfall allenfalls früher eine Stelle als Oberärztin hätte antreten können. Dies ist aufgrund der Akten zwar möglich, jedoch nicht überwiegend wahrscheinlich nachgewiesen. Das gilt auch unter der Berücksichtigung ihres Werdegangs, insbesondere des späten Wiedereinstiegs in den Beruf und der Tatsache, dass sie vor dem Unfall - im Alter von 50 Jahren - noch als Assistenzärztin tätig war (vgl. act. G1, G13). Eine Lohneinbusse bleibt damit zu Lasten der Beschwerdeführerin beweislos. Es resultiert kein rentenbegründender Invaliditätsgrad und ein konkreter Einkommensvergleich erübrigt sich.

6.



St.Galler Gerichte

6.1 Nach dem Gesagten ist der angefochtene Einspracheentscheid nicht zu beanstanden und die Beschwerde abzuweisen.

6.2 Gerichtskosten sind gemäss Art. 61 lit. a ATSG keine zu erheben.

6.3 Ausgangsgemäss hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung. Als Versicherungsträger hat die obsiegende Beschwerdegegnerin praxisgemäss keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung, da vorliegend die Prozessführung der Gegenpartei nicht als mutwillig oder leichtsinnig zu bezeichnen ist (vgl. KIESER, a.a.O., N 199 zu Art. 61). Ihr Antrag (act. G3) ist daher abzuweisen.

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

3.

Der Antrag der Beschwerdegegnerin auf Ausrichtung einer Parteientschädigung wird abgewiesen.