

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2018/14 vom 10. Februar 2020**

Sg Versicherungsgericht, 2020-02-10, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_UV\\_2018\\_14](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2018_14)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2018/14 du 10 février 2020

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2018/14 del 10 febbraio 2020

## **Regeste**

Art. 21 Abs. 4 ATSG. Zumutbarkeit einer Arthrodesse bzw. Versteifung des rechten Knies der Beschwerdeführerin verneint. Die sanktionsweise Einstellung der vorübergehenden Leistungen (Taggelder und Heilbehandlung) und Abweisung des Rentengesuchs erweisen sich als unrechtmässig (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 10. Februar 2020, UV 2018/14). Bestätigt durch Urteil des Bundesgerichts 8C\_201/2020.

## **Volltext**

Entscheid vom 10. Februar 2020 Besetzung Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider (Vorsitz), Versicherungsrichter Joachim Huber und Versicherungsrichterin Miriam Lendfers; Gerichtsschreiber Philipp Geertsen Geschäftsnr. UV 2018/14 Parteien A.\_\_\_, Beschwerdeführerin, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Kurt Pfändler, advo 5 Rechtsanwälte, Waltersbachstrasse 5, Postfach, 8021 Zürich 1, gegen Helvetia Versicherungen, Rechtsdienst Personenversicherung, Wuhrmattstrasse 19-23, 4103 Bottmingen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Versicherungsleistungen Sachverhalt A.\_\_\_ arbeitete seit 1. Dezember 1999 bei der B.\_\_\_ AG und war dadurch bei der National Versicherung (heute: Helvetia Versicherungen) obligatorisch unfallversichert. Wegen elektrischer Arbeiten wurde an ihrem Arbeitsplatz ein Deckel von einem kleinen Bodenschacht entfernt. Die Versicherte trat am 14. April 2005 beim Schrankeinräumen rückwärts in diesen Schacht und «knickste» sich dabei das Bein (Unfallmeldung vom 19. April 2005, act. UM 1) bzw. erlitt eine Kniedistorsion rechts. Eine am 19. April 2005 durchgeführte MRI-Abklärung ergab keine wesentliche unfallbedingte Pathologie (Krankengeschichte von Dr. med. C.\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 10. Juni 2005, act. M 3; zum MRI-Bericht des Röntgeninstituts D.\_\_\_ vom 19. April 2005 siehe act. M 2). Die Unfallversichererin erbrachte in der Folge die gesetzlichen Leistungen (Heilbehandlung und Taggeld; zu den Taggeldleistungen für eine Arbeitsunfähigkeit von 100% bzw. 50% siehe act. K6). Dr. med. E.\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, berichtete am 14. Februar 2006, am rechten Kniegelenk liege ein eindeutiger intraartikulärer Erguss vor. Es bestehe ein dringender Verdacht auf eine Meniskusläsion. Er empfahl eine Arthroskopie (act. M 4), die er am 1. September 2006 durchführte («Arthroskopie, arthroskopische Plicaresektion lateral Kniegelenk rechts», act. M 6). Im Schreiben vom 10. Oktober 2006 führte Dr. E.\_\_\_ aus, es liege «ein katastrophaler Zustand mit einem Extensionsdefizit von -20 Grad und einer maximalen Flexion von 70 Grad vor. Das [rechte] Knie ist vollständig verklebt und nicht untersuchbar. Das postoperative Hämatom ist organisiert und kann nicht punktiert werden» (act. M 7). Am 13. Oktober 2006 führte er wegen der massiven Verklebungen ein arthroskopisches Débridement am rechten Kniegelenk durch (act. M 8). Wegen eines

Infekts am rechten Kniegelenk operierte Dr. E.\_\_\_\_ die Versicherte am 4. November 2006 erneut («Arthroskopie, Lavage, Synovektomie, Débridement Kniegelenk rechts»). Eine anschliessende bakteriologische Untersuchung ergab einen Infekt mit Staphylococcus aureus (act. M 9; zum mikrobiologischen Endbefund des Instituts für Medizinische Mikrobiologie an der Universität Zürich vom 7. November 2006 siehe act. M 110). Wegen des persistierenden Kniegelenksinfekts mit Bewegungseinschränkung rechts führte Dr. med. F.\_\_\_\_, Leitender Arzt Orthopädie an der Klinik G.\_\_\_\_ am 1. Dezember 2006 eine Arthroskopie, eine transarthroskopische Synovektomie sowie eine Lavage rechts durch (siehe Bericht vom 4. Dezember 2006, act. M 12). Im Bericht zur Notfall-Konsultation vom 15. Februar 2007 führte Dr. med. H.\_\_\_\_, Assistenzarzt am Zentrum für Fusschirurgie an der Klinik G.\_\_\_\_, aus, die Versicherte sei einen Tag zuvor aus dem Bett gestiegen und habe vergessen, das rechte Bein mit dem Gegenbein zu unterstützen. Dabei sei es zu einer abrupten Flexionsbewegung des rechten Kniegelenks gekommen. Im weiteren Verlauf habe die Versicherte eine etwas vermehrte Schmerzhaftigkeit verspürt. Es bestehe eine Überreizung des rechten Kniegelenks. Am bisherigen Therapieregime (physiotherapeutische Behandlung) müsse nichts verändert werden (act. M 15). Da sich im weiteren Verlauf eine therapeutisch nicht beeinflussbare ausgeprägte Arthrofibrose und eine algodystrophe Begleitreaktion entwickelten, erfolgte am 11. September 2007 ein weiterer operativer Eingriff durch Dr. F.\_\_\_\_ (Arthrotomie rechts, Synovektomie, Arthrolyse, Knorpeldébridement des medialen und lateralen Femurkondylus, Microfracturing des medialen Femurkondylus, Chondroglide des lateralen Femurkondylus und Rezentrierung der Patella; act. M 21; zum Austrittsbericht der Klinik G.\_\_\_\_ vom 17. September 2007, wo die Versicherte vom 10. bis 17. September 2007 hospitalisiert war, siehe act. M 22). Der postoperative Verlauf war unbefriedigend. Im Vordergrund standen nach wie vor eine Bewegungseinschränkung, Schmerzen und insbesondere eine Frustration über den Verlauf und die aktuelle Situation (Verlaufsbericht von Dr. F.\_\_\_\_ vom 5. Dezember 2007, act. M 24). Am 8. Mai 2008 berichtete Dr. F.\_\_\_\_, der Gesundheitszustand sei in etwa unverändert. Er habe weiterhin eine 50%ige Arbeitsfähigkeit bescheinigt. Mittelfristig werde der endoprothetische Ersatz kaum zu umgehen sein (act. M 29). Die Unfallversicherin holte bei ihrem beratenden Arzt Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, eine Beurteilung ein. Dieser vertrat die Auffassung, die Arbeitsunfähigkeit der Versicherten stehe wohl in einem überwiegend wahrscheinlichen Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 14. April 2005, d.h. vor allem mit den in der Folge nötig gewordenen Operationen. Es erstaune, dass ein banales Trauma vom 14. April 2005 zu solch einer Komplikationenkette geführt habe. Nach der Operation vom 1. September 2006 sei es zu unglücklich verlaufenen weiteren Operationen gekommen, die zusammengefasst eher «Rückwärts-Operationen als Vorwärts-Operationen» gewesen seien. «Alles in allem ein sehr unglücklicher Verlauf» (Aktenbeurteilung vom 17. Juni 2009, act. M 38, insbesondere S. 3 und 4). Auf Veranlassung der Versicherten erstattete Prof. Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädie und Handchirurgie, am 18. Juni 2010 eine Zweitmeinung bezüglich einer Remobilisation des Kniegelenks mit Kniegelenktotalprothese. Er gelangte zum Schluss, «in Anbetracht der "high risk"-Problematik mit Gefahr einer Reaktivierung des Kniegelenksinfekts bei liegendem Implantat, nur minimaler funktioneller Verbesserung, eventueller Notwendigkeit einer Prothesenentfernung, Einsetzen eines Spacers und Kniegelenksarthrodese mit Verkürzung, etc.» habe er der Versicherten von einem weiteren Eingriff abgeraten (act. M 49). Im Auftrag der Unfallversicherin wurde die Versicherte am 7. Oktober 2009 durch die Dres. med. K.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädie und Chirurgie, und I.\_\_\_\_, Facharzt für

Chirurgie, in der SMCA Swiss Medical Clearing Agency Zürich untersucht. Im pluridisziplinären Untersuchungsbericht vom 23. Juni 2010 diagnostizierten die Experten eine chronische Gonalgie rechts mit starker Hypomobilität im Sinn eines frozen knee (ICD-10: M25.6/M25.8). Es bestehe eine eingeschränkte Gehfähigkeit und eine eingeschränkte Beweglichkeit am rechten Knie. Unter Einbezug von Dr. med. L.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädie, seien alle drei Experten der Meinung, dass eine weitere Operation mit Arthrotomie und Adhäsioolyse indiziert sei, um bei dieser jungen Versicherten eine bessere Beweglichkeit zu erhalten. Das Operationsrisiko sei gross, weil nicht ausgeschlossen sei, dass die Versicherte immer noch einen Mikroinfekt habe. Eine eventuelle Prothesenimplantation werde vor allem von Dr. L.\_\_\_\_ vehement abgelehnt, weil es einer inneren Amputation gleichkomme (act. M 51, insbesondere S. 8). Am 15. September 2010 liess die Versicherte ihr rechtes Knie von Dr. L.\_\_\_\_ operieren (grosse ventrale Arthrolyse, femoropatellare Zentrierung und Kongruenzierung, lateral release; act. M53). Dr. K.\_\_\_\_ führte am 17. November 2010 eine geschlossene Mobilisation unter arthroskopischer Kontrolle und Arthrolyse des Recessus suprapatellaris durch (act. M 59). Wegen einer erneuten Fibrose des rechten Kniegelenks bei Status nach grosser ventraler Arthrolyse und nach Mobilisation unterzog sich die Versicherte am 12. August 2011 einer erneuten, durch Dr. L.\_\_\_\_ durchgeführten Operation (mediale und laterale Miniarthrotomie und ventrale Arthrolyse mit lateralem Release rechtes Kniegelenk; act. M 69). Dr. med. M.\_\_\_\_, Facharzt für Anästhesiologie, führte am 29. März (act. M 80), am 19. April (act. M 82) und am 3. Mai 2012 (act. M 83) Infiltrationen des lumbalen Grenzstranges auf der Höhe L4 rechts durch. Diese Interventionen führten nicht zum erhofften Erfolg (siehe die Notiz zum Telefongespräch zwischen der Versicherten und der Unfallversicherin vom 14. Juni 2012, act. M 84). Im Auftrag der Unfallversicherin wurde die Versicherte von den Dres. med. N.\_\_\_\_, Fachärztin für Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates, und O.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, am 22. und 28. August 2012 abschliessend bidisziplinär begutachtet. Als Diagnosen, welche die Arbeitsfähigkeit beeinflussen würden, erhoben Dres. N.\_\_\_\_ und O.\_\_\_\_: eine deutlich verminderte Belastbarkeit des rechten Beins bei erheblichen Funktionseinschränkungen des rechten Kniegelenks; chronisch rezidivierende Lumbalbeschwerden durch die langjährige Fehlbelastung bei Gehbehinderung seit etwa 2007; eine inaktivitätsbedingte Atrophie der Oberschenkelmuskulatur rechts und eine verminderte psychische Belastbarkeit. Von weiteren operativen Massnahmen solle Abstand genommen werden. Bezüglich der natürlichen Unfallkausalität gelangten die Experten zum Schluss, der Status quo sei erreicht (bidisziplinäres Gutachten vom 14. September 2012, act. M 92, insbesondere S. 14 ff.; zum neurologischen Teilgutachten vom 28. August 2012 siehe act. M 85). Die Versicherte reichte der Unfallversicherin mit ihrer Stellungnahme vom 15. Januar 2013 (act. K 108) ein von Dr. med. P.\_\_\_\_, Spezialarzt für Orthopädische Chirurgie, am 9. Januar 2013 erstattetes Privatgutachten ein. Dieser Arzt vertrat darin die Auffassung, die Unfallkausalität für die Beschwerden am rechten Knie sei weiterhin gegeben (act. M 94, insbesondere S. 28). Dr. med. P.\_\_\_\_, Leitender Arzt Kniechirurgie am Kantonsspital St. Gallen (KSSG), nahm zur Abklärung intra- gegenüber extraartikulären Schmerzursachen am 28. Juli 2014 eine Punktion am rechten Kniegelenk mit Infiltration von Bupivacain vor (act. M 99). Er berichtete am 29. September 2014, die diagnostische Bupivacain-Infiltration sei frustan verlaufen. Aufgrund der sehr starken Verklebungen sei er auch nicht sicher, ob das verabreichte Bupivacain überhaupt den Intraartikulärraum erreicht habe. Mit der Versicherten seien verschiedene Therapieoptionen besprochen worden. Bei vorliegendem

Arthrosebild und der stets persistierenden Schmerzlinik sei sicherlich ein künstlicher Kniegelenksersatz anzudenken. Diesbezüglich sei er jedoch aufgrund des Infekts, der bereits 2006 stattgefunden habe, und des zu Verklebungen neigenden Kniegelenks nicht sicher, ob dies die beste Alternative darstelle. Eine Arthrodesse würde der Versicherten sicherlich den Schmerz nehmen. Aufgrund deren noch jungen Alters und ihrer Ablehnung gegenüber dieser Operation rate er jedoch davon ab (act. M 100; siehe zur Diskussion von therapeutischen Optionen auch den Bericht von Dr. P. \_\_\_ vom 10. November 2014, act. M 102). Im Auftrag der Unfallversicherin wurde die Versicherte am 2. Juli 2015 von Dr. med. Q. \_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, begutachtet. Er diagnostizierte eine Kniesteife rechts (mit/bei: Zustand nach Kniegelenksarthroskopie am 1. September 2006 mit postoperativer Staphylococcus aureus Gonitis; konsekutiver schwerer postinfektiöser Gonarthrose und Zustand nach mehrfachen Revisionsoperationen) und einen Verdacht auf eine depressive Erkrankung. Die schweren Schäden des rechten Kniegelenks seien wohl nicht direkte unfallbedingte Schäden, sie seien aber der unfallbedingten Behandlung und Diagnostik geschuldet und damit als indirekte Unfallfolgen zu betrachten. Aus rein orthopädischer Sicht sei die Arbeitsunfähigkeit mit 33% zu veranschlagen. Die Einschränkung liege in der chronischen, somatisch erklärbaren Schmerzproblematik begründet, die für sich und durch die medikamentöse Therapie die Konzentrations- und Leistungsfähigkeit beeinflusse. Die Arbeitsunfähigkeit werde nicht durch die bestehende, schwere Funktionseinschränkung des Kniegelenks beeinflusst, da die Tätigkeit als Bankangestellte als der Störung optimal angepasst gewertet werden könne. Die Behandlung von arthrotischen Beschwerden habe sich immer nach dem subjektiven Empfinden der geschädigten Person zu richten. Im Fall der Versicherten zeige sich eine allen therapeutischen Bemühungen trotzbare Kniesteife, die in den funktionellen Auswirkungen denjenigen einer Kniearthrodesse entspreche. Es könne davon ausgegangen werden, dass das von den Schmerzen dominierte Beschwerdebild, soweit es alleine orthopädisch begründet sei, durch eine Kniearthrodesse namhaft gebessert werden könne. Es sei aber nicht davon auszugehen, dass gelenkerhaltende oder endoprothetische Eingriffe die Funktion des Kniegelenks wesentlich verbessern könnten. Gelenkerhaltende Eingriffe seien auch nicht geeignet, die bestehende Schmerzproblematik zu bessern. Eine operative Knieversteifung (Arthrodesse) bewirke bei erfolgreichem Verlauf eine schmerzfreie Belastbarkeit des Beins innerhalb von 3 Monaten. Sie sei nicht geeignet, Einschränkungen, die sich aus der bestehenden Bewegungsbeschränkung ergäben, zu bessern. Zum Erhalt des aktuellen Zustandsbilds ohne die empfohlene Heilbehandlung bedürfe die Versicherte weiterhin einer medikamentösen Schmerztherapie sowie einmal wöchentlich Physiotherapie. Die vorgeschlagene Heilbehandlung (Arthrodesse) könne auch bei einer weiteren Verschlechterung noch durchgeführt werden (Gutachten vom 11. Juli 2015, act. M 104, insbesondere S. 18 f. und 21 ff.). Auf Rückfrage der Unfallversicherin (act. M 105) ergänzte Dr. Q. \_\_\_ am 11. August 2015, bei der vorgeschlagenen Kniearthrodesse handle es sich um einen erheblichen Eingriff. Er sei vergesellschaftet mit einem erhöhten Risiko aufgrund des Blutverlusts und möglicher Thrombosen. Die Ausheilungsrate werde in der Literatur mit 69 bis 91% unterschiedlich angegeben. Es sei davon auszugehen, dass der Erfolg des Eingriffs mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eintrete. Bei erfolgreicher Operation könne davon ausgegangen werden, dass die Schmerzproblematik und damit auch die medikamentös bedingte Konzentrations- und Leistungseinbusse behoben würden (act. M 106). Die Versicherte äusserte sich im Schreiben vom 9. November 2015 gegenüber der

Durchführung einer Kniearthrodese ablehnend und gegenüber der Einschätzung von Dr. Q.\_\_\_\_ kritisch. Zudem beantragte sie eine Abklärung ihrer psychischen Situation (act. K 155). Dr. Q.\_\_\_\_ nahm hierzu am 11. Februar 2017 Stellung und hielt an seiner Einschätzung fest (act. M 107). Mit Schreiben vom 23. Februar 2017 forderte die Unfallversicherin die Versicherte unter Hinweis auf die ihr obliegende Schadenminderungspflicht auf, eine Kniearthrodese innert zweier Monaten durchführen zu lassen. Falls sie diesen Eingriff nicht durchführen werde, gehe sie (die Unfallversicherin) davon aus, dass die Operation spätestens Ende April 2017 hätte durchgeführt werden können und die Versicherte ab August 2017 für weitgehend sitzende Tätigkeiten wieder zu 100% arbeitsfähig sein würde (act. K 159). Dr. M.\_\_\_\_ äusserte sich gegenüber der Versicherten im Schreiben vom 4. März 2017 kritisch zur Kniearthrodese. Seines Erachtens sei ihr Knieschmerz nicht «weitgehend ausschliesslich» ein mechanisch-orthopädisches Problem, sondern auch ein «Software-Problem» im Sinn einer wesentlichen Komponente neuropathischen Schmerzes, mit in der Verlaufsgeschichte enthaltenen Elementen eines M. Sudeck bzw. eines CRPS (act. G 1.7). Die Versicherte teilte der Unfallversicherin am 23. März 2017 ihre Ablehnung des angemahnten Eingriffs mit (act. K 160). Diese forderte die Versicherte am 4. April 2017 erneut auf, sich neu bis spätestens 31. Mai 2017 einer Kniearthrodese zu unterziehen (act. K 161). Die Versicherte äusserte sich im Schreiben vom 22. Mai 2017 erneut ablehnend gegenüber einer Kniearthrodese (act. K 162) und reichte der Unfallversicherin eine von ihr veranlasste Zweitmeinung von Dr. med. R.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 20. April 2017 ein. Dieser gab an, dass drei Therapieoptionen bestünden: 1. Belassen der Situation und Akzeptanz derselben durch die Versicherte; 2. achsengeführte Knie totalprothese rechts oder 3. Kniearthrodese rechts. Obschon er persönlich mit Kniearthrosen keine Erfahrungen besitze, halte er fest, dass ein solcher Eingriff eine tatsächliche Verbesserung der Situation der Versicherten nicht garantiere (act. K 162.1). Mit Verfügung vom 26. Juli 2017 stellte die Unfallversicherin die vorübergehenden Leistungen (Heilbehandlung und Taggeld) ab 1. September 2017 ein, da die Versicherte sich einer zumutbaren Behandlung entziehe. Das Rentengesuch wies sie ab. Hingegen sprach sie der Versicherten eine 40%ige Integritätsentschädigung zu (act. K 163). Die Versicherte teilte der Unfallversicherin am 31. Juli 2017 mit, sie habe bisher keinen Arzt gefunden, der bereit wäre, eine Arthrodese durchzuführen (act. K 169). Auf Anfrage der zuständigen Krankenversicherin beantwortete deren Vertrauensarzt Dr. med. S.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, die Frage, «Wäre die gewünschte Operation von der Helvetia (Knie-Arthrodese) für die Versicherte zumutbar?» mit «fraglich» (act. M 113). Der seit 24. Mai 2017 behandelnde Dr. med. T.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, berichtete der Unfallversicherin am 12. September 2017, die Versicherte leide an einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) sowie an einer rezidivierenden depressiven Störung, derzeit mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.11). Gegen die von orthopädischer Seite vorgebrachte Empfehlung einer Arthrodese gebe es (über die bereits auf orthopädischem Fachgebiet formulierten Bedenken hinaus) auch aus psychiatrischer Perspektive schwerwiegende Einwände mit dem Ergebnis, dass ein solches Vorgehen nicht zweckmässig und psychologisch sowie medizinethisch auch nicht verantwortbar sei. Die Vorstellung, dass die Versicherte im chirurgisch ruhig gestellten Knie keinen nennenswerten Schmerz mehr empfinden werde, sei naiv. Denn diese Vorstellung widerspreche der klinischen Erfahrung und basiere auf stark veralteten Konzepten über die

Aufrechterhaltung von Schmerzen. Ein arthrodetisch vollständig versteiftes Bein würde dem Selbstansetzen der Versicherten weiter schaden und die Depression vertiefen (act. M 111, insbesondere S. 7 ff.). Am 13. September 2017 erhob die Versicherte gegen die Verfügung vom 26. Juli 2017 Einsprache mit den Anträgen: 1. Die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es seien ihr weiterhin Heilbehandlungen und Taggelder auszurichten, eventualiter eine Invalidenrente. Die Integritätsentschädigung von 40% sei ihr auszubezahlen. 2. Es sei ihr vorerst Kostengutsprache zu gewähren für die notwendigen Vorabklärungen, ob eine Knie-Total-Prothese mit einem vertretbaren Risiko eingesetzt werden könne. 3. Über die Frage der Arthrolyse sei erst anschliessend zu verfügen. 4. Eventualiter sei ein Obergutachten zu veranlassen. Zur Begründung führte die Versicherte im Wesentlichen aus, die von der Unfallversicherin geforderte Arthrolyse bzw. Versteifung des rechten Beins sei nicht zumutbar (act. K 177). Mit der Einsprache reichte sie eine Stellungnahme von Dr. M.\_\_\_\_ vom 28. August 2017 ein, worin sich dieser kritisch zur Durchführung einer Arthrolyse äusserte (act. K 177.1). Dr. R.\_\_\_\_ teilte der Versicherten am 1. November 2017 mit, aufgrund der schwierigen Situation und der ablehnenden Haltung der Krankenversicherin bezüglich der Kostenübernahme für eine SPECT-Untersuchung ziehe er sich von der Behandlung zurück (act. G 1.5). Die Krankenversicherin erhob am 14. September 2017 ebenfalls Einsprache und teilte die Auffassung der Versicherten, dass eine Knie-Arthrolyse nicht zumutbar sei (act. K 179). Weil die Beschwerden weiter zugenommen hatten, liess die Versicherte der Unfallversicherin am 6. November 2017 mitteilen, sie sei bereit, alles zu tun, was ihr empfohlen werde, wenn nötig auch eine Versteifung des Kniegelenks. Sie finde derzeit aber keinen Arzt, der entweder eine Prothese einsetzen oder eine Arthrolyse machen wolle (act. K 188). Prof. Dr. med. U.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, berichtete am 10. Januar 2018, grundsätzlich könnten verschiedene Behandlungen zur Anwendung kommen: 1. Zustand belassen, um keine weiteren Komplikationen zu riskieren. 2. Arthrolyse: Damit könnten die Schmerzen mit grosser Wahrscheinlichkeit beseitigt werden. Allerdings wäre die Versicherte eingeschränkter, da die noch bestehende Flexionsamplitude von 20° wegfallen würde. Nach der Arthrolyse wäre die Versteifung nicht mehr rückgängig zu machen. 3. Knie-Totalendoprothese: Bei dieser stark reduzierten Beweglichkeit sei erfahrungsgemäss der Erfolg einer Knie-Totalendoprothese sehr gering. Zurzeit sei eine Knie-Totalendoprothese nicht empfehlenswert. 4. Mobilisation in Narkose: Da der Flexionsstopp nicht vollständig hart sei, sondern eine gewisse Elastizität zu verspüren sei, sollte man einen Versuch durchführen. Falls es gelinge, dauerhaft auf 90° zu kommen, käme eine Knie-Totalendoprothese in Frage. 5. Offene oder arthroskopische Arthrolyse: Diese Möglichkeit sei abzulehnen, da dies schon mehrfach erfolglos versucht worden sei. Die Versicherte wolle die Möglichkeit einer Mobilisation in Narkose wahrnehmen (act. M 114). Diese ersuchte die Unfallversicherin in der ergänzenden Einsprache vom 18. Januar 2018 um Wiederausrichtung der vorübergehenden Leistungen. Sie sei bereit, die Knieversteifung vorzunehmen, falls die am 24. Januar 2018 vorgesehene Mobilisation unter Narkose keinen Erfolg bringe (act. K 197). Die Unfallversicherin wies die Einsprache im Entscheid vom 24. Januar 2018 ab (act. K 198). Gleichentags unterzog sich die Versicherte der von Prof. U.\_\_\_\_ durchgeführten Mobilisation des rechten Knies (Operationsbericht vom 30. Januar 2018, act. G 1.20). Unter der Narkose habe das Kniegelenk sehr gut flektiert werden können. Unter Analgesie habe eine sehr gute Beweglichkeit erreicht werden können. Nach der EDA-Behandlung habe die Beweglichkeit wieder nachgelassen. Bei Austritt habe aber eine Flexion von 90° bestanden

(Austrittsbericht des Zentrums für Endoprothetik und Gelenkchirurgie an der Klinik V.\_\_\_\_ vom 8. Februar 2018 betreffend die Hospitalisation vom 24. bis 30. Januar 2018, act. G 1.19). Gegen den Einspracheentscheid vom 24. Januar 2018 erhob die Versicherte am 22. Februar 2018 Beschwerde. Sie beantragte darin dessen Aufhebung. Es seien ihr weiterhin Heilungskosten und Taggelder auszurichten, eventualiter eine Invalidenrente. Eventualiter sei ein gerichtliches Gutachten beim asim, Basel, einzuholen; alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge. Im Wesentlichen brachte sie vor, die geforderte Versteifung des rechten Knies sei ihr nicht zumutbar. Des Weiteren sei die Frist für das Mahn- und Bedenkzeitverfahren ungenügend gewesen und die Beschwerdegegnerin habe die psychische Situation nicht abgeklärt (act. G 1). Die Beschwerdegegnerin beantragte in der Beschwerdeantwort vom 28. März 2018 die Abweisung der Beschwerde. Sie hielt daran fest, dass die Durchführung einer Arthrodesse vorliegend zumutbar sei. Die Kniearthrodesse sei zwar nicht als einzig mögliche Operation zur Behandlung der Leiden der Beschwerdeführerin einzustufen, wohl aber als einzig mögliche Operation, die zeitnah und mit grosser Wahrscheinlichkeit zur raschen Beschwerdelinderung und Wiederherstellung einer vollen Arbeitsfähigkeit führen würde. Die Einsetzung einer Knieendoprothese sei mit grösseren Risiken behaftet. Das Vorliegen einer psychischen Problematik sei erst nach der Einstellung der Leistungen aufgeworfen worden (act. G 3). In der Replik vom 19. April 2018 hielt die Beschwerdeführerin unverändert an den gestellten Anträgen fest. Die am 24. Januar 2018 von Prof. U.\_\_\_\_ durchgeführte Operation zeige bisher einen guten Erfolg. Sie erreiche heute noch eine Biegung des Knies von 90°. Aus diesem Grund sei die Knieendoprothese nach wie vor der zu bevorzugende Eingriff, selbst wenn er auch mit gewissen Risiken verbunden sei (act. G 6). Mit der Replik reichte sie eine Stellungnahme der Expertengruppe Knie der swiss orthopaedics vom 31. März 2018 zur Anfrage der Beschwerdeführerin vom 9. Februar 2018 ein. Darin führte die Expertengruppe u.a. aus, eine Arthrodesse des Kniegelenks sei ein massiver Eingriff in die körperliche Integrität eines Patienten mit hoher Komplikationsrate und massiven, meist bleibenden funktionellen Einbussen und sekundären Spätschäden. Sie werde heute nur als ultima ratio durchgeführt (siehe act. G 6.1). Am 25. April 2018 reichte die Beschwerdeführerin einen Bericht von Dr. med. W.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 23. April 2018 ein und ersuchte um Übernahme der Kosten dieses Berichts durch die Beschwerdegegnerin (act. G 8). Darin führte die Psychiaterin aus, die Beschwerdeführerin sei bei ihr im Zeitraum vom 2. Februar 2012 bis 22. August 2013 in Behandlung gestanden. Sie habe eine mittelgradige depressive Episode (im Verlauf leicht-, mittel- bis schwergradig; ICD-10: F32.1) und chronische Knieschmerzen diagnostiziert (act. G 8.1). Die Beschwerdegegnerin hielt in der Duplik vom 18. Mai 2018 unverändert an der beantragten Beschwerdeabweisung fest (act. G 10). In der Eingabe vom 23. Juli 2018 orientierte die Beschwerdeführerin über einen weiteren von Prof. U.\_\_\_\_ durchgeführten Eingriff am rechten Knie (Mobilisation des Knies). Es habe eine Biegung von 115° erreicht werden können. Ohne Physiotherapie sei die Flexion immer noch über 90°, die Extension fast vollständig. Sie könne nach den beiden Mobilisationen nunmehr wieder normal gehen, weshalb Prof. U.\_\_\_\_ von einer Knieprothese abrate bzw. diese zurückgestellt habe. Die Schmerzsituation sei im Wesentlichen unverändert, die Arbeitsfähigkeit weiterhin bei 50% (act. G 12; zum Bericht von Prof. U.\_\_\_\_ vom 10. Juli 2018 siehe act. G 12.1). Die Beschwerdegegnerin hielt in der Stellungnahme vom 14. August 2018 an der Rechtmässigkeit des angefochtenen Einspracheentscheids fest. Wie die Beschwerdeführerin ausgeführt habe, habe sich die Beweglichkeit des Knies verbessert, wohingegen die

Schmerzsituation und auch die bescheinigte Arbeitsunfähigkeit unverändert geblieben seien. Eine namhafte Besserung der Situation im Sinn einer Steigerung der Arbeitsfähigkeit sei also nicht erreicht worden (act. G 14). Am 7. Januar 2020 reichte der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin eine Honorarnote im Betrag von Fr. 5'990.25 (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) ein (act. G 17). Erwägungen Gegenstand des angefochtenen Einspracheentscheids und des vorliegenden Beschwerdeverfahrens ist ausschliesslich ein Sanktionsentscheid im Sinn von Art. 21 Abs. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1). Dieser beinhaltet die Einstellung der vorübergehenden Leistungen (Heilbehandlung und Taggelder) und die Abweisung des Rentengesuchs. Zwischen den Parteien streitig und zu prüfen sind die Fragen, ob die Beschwerdeführerin wegen der von ihr bislang verweigerten medizinischen Behandlung in Form einer Arthrolyse des rechten Kniegelenks die ihr obliegende Schadenminderungspflicht verletzt und die gestützt darauf durch die Beschwerdegegnerin erfolgte Verweigerung weiterer Leistungen rechtmässig ist. Für die richterliche Beurteilung sind grundsätzlich die tatsächlichen Verhältnisse zur Zeit des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens massgebend. Indes sind Tatsachen, die sich erst später verwirklichen, soweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Erlasses des Einspracheentscheids zu beeinflussen (vgl. BGE 138 V 535 f. E. 2.2). 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 die Folgen eines Ereignisses aus dem Jahr 2005 zur Diskussion stehen, die bis 31. Dezember 2016 gültigen Bestimmungen Anwendung. Eine Verletzung der Schadenminderungspflicht bei einer unterbliebenen medizinischen Behandlung oder einer unterbliebenen erwerblichen Eingliederung bildet Gegenstand von Art. 21 Abs. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1): Entzieht oder widersetzt sich eine versicherte Person einer zumutbaren Behandlung oder Eingliederung ins Erwerbsleben, die eine wesentliche Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder eine neue Erwerbsmöglichkeit verspricht, oder trägt sie nicht aus eigenem Antrieb das ihr Zumutbare dazu bei, so können ihr die Leistungen vorübergehend oder dauernd gekürzt oder verweigert werden (Satz 1). Gemäss Art. 21 Abs. 4 Satz 2 ATSG kann eine Verletzung der Behandlungs- oder Eingliederungspflicht erst angenommen werden, nachdem die versicherte Person mit schriftlicher Mahnung auf die betreffenden Rechtsfolgen hingewiesen und ihr eine angemessene Bedenkzeit eingeräumt wurde. Art. 61 UVV konkretisiert und präzisiert die Folgen einer Weigerung der Versicherten im Bereich der Unfallversicherung. Er sieht vor, dass die Versicherten den Anteil des Schadens tragen müssen, den sie selbst verschuldet haben. Einer versicherten Person, die sich ohne zureichenden Grund weigert, sich einer zumutbaren Behandlung oder Eingliederungsmassnahme zu unterziehen, werden gemäss Art. 61 UVV nur diejenigen Leistungen des UVG gewährt, die beim Erfolg dieser Massnahmen wahrscheinlich hätten entrichtet werden müssen. Dieser Bestimmung kommt keine selbstständige Tragweite zu. Sie muss vielmehr in Beziehung mit Art. 21 Abs. 4 ATSG gesetzt werden (vgl. Praxis 2/2009 Nr. 27 S. 156 f. E. 2.1 ff. = BGE 134 V 189 ff.). Zu prüfen ist zunächst, ob die von

der Beschwerdegegnerin geforderte Behandlung (Arthrodeese des rechten Kniegelenks) der Beschwerdeführerin zugemutet werden kann. Für die Beantwortung der Frage der Zumutbarkeit einer Behandlung oder von Eingliederungsmassnahmen sind die gesamten objektiven und subjektiven Verhältnisse des Einzelfalls zu berücksichtigen, insbesondere die berufliche und soziale Stellung der versicherten Person (vgl. ZAK 1982 S. 495 E. 3). Die gesetzliche Vorgabe, wonach Massnahmen, die eine Gefahr für Leben und Gesundheit darstellen, nicht zumutbar sind (Art. 21 Abs. 4 Satz 3 ATSG), bedeutet nicht, dass eine Vorkehr, die keine Gefahr für Leben und Gesundheit darstellt, automatisch zumutbar sei; sie weist aber doch darauf hin, dass nur Gründe von einer gewissen Schwere Unzumutbarkeit annehmen lassen. Die Zumutbarkeit ist in Beziehung einerseits zur Tragweite der Massnahme, andererseits zur Bedeutung der in Frage stehenden Leistung zu beurteilen. Bei medizinischen Massnahmen, die einen starken Eingriff in die persönliche Integrität der versicherten Person darstellen können, unterliegt die Zumutbarkeit einem strengen Massstab. Umgekehrt ist die Zumutbarkeit umso eher zu bejahen, wenn es sich um einen erfahrungsgemäss unbedenklichen, nicht mit Lebensgefahr verbundenen Eingriff handelt, der mit Sicherheit oder grosser Wahrscheinlichkeit völlige Heilung oder doch erhebliche Besserung des Leidens und damit verbunden eine wesentliche Erhöhung der Erwerbsfähigkeit erwarten lässt, nicht zu einer normalerweise sichtbaren Entstellung führt und nicht übermässige Schmerzen verursacht (RKUV 1995 Nr. U 213 S. 68 E. 2b, mit Hinweisen). Sodann sind die Anforderungen an die Schadenminderungspflicht dort strenger, wo eine erhöhte Inanspruchnahme der Sozialversicherung in Frage steht, namentlich wenn der Verzicht auf schadenmindernde Vorkehren Rentenleistungen auslöst (BGE 113 V 32 f. E. 4d, vgl. zum Ganzen Urteil des Bundesgerichts vom 13. März 2007, I 824/06, E. 3.1.1; siehe zum Ganzen den Entscheid des Versicherungsgerichts vom 11. Januar 2010, UV 2008/96, E. 3.1 mit Hinweisen). Bei der Beurteilung der subjektiven Zumutbarkeit der in Frage stehenden Operation ist in einem ersten Schritt die Leidensentwicklung näher zu beleuchten (zur Bedeutung der subjektiven Verhältnisse siehe vorstehende E. 3.1 am Anfang). Vorliegend fällt ins Gewicht, dass der Gesundheitsschaden und seine weitere Verschlimmerung nicht unmittelbar durch das Unfallereignis hervorgerufen wurden. Vielmehr sind die eigentliche Entstehung des andauernden Gesundheitsschadens, dessen Verschlimmerung und die langjährige Leidensgeschichte der Beschwerdeführerin durch die zahlreichen medizinischen Eingriffe am rechten Knie geprägt. So berichtete Dr. I. \_\_\_ am 17. Juni 2009, es erstaune, dass ein banales Trauma vom 14. April 2005 zu solch einer Komplikationskette geführt habe. Nach der Operation vom 1. September 2006 (Arthroskopie und arthroskopische Plica-Resektion) sei es zu unglücklich verlaufenen weiteren Operationen gekommen, die zusammengefasst «eher Rückwärts-Operationen als Vorwärts-Operationen» gewesen seien. «Alles in allem ein sehr unglücklicher Verlauf» (act. M 38, S. 4; zu den «Folgeoperationen bei Verwachsungen und Infekt» siehe auch act. M 92-12 unten). Die Arbeitsunfähigkeit stehe vor allem mit den in der Folge des Unfallereignisses vom 14. April 2005 nötig gewordenen Operationen in Zusammenhang (act. M 38, S. 3; zum «tragischen Fall» der Versicherten siehe auch die Notiz zum Telefongespräch zwischen dem Sachbearbeiter der Beschwerdegegnerin und Dr. I. \_\_\_ vom 8. Oktober 2009, act. K 25). Auch Dr. N. \_\_\_ vertrat im Gutachten vom 14. September 2012 die Ansicht, der Krankheitsverlauf nach zweiter Arthroskopie, rasch gefolgt von einem weiteren Eingriff bei Verklebungen und später auch bei Infekt dürfe «als sehr aussergewöhnlich und tragisch» bezeichnet werden (act. M 92-14). Im Gutachten vom 11. Juli 2015 legte Dr. Q. \_\_\_ ebenfalls dar, dass die am 10. April 2006 empfohlene und am

1. September 2006 durchgeführte Arthroskopie die seltene Komplikation eines schweren Infekts zur Folge hatte, die zu der nachweisbaren und sämtlichen therapeutischen Bemühungen trotztenden Kniesteife und mittlerweile schweren Arthrose geführt habe (act. M 104, S. 18). Im Rahmen einer umfassenden Zumutbarkeitsprüfung darf diese Leidensgeschichte nicht ausser Acht bleiben. Vielmehr ist es verständlich, dass die Beschwerdeführerin aufgrund ihrer durch zahlreiche aussergewöhnlich tragisch verlaufene (Folge-)Operationen belasteten Vorgeschichte bei der Entscheidung, ob und gegebenenfalls welche weiteren operativen Massnahmen an ihrem Kniegelenk durchgeführt werden sollen, grösste Vorsicht und Zurückhaltung walten lässt. Dies gilt bezüglich einer Arthrodesse des rechten Kniegelenks bzw. Knieversteifung umso mehr, als es sich hierbei um einen nicht wieder rückgängig zu machenden Eingriff handelt (act. M 114, S. 2), der gemäss plausibler Einschätzung der swiss orthopaedics das letzte Mittel («ultima ratio», act. G 6.1) darstellt. Vorliegend kommt hinzu, dass die Arthrodesse eine weitere Einschränkung des Knies zur Folge hätte (siehe hierzu die Ausführung von Prof. U. \_\_\_ im Bericht vom 10. Januar 2018, act. M 114, S. 2 Mitte). Zu ergänzen ist, dass die Option einer Arthrodesse des rechten Kniegelenks auch nach Einsetzen einer Knieendoprothese grundsätzlich noch möglich wäre (siehe Universitätsklinik Balgrist, Risiken und Revisionsoperationen nach einem künstlichen Kniegelenksersatz, Download unter: ; abgerufen am 17. Dezember 2019). Aus den zahlreichen durchgeführten (Folge-)Operationen und den vielen, umfangreichen medizinischen Stellungnahmen verschiedener ausgewiesener orthopädischer Spezialisten geht eindrücklich hervor, dass die Beschwerdeführerin während Jahren in Erfüllung ihrer Schadenminderungspflicht unablässig um Behandlungsratschläge und Behandlungen bemüht war und auch weiterhin ist (siehe etwa die am 24. Januar 2018 durchgeführte Mobilisation, act. G 1.19 f.). Die Beschwerdeführerin hat nach dem Gesagten jederzeit die Bereitschaft zu einer andern ebenfalls in Betracht fallenden Variante erklärt (siehe auch ihre Angaben anlässlich des Telefongesprächs vom 6. November 2017, worin sie auch eine Arthrodesse nicht [mehr] ausschloss, act. K 188; zur Bedeutung dieses Gesichtspunkts bei der Zumutbarkeitsbeurteilung siehe das Urteil des Bundesgerichts vom 25. Juni 2015, 8C\_128/2015, E. 2.4 am Schluss). Im Rahmen einer umfassenden Zumutbarkeitsprüfung sind allfällige psychische Gesundheitsschäden, namentlich Hinweise auf psychosomatische Anteile oder gar eine depressive Erkrankung, ebenfalls von Bedeutung (Urteil des EVG vom 16. August 2006, I 462/05, E. 6.2.2 e contrario). Wie bereits ausgeführt (siehe vorstehende E. 3.2), war und ist die Beschwerdeführerin bzw. deren physischer Gesundheitszustand durch den aussergewöhnlichen, tragischen Verlauf zahlreicher (Folge-)Operationen stark beeinträchtigt. Dies blieb nicht ohne Folgen für den psychischen Gesundheitszustand. Dr. F. \_\_\_ berichtete bereits am 5. Dezember 2007, dass u.a. die Frustration der Beschwerdeführerin über den Verlauf und die aktuelle Situation im Vordergrund stehe (act. M 24). Anlässlich der Untersuchung in der SMCA am 7. Oktober 2009 gab die Beschwerdeführerin nachvollziehbar an, die Knieoperationen seien ein dramatischer Einschnitt in ihrem Lebenslauf gewesen (act. M 51, S. 5). Gegenüber dem Sachbearbeiter der Beschwerdegegnerin erwähnte sie am 29. April 2010 im Zusammenhang mit einem operativen Eingriff, sie habe Angst und sei beunruhigt. Der Sachbearbeiter riet ihr daraufhin, sich bei Bedarf an eine Fachperson «(Psychologe)» zu wenden (act. K 39). Die Beschwerdeführerin stand im Jahr 2012 zur Krankheitsverarbeitung in psychotherapeutischer Behandlung (siehe das neurologische Gutachten von Dr. O. \_\_\_ vom 28. August 2012, act. M 85, S. 7 oben; siehe auch die Angabe von Dr. Q. \_\_\_ in act. M 104, S. 12 unten; zur vom 2. Februar 2012 bis 22. August

2013 durchgeführten psychotherapeutischen Behandlung siehe act. G 8.1). Dr. N.\_\_\_\_ beschrieb im bidisziplinären Gutachten vom 14. September 2012 eine verzweifelte psychische Stimmungslage (act. M 92, S. 7 oben). Dr. Q.\_\_\_\_ äusserte im Gutachten vom 11. Juli 2015 einen Verdacht auf eine Depression (act. M 104, S. 17 und S. 20 Mitte). Er empfahl zur Abklärung eines Einflusses der zu vermutenden depressiven Erkrankung auf die Arbeitsfähigkeit eine psychiatrische Abklärung (act. M 104, S. 20 unten und S. 21 oben). Die Behauptung der Beschwerdegegnerin, bis zum Verfügungserlass vom 26. Juli 2017 habe kein Hinweis auf eine psychische Problematik bestanden (act. G 3, II. Rz 10), ist damit aktenwidrig. Dass die Knieproblematik zumindest teilursächlich für diese Entwicklung war und ist, liegt auf der Hand und kann nicht angezweifelt werden. In damit zu vereinbarenden Weise und mit ausführlicher Begründung legte Dr. T.\_\_\_\_ im Bericht vom 12. September 2017 nachvollziehbar dar, dass die Beschwerdeführerin an einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) und an einer rezidivierenden depressiven Störung, derzeit mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.11), leide. Er vertrat den Standpunkt, dass eine Knieversteifung die Depression vertiefen würde (act. M 111, S. 9) und zog in Zweifel, dass die Schmerzen mit einer Knieversteifung beseitigt würden (act. M 111, S. 8). In ähnlicher Weise hatte sich bereits Dr. M.\_\_\_\_ im Bericht vom 4. März 2017 geäussert, indem er die Meinung vertreten hatte, dass nicht ausschliesslich ein mechanisch-orthopädisches Problem vorliege, und infrage gestellt hatte, dass eine rein orthopädische «Sanierung» die Schmerzen wesentlich und nachhaltig verbessern werde (act. G 1.7). Im Licht der genannten Verhältnisse bestehen deutliche Hinweise auf selbstständige psychische Erkrankungen, namentlich ein vom somatischen Leidensbild verselbstständigtes Schmerzsyndrom, welche die Beschwerdegegnerin bei der Beurteilung der Zumutbarkeit der Knieversteifung und deren Auswirkungen insbesondere auf die Schmerzsituation ausser Acht liess. Unverständlich ist vor diesem Hintergrund u.a., weshalb die Beschwerdegegnerin die psychosomatischen Beurteilungen nicht Dr. Q.\_\_\_\_ zu einer Stellungnahme vorlegte, zumal dieser selbst ja gerade einen psychiatrischen Abklärungsbedarf beschrieb. Jedenfalls hätte die Beurteilung operativer Empfehlungen zur Behandlung der Schmerzsituation einer interdisziplinären Beurteilung unter Einbezug psychiatrischen Sachverstands bedurft. Die Beschwerdegegnerin wäre daher bei Zweifeln an der bestehenden psychiatrischen Einschätzung von Dr. T.\_\_\_\_ im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen zur Vornahme dieser notwendigen Abklärungen verpflichtet gewesen, was sie bei ihrem Vorbringen, «das Vorliegen einer psychischen Problematik schliesslich wurde erst nach Einstellung der Leistungen aufgeworfen» (act. G 3, II. Rz 7), verkennt. Da die Empfehlung einer Knieversteifung durch Dr. Q.\_\_\_\_ lediglich aus rein orthopädischer Sicht unter Ausblendung der psychiatrischen und psychosomatischen Situation erfolgte, war sie unvollständig. Folglich ist die Beurteilung der Auswirkungen einer Knieversteifung nicht umfassend unter Einbezug des gesamten Leidensbilds erfolgt. Die Auswirkungen bleiben letztlich unklar, weshalb es der Beschwerdeführerin auch nicht zugemutet werden kann, sich der auf einer ungenügenden medizinischen Beurteilung beruhenden Knieversteifung zu unterziehen. Des Weiteren darf bei einer umfassenden Zumutbarkeitsprüfung einer Operationsmassnahme - entgegen der nicht näher begründeten Ansicht der Beschwerdegegnerin (act. G 14, S. 2) - nicht allein auf die allfälligen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit abgestellt werden. Der Anspruch auf Heilbehandlungsmassnahmen setzt denn auch keine Steigerungsmöglichkeit einer Arbeitsfähigkeit bzw. keine Arbeitsunfähigkeit voraus, die damit verbessert werden könnte. Massgebend für einen

Anspruch nach Art. 10 UVG ist allein eine unfallbedingte Behandlungsbedürftigkeit (Urteil des Bundesgerichts vom 10. Juli 2014, 8C\_354/2014, E. 3.2; siehe auch Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Auflage, Zürich/Basel/Genf 2015, Rz 120 zu Art. 21). Jedenfalls sind auch allfällige mit der medizinischen Behandlung verbundene Auswirkungen auf die Alltagsfunktionen zu würdigen. Die Funktionalität eines versteiften Knies ist im Alltag geringer als diejenige eines nicht versteiften Knies, wie sich etwa plausibel aus der Stellungnahme von Dr. T.\_\_\_\_ ergibt (act. M 111, S. 9, Rz 2). Die Beschwerdeführerin würde mit einer Knieversteifung die verbliebene Beweglichkeit des rechten Knies endgültig einbüßen (siehe die Ausführung von Prof. U.\_\_\_\_ in act. M 114, S. 2) und es würde ihr jegliche therapeutische Option auf eine verbesserte Beweglichkeit genommen. Ohne diese Massnahme behält die Beschwerdeführerin wenigstens eine - therapeutisch sogar noch angehbare (zur am 24. Januar 2018 von Prof. U.\_\_\_\_ durchgeführten Mobilisation siehe act. G 1.20) - Restfunktion. Nach dem Gesagten erweist sich die von der Beschwerdegegnerin eingeforderte medizinische Behandlung in Form einer Knieversteifung, jedenfalls im relevanten Zeitpunkt, als nicht zumutbar, weshalb der Beschwerdeführerin auch keine Verletzung der Schadenminderungspflicht vorzuwerfen ist. Der von der Beschwerdegegnerin angeordnete Sanktionsentscheid in Form der Einstellung der vorübergehenden Leistungen (Heilbehandlung und Taggeld) und Abweisung des Rentengesuchs erweist sich damit als unrechtmässig und ist ersatzlos aufzuheben. In Gutheissung der Beschwerde ist der Einspracheentscheid vom 24. Januar 2018 aufzuheben. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Bei diesem Verfahrensausgang hat die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Parteientschädigung. Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG). In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b der Honorarordnung (HonO; sGS 963.75) pauschal Fr. 1'500.-- bis Fr. 15'000.--. Im Vergleich mit ähnlich gelagerten Fällen mit zweifachem Schriftenwechsel erscheint eine Parteientschädigung von pauschal Fr. 4'000.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) der Bedeutung und der Komplexität der Streitsache angemessen (vgl. etwa die Entscheide des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 11. Januar 2010, UV 2008/96, und vom 2. April 2019, UV 2017/37). Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin macht in der Honorarnote bei einem Zeitaufwand von 21.60 Stunden eine Parteientschädigung von Fr. 5'990.25 (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) geltend (act. G 17.1). Zur Begründung des ausserordentlich hohen Aufwands verweist er einerseits auf den zweifachen Schriftenwechsel und andererseits auf den aussergewöhnlichen Streitgegenstand, der grössere Literaturrecherchen notwendig gemacht habe (act. G 17). Vorweg ist darauf hinzuweisen, dass nicht unbesehen der geltend gemachte, sondern nur der notwendige Aufwand einer Rechtsvertretung im Beschwerdeverfahren zu entschädigen ist (Urteil des Bundesgerichts vom 25. Februar 2009, 8C\_140/2008, E. 11.4 mit Hinweisen). Die in vergleichbaren Fällen vom Versicherungsgericht praxisgemäss zugesprochenen Pauschalentschädigungen (siehe die Hinweise in vorstehender E. 4.3 am Schluss) berücksichtigen bereits den Aufwand für einen zweifachen Schriftenwechsel. Des Weiteren begründet der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin nicht, weshalb es sich beim vorliegenden Streitgegenstand um einen aussergewöhnlichen handelt, welcher grössere Literaturrecherchen notwendig gemacht hätte (act. G 17). Entscheidend ist ausserdem, dass sich der Rechtsvertreter bereits im Verwaltungsverfahren ausführlich sowohl in

tatsächlicher als auch rechtlicher Sicht - unter Einbezug verschiedener Lehrmeinungen (act. K 177, Rz 19 f.) sowie der einschlägigen Rechtsprechung - zum Streitgegenstand zu äussern vermochte (siehe etwa die Ausführungen in der neunseitigen Einsprache vom 13. September 2017, act. K177, in der Einspracheergänzung vom 18. Januar 2018, act. K197, insbesondere Rz 3, oder in der Stellungnahme vom 22. Mai 2017, act. K 162, insbesondere Rz 7). Nachdem der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin bereits am 16. Februar 2018 einen Aufwand für eine «neue Vollmacht» geltend macht (act. G 17.1, S. 1), ist im Übrigen nicht nachvollziehbar, weshalb ein weiterer Aufwand vom 31. August 2018 für eine wiederum «neue Vollmacht» für das Beschwerdeverfahren notwendig gewesen wäre (act. G 17.1, S. 2). Zu berücksichtigen ist allerdings, dass nach dem zweifachen Schriftenwechsel noch ein weiterer Schriftenwechsel stattfand (act. G 12 und act. G 14). Angesichts dieser Umstände erscheint dem für das Beschwerdeverfahren notwendigen Aufwand des Rechtsvertreters eine Parteientschädigung von Fr. 4'500.-- als angemessen. Unter dem Titel der Parteikosten im Sinn von Art. 61 lit. g ATSG sind, über die Entschädigung für die Kosten einer anwaltlichen Vertretung hinaus, diejenigen Auslagen zu entschädigen, die der beschwerdeführenden Partei für Abklärungsmassnahmen entstanden sind, welche durch den Versicherungsträger oder das kantonale Versicherungsgericht anzuordnen gewesen wären (Kieser, a.a.O., Rz 197 zu Art. 61). Die Beschwerdeführerin ersucht um Übernahme der Kosten für den Bericht von Dr. med. W.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 23. April 2018 im Betrag von Fr. 100.-- (act. G 8). Darin äussert sich Dr. W.\_\_\_\_ zur vom 2. Februar 2012 bis 22. August 2013 durchgeführten psychotherapeutischen Behandlung. Angesichts dessen, dass u.a. der psychische Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin vor Mai 2017 für die vorliegende Entscheidung von Relevanz war und die Beschwerdegegnerin eine psychotherapeutische Behandlung vor Mai 2017 trotz eindeutiger Hinweise darauf (siehe hierzu sowie zur Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes vorstehende E. 3.3.1 und 3.3.3) in Abrede stellte (act. G 3, II. Rz 10), sah sich die Beschwerdeführerin zur Einholung einer Bestätigung der früher in Anspruch genommenen Psychotherapie zu Recht veranlasst. Die entsprechenden Kosten im Betrag von Fr. 100.-- hat die Beschwerdegegnerin deshalb der Beschwerdeführerin zu entschädigen. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP In Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid vom 24. Januar 2018 aufgehoben. Es werden keine Gerichtskosten erhoben. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 4'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin Fr. 100.-- für die Kosten des Berichts von Dr. W.\_\_\_\_ vom 23. April 2018 zu bezahlen.

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